

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Α.Ε.Υ.Π. – ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΗΤΡΑΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΦΕΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΠΑΤΡΑ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
Πρόλογος	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
1.1 Ανατομία Μήτρας	10
1.1.1 Κατασκευή Μήτρας	11
1.1.2 Σύνδεσμοι Μήτρας	12
1.1.3 Αγγεία και Νεύρα	13
1.2 Φυσιολογία Μήτρας	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
2.1 Επιδημιολογία Καρκίνου Τραχήλου Μήτρας	16
2.2 Ιστολογική Εικόνα	17
2.3 Προκαρκινικές Αλλοιώσεις του Τραχήλου Μήτρας	19
2.4 Σταδιοποίηση	21
2.5 Τρόποι Επέκτασης του Όγκου	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
3.1 Αιτιολογία – Προδιάθεση	26
3.2 Κλινική Εικόνα – Αντικειμενικά Ευρήματα	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	
4.1 Ανοσολογία	30
4.2 Διάγνωση	30
4.3 Η Εξέταση του Γεννητικού Συστήματος	31
4.3.1 Η Φυσική Εξέταση των Μαστών	31
4.3.2 Η φυσική Εξέταση της Κοιλιάς	32

4.3.3	Πυελική Εξέταση	32
4.4	Διαγνωστικές Μέθοδοι	33
4.4.1	Κυτταρολογική Εξέταση	33
4.4.2	Κολποσκόπηση	34
4.4.3	Μικροκολποϋστεροσκόπηση	35
4.4.4	Δοκιμασία Schiller	37
4.4.5	Ιστοληψία Τραχήλου	37
4.4.6	Ιστοληψία Ενδομητρίου	37
4.4.7	Αξονική και Μαγνητική Τομογραφία	38
4.4.8	Υπερηχογράφημα	41
4.4.9	Βιοψία Τραχήλου	41
4.4.10	Τραχηλογραφία	41
4.5	Διαφορική Διάγνωση	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ		
5.1	Θεραπεία	43
5.1.1	Αντιμετώπιση ανάλογα με το Στάδιο	43
5.2	Χειρουργική Θεραπεία	46
5.3	Ακτινοθεραπεία	49
5.3.1	Η κατά Στάδια Εφαρμογή της Ακτινοθεραπείας	49
5.4	Χημειοθεραπεία	51
5.5	Συνδυασμός Ακτινοθεραπείας – Χημειοθεραπείας	53
5.6	Ανοσοθεραπεία	53
5.7	Ορμονοθεραπεία	54
5.8	Πρόγνωση	54
5.9	Παρακολούθηση	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1	Επιδημιολογία και Συχνότητα Καρκίνου Σώματος Μήτρας	56
6.2	Ιστολογική Εικόνα και Διαφοροποίηση	57
6.3	Σταδιοποίηση του Καρκινώματος Ενδομητρίου	60
6.4	Επέκταση του Καρκινώματος Ενδομητρίου	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1	Αιτιολογία	64
7.1.1	Ενδογενείς Αιτιολογικοί Παράγοντες	64
7.1.2	Εξωγενείς Ορμονικοί Παράγοντες	65
7.2	Κλινική Εικόνα	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ

8.1	Διάγνωση	68
8.2	Διαφορική Διάγνωση	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

9.1	Θεραπεία	70
9.1.1	Αντιμετώπιση ανάλογα με το Στάδιο	70
9.2	Χειρουργική Θεραπεία	72
9.3	Χημειοθεραπεία	72
9.4	Ακτινοθεραπεία	72
9.5	Ορμονοθεραπεία	73
9.6	Πρόγνωση	73
9.7	Παρακολούθηση	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

10.1	Σαρκώματα της Μήτρας	75
10.1.1	Επιδημιολογία	75
10.1.2	Ιστολογική Εικόνα	75
10.1.2.1	Λειομυοσάρκωμα	75
10.1.2.2	Σαρκώματα Ενδομητρίου	77
10.2	Σταδιοποίηση	79
10.3	Μετάσταση	80
10.4	Αιτιολογία	80
10.5	Κλινική Εικόνα – Διάγνωση	80
10.6	Θεραπεία	81
10.7	Πρόγνωση	81

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ

11.1	Καρκίνος Τραχήλου στην Κύηση	83
11.2	Καρκίνος Τραχηλικού Κολοβώματος	84
11.3	Καρκίνος Κολπικού Κολοβώματος	85
11.4	Χοριοκαρκίνωμα	85

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΩΔΕΚΑΤΟ**

12.1	Νοσηλευτική Φροντίδα κατά την Χειρουργική Θεραπεία	89
12.1.1	Προεγχειρητική Ψυχοκοινωνική Εκτίμηση και Παρεμβάσεις	89
12.1.2	Προεγχειρητική Εκπαίδευση του Αρρώστου	92
12.1.3	Προεγχειρητική Παρέμβαση	94

12.2	Διαγχειρητική Παρέμβαση	98
12.3	Μετεγχειρητική Παρέμβαση	99
12.4	Νοσηλευτική Παρέμβαση κατά την Ακτινοθεραπεία	103
12.4.1	Νοσηλευτική Παρέμβαση κατά την Εφαρμογή Καισίου	107
12.5	Νοσηλευτική Παρέμβαση κατά την Χημειοθεραπεία	112

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΤΡΙΤΟ

13.1	Μετεγχειρητικές Επιπλοκές και Νοσηλευτική Παρέμβαση	114
13.2	Επιπλοκές Ακτινοθεραπείας και Νοσηλευτική Παρέμβαση	133
13.3	Επιπλοκές Χημειοθεραπείας και Νοσηλευτική Παρέμβαση	137

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

14.1	Προληπτικός Έλεγχος για Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας	145
14.2	Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Πρόληψη του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας	147
14.3	Ο Νοσηλευτής στην Φροντίδα του Καρκίνου	150
14.4	Ψυχολογική Υποστήριξη Καρκινοπαθούς	152
14.5	Αποκατάσταση Καρκινοπαθούς	155
14.6	Ανάκτηση Σεξουαλικής Δραστηριότητας	156

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΠΕΜΠΤΟ

15.1	Ηθικά και Νομικά Προβλήματα στη Νοσηλευτική Φροντίδα των Καρκινοπαθών	157
15.2	Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του Καρκίνου	160

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΕΚΤΟ

16.1	Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.	162
16.1.1	Περιστατικό Α'	164

16.1.2	Περιστατικό Β'	176
	ΕΠΙΛΟΓΟΣ	186
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	187
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	192

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος αποτελεί την πιο πολυσυζητημένη ασθένεια στην εποχή μας και την κυριότερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τόσο για τις χώρες τις Ευρώπης, όσο και για τις ΗΠΑ. Ο αγώνας κατά του καρκίνου έχει ξεκινήσει εδώ και πολλές δεκαετίες σε πολλά μέρη του κόσμου. Η ανακάλυψη τρόπων έγκαιρης διάγνωσης, θεραπείας και πρόληψης αλλά και η ανεύρεση αιτιολογικών παραγόντων και παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου αποτέλεσε και αποτελεί πρόκληση για πάρα πολλούς ερευνητές, με εξαιρετικά αποτελέσματα σε πολλές περιπτώσεις.

Ο καρκίνος της μήτρας είναι ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Είναι ο τρίτος σε συχνότητα καρκίνος μεταξύ των γυναικών στις ανεπτυγμένες χώρες.

Ένα αποτελεσματικό και ευρέως διαδεδομένο πρόγραμμα μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) είναι αναγκαίο, για να ενημερωθεί τόσο το ευρύ κοινό όσο και οι επαγγελματίες υγείας για την επίπτωση, τις αιτίες και τα συμπτώματα του καρκίνου της μήτρας. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην πρόληψη της νόσου αλλά και στο γεγονός ότι μπορεί να θεραπευτεί, αν διαγνωσθεί έγκαιρα, πριν ο όγκος μεγαλώσει και εξαπλωθεί. Όσο πιο νωρίς γίνει η διάγνωση, τόσο μεγαλύτερες είναι και οι πιθανότητες αποτελεσματικότερης θεραπείας.

Τα δεδομένα από τη σύγχρονη βιβλιογραφία συγκλίνουν στην άποψη ότι η ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων και των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση του καρκίνου της μήτρας μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην πρωτογενή πρόληψη.

Το σύνολο των γνώσεων σχετικά με τον καρκίνο της μήτρας είναι αναμφισβήτητα το μεγαλύτερο από οποιαδήποτε άλλη νεοπλασματική νόσο όσον αφορά την ιστοπαθολογία, τους αιτιολογικούς παράγοντες και τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισής της, με πιθανή εξαίρεση τον καρκίνο του

μαστού. Παρόλα αυτά, πλήρης γνώση και έλεγχος των παραμέτρων της ασθένειας δεν έχει ακόμη επιτευχθεί, με αποτέλεσμα να παραμένει συχνή αιτία θανάτου και ανοικτή πρόκληση για τους επιστήμονες υγείας.

Ο καρκίνος της μήτρας παραμένει ένα επίκαιρο θέμα διερεύνησης για όλους τους επιστήμονες υγείας, ερευνητές και κλινικούς. Η διερεύνηση των δυνατοτήτων πρόληψης θεραπείας και αποκατάστασης και του ρόλου των νοσηλευτών στο νευραλγικό αυτό τομέα αποτέλεσε το ερέθισμα για την επιλογή του θέματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Ανατομία Μήτρας

Η μήτρα είναι ένα κοίλο, μυώδες όργανο, απιοειδούς σχήματος ευρισκόμενη μέσα στον πλατύ σύνδεσμο, τοποθετημένη μεταξύ ουροδόχου κύστης και ορθού. Το μήκος της κυμαίνεται μεταξύ 6-8cm και το βάρος από 50-60 gm. Αποτελείται από τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο. Εκατέρωθεν στον πυθμένα ευρίσκονται τα στόμια των ωαγωγών. Το σώμα της μήτρας εμφανίζει δύο επιφάνειες, την πρόσθια ή κυστική και την οπίσθια ή εντερική και δύο χείλη, στα οποία προσφύεται ο πλατύς σύνδεσμος. Ο τράχηλος της μήτρας χωρίζεται από το σώμα με τον ισθμό. Το κάτω μέρος του τραχήλου εισέρχεται εντός του κόλπου έτσι, ώστε να διακρίνονται δύο μέρη: το υπερκολπικό και το ενδοκολπικό. Η πρόσθια επιφάνεια εφάπτεται χαλαρά της ουροδόχου κύστης και η οπίσθια προς το ορθό. Το περιτόναιο καλύπτει τον πυθμένα και το σώμα της μήτρας, ενώ στον τράχηλο καλύπτει μόνο την οπίσθια επιφάνεια του υπερκολπικού μέρους. Αντίθετα η πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου παραμένει ακάλυπτη από το περιτόναιο, το οποίο ανακάμπτει πάνω στην ουροδόχο κύστη, σχηματίζει την κυστεομητρική πτυχή και το κυστεομητρικό κόλπωμα ή πρόσθιο χώρο του Douglas. Ο προκυστικός χώρος ή χώρος του Retzius είναι ένας χώρος που πληρώνεται από λιπώδη ιστό και εκτείνεται σε ύψος μέχρι τον ομφαλό, μεταξύ των πλάγιων ομφαλοκυστικών συνδέσμων (αποφραγμένες ομφαλικές αρτηρίες. Προς τα πίσω εκτείνεται ως προς το πρόσθιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης). Πλάγια το περιτόναιο σχηματίζει αντίστοιχα μια τετράπλευρη πτυχή κατευθυνόμενη οριζόντια, όπως το σώμα της μήτρας, σχηματίζοντας τον πλατύ σύνδεσμο. Ο πλατύς σύνδεσμος εμφανίζει τέσσερα χείλη και δύο πέταλα. Από τα χείλη το έξω αντιστοιχεί στο πλάγιο χείλος της μήτρας, το έξω καταλήγει στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα, το άνω στην σάλπιγγα και το κάτω αποτελεί την πύλη, μέσω της οποίας πορεύονται τα μητριαία αγγεία. Η ωθήκη κρέμεται από το οπίσθιο πέταλο του πλατέος συνδέσμου με μια πτυχή, η οποία, όπως

αναφέρθηκε, ονομάζεται μεσοωθήκιο, το οποίο και διαιρεί τον πλατύ σύνδεσμο σε δύο μοίρες την άνω (μεσοσαλπίγγιο) και την κάτω (μεσομήτριο). Μεταξύ των δύο πετάλων υπάρχει συνδετικός ιστός και ο χώρος που σχηματίζεται ονομάζεται παραμήτριο¹.

1.1.1 Κατασκευή της Μήτρας

Η κοιλότητα της μήτρας εμφανίζει σχισμοειδές σχήμα κυμαινόμενο από 5-7cm. Προς τα κάτω καταλήγει στον ισθμό και το έσω στόμιο της μήτρας, κάτωθεν του οποίου αρχίζει η κοιλότητα του τραχήλου. Σε εγκάρσια διατομή η κοιλότητα της μήτρας εμφανίζει τριγωνικό σχήμα με τη βάση προς τα επάνω σχηματίζοντας εκατέρωθεν τα κέρατα της μήτρας, καθένα από τα οποία καταλήγει στο αντίστοιχο στόμιο του ωαγωγού. Η κοιλότητα του τραχήλου προς τα κάτω καταλήγει μέσω του έξω τραχηλικού στομίου στον κόλπο και προς τα επάνω μέσω του έσω τραχηλικού στομίου ή έσω στομίου της μήτρας προς την κοιλότητα της μήτρας. Το μυϊκό τοίχωμα της μήτρας ονομαζόμενο μυομήτριο αποτελείται από τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών. Οι ίνες της εξωτερικής στιβάδας πορεύονται εγκάρσια και κάθετα από τον πυθμένα προς τον τράχηλο. Η μεσαία στιβάδα εμφανίζει αγκυλωτή διάταξη, περιβάλλει τα αγγεία και παρατηρείται μόνο στο σώμα της μήτρας. Στη συνέχεια διαπλέκεται με τις ίνες των άλλων στιβάδων δημιουργώντας ένα είδος σφικτήρα, ο οποίος ευρίσκεται στο ύψος περίπου του τραχηλικού στομίου, έχει λειτουργική μόνο υπόσταση και χωρίζει τη μήτρα σε ένα άνω και ένα κάτω τμήμα. Η εσωτερική τέλος στιβάδα περιβάλλει το κάτω μέρος του ανωτέρω τμήματος της μήτρας φθάνοντας μέχρι τον ισθμό του τραχήλου. Αντίθετα προς τη μήτρα ο τράχηλος στερείται λείων μυϊκών ινών ή έχει ελάχιστες ίνες κυρίως στο υπερκολπικό μέρος.

Ο βλεννογόνος της μήτρας ονομάζεται ενδομήτριο και καλύπτει την κοιλότητα του σώματος και του ισθμού μεταπίπτοντας στον βλεννογόνο της τραχηλικής κοιλότητας. Το επιθήλιο του ενδομητρίου είναι κυλινδρικό και επενδύει τους αδένες. Οι αδένες του ενδομητρίου σχηματίζονται από

σωληνοειδείς καταδύσεις του επιθηλίου κάθετα προς την επιφάνεια του βλεννογόνου μέχρι το μυομήτριο.

Υπό την επίδραση των στεροειδών ορμονών της ωοθήκης το ενδομήτριο και οι αδένες αυξάνονται διαφοροποιούμενοι σε δύο ζώνες την επιφανειακή ή λειτουργική και την εν τω βάθει ή βασική. Εφόσον δεν επιτευχθεί κύηση παράλληλα με τις ορμονικές μεταβολές του καταμήνιου κύκλου το ενδομήτριο αποπίπτει προοδευτικά και η απόπτωση αυτή εκδηλούμενη υπό μορφή αιμορροίας από την μήτρα αποτελεί την έμμηνη ρύση ή περίοδο.

Το συνδετικό υπόστρωμα του ενδομητρίου είναι κυτταροβριθές και αποτελείται από ελάχιστες κολλαγόνες ίνες. Ο βλεννογόνος του ενδοτραχήλου εμφανίζει και στην πρόσθια και στην οπίσθια επιφάνεια της τραχηλικής κοιλότητας πτυχές που ονομάζονται φοινικοειδείς και αποτελείται από πολύστιβο, κυλινδρικό επιθήλιο με εκκριτικά κύτταρα, που παράγουν την τραχηλική βλέννα. Η εξωτερική ενδοκολπική επιφάνεια του τραχήλου καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, όπως εκείνο του κόλπου. Το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο μεταπίπτει σε κυλινδρικό στην είσοδο του έξω τραχηλικού στομίου.

Η θέση αυτή επηρεάζεται από τα γειτονικά όργανα, δηλαδή την ουροδόχο κύστη και το ορθό και παθολογικά από ενδοκοιλιακούς όγκους. Κατά την πρόσθια κάμψη το σώμα της μήτρας κάμπτεται προς τα εμπρός του τραχήλου και κατά την οπίσθια προς τα οπίσω (οπίσθια κάμψη της μήτρας). Κατά την κλίση η μήτρα μετακινείται περί τον εγκάρσιο άξονά της, ώστε τα δύο της άκρα να μετακινούνται κατά αντίθετη φορά. Με τον τρόπο αυτό η μήτρα εμφανίζει διάφορες παραλλαγές στην τοπογραφική της θέση, οι οποίες αναφέρονται στο κεφάλαιο των παθήσεων της μήτρας.

1.1.2 Σύνδεσμοι της Μήτρας

Η μήτρα στηρίζεται στη θέση που αναφέρθηκε προηγούμενα με το περιτόναιο και τους συνδέσμους που είναι:

α) Στρογγύλοι Σύνδεσμοι. Εκφύονται εκατέρωθεν του πυθμένα της μήτρας εμπρός από την σάλπιγγα και μέσω των δύο πετάλων του πλατύ

συνδέσμου κατευθύνονται προς τα εμπρός κάτω και έξω στον αντίστοιχο λαγόνιο βόθρο. Διαπερνούν τον βουβωνικό πόρο και εξερχόμενοι απ' αυτόν προσφύονται στο δέρμα των μεγάλων χειλέων του. Το μήκος τους είναι περί τα 15-17cm και αποτελούνται από συνδετικό ιστό και γραμμικές μυϊκές ίνες προερχόμενες από τον εγκάρσιο κοιλιακό μυ. Ο σύνδεσμος αυτός στηρίζει τη μήτρα. Μετά τον τοκετό χαλαρώνει, οπότε η θέση της μήτρας αλλάζει ευρισκόμενη χαμηλότερα της αρχικής.

β) Ευθυμητρικοί ή ιερομητρικοί Σύνδεσμοι. Οι σύνδεσμοι αυτοί στηρίζουν επίσης τη μήτρα μαζί με τους στρογγύλους συνδέσμους στην κανονική τοπογραφική της θέση. Αποτελούνται από συνδετικό ιστό και λείες μυϊκές ίνες. Εκφύονται εκατέρωθεν μεταξύ του 3^{ου} και 4^{ου} ιερού σπονδύλου, φέρονται λοξά προς τα εμπρός και καταφύονται ισουΰψως προς τον ισθμό της μήτρας, στην οπίσθια επιφάνειά της. Κατά τη συνένωσή τους αυτή σχηματίζουν το μητριαίο όγκωμα και ανεγείρουν το περιτόναιο δημιουργώντας μια πτυχή, με την οποία το ευθυμήτριο κόλπωμα διαιρείται στην άνω και κάτω μοίρα, η οποία είναι και ο οπίσθιος χώρος του Douglas, πολύ σημαντικός από κλινικής και χειρουργικής πλευράς. Οι σύνδεσμοι και το περιτόναιο στηρίζουν τη μήτρα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε όταν η γυναίκα βρίσκεται σε όρθια στάση, να εμφανίζεται φυσιολογικά σε πρόσθια κλίση και κάμψη. Έτσι στην όρθια θέση η κοιλότητα του σώματος της μήτρας φέρεται σχεδόν οριζόντια και το σώμα σχηματίζει προς τον τράχηλο γωνία 80-100 μοιρών.

1.1.3 Αγγεία και Νεύρα

Η μήτρα αγγειώνεται από την μητριαία αρτηρία, η οποία είναι κλάδος της έσω λαγονίου. Στη συνέχεια η αρτηρία αυτή εισέρχεται στο πλατύ σύνδεσμο από το κάτω χείλος του και παράλληλα προς τα πλάγια χείλη της μήτρας πορεύεται εκατέρωθεν μέχρι τον ίδιο σύνδεσμο της ωοθήκης, όπου διακλαδώνεται και δίδει τελικούς κλάδους, πολλοί από τους οποίους αναστομώνονται με την ωοθηκική αρτηρία. Εντός του παραμητρίου η μητριαία αρτηρία χιάζεται 1.5cm εκατέρωθεν του πλάγιου χείλους της μήτρας και 1.5cm άνωθεν του τραχήλου με τον σύστοιχο ουρητήρα. Η σχέση αυτή έχει σημασία από χειρουργικής πλευράς στην ολική υστερεκτομία που είναι

δυνατόν να προκληθεί κάκωση στον ουρητήρα κατά την απολίνωση των μητριάων αγγείων.

Οι φλέβες σχηματίζουν ένα πυκνό δίκτυο παράλληλα προς την μητριάια αρτηρία και καταλήγουν στην έσω λαγόνιο φλέβα και μερικώς στην έσω σπερματική φλέβα. Τα λεμφαγγεία της μήτρας φέρονται επίσης εντός του παραμητρίου και αναστομώνονται μετά των λεμφογαγγλίων παράλληλα προς το ηλιακό πλέγμα. Από πλευράς λεμφογαγγλίων υπάρχουν τα λεμφογάγγλια του παραμητρίου (ιδιαίτερα σημαντικά για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας), τα λαγόνια, τα υπογαστρικά, τα οσφυϊκά και τα παρα-αορτικά.

Τα νεύρα τέλος της μήτρας προέρχονται από το 4^ο ιερό νεύρο και από το μητροκοιλιακό πλέγμα. Το μεγαλύτερο από τα νευρικά γάγγλια της περιοχής της είναι το γάγγλιο των Frankenshauser.

1.2 Φυσιολογία της Μήτρας

Το ενδομήτριο παρακολουθεί τις ορμονικές μεταβολές του κύκλου. Το επιθήλιο του ενδομητρίου είναι κυλινδρικό και επενδύει στους αδένες. Οι αδένες σχηματίζονται από σωληνοειδείς καταδύσεις μέχρι το μυομήτριο υπό την επίδραση των οιστρογόνων. Το ενδομήτριο στην πρώτη φάση του κύκλου και συγκεκριμένα οι αδένες του αυξάνονται διαφοροποιούμενοι σε μια επιφανειακή ή λειτουργική στιβάδα, η οποία αποτελεί τα άνω 2/3 αυτού και μια εν τω βάθει ή βασική, η οποία αποτελεί το υπόλοιπο 1/3. Μετά την ωοθυλακιόρρηξη η προγεστερόνη σταθεροποιεί το ενδομήτριο, το οποίο αποπίπτει ολοκληρωτικά μόνο μετά την απότομη πτώση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης περί την 28^η μέρα του κύκλου. Με τον τρόπο αυτό ολοκληρώνεται ένας φυσιολογικός κύκλος στην γυναίκα, η λειτουργία του οποίου, όπως έγινε αντιληπτό από τα προηγούμενα, είναι μια ιδιαίτερα σύνθετη διαδικασία, στην οποία εμπλέκονται πλείστοι όσοι μηχανισμοί και λειτουργίες που ξεκινούν από τον υποθάλαμο και καταλήγουν στο ενδομήτριο. Όταν γίνει γονιμοποίηση, το ενδομήτριο κάτω από την παρατεταμένη φάση της προγεστερόνης διατηρείται και υφίσταται φθαρτοειδή μετατροπή για τη συντήρηση του γονιμοποιημένου ωαρίου¹.

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 4^η – 9^η ημέρα) και στην προχωρημένη (από την 9^η – 13^η ημέρα).

Εκκριτική φάση: Η φάση αυτή βρίσκεται ουσιαστικά κάτω από την επίδραση της προγεστερόνης του ωχρού σωματίου, αλλά και των κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων, που εξακολουθούν να παράγονται.

Η εκκριτική φάση αρχίζει με την ωοθυλακιορρηξία και τελειώνει με την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Η διακρίνουμε στην αρχόμενη (14^η – 9^η ημέρα), τη μέση (20^η – 24^η ημέρα) και την προχωρημένη (25^η – 27^η 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 με την υποστήριξη των οιστρογόνων ορμονών, με αποτέλεσμα να ρικνωθεί, να συσπασθούν και να εμφραχθούν οι τελικοί κλάδοι των σπειροειδών αρτηριών των επιφανειακών στιβάδων, που αποτελούν τη λειτουργική του στιβάδα. Έτσι, αυτό αποσπάται και πέφτει με τη μορφή της αιμορραγίας.

Την απόπτωση αυτή της λειτουργικής στιβάδας τη χαρακτηρίζουμε ως εμμηνορρυσία και την αποδίδουμε σε απότομη αύξηση της λυσοσωματικής δραστηριότητας των κυττάρων του ενδομητρίου και σε απελευθέρωση μεγάλης ποσότητας όξινων υδρολασών².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 Επιδημιολογία Καρκίνου Τραχήλου Μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι παγκοσμίως ο δεύτερος σε συχνότητα και θνητότητα καρκίνος που αφορά τις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού. Περίπου 500.000 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, σε μερικές δε από αυτές αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-45 ετών. Στις ανεπτυγμένες χώρες, η ευρεία εφαρμογή, κατά την τελευταία πεντηκονταετία, του προληπτικού ελέγχου του πληθυσμού με την περιοδική εφαρμογή της απλής γυναικολογικής εξέτασης και της κυτταρολογικής εξέτασης του κολποτραχηλικού επιχρίσματος ελάττωσε ουσιαστικά τη συχνότητα και θνησιμότητα εκ της νόσου. Στις ΗΠΑ η συχνότητα καλύπτει μόλις το 6% των περιπτώσεων καρκίνου κάθε χρόνο με αντίστοιχη μείωση της θνησιμότητας. Επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν αυξημένη επίπτωση της νόσου σε πληθυσμούς χαμηλής κοινωνικοοικονομικής στάθμης, καθώς επίσης σε γυναίκες με πρώιμη έναρξη της γενετήσιας επαφής, μεγάλο αριθμό ερωτικών συντρόφων, πολύτοκες και καπνίστριες¹.

Έτσι, για παράδειγμα, είναι λιγότερο συχνή στη Νορβηγία και τη Σουηδία από ότι στις ΗΠΑ. Στις υπανάπτυκτες χώρες, όμως, η συχνότητα της νόσου είναι υψηλή, γεγονός που παρατηρείται σε όλες τις μορφές καρκίνου, σε σχέση με το τι συμβαίνει στις ΗΠΑ και τη Δυτική Ευρώπη. Είναι αξιοσημείωτο ότι σε πολλές χώρες της Νοτίου Αμερικής και της Ασίας ο καρκίνος του τραχήλου είναι η κυριότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Σ' αυτό ενδέχεται να συμβάλλει η ελλιπής σε πολλά συστατικά διατροφή σ' αυτές τις περιοχές, όπως, για παράδειγμα, η μειωμένη πρόσληψη βιταμινών.

Η συχνότητα εμφάνισης ενδοεπιθηλιακού καρκινώματος (CIN) στο γενικό γυναικείο πληθυσμό ποικίλλει. Είναι δυνατό να παρατηρηθεί σε κορίτσια ηλικίας 15 ετών και πάνω, η μεγαλύτερη, όμως, επίπτωση αφορά τις ηλικίες 25-35 ετών, μια δεκαετία, δηλαδή, πριν την εμφάνιση του διηθητικού καρκινώματος. Το ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα πιστεύεται ότι προηγείται του διηθητικού κατά 15-16 περίπου χρόνια. Σύμφωνα με ένα πρόγραμμα

screening για τον καρκίνο του τραχήλου που πραγματοποιήθηκε την περίοδο 1994-1995 στη Μ. Βρετανία 106.853 γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 20 ετών είχαν υποβληθεί σε Pap-test. Την επόμενη διετία ο αριθμός μειώθηκε σε 89.508, εκ των οποίων το 10.7% εμφάνιζε μικρή δυσκαρύωση (δυσπλασία), 1.1% μέτρια δυσπλασία και 0.2% σοβαρή δυσπλασία ή σοβαρότερες βλάβες³.

2.2 Ιστολογική Εικόνα

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 τραχήλου της μήτρας. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι διάφοροι ιστολογικοί τύποι σύμφωνα με την τελευταία κατάταξη της WHO (World Health Organization).

Πίνακας 1. Ιστολογικοί τύποι καρκινώματος τραχήλου μήτρας

- **Πλακώδες ή ακανθοκυτταρικό** (κερατινοποιούμενο, μη κερατινοποιούμενο, ακροχορδονώδες, κονδυλωματώδες, θηλώδες, τύπου λεμφοεπιθηλιώματος).
- **Αδενοκαρκίνωμα** (βλεννώδες ενδοτραχηλικού ή εντερικού τύπου, ενδομητριοειδές, διαυγοκυτταρικό, ορώδες, μεσονεφρικού τύπου).
- **Διάφορα άλλα** (αδενοπλακώδες, υαλοειδοκυτταρικό, αδενοκυστικό, αδενοβασικοκυτταρικό, καρκινοειδές, μικροκυτταρικό, αδιαφοροποίητο).

Το πλακώδες καρκίνωμα, με συχνότερο εκπρόσωπο το μη κερατινοποιούμενο τύπο, αντιπροσωπεύει το 60-80% των καρκινωμάτων και με βάση το βαθμό διαφοροποίησής του διαιρείται σε καλής (grade I), μέτριας (grade II) και χαμηλής (grade III) διαφοροποίησης. Ο όρος μικροδιηθητικός καρκίνος σύμφωνα με την FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) αφορά όγκο με βάθος διήθησης έως 5mm από τη βάση του επιθηλίου (πλακώδες ή αδενικό) και οριζόντια επέκταση έως 7mm. Σύμφωνα με την SGO (Society of Gynecological Oncologists in United States) η

διήθηση θα πρέπει να είναι μικρότερη των 3mm και δεν θα πρέπει να υπάρχει διήθηση αγγείων – λεμφαγγείων του στρώματος.

Το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου αντιπροσωπεύει το 10-15% των καρκινωμάτων και διακρίνεται και αυτό σε καλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης. Σε σύγκριση με το πλακώδες θεωρείται λιγότερο ακτινευαίσθητο, έχει χειρότερη πρόγνωση και δίνει συχνότερα απομακρυσμένες μεταστάσεις ακόμα και σε αρχικά στάδια. Επίσης σε όγκους μεγαλύτερους των 4cm οι υποτροπές είναι συχνότερες ανεξάρτητα της μεθόδου θεραπευτικής αντιμετώπισης (χειρουργική ή ακτινοθεραπεία). Η ετερογένεια των όγκων αυτών είναι ιδιαίτερα πλούσια με συχνότερο εκπρόσωπο το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα. Δύο υπότυποι αυτού είναι το σωληνοθηλώδες και το αν και σπάνιο ιδιαίτερα επιθετικό και πολύ κακής πρόγνωσης adenoma malignum ή αδενοκαρκίνωμα ελάχιστης απόκλισης. Επίσης το διαυγοκυτταρικό κακής πρόγνωσης, σχετίζεται με τη χορήγηση διαιθυστιλβεστρόλης στις μητέρες των ασθενών κατά τη διάρκεια της κύησής τους.

Από τους άλλους ιστολογικούς τύπους το ιδιαίτερα κακής πρόγνωσης μικροκυτταρικό καρκίνωμα συμπεριφέρεται επιθετικά δίνοντας γρήγορα αιματογενείς μεταστάσεις. Το αδενοπλακώδες καρκίνωμα είναι σαφώς χειρότερης πρόγνωσης από το πλακώδες. Το καρκινοειδές ή νευροενδοκρινικό καρκίνωμα, όγκος ευρείας μορφολογικής ποικιλίας στο οποίο ανιχνεύονται χαρακτηριστικά αργυρόφιλα κοκκία δυνατόν να παράγει πολυπεπτίδια όπως όλοι οι καρκινοειδείς όγκοι.

Ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου στα αρχικά στάδια είναι ασυμπτωματικός. Για το λόγο αυτό ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στον περιοδικό έλεγχο του γυναικείου πληθυσμού με την εξέταση του κολποτραχηλικού επιχρίσματος για την έγκαιρη διάγνωση των ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων ή του καρκίνου του τραχήλου. Η εμφανής νόσος παρουσιάζεται σαν εξέλκωση, διάβρωση ή εξωφυτικός όγκος στην περιοχή του τραχήλου ή και καθολική διόγκωση του τραχήλου όταν ο όγκος αφορά ή επεκτείνεται στον ενδοτράχηλο. Το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα αποτελεί η κολπική αιμόρροια μετά την επαφή, επίσης μπορεί να παρατηρηθεί

δύσοσμη κολπική υπέρεκκριση ή κάθε μορφής μητρορραγία ή μετεμμηνοπαυσιακή αιμόρροια. Στα προχωρημένα στάδια η συμπτωματολογία είναι ανάλογη της επέκτασης της νόσου (πόνος, οίδημα σκέλους, αιματουρία, νεφρική ανεπάρκεια κ.ά.). Η τελική διάγνωση τίθεται μόνο μετά λήψη βιοψίας και ιστολογική εξέταση του δείγματος.

Στις περιπτώσεις που η εξέταση κατά Παπανικολάου είναι ενδεικτική ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης ή διηθητικής νόσου χωρίς εμφανή κλινικά βλάβη, η κολποσκόπηση και η κατευθυνόμενη βιοψία ή και η απόξεση ενδοτραχήλου θέτουν σε μεγάλο ποσοστό την ορθή διάγνωση. Η κολποσκόπηση δεν θεωρείται ικανοποιητική: όταν δεν καθίσταται ορατή εξ ολοκλήρου η ζώνη μετάπλασης, παρατηρείται επέκταση της βλάβης στον ενδοτράχηλο, η απόξεση του ενδοτραχήλου είναι θετική και όταν υπάρχει μεγάλη δυσαρμονία μεταξύ κολποσκοπικών και κυτταρολογικών ευρημάτων. Η κωνοειδής εκτομή θεωρείται επιβεβλημένη όταν: ως ανωτέρω η κολποσκόπηση δεν είναι ικανοποιητική, δεν παρατηρείται βλάβη στον εξωτράχηλο ενώ υπάρχει υποψία νόσου στον ενδοτράχηλο και σε βιοψία τραχήλου έχει τεθεί διάγνωση μικροδιηθητικού καρκινώματος.

2.3 Προκαρκινικές Αλλοιώσεις του Τραχήλου Μήτρας

Ως προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας θεωρούνται οι διαταραχές της διαφοροποίησης του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου, οι οποίες παλαιότερα ονομάζονταν δυσπλασίες του τραχήλου. Εφόσον όλο το επιθήλιο παρουσιάζει κυτταρικές αλλοιώσεις παρόμοιες καρκινώματος, ο χρησιμοποιούμενος όρος ήταν καρκίνωμα *in situ*. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες περίπου, η αντίστοιχη ονομασία των αλλοιώσεων του πλακώδους επιθηλίου, έχει επικρατήσει παγκόσμια, ως τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες (CIN, Cervical Intraepithelial Neoplasias)⁴.

Η μελέτη της παθογένειας των προδιηθητικών αλλοιώσεων του τραχήλου έχει επικεντρωθεί στη ζώνη μετάπλασης ή ζώνη μετάπτωσης (transformation zone) του τραχηλικού επιθηλίου. Κατά κανόνα μέχρι την εμμηναρχή το μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο που επαλείφει τον ενδοτράχηλο επεκτείνεται και καλύπτει τμήμα του ορατού εξωτραχήλου, γύρω από το έξω

τραχηλικό στόμιο (περιστομιακή ερυθρότητα, εκτοπία, εκτρόπιο, αρχικό κυλινδρικό επιθήλιο εξωτραχήλου).

Αμέσως μετά την εμμηνарχή η επίδραση ορμονικών παραγόντων, αλλαγής του pH ή φλεγμονωδών αιτίων έχει σαν αποτέλεσμα την έναρξη της απόλυτα φυσιολογικής διαδικασίας της πλακώδους μετάπλασης. Τη βαθμιαία δηλαδή αντικατάσταση του περιστομιακού κυλινδρικού επιθηλίου από ένα μεταπλαστικό επιθήλιο, το οποίο στην πλήρη του ωριμότητα περί το 40ο έτος της ηλικίας είναι ένα πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο.

Η διαδικασία αυτή λαμβάνει χώρα είτε κατά τόπους ή από την περιφέρεια προς το κέντρο, με την ενεργοποίηση πολυδύναμων αρχεγόνων ή εφεδρικών κυττάρων. Η ζώνη αυτή του μεταπλαστικού επιθηλίου στη φάση του σχηματισμού της ενέχει ιδιαίτερη σημασία, καθόσον στο δυναμικά εξελισσόμενο αυτό επιθήλιο η επίδραση ογκογενετικών παραγόντων έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία αλλοιώσεων που κατά κανόνα προηγούνται του διηθητικού καρκίνου.

Τα δύο σταθερά χαρακτηριστικά αυτών των αλλοιώσεων, που αφορούν το επιθήλιο και μόνον, όπως αυτά είναι ορατά στο κοινό μικροσκόπιο, ανεξάρτητα του βαθμού βαρύτητας είναι: Η κυτταρική ατυπία (διόγκωση πυρήνα, υπερχρωμασία, διαταραχή σχέσης πυρήνα-πρωτοπλάσματος κλπ.) και η απουσία διαφοροποίησης. Στο CIN I, II και III τα άτυπα μη ωριμάζοντα κύτταρα καταλαμβάνουν αντίστοιχα το κάτω τριτημόριο, τα 2/3 και ολόκληρο το πάχος του επιθηλίου.

Η αντίληψη ότι σε μεγάλο ποσοστό οι ενδοεπιθηλιακές αυτές αλλοιώσεις προηγούνται του διηθητικού καρκίνου έχει σήμερα τεκμηριωθεί. Εντούτοις σημαντικό επίσης ποσοστό παραμένει στο ίδιο επίπεδο ή υποστρέφει αυτομάτως. Υπολογίζεται ότι το 1/3 όλων των βαθμών CIN θα υποστρέψει, ένα 40% θα επιμείνει και μόνο ένα 25% θα εξελιχθεί. Από τις εξελισσόμενες αλλοιώσεις μόνο 10% θα οδηγήσει σε καρκίνωμα in situ και 1% σε διηθητικό. Οι βαρύτερες πάντως αλλοιώσεις (CIN III) είναι πιθανότερο να επιμένουν ή να εξελιχθούν από ότι οι ελαφρύτερες (CIN I). Δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα απόλυτα καθορισμένοι προγνωστικοί παράγοντες που να

προμηνύουν σε ποιες περιπτώσεις το CIN θα παραμείνει στάσιμο και σε ποιες θα εξελιχθεί σε βαρύτερο βαθμό ή σε διηθητικό καρκίνωμα. Η μέση ηλικία πάντως ασθενών με CIN II-III προηγείται 10-15 χρόνια της μέσης ηλικίας ασθενών με διηθητικό καρκίνωμα.

Αλληπάλληλες κατά καιρούς επιδημιολογικές μελέτες έχουν αναλύσει τους παράγοντες κινδύνου υπεύθυνους για την ανάπτυξη προδιηθητικών και διηθητικών αλλοιώσεων του τραχήλου. Έτσι ως επιβαρυντικοί παράγοντες υψηλού κινδύνου καθορίστηκαν διάφοροι δείκτες γενετήσιας συμπεριφοράς (μεγάλος αριθμός ερωτικών συντρόφων, μικρή ηλικία πρώτης κύησης και ερωτικής επαφής, νοσήματα σεξουαλικά μεταδιδόμενα, υψηλός αριθμός κυήσεων). Επίσης θετική συσχέτιση βρέθηκε με τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική στάθμη, το κάπνισμα και την ανοσοκαταστολή οποιασδήποτε αιτιολογίας. Οι μακρόχρονες προσπάθειες εντόπισης συγκεκριμένου αιτιολογικού παράγοντα γενετησίως μεταδιδόμενου και εμπλεκόμενου στην παθογένεια των προδιηθητικών αλλοιώσεων και του καρκίνου οδήγησαν κατά την τελευταία εικοσαετία στον ιό του ανθρωπίνου θηλώματος ή HPV (Human Papilloma Virus).

Η ανίχνευση του DNA του ιού σε ποσοστό πλέον του 90% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου και πιο πρόσφατα η πιστοποίηση της ιικής δραστηριότητας μέσω μεταγραφικών διαδικασιών, σε συνδυασμό με την πρόκληση από στελέχη HPV ογκογόνων μεταλλάξεων σε κυτταρικών σειρές *in vitro*, αποδεικνύουν σαφώς την αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ HPV και καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας, ανεξάρτητα από άλλους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες¹.

2.4 Σταδιοποίηση

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

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία Μαιευτήρων – Γυναικολόγων (F.I.G.O.) έχει προτείνει ένα σύστημα σταδιοποίησης, το οποίο, παρά τις ατέλειές του, είναι γενικά παραδεκτό. Η σταδιοποίηση, σύμφωνα με τις υποδείξεις της F.I.G.O., στηρίζεται βασικά στην κλινική εξέταση και ονομάζεται κλινική σταδιοποίηση (Πίνακας 2).

Τα ουσιαστικά μειονεκτήματα της κλινικής σταδιοποίησης οφείλονται στη συχνή αποτυχία της κλινικής εξέτασης να αποκαλύψει την πραγματική έκταση της νόσου. Η καρκινωματώδης διήθηση των παρατραχηλικών αδένων είναι δυνατό να μην ψηλαφηθεί (20-25%) ή αντίθετα η φλεγμονώδης πάχυνση και σκληρία των παραμητρίων να αποδοθεί στη νόσο. Η παρουσία και εντόπιση εξ άλλου διηθητικών λεμφαδένων δεν είναι δυνατό να διαπιστωθεί. Η λεμφαγγειογραφία παρέχει πολύτιμες πληροφορίες στον τομέα αυτό και χρησιμοποιείται σε πολλά κέντρα, αλλά η αξιοπιστία της περιορίζεται από το σημαντικό ποσοστό ψευδώς αρνητικών ή θετικών ευρημάτων (περίπου 17%. Τα τελευταία χρόνια καταβάλλεται προσπάθεια για την ακριβή διάγνωση των λεμφαδενικών μεταστάσεων με την εφαρμογή της ερευνητικής λαπαροτομίας και λεμφαδενεκτομίας των πυελικών και παραορτικών λεμφαδένων. Είναι πιθανό, ότι η αναγνώριση και εντόπιση των λεμφαδενικών μεταστάσεων, ιδιαίτερα κατά μήκος της αορτής, είναι δυνατό με την κατάλληλη τροποποίηση του πεδίου ακτινοβολήσης να οδηγήσει στη θεραπεία ένα μικρό ποσοστό ασθενών (4-5%), οι οποίες με τη συνήθη θεραπεία θα είχαν υποκύψει στη νόσο. Το τίμημα όμως από τις επιπλοκές είναι αρκετά βαρύ και η μέθοδος δεν έχει γίνει γενικά αποδεκτή ακόμη⁵.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (ΦΙΓΟ)

ΠΡΟΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Στάδιο 0: Ενδοεπιθηλιακός ή καρκίνος in situ (CIS)

Η νόσος εντοπίζεται στο επιθήλιο. Τα καρκινωματώδη κύτταρα έχουν καταλάβει ολόκληρο το πάχος του επιθηλίου, αλλά δεν διηθούν το στρώμα του τραχήλου.

ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

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

Iα: Μικροδιηθητικός καρκίνος

Iα1: Μόλις αρχόμενη (όχι μετρητή) μικροσκοπική διήθηση του στρώματος.

Iα2: Μετρητή διήθηση, 5 χιλ. βάθος, 7 χιλ. πλάτος

Iβ: Εμφανής διήθηση του στρώματος.

Εάν η νόσος εντοπίζεται στον ενδοτράχηλο, δεν εκδηλώνεται κλινικά.

Στάδιο II: Ο καρκίνος έχει επεκταθεί πέρα από τον τράχηλο. Μπορεί να διηθεί στον κόλπο, αλλά όχι το κάτω τριτημόριό του. Μπορεί επίσης να διηθεί το παραμήτριο, αλλά να μην φθάνει το πυελικό τοίχωμα.

IIα: Η νόσος δεν προσβάλλει το παραμήτριο.

IIβ: Ψηλαφάται διήθηση του παραμητρίου.

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

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

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

Στάδιο IV: Ο καρκίνος έχει διασπαρεί εκτός της πυέλου, ή έχει προσβάλλει το βλεννογόνο της κύστεως ή του ορθού.

IVα: Προσβολή της κύστεως ή του εντέρου.

IVβ: Μεταστάσεις εκτός πυέλου⁶.

2.5 Τρόποι Επέκτασης του Όγκου

Το καρκίνωμα του τραχήλου επεκτείνεται πρωταρχικά και άμεσα στους γεινονικούς ιστούς και κατά δεύτερο λόγο σε απομακρυσμένους ιστούς μέσω του λεμφικού δικτύου ή με την αιματική κυκλοφορία:

Τοπική επέκταση («κατά συνέχεια ιστού»). Η πρώτη άμεση επέκταση του όγκου γίνεται, όταν το ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα (καρκίνωμα *in situ*) διηθήσει τη βασική μεμβράνη του επιθηλίου και διεισδύσει σε ελάχιστο βάθος (3 χιλ.) στους υποκείμενους ιστούς (στάδιο Ia ή μικροδιηθητικό καρκίνωμα).

Ο όγκος εισδύει στη συνέχεια σε βαθύτερα στρώματα του τραχηλικού τοιχώματος και σε μεταγενέστερα στάδια επεκτείνεται στον παρακείμενο κολπικό θόλο και στο κολπικό τοίχωμα, από το οποίο εμπλέκεται βραδύτερα η ουροδόχος κύστη και το ορθό. Με την επέκταση προς το πρόσθιο κολπικό τοίχωμα και την κύστη, μπορεί να προκληθεί νέκρωση του τοιχώματος της κύστης και κυστεοκολπικό συρίγγιο. Με την προς τα πίσω επέκταση, προσβάλλονται πρώτα οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι και στη συνέχεια το ορθό. Στην πρώτη περίπτωση με την εμπλοκή του ιερού πλέγματος προκαλείται ισχιακός πόνος, ενώ με την προσβολή του ορθού μπορεί να δημιουργηθεί ορθοκολπικό συρίγγιο.

Η προς την κοιλότητα της μήτρας επέκταση είναι συνήθως περιορισμένη, αλλά η απόφραξη του τραχηλικού αυλού μπορεί να προκαλέσει πυόμητρα.

Η προς τα πλάγια επέκταση στο παραμήτριο και στους πλατείς συνδέσμους δίνει συμπτώματα και αντικειμενικά ευρήματα χρόνιας ενδοπυελικής φλεγμονής, ενώ αργότερα καθηλώνει τον τράχηλο και σε μεταγενέστερα στάδια αποφράζει τους ουρητήρες.

Λεμφογενής μετάσταση. Μπορεί να επέλθει αμέσως μετά τη διήθηση της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου, όταν ο όγκος αρχίζει να προσβάλλει τους τελικούς λεπτούς κλάδους των τοιχωματικών λεμφικών αγγείων. Η παραπέρα λεμφική μετάσταση, κατά μήκος των λεμφικών αγγείων που παροχετεύουν τον τράχηλο, μπορεί να επέλθει ταχύτερα σε σχέση με τα

μεταγενέστερα στάδια της τοπικής «κατά συνέχεια ιστού» επέκτασης. Με τη διείσδυση στο λεμφικό δίκτυο προσβάλλονται οι παρατραχηλικοί λεμφαδένες και στη συνέχεια εμπλέκονται οι θυροειδείς, οι λαγόνιοι λεμφαδένες (έσω και έξω), οι ιεροί προς τα πίσω και οι παρα-αορτικοί λεμφαδένες προς τα πάνω. Σε μερικές περιπτώσεις οι ομάδες ατές των αδένων μπορούν να παρακαμφθούν και να προσβληθούν απευθείας οι αορτικοί λεμφαδένες.

Αιματογενής μετάσταση. Η αιματογενής μετάσταση σε απομακρυσμένους ιστούς είναι πολύ σπάνια και επέρχεται σε μεταγενέστερα στάδια της νόσου, ιδίως στην αναπλαστική της μορφή. Συνηθέστερες είναι η οστική, η εγκεφαλική και η πνευμονική μετάσταση⁷.

Απομακρυσμένες μεταστάσεις βρίσκουμε στο συκώτι, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα επινεφρίδια, στο σπλήνα, στο πάγκρεας, στα οστά (σπονδυλική στήλη, πύελο, αυχένα μηριαίου οστού) κλπ.

Βρέθηκε, πως στα στάδια Ια και Ιβ οι λεμφαδενικές μεταστάσεις φτάνουν το 12-15%, στα στάδια ΙΙα και ΙΙβ στο 25-30%, στο στάδιο ΙΙΙ στο 35-40% και στο στάδιο ΙV στο 80%².

Κολπική εμφύτευση. Είναι δυνατή, αν και οι μεμονωμένες κολπικές μεταστάσεις μπορούν να αποδοθούν σε λεμφική επέκταση⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 Αιτιολογία – Προδιάθεση

Η αιτιολογία της νόσου δεν είναι γνωστή, αλλά πιθανότατα είναι πολυπαραγοντική.

Με εξαίρεση το καρκίνωμα από διαυγή κύτταρα, που έχει σχέση με τη διαιθυλοστιλβιστόλη, σχεδόν όλοι οι όγκοι όλων των ιστολογικών τύπων (περισσότερο από 90%) περιέχουν DNA του HPV, που ενσωματώνεται στα χρωματοσώματα του ξενιστή. Οι τύποι του HPV που συνηθέστερα συνδέονται με το καρκίνωμα του τραχήλου είναι οι HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 και 56. Όμως δεν φαίνεται ότι αρκεί η παρουσία μόνον ενός ογκογόνου HPV για να αναπτυχθεί καρκίνωμα του τραχήλου. Η παρουσία του HPV σε νέο και σεξουαλικά δραστήριο πληθυσμό φθάνει μέχρι και το 20-25%, γεγονός που σημαίνει ότι η λοίμωξη ελέγχεται μέσω ανοσολογικών μηχανισμών, εφόσον δε συντρέχουν και άλλοι παράγοντες / κίνδυνοι. Από τους παράγοντες αυτούς συνηθέστερα ενοχοποιούνται ο ιός του έρπητα (HSV-2), το κάπνισμα, το DNA του σπέρματος, η βλενόρροια και τα χλαμύδια.

Στην ανάπτυξη του επιθηλιακού καρκινώματος πιθανώς εμπλέκεται και κάποια ανεπάρκεια του ανοσολογικού συστήματος, όπως π.χ. συμβαίνει κατά τη θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Μικρή επίσης ανοσοκατασταλτική επίδραση πρέπει να ασκούν και τα στεροειδή αντισυλληπτικά δισκία, τα οποία σύμφωνα με τις υπάρχουσες ενδείξεις ενθαρρύνουν την ανάπτυξη άτυπου επιθηλίου.

Σήμερα είναι γενικώς παραδεκτό ότι οι αιτιολογικοί παράγοντες μεταφέρονται με τη συνουσία. Πιστεύεται ειδικότερα ότι κατά τη συνουσία μεταφέρεται στη γυναίκα κάποιος μεταλλακτικός παράγοντας, που παρεμβάλλεται στη φυσιολογική διεργασία της πλακώδους μεταπλασίας του τραχηλικού επιθηλίου και προκαλεί την ανάπτυξη άτυπου ή δυσπλαστικού επιθηλίου, που είναι δυνητικώς νεοπλασματικό. Η πλακώδης μεταπλασία είναι εναργέστερη κατά την ενδομήτρια ζωή, κατά την εφηβεία και κατά τη διάρκεια της πρώτης εγκυμοσύνης, ενώ είναι γνωστό ότι συνηθέστερα

εμφανίζουν άτυπα τραχηλικά επιχρίσματα οι νέες γυναίκες με δραστήρια σεξουαλική ζωή⁷.

3.2 Κλινική Εικόνα – Αντικειμενικά Ευρήματα

Η πάθηση στο προδιηθητικό στάδιο ή στάδιο 0 (καρκίνωμα in situ), που προηγείται του διηθητικού καρκινώματος, είναι ασυμπτωματική, διαρκεί πολλά χρόνια και ανακαλύπτεται συνήθως κατά την κυτταρολογική κατά Παπανικολάου εξέταση και τη βιοψία του τραχήλου. Ασυμπτωματική είναι η πάθηση και στο στάδιο Ia. Στα μεταγενέστερα στάδια του διηθητικού καρκινώματος, όταν σχηματιστεί εξέλκωση, εμφανίζονται διαδοχικά μητρορραγία, πόνος, συμπτώματα από τα προσβαλλόμενα γειτονικά όργανα και προϊούσα καχεξία.

Μικρή ανώμαλη αιμορραγία (μητρορραγία) προκαλείται ήδη στο αρχικό διηθητικό στάδιο και ιδίως κατά τη γυναικολογική εξέταση και κατά τη συνουσία. Η διάγνωση δε διαφεύγει της προσοχής του γιατρού στο στάδιο αυτό, αλλά δυστυχώς οι άρρωστες προσέρχονται συνηθέστερα πολύ αργά, όταν η νέκρωση και η φλεγμονή έχουν επεκταθεί και συνοδεύονται κλινικώς από πυοαιματηρή δύσοσμη έκκριση ή καμιά φορά και από άφθονη αιμορραγία.

Ο πόνος εμφανίζεται αργότερα και οφείλεται σε επέκταση της φλεγμονής προς την κοιλότητα της μήτρας, με ταυτόχρονη απόφραξη του τραχηλικού αυλού (πυόμητρα), ή σε μεγάλη επέκταση του όγκου προς τα πυελικά τοιχώματα. Στην περίπτωση αυτή ο πόνος γίνεται βασανιστικός και επίμονος, λόγω της διήθησης των νεύρων και των οστών, και είτε παραμένει τοπικός ή επεκτείνεται προς τα κάτω άκρα. Στην τελευταία περίπτωση ο πόνος οφείλεται στην προσβολή του οσφυοϊερού κλάδου της ρίζας του 4^{ου} οσφυϊκού νεύρου (04).

Λεμφική απόφραξη με οίδημα των κάτω άκρων μη ανατάξιμο μπορεί να προκαλέσει η προσβολή των λεμφικών οδών.

Σε προσβολή του εντέρου επέρχονται τεινεσμός, διάρροια και αιμορραγία από το ορθό.

Με την προσβολή της ουροδόχου κύστης προκαλείται συχνουρία και μερικές φορές αιματουρία, αλλά και ακράτεια των ούρων, εάν σχηματιστεί συρίγγιο. Η ουραιμία από ουρητική απόφραξη ή ανιούσα φλεγμονή μπορεί να αποτελέσει το τελικό αίτιο θανάτου.

Η καχεξία είναι χαρακτηριστική των προχωρημένων σταδίων του καρκινώματος του τραχήλου. Η άρρωστη εμφανίζει στην περίπτωση αυτή απώλεια βάρους και αναιμία, χαμηλή πυρετική κίνηση λόγω της παρατεινόμενης φλεγμονής και δείχνει εξασθενημένη και φοβισμένη, για να καταλήξει τελικώς στο θάνατο εν μέσω επεισοδιακών αιμορραγιών, μεγάλης αναιμίας και καθολικής καχεξίας.

Αντικειμενικά ευρήματα. Η κακοήθης εξαλλαγή είναι στις πολύ αρχικές μορφές ελάχιστα εμφανής και δίνει κατά την ψηλάφηση και την επισκόπηση την εντύπωση απλής διάβρωσης. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται μια μικρή οζώδης περιοχή ή και μικρό έλκος. Ύποπτες περιοχές, σε αντίθεση με το φυσιολογικό βλεννογόνο, δε χρωματίζονται με ιδωδιούχο διάλυμα Lugol (δοκιμασία κατά Schiller). Στις περιπτώσεις αυτές η βιοψία είναι αναγκαία για τη διάγνωση, αλλά συνηθέστερα οι άρρωστες προσέρχονται για εξέταση όταν η διάγνωση είναι τελείως καταφανής.

Ο τράχηλος εμφανίζεται κατά τα αρχικά στάδια σκληρός και καθηλωμένος από τους διηθημένους κολπικούς θόλους. Ο όγκος σε μεταγενέστερα στάδια αποκτά τη μορφή ελκωτής, εξωφυτικής, ενδοφυτικής ή ενδοτραχηλικής και πολυποειδούς μάζας. Στην ελκωτή μορφή η αρχική διήθηση αντικαθίσταται στο 33% των περιπτώσεων, μερικώς ή στο σύνολό της, από ένα κρατήρα με μαλακό και εύθρυπτο ιστό στη βάση και τα χείλη του, που εύκολα αιμορραγεί κατά την ψηλάφηση. Ο τράχηλος έχει σύσταση σκληρή και είναι ατρακτοειδώς διογκωμένος. Συχνότερα, στο 38% των περιπτώσεων, παρατηρείται προς τον κόλπο μια εξωφυτική ή πολυποειδής «ανθοκραμβοειδής» μάζα, η οποία είναι εξίσου εύθρυπτη και υφίσταται σύντομα νέκρωση και δευτερογενή λοίμωξη, με συνέπειες την αιμορραγία και τη δύσοσμη κολπική έκκριση. Η ενδοφυτική ή ενδοτραχηλική μορφή (ενδοτραχηλικό επιδερμοειδές καρκίνωμα, συνηθέστερα όμως

αδενοκαρκίνωμα) παρατηρείται σε αναλογία 20% και η πολυποειδής στο 5% των περιπτώσεων.

Στα προχωρημένα στάδια του καρκινώματος του τραχήλου μπορεί να ψηλαφηθούν διογκωμένοι υπερκλείδιοι και βουβωνικοί λεμφαδένες. Χαρακτηριστική είναι η σκληρή διήθηση στα παραμήτρια. Η παρουσία οιδήματος που αφήνει εντύπωμα είναι δηλωτική ετερόπλευρης επέκτασης στο πνευλικό τοίχωμα⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 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 TA₄ του ανθρώπινου καρκίνου από πλακώδη επιθήλια, βοηθάει στη διάγνωση και παρακολούθηση του καρκίνου του τραχήλου. Πρόκειται για μια γλυκοπρωτεΐνη μ.β. 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 είναι αυξημένο σε ποσοστό 50%, ενώ στα στάδια ΙΙΙα και ΙV υπερβαίνει το 80%. Η παρακολούθηση των τιμών του TA-4 μετά τη θεραπευτική αντιμετώπιση των καρκινοπαθών βοηθάει στην αντιμετώπιση των υποτροπών⁴.

4.2 Διάγνωση

Ασθενείς με θετικά ευρήματα στο Pap-test και χωρίς κλινική εικόνα κακοήθειας, πρέπει να εξετάζονται κολποσκοπικά. Εάν κατά την κολποσκοπική εκτίμηση προκύψει υποψία διήθησης ή η κολποσκόπηση είναι μη ικανοποιητική επί παρουσίας καρκινικών κυττάρων στο Pap-test, η διάγνωση πρέπει να επιβεβαιωθεί ή διευκρινιστεί αντίστοιχα, με κωνοειδή εκτομή. Βιοψία του τραχήλου μόνο, μπορεί να είναι ανεπαρκής για να θέσει

σωστή διάγνωση σε τέτοιες περιπτώσεις. Αντίθετα, σε ασθενείς με κλινικά εμφανή καρκίνο, η διάγνωση μπορεί εύκολα να γίνει με βιοψία του τραχήλου αν και οι περισσότεροι παθολογοανατόμοι θα προτιμούσαν μία ευρύτερη σφηνοειδή βιοψία του τραχήλου.

Στα πλαίσια του γενικότερου κλινικού ελέγχου, πέραν των συνήθων αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων, και για συναξιολόγηση κατά τη σταδιοποίηση, πρέπει να γίνεται ακτινογραφικός έλεγχος του θώρακα, ενδοφλέβια πνευμογραφία, κυστεροσκόπηση και ορθοσιγμοειδοσκόπηση, για αποκλεισμό επέκτασης του καρκίνου στα εξεταζόμενα όργανα⁴.

4.3 Η Εξέταση του Γεννητικού Συστήματος

Μετά την αρχική εκτίμηση της ασθενούς και τη λήψη της παρούσας νόσου, ο ιατρός θα πρέπει να προβεί σε φυσική εξέταση αυτής (κατά συστήματα), καταγράφοντας τυχόν παθολογικά ευρήματα που συνδέονται με την παρούσα νόσο. Η ολοκλήρωση της κλινικής αξιολόγησης τελειώνει με τη φυσική εξέταση 1) των μαστών, 2) της κοιλίας και 3) των έξω και έσω γεννητικών οργάνων (πάτα παρουσία Μαίας).

4.3.1 Φυσική Εξέταση των Μαστών

Μετά τη λήψη του ιστορικού ακολουθεί η ψηλάφηση των μασχαλαίων, υποκλειδίων και υπερκλειδίων λεμφαδένων. Η εξέταση της μασχάλης, της μεν αριστερής γίνεται με το δεξί χέρι του ιατρού ακινητοποιώντας το αριστερό χέρι της γυναίκας και αντίθετα για την άλλη πλευρά. Ακολουθεί η εξέταση των μαστών, η οποία περιλαμβάνει την επισκόπηση αυτών (αξιολογώντας τη συμμετρία των, τη χροιά του δέρματος, την ύπαρξη εξελκώσεων) και την ψηλάφηση με την ασθενή σε ύπτια θέση. Η ψηλάφηση γίνεται με τις άκρες των δακτύλων αρχίζοντας από τη θηλή και σε περίπτωση μάζας περιγράφεται το μέγεθός της, η κινητικότητά της, η σύμφυση αυτής με το δέρμα ή τους υποκείμενους ιστούς, η ευαισθησία και η θέση της σε σχέση με τα τεταρτημόρια του μαστού. Επακολουθεί συμπίεση των μαστών για έλεγχο έκκρισης από αυτούς.

4.3.2 Η Φυσική Εξέταση της Κοιλίας

Αυτή γίνεται με την ασθενή πρώτα σε ορθία και μετά σε ύπτια θέση (με κεκαμμένα ελαφρώς τα γόνατα για χαλάρωση των κοιλιακών μυών) ανά τεταρτημόρια. Καταγράφονται οι υπάρχουσες ουλές, οι διογκώσεις υποχονδρίων οργάνων, η θέση του ομφαλού (επί κυήσεως είναι άνω της μέσης γραμμής, ενώ επί ασκίτη κάτωθεν αυτής) και δια της ψηλαφήσεως διαπιστώνεται η ευαισθησία, η σύσπαση (γενική ή περιοχική), καθώς επίσης η ύπαρξη μεγάλων κοιλιακών μαζών ή άλλων παθολογικών ή χειρουργικών ευρημάτων από την άνω και κάτω κοιλία.

4.3.3 Πυελική Εξέταση

Αφού ουρήσει η γυναίκα και ξαπλώσει στο γυναικολογικό κρεβάτι «Bumt», αρχίζει η εξέταση των έξω γεννητικών οργάνων με την επισκόπηση (με τη βοήθεια κολποδιαστολέων), την ψηλάφηση αυτών και καταγραφή των ευρημάτων (ως την διάπλαση του αιδοίου και των μορίων αυτού, την ύπαρξη επίκτητων βλαβών, όπως φλεγμονή, εξελκώσεις, εξωφυτικές επεξεργασίες, χροιά του δέρματος – ύπαρξη λευκής βλάβης – την ύπαρξη ουλών από τραυματισμό ή προηγηθείσες εγχειρήσεις κ.ά.). Επί υπάρξεως φλεγμονής λαμβάνονται καλλιέργειες και επί εξελκώσεων επιχρίσματα για κυτταρολογική μελέτη. Επακολουθεί κολποσκόπηση και βιοψία, αν κριθεί αναγκαίο.

Στη συνέχεια γίνεται η εισαγωγή των κολποδιαστολέων, επιλέγοντας το κατάλληλο μέγεθος, ανάλογα αν η γυναίκα είναι άτοκος ή πολύτοκος και σε περίπτωση μικρών κοριτσιών χρησιμοποιείται το παρθενοσκόπιο. Ακολούθως επισκοπείται ο κόλπος μετά των θολών αυτού, ως και η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου, (συγχρόνως δε λαμβάνονται επιχρίσματα για Pap-test και έκκριμα κόλπου, τραχήλου, για καλλιέργεια επί φλεγμονής). Σημειώνονται στο ιστορικό η χροιά αυτών, η κατάσταση των επιθηλίων των, η ύπαρξη φλεγμονής ή εξέλκωσης, οι εξωφυτικές εξεργασίες, οι τυχόν υπάρχουσες κύστες από υπολείμματα του πόρου του Gartner ή οι φλεγμονώδεις κύστες. Μετά το πέρας της επισκόπησης ακολουθεί η απαγωγή των μικρών χειλέων δια του αριστερού αντίχειρα και δείκτη και η εισαγωγή ενός ή δύο δακτύλων (δείκτης και μέσος) της δεξιάς χειρός στον

κόλπο (σε περίπτωση μικρού κοριτσιού η εξέταση γίνεται από το ορθό με το μικρό δάκτυλο) και ψηλαφάται αυτός καθ' όλο το μήκος του. Αξιολογείται η σύστασή του, η ύπαρξη σκληριών (από ουλές προηγούμενων επεμβάσεων ή τοκετών) ή μορφωμάτων εντός, κάτω ή άνωθεν αυτού. Το αυτό δε ισχύει και για την ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου. Μετά την ολοκλήρωση της ψηλάφησης αρχίζει η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, τοποθετώντας τα δάκτυλα (δείκτη – μέσο) του δεξιού χεριού στον πρόσθιο κολπικό θόλο, επί πρόσθιας κάμψης και κλίσης της μήτρας, (φυσιολογική θέση), ειδάλλως στον οπίσθιο κολπικό θόλο, ενώ η αριστερή παλάμη τοποθετείται στο υπογάστριο με σκοπό να φέρει τη μήτρα μεταξύ των δύο χεριών, υποβοηθούμενη από τα δάκτυλα που είναι μέσα στον κόλπο. Με την εξέταση αυτή αξιολογούμε το μέγεθος της μήτρας, τη σύστασή της, την κινητικότητά της, την υπάρχουσα ευαισθησία στην πίεση και την πιθανή συνέχεια αυτής με μάζες προς το Δουγλάσσειο ή προς τα εξαρτήματα. Ακολουθεί η εξέταση των εξαρτημάτων κατά τον ίδιο τρόπο με την τοποθέτηση των δακτύλων που είναι στον κόλπο λοξά στον πλάγιο θόλο (εναλλάξ) και ψηλαφούμε την ύπαρξη ή μη μαζών (φυσιολογικά τα εξαρτήματα δεν φυλαφώνται), επίσης διακρίνουμε τη κινητικότητα αυτών, την ευαισθησία των και τη διόγκωση των λεμφαδένων στα παραμήτρια. Η τελευταία πρέπει να επιβεβαιώνεται με εξέταση από το ορθό ή με σύγχρονη ορθοκολπική εξέταση.

Σε περίπτωση που υπάρχουν δυσκολίες για γυναικολογική εξέταση (από παχυσαρκία, εκτεταμένο CA, ή μη συνεργάσιμη ασθενής), αυτή γίνεται υπό νάρκωση στο χειρουργείο.

4.4 Διαγνωστικές Μέθοδοι

4.4.1 Η Κυτταρολογική Εξέταση

(Δοκιμασία κατά Παπανικολάου, Pap Test)

Η εξέταση αυτή αφορά τη λήψη αποφολιδωμένων κυττάρων από τον τράχηλο και τον κόλπο και την εξέτασή τους από κυτταρολόγο μετά από κατάλληλη χρώση. Μ' ένα ξύλινο στυλέο λαμβάνουμε επίχρισμα από τον εξωτράχηλο και τον οπίσθιο κολπικό θόλο και με μια ειδική ψήχτρα επιχρίσματα από τον ενδοτράχηλο.

Στην κυτταρολογική εξέταση ο καλά διατηρημένος, μικρός και πυκνωτικός πυρήνας είναι ένδειξη της υγιούς και φυσιολογικής κατάστασης του κυττάρου. Κύτταρα που παρουσιάζουν διαταραχή του πυρήνα αλλά έχουν καλά διατηρημένο πρωτόπλασμα ονομάστηκαν από τον Παπανικολάου δυσκαρυωτικά και θεωρούνται ύποπτα κακοήθειας. Καρκινικά κύτταρα είναι αυτά στα οποία παρατηρείται αύξηση του μεγέθους και έντονες μορφολογικές αλλοιώσεις του πυρήνα με διαταραχές και στο πρωτόπλασμα. Με τα κυτταρολογικά επιχρίσματα, επειδή ανταποκρίνονται στις διακυμάνσεις των ωοθητικών ορμονών είναι δυνατόν να ελέγξουμε αδρά και τον κύκλο της γυναίκας⁸.

4.4.2 Κολποσκόπηση

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

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

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

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

Η κολποσκόπηση και ιστολογική μελέτη δείχνουν, ότι η μεταπλασία είναι μια δραστηριότητα, που ξεκινά από το κυλινδρικό επιθήλιο και οδηγεί στηνανάπτυξη ενός νέου πλακώδους επιθηλίου, που παρουσιάζεται αρχικά άωρο και με την πάροδο του χρόνου γίνεται ώριμο.

Αυτή η ομαλή μεταπλαστική πρόοδος φτιάχνει τελικά την τυπική ζώνη μετάπτωσης, που δεν αποτελεί κατάλληλο έδαφος για την ανάπτυξη ενός καρκινώματος.

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

Η άτυπη αυτή ζώνη μετάπτωσης παρουσιάζεται κολποσκοπικά, όπως είπαμε και πιο πάνω, σαν λευκό επιθήλιο με ή χωρίς κεράτωση, διάστιξη, μωσαϊκό και άτυπα αγγεία. Αυτά τα τελευταία ευρήματα ας τονιστεί ότι θα βρίσκουμε σχεδόν πάντα σε περιοχές δυσπλαστικού επιθηλίου ή καρκινώματος, που ενώ ακόμα δεν έχει διαγνωστεί κλινικά, μπορούμε να το διαγνώσουμε ιστολογικά⁹.

4.4.3 Μικροκολποϋστεροκόπηση

Είναι η μέθοδος με την οποία δίνεται η ικανότητα να παρακολουθούνται οι επιφανειακές επιθηλιακές στιβάδες διαμέσου ειδικού οργάνου και ειδικής χρωματικής τεχνικής.

Το κολποϋστεροσκόπιο και οι οπτικές του ικανότητες επιτρέπουν την παρατήρηση, που κυμαίνεται από την πανοραμική όραση (σε μεγεθύνσεις από 1X – 20X), όπως αυτή που επιτυγχάνεται στην κολποσκόπηση, μέχρι την άμεση παρατήρηση κεχρωσμένων ζώντων κυττάρων (60X – 150X). Η χρώση γίνεται με διάλυμα Iugol ή μπλε του Watermann. Μ' αυτή τη μέθοδο είναι δυνατόν να παρατηρήσουμε τα κύτταρα των επιφανειακών στοιβάδων του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Δεν απαιτείται διαστολή του τραχήλου ή αναισθησία. Αέριο CO₂ εμφυσάται συνεχώς δια μέσου ενός συστήματος σωλήνων, που βρίσκεται παράλληλα με το κύριο σώμα της συσκευής και αυτό έχει σαν σκοπό να προκαλέσει διάταξη και απομάκρυνση των τοιχωμάτων του ενδοτραχήλου και της ενδομητρικής κοιλότητας.

Όπως ελέχθη, στις μικρές μεγεθύνσεις η εικόνα, που παίρνουμε, είναι όμοια μ' εκείνη της κολποσκόπησης. Αντίθετα σε μεγάλες μεγεθύνσεις παίρνουμε λεπτομερείς κυτταρικές πληροφορίες. Έτσι τα πλακώδη κύτταρα του εξωτραχήλου, μετά από ειδική χρώση φαίνονται να έχουν πολύ

κυτταρόπλασμα και πυκνωτικό πυρήνα. Τα κύτταρα της ζώνης μετάπτωσης περιέχουν λιγότερο ογκώδη κύτταρα με μικρότερους πυρήνες χωρίς χρωματικές ανωμαλίες. Το όριο μεταξύ του αυθεντικού πλακωδούς επιθηλίου και του άωρου μεταπλαστικού επιθηλίου είναι αρκετά εμφανές από τη χρωματική αντίθεση του σκοτεινού ιωδιούχου χρώματος και της ασθενέστερης ιωδιούχου χρώσης.

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

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

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

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

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

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

α) Η εκπαίδευση στη συσκευή αυτή απαιτεί κάποιο χρόνο και βασικές γνώσεις κυτταρολογίας, ιστολογίας και παθολογίας.

β) Η βιοψία είναι πάντα απαραίτητη για να προσδιορίσει το βαθμό των παρατηρουμένων ανωμαλιών.

γ) Η κυτταρολογία και η κολποσκόπηση έχουν πετύχει ένα μεγάλο βαθμό αξιοπιστίας σαν μέθοδοι screening για την σε αρχικά στάδια διάγνωση του τραχηλικού καρκίνου⁹.

4.4.4 Δοκιμασία Sciller

Με τη δοκιμασία Sciller, που είναι η επάλειψη με διάλυμα Iugol, χρωματίζεται η επιφάνεια του φυσιολογικού τραχήλου καφεκίτρινη, γιατί το φυσιολογικό τραχηλικό επιθήλιο περιέχει γλυκογόνο, ενώ περιοχές με παθολογικές βλάβες στο επιθήλιο του τραχήλου, που δεν περιέχουν γλυκογόνο, παραμένουν αχρωμάτιστες, όπως νεοπλάσματα, εκτρόπια, διαβρώσεις ή κυστικά διογκωμένοι αδένες (ωάρια Naboth) και περιοχές λευκοπλασίας.

4.4.5 Ιστοληψία Τραχήλου Μήτρας

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

Ενδείξεις. 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 είναι δυνατόν να διαγνωστούν με την ιστοληψία του τραχήλου είναι ο καρκίνος του και οι διάφορες μορφές φλεγμονής του, όπως η ελκωτή, η διαβρωτική τραχηλίτιδα².

4.4.6 Ιστοληψία Ενδομητρίου

Ιστοληψία ενδομητρίου είναι διαγνωστική επέμβαση, που μας επιτρέπει τον ιστολογικό έλεγχο του ενδομητρίου, για τη διάγνωση παθολογικών του καταστάσεων ή την εκτίμηση της ωοθηκικής ορμονικής λειτουργίας.

1.- Ιστοληψία ολόκληρου του ενδομητρίου θα εκτελέσουμε:

α) Σε κάθε διαταραχή τους εμμηνορρυσιακού κύκλου, όταν με την κλινική εξέταση ή με εργαστηριακό έλεγχο δεν βρούμε την αιτία, που την προκάλεσε.

β) Σε κάθε αιμορραγία, που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης.

Παθήσεις, που είναι δυνατό να διαγνωστούν με την ιστοληψία του ενδομητρίου, είναι ο καρκίνος του ενδοτραχήλου και του ενδομητρίου, ο πολύποδας του ενδομητρίου, οι υπερπλασίες του και οι φλεγμονές του².

4.4.7 Αξονική και Μαγνητική Τομογραφία

Η πρόοδος της ακτινοδιαγνωστικής κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχει βοηθήσει κατά πολύ, στη διάγνωση και θεραπεία, κυρίως των γυναικολογικών παθολογικών καταστάσεων. Οι κλινικές εφαρμογές της υπολογιστικής (Computer Tomography – CT) και της μαγνητικής τομογραφίας, (Magnetic Resonance Imaging – MRI) είναι πολύ διαδεδομένες και ο συνδυασμός τους με την ενδοκολπική, ενδοορθική και Doppler υπερηχογραφία βοηθούν στην καθημερινή απεικονιστική ιατρική πρακτική.

Με τους σύγχρονους υπολογιστικούς τομογράφους της τρίτης γενιάς και αυτούς του μαγνητικού συντονισμού η προσλαμβανόμενη ακτινοβολία από τους ασθενείς είναι μικρότερη με τους πρώτους και ελάχιστη με τους δεύτερους. Η δόση της ακτινοβολίας, που κατανέμεται και στο εσωτερικό του σώματος, με την CT, είναι περίπου πενταπλάσια έως δεκαπλάσια (ανάλογα με τον αριθμό των φωτονίων που πέφτουν πάνω στην εκάστοτε τομή του σώματος) από αυτή της απλής ακτινογραφίας.

Το χαρακτηριστικό της CT είναι ότι ανευρίσκονται καταστάσεις με παραπλήσια πυκνότητα, (δηλαδή με τις ακτίνες X μπορεί να προσδιοριστεί η πυκνότητα των ηλεκτρονίων που δεν μεταβάλλεται μεταξύ των ιστών)· γι αυτό συχνά γίνεται χρήση σκιαγραφικού μέσου κατά την επιπέυσή της. Με την MRI έχουμε ευρύ φάσμα μαγνητικών χρόνων, μεταξύ φυσιολογικών και παθολογικών ιστών, ώστε να έχουμε έντονη σκιαγραφική αντίθεση αυτών (πλεονέκτημα αυτής έναντι της CT και της απλής ακτινογραφίας).

Στην κλασσική ακτινολογία και την υπολογιστική τομογραφία τα χρησιμοποιούμενα σκιαγραφικά μέσα απορροφούν τις ακτίνες Χ, ενώ στην MRI μεταβάλλουν τους μαγνητικούς χρόνους των ιστών. Η λήψη από τους στόματος σκιαγραφικού για εκτέλεση MRI είναι σε εξέλιξη, ενώ η χρήση της για βιοψία στην καθημερινή πρακτική είναι περιορισμένη.

Επομένως στα πλεονεκτήματα της MRI περιλαμβάνονται:

1. Η μη πρόσληψη ακτινοβολίας,
2. Η άριστη απεικόνιση των ιστών και των αγγείων (χωρίς την ανάγκη χορήγησης σκιαγραφικού),
3. Η χρήση της σε αλλεργικούς (στα ιωδιούχα) ασθενείς και
4. Η εφαρμογή της σε ασθενείς με προβλήματα νεφρικής λειτουργίας.

Οι περιορισμοί της είναι: Το υψηλό κόστος, ο μακρός σχετικά χρόνος εξέτασης (μια ώρα περίπου για τη διερεύνηση της κοιλίας), η υποβάθμιση της εικόνας, από την κίνηση της ασθενούς (κατά τη διάρκεια της εξέτασης) ή την ύπαρξη βηματοδότη ή άλλης μεταλλικής (στο σώμα) πρόθεσης, η πιθανότητα κλειστοφοβίας και η αδυναμία επιτέλεσής της.

Σχετικά με την υπολογιστική τομογραφία, αυτή είναι περισσότερο ακριβής από την κλινική σταδιοποίηση για τον καθορισμό της έκτασης της νόσου. Χρησιμοποιείται και ως οδηγός για την παρακέντηση και βιοψία (FNA) καλοηθών ή κακοηθών παθολογικών καταστάσεων. Ιδιαίτερα στη διάγνωση και θεραπεία των αποστημάτων είναι μέθοδος εκλογής (τοποθέτηση καθετήρα "Pigtail" στο εσωτερικό των αποστημάτων και παροχέτευση αυτών). Επιπλέον η CT έχει μικρότερο κόστος, βραχύτερο χρόνο εξέτασης από τη MRI και η χρήση της για τη σταδιοποίηση των νεοπλασιών των έσω γεννητικών οργάνων δεν είναι αμφιλεγόμενη, όπως αυτή της MRI. Η ευαισθησία και η ειδικότητα της CT για τη διερεύνηση των πνευλικών λεμφαδένων είναι 70% και 80%, ενώ αντίστοιχα για τους παραορτικούς λεμφαδένες είναι 77% και έως 100%. Παρόμοια είναι τα ποσοστά για την MRI. Η διαγνωστική ακρίβεια της CT και της MRI είναι 80% και 90% αντίστοιχα (ανάλογα με την περίπτωση).

Αναφορικά με τη MRI φαίνεται να έχει πλεονεκτήματα έναντι της CT στην αξιολόγηση της τοπικής έκτασης της νόσου, στο κλινικό στάδιο I και II

(καθώς και στη διάκριση μεταξύ αυτών) του καρκίνου του τραχήλου και του ενδομητρίου (όσον αφορά την έκταση διήθησης του μυομητρίου). Επίσης αυτή είναι αποτελεσματική στην αξιολόγηση επίμονης τροφοβλαστικής νόσου και στη διαφοροδιάγνωση της μετακτινικής ίνωσης από την υποτροπή του όγκου (σε αντίθεση με την CT, η οποία υστερεί σε αυτό το πεδίο). Ωστόσο μη ξεχνάμε ότι η CT και η MRI είναι ισοδύναμες στη διερεύνηση των πνευλικών και παραορτικών λεμφαδένων.

Άλλες εφαρμογές της MRI για διαγνωστικούς σκοπούς είναι η αναγνώριση (μυλλερείων) ανωμαλιών της μήτρας, καλοθών όγκων αυτής και των εξαρτημάτων και τελευταία η χρήση της στον απεικονιστικό έλεγχο των μαστών. Ιδίως σε περιπτώσεις που έχει προηγηθεί χειρουργείο και ακτινοθεραπεία (διάκριση υποτροής μέσα στην υπάρχουσα ουλή) και σε αυτές που έχουν προθέματα σιλικόνης (με διάσπαση και διασπορά τα ου περιεχομένου ή με συνύπαρξη με καρκίνο – μαστού). Φυσικά μέχρι σήμερα δεν είναι μέθοδος ελέγχου ούτε υποκαθιστά τη μαστογραφία ή τη βιοψία.

Με τις απεικονιστικές μεθόδους έχει περιοριστεί η χρήση του βαριούχου υποκλυσμού και της ενδοφλέβιας πνευλογραφίας. Επίσης έχουν περιοριστεί οι λεμφαγγειογραφίες και αγγειογραφίες, ως και τα σπινθηρογραφήματα.

Οι ρόλοι της CT και της MRI έχουν κυριαρχήσει στη σταδιοποίηση των νεοπλασιών των έσω γεννητικών οργάνων και στη μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών, καθώς επίσης και σε επιπλεγμένες καλοήθεις παθήσεις. Πάντως σε καμία περίπτωση δεν αποκλείουν και ούτε έχουν υποβιβάσει τον ρόλο της υπερηχογραφίας. Η τελευταία διατηρεί το ρόλο της στη γυναικολογική ογκολογία και μάλιστα στο καρκίνο των ωοθηκών, με αδυναμία όμως στη διερεύνηση του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου και στην ανακάλυψη μεταστάσεων, στο επίπλουν, το μεσεντέριο και το περιτόναιο.

4.4.8 Υπερηχογράφημα

Εξέταση που με τη χρήση των υπερήχων απεικονίζονται τα εσωτερικά όργανα της γυναίκας. Η ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε αυτή την εξέταση πρέπει προηγουμένως να έχει πλήρη την ουροδόχο κύστη με ούρα, γιατί έτσι μόνο γίνεται σωστή διάχυση των υπερήχων και με την κύστη σαν σημείο αναφοράς γίνεται υπερηχογραφική απεικόνιση της μήτρας και των εξαρτημάτων. Στο διακολπικό υπερηχογράφημα δεν χρειάζεται πλήρωση της κύστης. Οι κυριότερες εφαρμογές των υπερήχων είναι η διάγνωση της εγκυμοσύνης (ενδομήτριας ή εξωμήτριας), η διάγνωση διαφόρων όγκων των εσωτερικών γεννητικών οργάνων, η εντόπιση ενδομητρικών σπειραμάτων⁸.

4.4.9 Βιοψία Τραχήλου

Βιοψία πρέπει να γίνεται σε κάθε θετική περιοχή κατά Sciller, καθώς και η εξέγκωση, κοκκίωση, θηλώδη ή οζώδη αλλοίωση, για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του διηθητικού καρκίνου στις περισσότερες περιπτώσεις. Βιοψία από τα τέσσερα τεταρτημόρια του τραχήλου ή κωνοειδής εκτομή πρέπει να γίνεται, όταν υπάρχουν επαναλαμβανόμενα αποτελέσματα ύποπτα για κακοήθεια.

4.4.10 Τραχηλογραφία

Το τραχηλοσκόπιο είναι ένα είδος φωτογραφικής μηχανής που επιτρέπει την αποτύπωση ολόκληρου του τραχήλου, αφού τοποθετήσουμε οξεικό οξύ 5% επ' αυτού.

Το τραχηλοσκόπιο κρατείται στο ένα χέρι και ο εστιασμός επιτυγχάνεται μετακινώντας ολόκληρο το οπτικό σύστημα πλησιέστερα ή μακρύτερα από τον τράχηλο μέχρις ότου η απεικόνιση του τραχήλου μέσω του φακού παρατήρησης να είναι τέλεια οπότε και λαμβάνεται η φωτογραφία.

Είναι πολύ πιθανό οι ανώμαλες τραχηλοκαρκινικές αλλοιώσεις να συνδυάζονται με υποκλινική μόλυνση με HPV, που απαιτεί μια στενότερη παρακολούθηση της ασθενούς στο μέλλον. Ίσως στο μέλλον αποδειχθεί ότι αυτές οι «ψευδώς θετικές» περιπτώσεις αντιπροσωπεύουν τη μεγαλύτερη

συμβολή της τραχηλογραφίας με την ανίχνευση ασθενών, που βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν στο μέλλον τραχηλική νεοπλασία.

Η τραχηλογραφία πρέπει πάντα να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την κυτταρολογία και τότε η ανίχνευση του τραχηλικού καρκίνου θα μπορούσε να φτάνει στο 100%. Η τραχηλογραφία δεν θα αντικαταστήσει την κυτταρολογία ή την κολποσκόπηση. Αν βρεθεί μια βλάβη, χρειάζεται στη συνέχεια κολποσκόπηση από πεπειραμένο κολποσκόπο και κολποσκοπικά κατευθυνόμενη βιοψία. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν, ότι η τραχηλογραφία μπορεί αποτελεσματικά να ανιχνεύσει περιπτώσεις προκαρκινικές και καρκινικές, που δεν ανιχνεύθηκαν με την κυτταρολογία και έτσι παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην ανίχνευση του τραχηλικού καρκίνου⁹.

4.5 Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από την τραχηλίτιδα (όταν συνυπάρχει ψευδοδιάβρωση του επιθηλίου), τη φυματίωση (όταν υπάρχει ιστορικό φυματίωσης των γεννητικών οργάνων), το συφιλιδικό έλκος (σκληρή και διηθημένη εξέλκωση) από τους πολύποδες του ενδοτραχήλου⁷, την αδένωση, το νεκρωμένο έμμισχο υποβλεννογόνο ινομύωμα που προσβάλλει το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο, τα κονδυλώματα και το τραχηλικό εκύλτιο².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 Θεραπεία

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 καθώς και 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 ΙΑ. Αδρή συγκριτική παρουσίαση των πλεονεκτημάτων και πιθανών επιπλοκών των δύο μεθόδων παρουσιάζεται στον Πίνακα 11.8.

Επιπλέον η χειρουργική θεραπεία με την ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος δίνει τη δυνατότητα πιο αντικειμενικής εκτίμησης των διαφόρων προγνωστικών παραγόντων που ανακλύπουν. 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.

5.1.1 Αντιμετώπιση ανάλογα με το Στάδιο

Στάδιο ΙΑ. Η κωνοειδής εκτομή πρέπει να αποτελεί την αρχική αντιμετώπιση ασθενών με πιθανή μικροδιηθητική βλάβη εκ του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου. Εάν η προσεκτική ιστολογική εξέταση καταδεικνύει ότι το εύρος της βλάβης είναι μικρότερο των 7mm, το βάθος διήθησης δεν υπερβαίνει τα 3mm, τα όρια εκτομής είναι υγιή και δεν υπάρχει διήθηση αγγείων – λεμφαγγείων, τότε η κωνοειδής εκτομή θεωρείται και θεραπευτική. Σε ασθενείς που δεν επιθυμούν τη διατήρηση της αναπαραγωγικής τους ικανότητας η απλή ολική υστερεκτομία (κολπική ή κοιλιακή) θεωρείται

επαρκής. Το ποσοστό λεμφαδενικών μεταστάσεων στο στάδιο IA1 είναι μικρότερο του 1% και κατά τι μεγαλύτερο αν υπάρχει διήθηση αγγείων – λεμφαγγείων. Εάν τα όρια εκτομής του κώνου δεν είναι υγιή επιβάλλεται συμπληρωματική κωνοειδής εκτομή. Όλοι οι ασθενείς με θετικά για διηθητική νόσο όρια διατομής κατατάσσονται στο στάδιο IB και δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται συντηρητικά.

Σε περίπτωση που το βάθος διήθησης είναι 3.1-5mm ή υπάρχει διήθηση αγγείων – λεμφαγγείων ο κίνδυνος λεμφαδενικών μεταστάσεων ανέρχεται στο 3-8%. Θεραπεία εκλογής αποτελεί ή ριζική υστερεκτομία (τύπου III) ή η τροποποιημένη ριζική υστερεκτομία (τύπου II) και πνευλική λεμφαδενεκτομία (βλ. συνέχεια).

Όπως αναφέρεται και στο σχετικό κεφάλαιο, η ακτινοθεραπεία (ενδοκοιλιακή βραχυθεραπεία μόνο, με δόση 5500-7500 cGy στο σημείο A, σε μια ή δύο συνεδρίες) αποδίδει τα ίδια θεραπευτικά αποτελέσματα. Σε γενικές γραμμές η θεραπεία του σταδίου IA2 θα πρέπει να εξατομικεύεται λαμβάνοντας υπόψη την επιθυμία της ασθενούς για διατήρηση της ωοθηκικής λειτουργίας, τη συνύπαρξη άλλων παραγόντων νοσηρότητας και τη χειρουργική ικανότητα του θεράποντος ιατρού. Ασθενείς που μετά από απλή ολική υστερεκτομία για καλοήγη νόσο η ιστολογική εξέταση αποκάλυψε διηθητικό καρκίνο σταδίου μεγαλύτερου του IA1, θα πρέπει να υποβάλλονται σε μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ή σε ριζική εξαίρεση των παραμητρικών ιστών και πνευλική λεμφαδενεκτομία.

Στάδια IB-IIA. Μετάσταση στους πνευλικούς λεμφαδένες επισυμβαίνει σε ποσοστό 15-25%. Η θεραπευτική αντιμετώπιση είτε με ριζική υστερεκτομία και πνευλική λεμφαδενεκτομία είτε με ακτινοθεραπεία αποδίδει τα ίδια περίπου αποτελέσματα. Εντούτοις παραμένει ιδιαίτερα υψηλός ο εκτιμώμενος κίνδυνος για σοβαρές μετακινικές επιπλοκές από το γαστρεντερικό και ουροποιογεννητικό σύστημα. Θα πρέπει πάντως να εκτιμηθεί ότι σημαντικό ποσοστό ασθενών μετά ριζική υστερεκτομία λαμβάνουν συμπληρωματική ακτινοθεραπεία και ότι ένα 10% περίπου υφίσταται ολική υστερεκτομία μετά την ακτινοθεραπεία. Σε γενικές γραμμές και σε αυτά τα στάδια θα πρέπει η θεραπεία να εξατομικεύεται με τα κριτήρια που αναφέρθηκαν για το στάδιο

IA2. Θα πρέπει πάντως, αποσκοπώντας στη μείωση του κόστους και ελάττωση των πιθανών επιπλοκών, να επιδιώκεται η πρωτογενής θεραπεία να μην αποτελεί συνδυασμό χειρουργικής και ακτινοθεραπείας.

Σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ριζική υστερεκτομία η πύελος αποτελεί τη συχνότερη περιοχή υποτροπής. Επιβαρυντικοί προγνωστικοί παράγοντες για κίνδυνο υποτροπής θεωρούνται: η διήθηση λεμφαδένων, αυξημένο μέγεθος όγκου, μεγάλη διήθηση του στρώματος, δυσμενής ιστολογικός τύπος, διήθηση αγγείων – λεμφαγγείων και όχι υγιή όρια διατομής. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία συνηθίζεται σε αυτές τις περιπτώσεις και δεν έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την επιβίωση. Ειδικότερα σε ογκώδη νόσο σταδίου IB-IIA μετά ριζική υστερεκτομία φαίνεται ότι είναι απαραίτητη η ακτινοβόληση και των παραορτικών λεμφαδένων. Αντιθέτως δεν υπάρχουν δεδομένα να υποστηρίζουν τη διενέργεια απλής υστερεκτομίας σε ασθενείς με ογκώδη νόσο IB που υποβλήθηκαν σε βραχυθεραπεία με καλή ανταπόκριση. Πρόσφατα δεδομένα καταδεικνύουν την υπεροχή της εκτεταμένου πεδίου ακτινοθεραπείας (περιλαμβάνει πύελο και παραορτικούς λεμφαδένες) έναντι της πυελικής ακτινοβόλησης μόνο σε ασθενείς με ογκώδη νόσο IB, IIA και IIB. Σε αυτές τις περιπτώσεις η λαπαροσκοπική εξαίρεση των παραορτικών λεμφαδένων πιθανών να ελαττώνει τον αριθμό των ασθενών που ενδείκνυται να υποβληθούν σε τόσο εκτεταμένη ακτινοβόληση¹.

Οι μέχρι τώρα ριζικές λεμφαδενεκτομίες με λαπαροσκόπιο στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αφορούν σε μικρές σειρές ασθενών, εν τούτοις συγκρινόμενες αυτές με τη λεμφαδενεκτομία δια λαπαροτομίας, βλέπουμε ότι υπερέχουν των τελευταίων, από πλευράς νοσηρότητας. Επίσης έχει προταθεί η βιοψία των οπισθοπεριτοναϊκών αδένων μέσω του λαπαροσκοπίου σε ασθενείς με πιο προχωρημένη νόσο (στάδιο IB) και τη λήψη απόφασης για περαιτέρω επέκταση της επέμβασης¹⁰.

Η λαπαροσκόπηση επίσης πρόσφατα επιστρατεύτηκε για τη μετατόπιση των ωθηκών σε ασθενείς που πρόκειται να ακτινοβοληθούν και θέλουν να διατηρήσουν την ωθηκική τους λειτουργία.

Όσον αφορά τη χημειοθεραπεία, μόνο η προεγχειρητική χορήγηση (neoadjuvant) σε ασθενείς σταδίου IB2 αυξάνει τον αριθμό περιπτώσεων με ελεύθερα όρια διατομής και ως εκ τούτου ελαττώνει τα ποσοστά τυπικής υποτροπής της νόσου.

Στάδια IIB-IV. Η καθιερωμένη αρχική θεραπεία για τα προχωρημένα στάδια του καρκίνου του τραχήλου παραμένει η ακτινοθεραπεία, συνδυάζοντας την εξωτερική ακτινοβολήση με τη βραχυθεραπεία. Η χειρουργική αντιμετώπιση, ως αρχική θεραπεία, περιορίζεται σε ασθενείς σταδίου IVA με ορθοκολπικό ή κυστεοκολπικό συρίγγιο καθώς και σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική σταδιοποίηση για τον έλεγχο της κατάστασης των λεμφαδένων προ της εισαγωγής τους σε κάποιο ερευνητικό πρωτόκολλο.

Η χρησιμοποίηση χημειοθεραπευτικών σε ποικίλους συνδυασμούς ή ουσιών που αυξάνουν την ακτινευαισθησία του όγκου δεν ξεπέρασε μέχρι τώρα το ερευνητικό επίπεδο¹.

5.2 Χειρουργική Θεραπεία

Ριζική Υστερεκτομία

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου αποσκοπεί στην εξαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας (ολική υστερεκτομία), στην αφαίρεση των ιστών που κατά συνέχεια μπορεί να επεκταθεί η νόσος (παραμητρικοί ιστοί, κόλπος) και στην αποκοπή της λεμφικής οδού διασποράς (συστηματική πυελική λεμφαδενεκτομία). Η λεμφαδενεκτομία θα πρέπει να είναι συστηματική και όχι εκλεκτική και να αφορά σε όλες τις ομάδες των πυελικών λεμφαδένων και της κοινής λαγονίου.

Οι διάφορες τεχνικές που εφαρμόζονται και σχετίζονται με τη ριζικότητα της επέμβασης, εξαιρούν τους περιβάλλοντες ιστούς της μήτρας (κόλπος και παραμητρικοί ιστοί, δηλ. την εγκάρσια τραχηλική περιτονία ή Mackenrodt) και κινητοποιούν την τελική μοίρα του ουρητήρα από την προς τα εμπρός επέκταση των παραμητρικών ιστών (δηλ. κυστεοτραχηλική περιτονία).

Η τύπου I απλή ολική υστερεκτομία αποσκοπεί στην ικανοποιητική αφαίρεση όλου του τραχηλικού ιστού. Εκτελείται σε περιπτώσεις

ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας και σε διηθητικό καρκίνο σταδίου IA1. Επίσης μετά προεγχειρητική ακτινοθεραπεία με ογκώδη νόσο από πλακώδες καρκίνωμα ή αδenoκαρκίνωμα.

Η τύπου II είναι μια εκτεταμένη υστερεκτομία (ονομάζεται και τροποποιημένη ριζική υστερεκτομία) αποσκοπεί στην αφαίρεση περισσοτέρου παρατραχηλικού ιστού με ικανοποιητική διατήρηση της αιμάτωσης του ουρητήρα και της ουροδόχου κύστης. Συνδυάζεται με πνευλική λεμφαδενεκτομία κατά κανόνα. Το τελικό τμήμα του ουρητήρα απλώς απελευθερώνεται από την παρατραχηλική του θέση, χωρίς να αποκόπτεται από το «κανάλι» του (άνω τμήμα κυστεομητρικού ή κυστεοτραχηλικού συνδέσμου). Η μητριάια αρτηρία αποκόπτεται στο σημείο διασταύρωσης με τον ουρητήρα πάνω από το «κανάλι» του. Εφαρμόζεται σε καρκίνο σταδίου IA2 και σε μικρές υποτροπές που περιορίζονται στον τράχηλο. Πρόσφατες μελέτες προτείνουν την επέμβαση αυτή και στα στάδια IB1 καθώς και στο IIA με μικρό μέγεθος όγκου.

Στην τύπου III ριζική υστερεκτομία η εξαίρεση των παραμητρικών και παρακολπικών ιστών είναι ριζική, οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι εξαιρούνται από το πλάγιο πνευλικό τοίχωμα και συναφαιρείται το 1/4 του κόλπου περιπίου. Συνδυάζεται πάντοτε με πνευλική λεμφαδενεκτομία. Η επέμβαση αυτή ενδείκνυται στα στάδια IB1, IB2 και IIA.

Οι τύπου IV και V ριζικές υστερεκτομίες είναι επεμβάσεις που εκτελούνται σε περιπτώσεις κεντρικής υποτροπής της νόσου προς τα πρόσω (τύπου IV) και όταν η νόσος καταλαμβάνει τμήμα της κύστης ή και του τελικού τμήματος του ουρητήρα. Έχουν ουσιαστικά αντικατασταθεί από την πρόσθια εξεντέρωση λόγω του υψηλού ποσοστού εμφάνισης ουρολογικών συριγγίων μετεγχειρητικά¹.

Επιλογές Ριζικής Υστερεκτομής

Η συχνότερα εμφανιζόμενη επιλογή της ριζικής υστερεκτομίας είναι η ατονία της ουροδόχου κύστης. Η συχνότητά της αυξάνεται ανάλογα με τη ριζικότητα της επέμβασης και ως αίτιο θεωρείται η βλάβη στα κινητικο-αισθητικά νεύρα του εξωστήρος μυός της κύστης. Η δημιουργία

λεμφοκύστεων στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο αποφεύγεται με την εφαρμογή συνεχούς αναρρόφησης ή με την απολίνωση των προσαγωγών λεμφαγγείων κατά την είσοδό τους στον θυροειδή βόθρο κάτω από την έξω λαγόνιο φλέβα. Η πνευμονική εμβολή αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου στην περιεγχειρητική φάση. Η προφυλακτική ηπαρινοθεραπεία και η ελαστική περιδεδση των σκελών ελαττώνει τις πιθανότητες εμφάνισης της επιλογής αυτής. Παρατηρούμενες επίσης επιπλοκές μετά ριζική υστερεκτομία, σπανιότερα σήμερα, είναι τα ουρολογικά συρρίγγια και η μετεγχειρητική φλεγμονή και αιμορραγία. Η προεγχειρητική εξωτερική ακτινοβολήση της πυέλου αυξάνει σημαντικά το ποσοστό των παρατηρουμένων επιπλοκών.

Υποτροπή μετά Ριζική Υστερεκτομία

Τα ποσοστά υποτροπής μετά ριζική υστερεκτομία κυμαίνονται μεταξύ 10-20%. Η πρόγνωση είναι πτωχή και οδηγεί στο θάνατο σε ποσοστό 85% περίπου των ασθενών. Σημειωτέον ότι στην πλειοψηφία η υποτροπή γίνεται στο 1^ο και 2^ο μετεγχειρητικό έτος (58% και 83% αντίστοιχα) και αφορά κατά κανόνα την πύελο. Ως εκ τούτου επιβάλλεται στενή και ιδιαίτερα συχνή παρακολούθηση κατά τα τρία πρώτα μετεγχειρητικά έτη για την έγκαιρη αναγνώριση των κεντρικών κυρίως υποτροπών. Η εντόπιση πάντως της υποτροπής επηρεάζει τη διάγνωση, τη συμπτωματολογία, τα κλινικά ευρήματα αλλά και την πρόγνωση, την αιτία θανάτου και το είδος της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Την καθιερωμένη θεραπεία της υποτροπής μετά ριζική υστερεκτομία αποτελεί η ακτινοθεραπεία.

Διατήρηση των Ωοθηκών στη Ριζική Υστερεκτομία

Η μετάσταση στις ωοθήκες από τον καρκίνο του τραχήλου είναι πολύ σπάνια σε χειρουργήσιμα στάδια για το πλακώδες καρκίνωμα, ενώ για το αδενοκαρκίνωμα αναφέρεται σε ποσοστό 0.6-1.3%. Έτσι η διατήρηση των ωοθηκών κατά τη ριζική υστερεκτομία σε γυναίκες που το επιθυμούν τους προσφέρει ικανοποιητική ορμονική κάλυψη και με τις σημερινές τεχνικές υποβοηθούμενης γονιμότητας τη δυνατότητα αναπαραγωγής (δανεική μητέρα). Για την αποφυγή καταστροφής των ωοθηκών σε περίπτωση μετεγχειρητικής ακτινοβολήσης της πυέλου είναι τεχνικά ευχερής η

κινητοποίηση του αγγειακού μίσχου του κρεμαστήρα συνδέσμου και η εξωπυελική καθήλωση των ωοθηκών¹.

5.3 Ακτινοθεραπεία

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου είναι καθιερωμένος από παλιά. Μπορεί να χορηγηθεί συμπληρωματικά πριν από χειρουργική αντιμετώπιση (νέο-επικουρική ακτινοθεραπεία) ή μετά τη ριζική υστερεκτομία (επικουρική). Είναι επίσης δυνατόν εφόσον η σταδιοποίηση αντιστοιχεί σε μη χειρουργήσιμα στάδια καρκίνου του τραχήλου, να δοθεί ως ριζική ακτινοθεραπεία, συνήθως ενδοκοιλιακή ή βραχυθεραπεία, μετά από γενική αναισθησία, εμφύτευση στον τράχηλο ραδιενεργού ισοτόπου (π.χ καίσιο, κοβάλτιο κλπ.) σε συνδυασμό με εξωτερική τηλε-ακτινοθεραπεία. Η εσωτερική τοποθέτηση ραδιενεργού ισοτόπου έχει ως αποτέλεσμα τη χορήγηση υψηλών δόσεων ακτινοβολίας στο κέντρο της πυέλου, η χρησιμοποίηση δε πρόσφατων εξελιγμένων συστημάτων χορήγησης έχει ελαττώσει σημαντικά το χρόνο έκθεσης ασθενών και προσωπικού στην ακτινοβολία⁴.

5.3.1 Η κατά Στάδια Εφαρμογή της Ακτινοθεραπείας

Θεραπεία Σταδίου IA2

Σε περίπτωση αντένδειξης ή άρνησης χειρουργικής επέμβασης, το στάδιο αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με ενδοκοιλιακή βραχυθεραπεία σε μία, δύο ή περισσότερες συνεδρίες και δόση 55-75 Gy στο σημείο A. Η πενταετής επιβίωση είναι 100%¹.

Θεραπεία Σταδίων IB και IIA

Η εφαρμογή ριζικής υστερεκτομίας ή ριζικής ακτινοθεραπείας έχουν τα ίδια αποτελέσματα, όσον αφορά την επιβίωση και τον τοπικό έλεγχο της νόσου. Οι αναλύσεις επιβιώσεων σταδίου IB κυμαίνονται μεταξύ του 50,8% και του 95,8% για τη ριζική υστερεκτομία και του 53.7% με 91.5% για τη ριζική ακτινοθεραπεία. Οι αντίστοιχες επιβιώσεις για το στάδιο IIA είναι 65.5%-79% και 68%-76%. Οι μεγάλες διακυμάνσεις οφείλονται εκτός των άλλων και στην μεγάλη ανομοιογένεια του σταδίου IB. Περιλαμβάνει τόσο τον λίγο

μεγαλύτερο του IA2 σταδίου καρκίνο, όσο και το μεγάλης διαστάσεως διηθητικό καρκίνο IB. Η επιβίωση στο στάδιο IB μετά ριζική υστερεκτομή και μετά ακτινοθεραπεία είναι 92.3% και 91.1% αντίστοιχα, ενώ η συχνότητα των υποτροπών είναι 7.3% και 12.5%.

Τα στάδια αυτά αντιμετωπίζονται με εγχείρηση και ακτινοθεραπεία ή με ριζική (αμιγή) ακτινοθεραπεία. Η προτίμηση της μιας έναντι της άλλης διαφέρει μεταξύ των μεγάλων κέντρων και δεν έχει μέχρι σήμερα παγιωθεί η θεραπευτική αντιμετώπισή του¹.

Θεραπεία των Σταδίων IIB, και III

Ένα μεγάλο μέρος ασθενών ανήκει σ' αυτές τις κατηγορίες. Το βάρος της αντιμετώπισης το επωμίζεται η ακτινοθεραπεία. Το πρόβλημα στα στάδια αυτά είναι η δυσκολία να ελεγχθεί τοπικά η νόσος.

Στο στάδιο IIB η πενταετής επιβίωση είναι 65%. Η νόσος στην πύελο δεν ελέγχεται σε ποσοστό 18%-39%. Βεβαίως και εδώ η ανομοιογένεια είναι αρκετά μεγάλη αφού ως IIB χαρακτηρίζεται ο καρκίνος με την ετερόπλευρη, αλλά και την αμφοτερόπλευρη διήθηση των παραμητρίων. Στην πρώτη περίπτωση η τετραετής επιβίωση έχει αναφερθεί 67% και στη δεύτερη 54%, ενώ ο έλεγχος της νόσου μέσα στην ακτινοβολημένη περιοχή ανέρχεται στο 78% και 68% αντίστοιχα.

Στο στάδιο IIIB η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται από 25-48% και η συχνότητα των υποτροπών στην πύελο από 40-50%.

Καθώς αυξάνεται η συνολική δόση στον όγκο – πράγμα εφικτό για τους υψηλής ενεργείας γραμμικούς επιταχυντές – μειώνονται οι τοπικές υποτροπές αλλά παράλληλα αυξάνονται οι μετακινικές επιπλοκές. Οι διάφοροι ακτινοχημειοθεραπευτικοί συνδυασμοί δεν έχουν βελτιώσει μέχρι σήμερα σημαντικά, ούτε τον τοπικό έλεγχο, ούτε την επιβίωση, παρόλα αυτά συνεχίζεται η προσπάθεια προς αυτήν την κατεύθυνση ερευνώντας τόσο νέα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα όσο και τον ιδανικό τρόπο συνδυασμού τους, μαζί και με άλλες συνδυασμένες θεραπείες¹.

Στάδιο IVA

Οι γυναίκες αυτές αντιμετωπίζονται με ριζική ακτινοθεραπεία. Μερικοί εφαρμόζουν και την εξεντέρωση, όμως αυτή η βαριά θεραπεία έχει ένδειξη μόνο αν υπάρχει συρίγγιο, που αποτελεί αντένδειξη για ακτινοθεραπεία. Η πενταετής επιβίωση μετά από ριζική ακτινοθεραπεία κυμαίνεται από 5%-46% και η συχνότητα των τοπικών υποτροπών αγγίζει το 75%. Οι συνήθεις δόσεις κυμαίνονται από 70 Gy – 80 Gy στο σημείο A με συνδυασμένη τηλε και βραχυθεραπεία. Ανομοιογένεια υπάρχει ακόμα και στο στάδιο αυτό, διότι μπορεί να είναι διηθημένη ου ουροδόχος κύστη σε άλλοτε άλλη έκταση, η νόσος όμως στα παραμήτρια να είναι περιορισμένη ή και εκτεταμένη, ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Οι ακραίες τιμές επιβίωσης που αναφέρονται πιο πάνω αφορούν σε στάδιο με εκτεταμένη ή περιορισμένη αντίστοιχα νόσο στην πύελο. Η μέση όμως τιμή επιβίωσης μετά ριζική ακτινοθεραπεία κυμαίνεται από 18% έως 34%.

Στα στάδια IIB και άνω, όπου η ακτινοθεραπεία αποτελεί τη μόνη βασική ριζική θεραπευτική επιλογή ερευνήθηκε η δυνατότητα συνδυασμού της με μεθόδους που θα ενισχύσουν τη δράση της και θα βελτιώσουν την αποτελεσματικότητά της, μειώνοντας ταυτόχρονα και τις παρενέργειες¹.

5.4 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στο ΚΤΜ, λόγω της ύπαρξης αποτελεσματικών μεθόδων αντιμετώπισης της νόσου αρχικά, όπως είναι η χειρουργική και ακτινοθεραπεία. Αυτό συμπεραίνεται από την ύπαρξη μικρού μόνο αριθμού προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών, που αφορούν στη χρήση της χημειοθεραπείας στον ΚΤΜ.

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

Η αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας είναι μέτρια και ο ρόλος της παραμένει παρηγορητικός. Τα ποσοστά και η διάρκεια των

ανταποκρίσεων είναι χαμηλά. Εντούτοις υπάρχει σαφής διαφορά στην ανταπόκριση στην χημειοθεραπεία της τοπικής ενδοπυελικής υποτροπής που είναι ασήμαντη, και των μακρινών μεταστάσεων – ιδίως των πνευμονικών – που παρουσιάζουν ποσοστά (πλήρων και μερικών) υφέσεων μέχρι και πάνω από 50%. Η διαφορά αυτή οφείλεται στην κακή αιμάτωση της ενδοπυελικής υποτροπής εξαιτίας της χειρουργικής και μετακτινικής ίνωσης και την αντίστοιχα χαμηλή συγκέντρωση των κυτταροστατικών φαρμάκων στον όγκο⁶.

Διάφοροι συνδυασμοί χημειοθεραπευτικών φαρμάκων έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου. Οι συνηθέστεροι συνδυασμοί περιλαμβάνουν βλεομυκίνη, ιφωσφαμίδη και σισπλατίνη (BIP), κυκλοφωσφαμίδη, δοξορουβικίνη και σισπλατίνη (CAP), σισπλατίνη και φθοριουρακίλη ή μεθοτρεξάτη, βινμπλαστίνη, δοξορουβικίνη και σισπλατίνη (MVAC). Έχουν αναφερθεί ανταποκρίσεις που κυμαίνονται από 20% έως 60%. Ευνοϊκοί προγνωστικοί παράγοντες για καλύτερη ανταπόκριση και πλέον παρατεταμένη επιβίωση θεωρούνται η καλή φυσική κατάσταση των ασθενών, μεγαλύτερη ηλικία, μεγαλύτερη περίοδος από την αρχική διάγνωση μέχρι την υποτροπή. Στις περισσότερες μελέτες οι μεταστατικές εστίες της νόσου εκτός πεδίου προηγηθείσης ακτινοβολίας φαίνεται να ανταποκρίνονται καλύτερα στη χημειοθεραπεία απ' ό,τι στις υποτροπές της νόσου εντός του πεδίου της ακτινοβολίας¹.

Τα νεοπλάσματα του τραχήλου είναι ευαίσθητα στη χημειοθεραπεία στην αρχική φάση της νόσου αλλά ταχέως μετά από ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία γίνονται ανθεκτικά. Έτσι η χημειοθεραπεία εκτός από πειραματικές προσπάθειες δεν έχει ακόμη θέση στη θεραπευτική αυτού του νεοπλάσματος¹¹.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν μείωση των θανάτων κατά 30-50% μετά την ταυτόχρονη εφαρμογή ακτινοευαισθητοποιού χημειοθεραπείας (κυρίως συνδυασμούς cisplatinum) ταυτόχρονα με τη χορήγηση ακτινοθεραπείας, στις περιπτώσεις που είχε ένδειξη η ακτινοθεραπεία μέχρι πρόσφατα¹².

5.5 Συνδυασμός Ακτινοθεραπείας – Χημειοθεραπείας

Οι δύο αυτές θεραπείες μπορεί να συνδυαστούν είτε η μία σε συνέχεια της άλλης είτε ταυτόχρονα.

Αν προηγηθεί η χημειοθεραπεία, προκαλείται μια κάποια κυτταροκτονία και ελάττωση του αριθμού των καρκινικών κυττάρων, τα οποία στη συνέχεια αντιμετωπίζονται με ακτινοθεραπεία.

Αν δοθούν συγχρόνως, το σχήμα αυτό έχει ισχυρότερη κυτταροκτονία, διότι η δράση τους είναι αθροιστική στον πρωτοπαθή όγκο και παράλληλα μπορεί να δράσει και στην υποκλινική νόσο.

Αν η χημειοθεραπεία χορηγηθεί μετά την ακτινοθεραπεία, η δράση της περιορίζεται κυρίως στην υποκλινική νόσο.

Ο ακτινοχημειοθεραπευτικός συνδυασμός πρέπει να χορηγείται με επίγνωση του τρόπου δράσης και των παρενεργειών των δύο αυτών θεραπειών και πάντα κατά ένδειξη και όχι αδιακρίτως. Η αυξημένη τοξικότητα που παρουσιάζει ο συνδυασμός μπορεί και να οδηγήσει τελικά σε ανεπαρκή έλεγχο της νόσου, διότι αναγκαστικά θα πρέπει να μειωθούν οι δόσεις. Τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα του συνδυασμού, δεν δικαιώνουν την πάγια εφαρμογή του παρά μόνο μέσα στα πλαίσια ερευνητικών πρωτοκόλλων, μέχρις ότου αποκτηθεί μακροχρόνια εμπειρία ανάλογη με αυτήν της αμιγούς ακτινοθεραπείας¹.

5.6 Ανοσοθεραπεία

Τα τελευταία χρόνια στις τρεις «κλασσικές» μεθόδους θεραπείας του καρκίνου, έχει προστεθεί μια τέταρτη, η ανοσοθεραπεία. Η νεότερη αυτή μορφή θεραπείας του καρκίνου είχε μείνει για ένα αρκετά μεγάλο διάστημα ουσιαστικά στο περιθώριο. Πρόσφατες όμως εξελίξεις στην ανοσολογία άνοιξαν νέους δρόμους στην ανοσοθεραπεία και της πρόσφεραν καινούριες δυνατότητες.

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός τεκμηριωμένων δεδομένων που δείχνει ότι οι ανοσολογικοί παράγοντες παίζουν μια ποικιλία ρόλων στην αιτιολογία και τη θεραπεία του καρκίνου στα ζώα. Κλινικές έρευνες κατά τη διάρκεια

τελευταίων δεκαετιών δεν έχουν αφήσει αμφιβολία ότι οι ανοσολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο και στους ανθρώπινους καρκίνους¹¹.

Ο ανθρώπινος οργανισμός διαθέτει αμυντικό σύστημα αποτελούμενο από κύτταρα και αντισώματα που σκοπός τους είναι να επιτίθενται στους ξένους εισβολείς, όπως βακτηρίδια, ιοί, μύκητες, παράσιτα. Σήμερα ξέρουμε ότι αυτό το αμυντικό σύστημα βοηθάει τον οργανισμό να καταπολεμήσει και τα καρκινικά κύτταρα, διότι και αυτά θεωρούνται ξένοι εισβολείς στον οργανισμό. Στον άνθρωπο έχουν βρεθεί αντιγόνα, τα οποία συνοδεύουν τον καρκίνο, τα α γνωστά σαν καρκινικοί δείκτες. Αυτοί ήδη χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη για την εκτίμηση της απάντησης του όγκου σε ένα είδος θεραπείας, την αναγνώριση τοπικών υποτροπιών της νόσου ή και απομακρυσμένων μεταστάσεων και για την πρόγνωση. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι μελλοντικά θα αποτελέσει ένα ισχυρό όπλο κατά του καρκίνου¹³.

5.7 Ορμονοθεραπεία

Έχει θέση συμπληρωματικής θεραπείας, κυρίως σε ορμονοεξαρτώμενους όγκους. Χρησιμοποιούνται διάφορα σκευάσματα κορτιζόνες, καθώς και μερικές γεννητικές ορμόνες για ορισμένους τύπους καρκίνου (προστάτη, μαστού)¹³.

5.8 Πρόγνωση

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

Η επιβίωση μετά πενταετία².

Με βάση τα δεδομένα της FIGO είναι: στο στάδιο I 85%, στο II 66%, στο III 39% και στο στάδιο IV 20%¹.

Ο θάνατος, στον καρκίνο του τραχήλου, επέρχεται, τις περισσότερες φορές, από ουραιμία, ύστερα από έμφραξη των ουρητήρων, ή αιμορραγία ή πνευμονική βλάβη εμβολή ή έμφραξη του εντέρου ή κυκλοφοριακή ανεπάρκεια².

5.9 Παρακολούθηση

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

Μετά υστερεκτομία η παρακολούθηση συνίσταται στον κλινικό και κυτταρολογικό έλεγχο τον πρώτο χρόνο κάθε 3 μήνες, το δεύτερο και τρίτο κάθε 6 μήνες και για 15 χρόνια μία φορά το χρόνο. Ακτινογραφία θώρακα συστήνεται μία φορά το χρόνο και αξονική τομογραφία μια φορά το χρόνο για δύο χρόνια².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 Επιδημιολογία και Συχνότητα

Ο καρκίνος του ενδομητρίου (Κ.Ε.) στην Ελλάδα είναι ο 5^{ος} σε συχνότητα καρκίνος στις γυναίκες και ο πρώτος από τους καρκίνους των γεννητικών οργάνων^{14,15}.

Το καρκίνωμα του ενδομητρίου αποτελούσε παλαιότερα νόσο των ηλικιωμένων μετεμμηνοπαυσιακών και άτοκων γυναικών. Σήμερα εξακολουθεί να αποτελεί νόσο των ηλικιωμένων γυναικών, αλλά μόνο οι μισές από αυτές (50%) είναι άτοκες. Τα κακοήθη νεοπλάσματα του σώματος της μήτρας επέρχονται γενικά σε γυναίκες μεγαλύτερες κατά μία δεκαετία σε σχέση με τις γυναίκες που αναπτύσσουν καρκίνο του τραχήλου. Οι περισσότερες περιπτώσεις ενδομήτριου καρκινώματος (περίπου 70%) παρατηρούνται μετά τα 50 χρόνια, με μέγιστη συχνότητα γύρω στα 60 χρόνια, ενώ μόνο το 25% των περιπτώσεων οι άρρωστες έχουν ηλικία μικρότερη των 50 χρόνων και στο 5% των περιπτώσεων μικρότερη των 40 χρόνων⁷.

Αλλά και σε άλλα χαρακτηριστικά διαφέρει η επιδημιολογία του καρκινώματος του ενδομητρίου από αυτό του τραχήλου της μήτρας. Έτσι, το πρώτο απαντάται συνηθέστερα σε ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, ενώ το δεύτερο σε γυναίκες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Επίσης η συχνότητα ανάπτυξης του πρώτου είναι διπλάσια στη λευκή φυλή σε σχέση προς τη μαύρη, ενώ η συχνότητα εμφάνισης του δεύτερου είναι υπερδιπλάσια στη μαύρη φυλή σε σύγκριση προς τη λευκή. Τέλος, ενώ, δεν έχει παρατηρηθεί καμία συσχέτιση του καρκινώματος του ενδομητρίου με τη σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας, η σχέση της με την ανάπτυξη του καρκινώματος του τραχήλου είναι σαφέστατη και γενικά αποδεκτή.

Στο πλαίσιο αυτό μπορεί κανείς να συμπεριλάβει και την έλλειψη συνάρτησης μεταξύ εμφάνισης καρκινώματος του ενδομητρίου και ανίχνευσης του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), ο οποίος, σε αντίθεση, θεωρείται από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας⁴.

Τελευταία παρατηρείται σε γυναίκες μεγαλύτερων ηλικιών αυξημένη συχνότητα και του αδενοπλάκωδους καρκινώματος του ενδομητρίου.

Η σχέση του καρκινώματος του ενδομητρίου προς τον καρκίνο του τραχήλου ήταν παλαιότερα 1:5, με συντριπτική υπεροχή του τραχηλικού καρκίνου, αλλά τελευταία έχει διαφοροποιηθεί στο 1:1. Για την αλλαγή αυτής της σχέσης προς το καρκίνωμα του τραχήλου (από 1:5 σε 1:1) πιθανώς ευθύνονται και οι θεραπείες υποκατάστασης στο κλιμακτηριακό σύνδρομο με οιστρογόνα (βλέπε παρακάτω), τα οποία μπορούν ταχύτατα να οδηγήσουν σε άτυπη υπερπλασία του ενδομητρίου. Βεβαίως δεν πρέπει να παραβλέπεται και η έγκαιρη διάγνωση του τραχηλικού καρκίνου με τις δοκιμασίες κατά Παπανικολάου.

Η διάγνωση της νόσου γίνεται στο 70% των περιπτώσεων στα αρχικά στάδια και κατά συνέπεια είναι δυνατή η έγκαιρη θεραπεία. Αυτό έχει οδηγήσει στο σφαλερό συμπέρασμα ότι το καρκίνωμα του ενδομητρίου δεν είναι μια επιθετική νόσο. Όμως, έρευνες που αναφέρονται στη χειρουργική σταδιοποίηση, έχουν δείξει ότι δεν εμφανίζονται όλες οι περιπτώσεις του καρκινώματος στα αρχικά στάδια καλή πρόγνωση. Αυτός είναι ο λόγος που επιλέγεται ως αρχική θεραπευτική αγωγή η εγχείρηση (υστερεκτομή), κατά την οποία γίνεται η σταδιοποίηση της νόσου. Η σταδιοποίηση είναι αναγκαία για τον προσδιορισμό των μετεγχειρητικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων και βασίζεται στα ενδοεγχειρητικά ευρήματα και στην ιστολογική εξέταση των εγχειρητικών παρασκευασμάτων⁷.

6.2 Ιστολογική Εικόνα και Διαφοροποίηση

Ο όγκος προέρχεται από το ενδομήτριο και εμφανίζεται συνήθως ως πολυποειδής μάζα στον πυθμένα της μήτρας, αλλά και ως διάχυτη βλάβη πάνω στην επιφάνεια του ενδομητρίου. Ο ιστολογικός τύπος επηρεάζει σημαντικά την πρόγνωση.

Αδενοκαρκίνωμα. Το αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου προέρχεται από τους αδένες του ενδομητρίου, των οποίων η αρχιτεκτονική δομή διαταράσσεται ανάλογα με το βαθμό της διαφοροποίησης. Η διαταραχή αυτή συνίσταται σε μια χαρακτηριστική απόκλιση από την κανονική και ομοιόμορφη

διάταξη των αδένων, που παρατηρείται στο φυσιολογικό ενδομήτριο, οι οποίοι αυξάνουν σε αριθμό και εμφανίζουν ποικίλους βαθμούς ατυπίας.

Το καρκίνωμα μπορεί να αναπτυχθεί πάνω σε μια προϋπάρχουσα αδενωματώδη υπερπλασία, που πρέπει να αντιμετωπίζεται ως προκαρκινική βλάβη, αλλά και πάνω σε φυσιολογικό ενδομήτριο. Οι μικροί συσσωρευμένοι αδένες της αδενωματώδους υπερπλασίας μεγεθύνονται και εξαλείφουν το ενδιάμεσο στρώμα (συσώρευση «ράχη με ράχη»), ενώ ο ανώμαλος πολλαπλασιασμός των αδενικών κυττάρων οδηγεί σε πολυστιβάδωση, θηλωματώδη διαμόρφωση και εξαφάνιση της τυπικής εικόνας των αδένων. Τα αδενικά κύτταρα εμφανίζουν ποικίλους βαθμούς ανωριμότητας και διαφοροποίησης, με πολυμορφία των πυρήνων και με χαρακτηριστικά αναπλασίας (υπερχρωματικοί πυρήνες με ανώμαλη μιτωτική δραστηριότητα).

Το αδενοκαρκίνωμα εμφανίζεται συχνά με καλή διαφοροποίηση, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις είναι αδιαφοροποίητο σε τέτοιο βαθμό, ώστε να προσομοιάζει με σάρκωμα. Αυτή η μεγάλη ποικιλία της διαφοροποίησης προσδιορίζεται με τις τρεις παρακάτω κατηγορίες ή βαθμούς διαφοροποίησης (grades 1, 2, και 3), που αναφέρονται στο στάδιο I της κατά F.I.G.O. κατάταξης του καρκινώματος του ενδομητρίου, αλλά μπορούν να εφαρμοστούν και στα υπόλοιπα στάδια του καρκινώματος (Πίνακας 3).

Πίνακας 3	Ιστολογική κατάταξη του αδενοκαρκινώματος του ενδομητρίου – βαθμοί διαφοροποίησης (Grades – G)
Κατηγορία 1 (G1)	Καρκίνωμα του αδενικού επιθηλίου με καλή διαφοροποίηση – η εκτροπή είναι παρόμοια προς την άτυπη αδενωματώδη υπερπλασία, αλλά είναι παρόντα τα καρκινικά κύτταρα.
Κατηγορία 2 (G2)	Μέτρια διαφοροποιημένο καρκίνωμα του αδενικού επιθηλίου με μερικώς συμπαγείς περιοχές – οι αδένες είναι μικρότεροι και στιβαγμένοι. Υπάρχει διείσδυση στο μυϊκό τοίχωμα και είναι αφανείς οι χαρακτήρες της κακοήθειας (στάδιο I).
Κατηγορία 3 (G3)	Πλήρως διαφοροποιημένο καρκίνωμα, συμπαγές κατά το μεγαλύτερο μέρος – διακρίνεται μικρή μόνο αδενική αρχιτεκτονική και τα κύτταρα είναι αδιαφοροποίητα – είναι ο κακοηθέστερος από όλους τους τύπους του καρκινώματος του ενδομητρίου (στάδιο I)

Αδενοπλακώδες Καρκίνωμα. Ο όγκος αυτός περιέχει κακοήθη στοιχεία αδενικών κυττάρων και πλακώδους επιθηλίου. Είναι μορφή ενδομητριοειδούς καρκινώματος, που ενίοτε παρουσιάζει σε μεγάλη έκταση μεταπλασία σε ώριμο πλακώδες επιθήλιο (αδενοκάνθρωμα). Χαρακτηρίζεται από την αιματική και διασαλπιγγική διασπορά στο 50% των περιπτώσεων και κατά συνέπεια από τη γρήγορη κοιλιακή επέκταση και τις απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η απάντηση στην ιονίζουσα ακτινοβολία είναι φτωχή.

Σημειώνεται ότι στο ενδομήτριο μπορεί να αναπτυχθούν και άλλοι τύποι επιθηλιακής μεταπλασίας, εκτός από την πλακώδη, όπως η θηλωματώδης μεταπλασία, η βλεννώδης μεταπλασία και η μεταπλασία σε διαυγή κύτταρα (clear-cell metaplasia). Οι βλάβες αυτές είναι καλοήθεις και δεν πρέπει να συγχέονται με το καρκίνωμα του ενδομητρίου θηλωματώδους τύπο ή με το καρκίνωμα από διαυγή κύτταρα.

Θηλωματώδες Ορώδες Καρκίνωμα. Οι όγκοι αυτοί χαρακτηρίζονται από την παρουσία θηλωματωδών δομών με ευρείες ινοαγγειώδεις περιοχές. Εμφανίζουν μέτρια με πτωχή διαφοροποίηση και έχουν την τάση διήθησης του μυομητρίου μέσω των λεμφικών και αιμοφόρων αγγείων με εκτεταμένα ενίοτε νεοπλασματικά έμβολα στα εξαρτήματα. Η πρόγνωση των όγκων αυτών είναι εξαιρετικά φτωχή.

Καρκίνωμα από Διαυγή Κύτταρα. Προέρχεται από τους μυλλέριους πόρους. Πρόκειται για αδενοκαρκίνωμα με ιστολογικό τύπο καρκινώματος από διαυγή κύτταρα με ευδιάκριτα στρογγυλά, υαλοειδή και εωσινόφιλα σωμάτια μέσα στο διαυγές κυτταρόπλασμα. Διακρίνονται διάφορες μορφές, όπως η θηλωματώδης, η αδενική, η συμπαγής κλπ. Πριν όμως τεθεί η ιστολογική διάγνωση, πρέπει να αποκλειστούν άλλες πρωτοπαθείς εστίες, όπως στις ωοθήκες, στον κόλπο και στον τράχηλο. Οι όγκοι αυτοί έχουν εξαιρετικά φτωχή πρόγνωση⁷.

6.3 Σταδιοποίηση του Καρκινώματος του Ενδομητρίου

Η κατάταξη του καρκινώματος του ενδομητρίου βασίζεται στα χειρουργικά – ιστολογικά ευρήματα και διαχωρίζεται σύμφωνα με τη Διεθνή Εταιρία Μαιευτικής και Γυναικολογίας (F.I.G.O.) σε τέσσερα στάδια (I – IV).

Στα στάδια της FIGO αντιστοιχούν οι κατηγορίες T της κλινικής κατάταξης TNM της Διεθνούς Αντικαρκινικής Εταιρίας (International Union Against Cancer). Το σύστημα TNM περιγράφει την ανατομική επέκταση της νόσου με βάση τρία συστατικά μέρη, που αναφέρονται με τα γράμματα T, N και M, όπου T αναφέρεται στην έκταση του πρωτοπαθούς όγκου, N στην απουσία ή στην παρουσία και έκταση των περιοχικών λεμφαδενικών μεταστάσεων και M στην απουσία ή παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων. Με την προσθήκη αριθμών δίπλα από τα τρία συστατικά μέρη του συστήματος TNM καταγράφεται η έκταση της κακοήθους νόσου. Τα δύο συστήματα κατάταξης παρατίθενται για σύγκριση στον Πίνακα.

Πίνακας: Χειρουργική Σταδιοποίηση του Καρκινώματος του Ενδομητρίου κατά FIGO με το σύστημα TNM		
FIGO (στάδια)	TNM (κατηγορίες)	Χειρουργικά – Ιστολογικά Ευρήματα
0	Tis	Ενδοεπιθηλιακό Καρκίνωμα (carcinoma in situ)
I	T1	Ο όγκος περιορίζεται στο σώμα της μήτρας
Ia	T1α	Μήκος μητριάας ποσότητας < από 8 cm Ο όγκος περιορίζεται στο ενδομήτριο
Iβ	T1β	Μήκος μητριάας ποσότητας > από 8 cm Ο όγκος έχει διηθήσει < από το μισό του μυομητρίου
Iγ	T1γ	Μήκος μητριάας ποσότητας > από 8 cm Ο όγκος έχει διηθήσει > από το μισό του μυομητρίου
II	T2	Ο όγκος έχει επεκταθεί στον τράχηλο της μήτρας, αλλά δεν έχει επεκταθεί έξω από τα όρια της μήτρας
IIa	T2α	Προσβολή των ενδοτραχηλικών αδένων
IIβ	T2β	Διείσδυση στο στρώμα του τραχήλου
III	T3/N1	Ο όγκος έχει επεκταθεί έξω από τα όρια της μήτρας, αλλά περιορίζεται στη μικρή πύελο και δεν έχει προσβάλλει την κύστη ή το ορθό
IIIa	T3α	Διήθηση του περιτοναίου ή των εξαρτημάτων ή θετικές περιτοναϊκές πλύσεις
IIIβ	T3β	Κολπικές μεταστάσεις
IIIγ	N1	Μεταστάσεις στους πυελικούς ή στους παρα-αορτικούς λεμφαδένες και σπάνια στους βουβωνικούς
IV	T4/M1	Ο όγκος έχει προσβάλλει την κύστη ή το ορθό (IVa, T4) ή και τα όργανα, που βρίσκονται έξω από τα όρια της πυέλου (στάδιο IVβ, M1)

6.4 Επέκταση του Καρκινώματος του Ενδομητρίου

Ο όγκος επεκτείνεται με μικρότερη ταχύτητα απ' ό τι ο καρκίνος του τραχήλου, επειδή πιθανώς το μυομήτριο αποτελεί ένα σχετικώς επαρκή φραγμό, αλλά και επειδή η λεμφική παροχέτευση δεν είναι τόσο εκτεταμένη.

Η επέκταση γίνεται:

1. Κατά συνέχεια ιστού. Η πολυποειδής μάζα στον πυθμένα της μήτρας διηθεί με βραδύ ρυθμό το μυϊκό τοίχωμα και τελικώς επέρχεται διάτρηση του τοιχώματος. Η προς τον τράχηλο επέκταση είναι συνήθως περιορισμένη (άρα και η μετάσταση από τον τράχηλο στους πνευλικούς λεμφαδένες είναι επίσης περιορισμένη) και το έσω στόμιο μπορεί να αποφραχθεί από τον όγκο, με συνέπεια τη δημιουργία πυόμητρας.

2. Λεμφογενώς. Ο κίνδυνος λεμφικής μετάστασης εξαρτάται από το στάδιο και τη διαφοροποίηση του καρκινώματος, το βάθος διήθησης του τοιχώματος της μήτρας και από την ενδεχόμενη εμπλοκή του τραχήλου. Η λεμφική μετάσταση επιταχύνεται όσο ο όγκος προσεγγίζει τον ορογόνο της μήτρας. Η επέκταση γίνεται από τα ωθηκικά λεμφικά αγγεία προς τους αδένες γύρω από την αορτή και την έσω λαγόνιο (παρααορτικά και έσω λαγόνια λεμφογάγγλια). Σε προχωρημένες περιπτώσεις προσβάλλονται τα παραμητρικά λεμφογάγγλια (στο παραμήτριο), ενώ σπανιότερα τα καρκινικά κύτταρα εισδύουν στα λεμφαγγεία γύρω από το στρογγύλο σύνδεσμο, με άμεση συνέπεια την επέκταση στα βουβωνικά λεμφογάγγλια. Η μετάσταση στις ωθηκές είναι συνήθης και επέρχεται είτε με τη λεμφική οδό ή μέσω των σαλπίνγων με παλινδρόμηση καρκινικών κυττάρων από τη μήτρα.

3. Αιματογενής διασπορά. Δεν αποτελεί συνηθισμένο τρόπο επέκτασης του καρκινώματος της μήτρας, αλλά μπορεί να επέλθει κυρίως σε προχωρημένα στάδια (στο ήπαρ και στα οστά).

4. Περιτοναϊκές εμφυτεύσεις. Μπορεί να επέλθουν από διασπορά μέσω των σαλπίνγων ή μέσω του τοιχώματος της μήτρας. Στην περίπτωση αυτή, το καρκίνωμα του ενδομητρίου συμπεριφέρεται όπως και ο καρκίνος των ωθηκών.

5. Κολπική εμφύτευση. Μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να γίνει χαμηλά στο κάτω τριτημόριο του κόλπου, κοντά στην ουρήθρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1 Αιτιολογία

Η αναζήτηση της αιτιολογίας θα πρέπει να στηρίζεται στη βασική αρχή που θεωρεί την εξεργασία της καρκινογένεσης ως αλληλεπίδραση του αιτιολογικού παράγοντα πάνω στο κύτταρο στόχος.

Γι αυτό το λόγο οι εκτεταμένες έρευνες που αφορούν στον τομέα της μελέτης όλων των νεοπλασιών του σώματος της μήτρας εντοπίζουν το ενδιαφέρον τους σε δύο βασικά σημεία, πρώτον στον τοπογραφικό προσδιορισμό της περιοχής του τραχήλου που βρίσκεται σε κίνδυνο και δεύτερον στην αναγνώριση του καρκινογόνου παράγοντα που η δράση στην ευαίσθητη αυτή περιοχή του τραχηλικού επιθηλίου θα έχει ως τελικό αποτέλεσμα την ανάπτυξη καρκίνου¹⁶.

Ως βασικός αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη καρκινώματος στο ενδομήτριο αναφέρεται η αυξημένη και μονομερής οιστρογονική επίδραση, ενδογενής και εξωγενής. Πράγματι, οι ενδείξεις για την αιτιολογική αυτή συσχέτιση είναι σαφέστερες από κάθε άλλη μορφή καρκίνου. Η μονομερής οιστρογονική διέγερση συνδέεται με υπερπλασία του ενδομητρίου, που αποτελεί μια προδρομική κατάσταση του καρκινώματος του ενδομητρίου. Ειδικότερα, την πιθανότητα εξέλιξης σε καρκίνωμα του ενδομητρίου αυξάνει η παρουσία ατυπίας στην αδενωματώδη υπερπλασία.

7.1.1 Ενδογενείς Αιτιολογικοί Παράγοντες

Ο κίνδυνος να αναπτυχθεί καρκίνος στο ενδομήτριο αυξάνει με την παρατεινόμενη και μονομερή οιστρογονική διέγερση, όπως δείχνουν τα κλινικά, βιολογικά και επιδημιολογικά δεδομένα. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όσο αυξάνει η διάρκεια της διέγερσης του ενδομητρίου, όπως καταδεικνύεται από την ανάπτυξη καρκίνου του ενδομητρίου σε περιπτώσεις καθυστερημένης φυσιολογικής εμμηνόπαυσης και σε γυναίκες με προϋπάρχουσες ανωμαλίες της εμμηνορρυσίας. Κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα στις περιπτώσεις αυτές είναι η ανωοθυλακιορρηξία και συνεπώς τα μονομερώς αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων.

Με τον καρκίνο του ενδομητρίου έχουν συσχετισθεί και διάφοροι παράγοντες ή παθολογικές καταστάσεις που συνδέονται με ενδογενή ορμονική παραγωγή, όπως οι ορμονοπαραγωγοί όγκοι των ωοθηκών (π.χ. ο κοκκιοκυτταρικός όγκος), η χρόνια υπερανδρογοναιμική ανωοθυλακιορρηξία, που παρατηρείται κυρίως στο σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS – Polycystic Ovary Syndrome) και στην υπερθήκωση και ο σακχαρώδης διαβήτης. Με αυξημένο κίνδυνο έχει επίσης διαπιστωθεί ότι σχετίζονται διάφοροι παράγοντες της αναπαραγωγής, όπως η ατεκνία (λόγω υπογονιμότητας από ανωοθυλακιορρηξία), η παχυσαρκία και η υπέρταση, που είναι συχνότερη σε μεγάλης ηλικίας και παχύσαρκες γυναίκες, κυρίως διαβητικές. Συχνά επίσης ο καρκίνος του ενδομητρίου συνυπάρχει με ινομυώματα, των οποίων η ανάπτυξη πυροδοτείται από την υπεροιστρογοναιμία. Στην παχυσαρκία, όπως και στο PCOS, παρατηρείται αυξημένη παραγωγή οιστρονής, που οφείλεται στην αυξημένη περιφερική αρωματοποίηση της ανδροστενδιόνης. Ο ρυθμός μετατροπής της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη αυξάνει επίσης όσο αυξάνει η ηλικία, καθώς και σε περιπτώσεις ηπατικής νόσου⁷.

7.1.2 Εξωγενείς Ορμονικοί Παράγοντες

Τα εξωγενή οιστρογόνα έχουν σαφώς συσχετιστεί με τον καρκίνο του ενδομητρίου, όταν χορηγούνται στα ακόλουθα θεραπευτικά σχήματα.

1. Θεραπεία υποκατάστασης με εξωγενή οιστρογόνα. Τα εξωγενή οιστρογόνα συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου στο ενδομήτριο, ιδίως όταν χορηγούνται ως θεραπεία υποκατάστασης μονομερώς και για μεγάλα χρονικά διαστήματα, όπως π.χ. σε γυναίκες με γοναδική δυσγενεσία και σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Στο κλιμακτήριο, ειδικότερα, η μακροχρόνια για δύο ή και περισσότερα χρόνια θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα συνδέεται με αυξημένο «σχετικό κίνδυνο» (ΣΚ) ανάπτυξης καρκίνου στο ενδομήτριο.

2. Θεραπεία με διαδοχικά σχήματα οιστρογόνων – προγεστερόνης. Κατά τα τελευταία χρόνια κυριαρχεί μια έντονη τάση αποφυγής της μονομερούς χορήγησης οιστρογόνων και αντ' αυτής της

χορήγησης των οιστρογόνων σε συνδυασμό με προγεσταγόνα (π.χ. συζευγμένα ίππεια οιστρογόνα και μεδροξυπρογεστερόνη). Υπάρχουν πράγματι ουσιώδεις ενδείξεις ότι η κυκλική αυτή θεραπεία ελαττώνει τη συχνότητα της υπερπλασίας και της άτυπης υπερπλασίας, που συνδέεται με τη μονομερή χορήγηση οιστρογόνων, ενώ δε συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου⁷.

Έχει αναφερθεί ότι ασθενείς οι οποίοι αναπτύσσουν καλοήθεις ενδομητρικούς πολύποδες ίσως είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη καρκίνου ενδομητρίου¹⁷.

3. Αντισύλληψη από το στόμα. Τα αντισυλληπτικά από το στόμα έχουν ερευνηθεί εκτεταμένα σε σχέση με το καρκίνο του ενδομητρίου, μετά την παρατήρηση στις αρχές της δεκαετίας του 70 ότι νέες γυναίκες που έπαιρναν αντισυλληπτικά δισκία διαδοχικού σχήματος (sequential oral contraceptives) από το στόμα (διμεθυστερόνη και αιθινυλοιστραδιόλη) ανέπτυξαν καρκίνο του ενδομητρίου. Μεταγενέστερα όμως διαπιστώθηκε ότι, τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά (nonsequential or combination oral contraceptives) σαφώς συνδέονται με ελαττωμένο κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου⁷.

7.2 Κλινική Εικόνα – Αντικειμενικά Ευρήματα

Το μόνο σύμπτωμα το οποίο παρουσιάζεται κατά κανόνα – σε περιπτώσεις καρκινώματος του ενδομητρίου είναι, η άσχετη με την έμμηνο ρύση, αιμορραγία από το εσωτερικό της μήτρας. Σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες το σύμπτωμα αυτό μπορεί να εμφανιστεί με τη μορφή μητρορραγίας, αιμόρροιας πριν από την έναρξη της εμμηνορρυσίας ή μετά τη συνθήκη αποδρομή της εμμηνορρυσίας ή και αιμορραγικής έκκρισης, κατά την διάρκεια του κύκλου. Σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες το καρκίνωμα του ενδομητρίου εκδηλώνεται με αιμόρροια ή αιμορραγία από τη μήτρα.

Ποσοστό 14-30% των αιμορραγιών στην εμμηνόπαυση οφείλονται σε καρκινώματα του σώματος της μήτρας.

Εξάλλου περίπου 80-90% των γυναικών με καρκίνωμα του ενδομητρίου βρίσκονται στην περί – ή μετεμμηνόπαυσιακή ηλικία.

Το καρκίνωμα του ενδομητρίου συχνά είναι υποκρυπτόμενη παθολογική κατάσταση σε περιπτώσεις αιματό – ή πυόμητρας, κατά τις οποίες λόγω σύγκλεισης του έσω τραχηλικού στομίου δεν είναι δυνατή η εκροή αίματος ή πύου από τη μητρική κοιλότητα.

Σε προχωρημένα στάδια της νόσου μπορούν να εμφανιστούν και άλλα συμπτώματα, οφειλόμενα στην επέκταση του καρκινώματος εκτός του σώματος της μήτρας, εντός και εκτός της κοιλιακής χώρας, όπως πόνος, αναιμία, διαταραχές ούρησης και αφόδευσης, ασκίτης, απίσχνανση κλπ.⁴

Η κλινική εξέταση δεν δίνει χαρακτηριστικά ευρήματα. Συνήθως στη γυναικολογική εξέταση η μήτρα είναι φυσιολογικού μεγέθους, κινητή, χωρίς να προκαλείται πόνος με τη μετακίνησή της. Ο τράχηλος εμφανίζεται φυσιολογικός, καθώς και οι κολπικοί θόλοι. Ο τράχηλος δεν ματώνει με την επαφή, ενώ μπορεί να παρατηρηθεί ροή αίματος από τον ενδοτράχηλο, κυρίως αν πιεστούν οι κολποδιαστολείς πάνω στον τράχηλο της μήτρας⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ

8.1 Διάγνωση

Αυτή στηρίζεται στα συμπτώματα που αναφέραμε παραπάνω, και στα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα. Σε συχνότητα 75% αυτή γίνεται στο στάδιο I².

Οι εξετάσεις που θα μας βοηθήσουν στη διάγνωση είναι:

1.- Κυτταρολογική εξέταση κολποτραχηλικών επιχρισμάτων κατά Παπανικολάου βοηθάει σε μικρό ποσοστό στην ανίχνευση του καρκίνου του ενδομητρίου. Όταν η λήψη του επιχρίσματος γίνεται από την ενδομητρική κοιλότητα με ειδική συσκευή έκπλυσης – αναρρόφησης υπό αρνητική πίεση (συσκευή Gravlee jet washer), τότε η ακρίβεια διάγνωσης του καρκίνου του ενδομητρίου φτάνει το 90% (Greenwood and Wright). Στα ίδια περίπου ποσοστά φτάνει η διάγνωση με ενδομητρική αναρρόφηση και κυτταρολογική εξέταση με βελτιωμένες τεχνικές.

2.- Η υστερογραφία και υστεροσκόπηση παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες ως προς την έκταση της νόσου μέσα στην ενδομητρική κοιλότητα. Με τη χρήση υδατοδιαλυτής σκιαγραφικής ουσίας και χρησιμοποιώντας μικρή ποσότητα υλικού με μικρή πίεση και κάτω από συνεχή ακτινοσκοπικό έλεγχο, δίνεται η δυνατότητα της ακριβούς εντόπισης της έκτασης και της υφής του νεοπλάσματος ως και της επέκτασης προς τον ενδοτράχηλο.

3.- Η υστεροσκόπηση έχει ένα σαφώς καθορισμένο ρόλο στην εκτίμηση ασθενών με μητρορραγία. Μπορεί να εντοπίσει τη βλάβη και να βοηθήσει στη λήψη εκλεκτικής βιοψίας από το σημείο της βλάβης, που μπορεί ενίοτε να ξεφύγει κατά την απόξεση. Επίσης συμβάλλει στην εκτίμηση της προέλευσης του νεοπλάσματος, αν δηλαδή προέρχεται από το ενδομήτριο, φτάνει μέχρι τον ενδοτράχηλο ή αφορά μόνο τον ενδοτράχηλο.

4.- Η πιο αξιόπιστη όμως διαγνωστική μέθοδος για τη διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου είναι η κλασματική απόξεση της μήτρας, που γίνεται κάτω από γενική αναισθησία. Στην κλασματική απόξεση της μήτρας γίνεται

πρώτα απόξεση του ενδοτραχήλου, τα ξέσματα στέλνονται ξεχωριστά και στη συνέχεια γίνεται διαστολή του τραχηλικού στομίου, μέτρηση με υστερόμετρο του μήκους της μήτρας, και καθολική απόξεση όλης της ενδομητρικής κοιλότητας. Με τον τρόπο αυτό μπορούμε να ξεχωρίσουμε το είδος του καρκίνου, αν πρόκειται δηλαδή για καρκίνο του ενδοτραχήλουμόνο ή αν πρόκειται για καρκίνο του ενδομητρίου με επέκταση στον ενδοτράχηλο. Η εντόπιση αυτή έχει μεγάλη σημασία τόσο για τη θεραπεία, που θα ακολουθηθεί, όσο και για την πρόγνωση.

Φυσικά, πριν από την κλασματική απόξεση της μήτρας, γίνεται μια και η γυναίκα βρίσκεται κάτω από γενική αναισθησία – μια καλύτερη γυναικολογική εξέταση, που επιτρέπει και καλύτερη εκτίμηση του μεγέθους και της κινητικότητας της μήτρας και της διήθησης ή μη των παραμητρίων και των παρακειμένων οργάνων.

Πριν από τη θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να βοηθήσουν θεωρητικά περισσότερο παρά πρακτικά ορισμένες άλλες εξετάσεις, όπως η αξονική τομογραφία, η μαγνητική απεικόνιση, η λεμφαγγειογραφία και το υπερηχογράφημα⁵.

8.2 Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις καταστάσεις που προκαλούν ανώμαλες αιμορραγίες από τη μήτρα, όπως λειτουργικές αιμορραγίες, ενδοτραχηλικοί ή ενδομητρικοί πολύποδες, μικρά υποβλεννογόνα ινομύματα, ενώ σε πιο μεγάλες ηλικίες πρέπει να υπολογίζεται η τυχόν χορήγηση εξωγενών οιστρογόνων, η ατροφική κολπίτιδα ή κάποια φλεγμονή⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

9.1 Θεραπεία

Το θεραπευτικό σχήμα που εφαρμόζεται στον καρκίνο του ενδομητρίου καθορίζεται από το στάδιο της νόσου (κλινικό και χειρουργικό) και μπορεί να είναι μόνο η χειρουργική επέμβαση ή μόνο ακτινοβολία ή συνδυασμός. Η χημειοθεραπεία έχει πτωχά αποτελέσματα και εφαρμόζεται κυρίως σε υποτροπές ή σε μεταστάσεις.

9.1.1. Αντιμετώπιση ανάλογα με το Στάδιο

Στάδιο I

Η κοιλιακή ολική υστερεκτομία μετά των εξαρτημάτων είναι η πρωταρχική χειρουργική επέμβαση για τον καρκίνο του ενδομητρίου σταδίου I. Μετά το άνοιγμα του περιτοναίου γίνεται πλύσιμο της περιτοναϊκής κοιλότητας με φυσιολογικό ορό και το υγρό αποστέλλεται για κυτταρολογική εξέταση. Ακολουθεί προσεκτικός και λεπτομερής έλεγχος όλης της κοιλίας και ιδιαίτερα του υποδιαφραγματικού χώρου, του ήπατος, των παραορτικών και πυελικών λεμφαδένων, καθώς και της μήτρας για τυχόν επέκταση της νόσου από ορογόνο και κάθε ύποπτη βλάβη εξαιρείται για ιστολογική εξέταση. Στη συνέχεια εκτελείται κοιλιακή ολική υστερεκτομία μετά των εξαρτημάτων, ενώ η αφαίρεση κόλπου δεν θεωρείται απαραίτητη. Η μήτρα πρέπει να ανοίγεται, για να εκτιμηθεί το μέγεθος του όγκου, το βάθος της διήθησης του μυομητρίου και η επέκταση στον τράχηλο. Τα στοιχεία αυτά καθώς και ο ιστολογικός τύπος και ο βαθμός διαφοροποίησης, που είναι γνωστά από την βιοψία του ενδομητρίου που έχει προηγηθεί, επιτρέπουν τη χειρουργική σταδιοποίηση και καθορίζουν αν χρειάζεται να ακολουθήσει εξαίρεση πυελικών ή και παραορτικών λεμφαδένων.

Ο ιστολογικός τύπος και το βάθος της διήθησης του μυομητρίου φαίνεται να είναι οι δύο σπουδαιότεροι παράγοντες που έχουν μεγάλο κίνδυνο επέκτασης της νόσου στους λεμφαδένες. Στις περιπτώσεις χειρουργικού σταδίου Ia και Ib και βαθμό διαφοροποίησης καλό ή μέτριο (G1 και G2) και αρνητικούς λεμφαδένες δεν χρειάζεται συμπληρωματική θεραπεία.

Στο στάδιο I και θετικούς πυελικούς λεμφαδένες εφαρμόζεται εξωτερική ακτινοβολία στην περιοχή της πυέλου (5.000 rads) και ακτινοβολία παρα-αορτικών λεμφαδένων με εκτεταμένα πεδία (4.500 rads). Στο στάδιο I και G3 με διήθηση του μυομητρίου κάτω από το μισό γίνεται συμπληρωματική θεραπεία με ακτινοβολία του κοιλιακού κολοβώματος, ενώ στο στάδιο Ic και G1, G2 και G3 με διήθηση μυομητρίου πάνω από το μισό εφαρμόζεται συμπληρωματική εξωτερική ακτινοβολία της πυέλου και ακτινοβολία του κοιλιακού κολοβώματος. Η πενταετής επιβίωση στις περιπτώσεις αυτές σταδίου I q και G 1-2 φθάνει το 92% και για G3 το 78%¹.

Στάδιο II

Σε περιπτώσεις καρκινώματος του ενδομητρίου σταδίου II, το ένα τρίτο περίπου των ασθενών έχει ήδη επινεμημένους τους πυελικούς λεμφαδένες. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, η εξωτερική διαδερμική τηλεακτινοβολία αποτελεί κατά κανόνα μέρος της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Γενικότερα, σήμερα υπάρχει η τάση και οι περιπτώσεις σταδίου II να αντιμετωπίζονται κατ' αρχήν χειρουργικά, με απλή ολική υστεροεκτομή μετά των εξαρτημάτων ή συνηθέστερα με ριζική εγχείρηση κατά Wertheim – Meigs. Ακολουθεί η ενδοκοιλιακή ραδιοϊσοτοπική πλησιοθεραπεία και επί θετικών λεμφαδένων συμπληρώνεται η αντιμετώπιση με εξωτερική τηλεακτινοβολία της πυέλου (π.χ. με 5.000 rads) ή προηγείται η τελεακτινοβολία και ακολουθεί η πλησιοθεραπεία.

Σε περίπτωση αποκλειστικής ακτινοθεραπείας, προηγείται σε 1 ή 2 συνεδρίες η ενδοκοιλιακή ραδιοϊσοτοπική πλησιοθεραπεία (με ράδιο, κάισιο ή ιρρίδιο), σύμφωνα με την παλαιά μέθοδο, δηλαδή με τοποθέτηση στη μητρική κοιλότητα των ραδιοϊσοτοπικών στοιχείων, μέσα σε μικρούς ωοειδείς υποδοχείς («μέθοδος της Στοκχόλμης» ή «Heyman Packing»), ή σύμφωνα με τη σύγχρονη μέθοδο της μεταφόρτισης (After Loading). Ακολουθεί η εξωτερική τηλεακτινοβολία της λεκάνης με 4.000 – 5.000 rads⁴.

Στάδιο III και IV

Στα προχωρημένα καρκινώματα του ενδομητρίου σταδίου III ή IV εφαρμόζεται κατά κανόνα ακτινοθεραπεία υπό μορφή ενδοκοιλοτικής ραδιοϊσοτοπικής ακτινοβολίας και διαδερμικής τηλεακτινοβολίας της λεκάνης.

Και σ' αυτές όμως τις προχωρημένες περιπτώσεις, τελευταία υπάρχει επίσης η τάση να διενεργείται συνδυασμός χειρουργικής θεραπείας με ακτινοθεραπεία, καθώς και με χημειοθεραπεία.

Οι εμφανιζόμενες, σε άλλοτε άλλα χρονικά διαστήματα, υποτροπές της νόσου, αντιμετωπίζονται ανάλογα με την εντόπισή τους, χειρουργικά ή συχνότερα με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία⁴.

9.2 Χειρουργική Θεραπεία

Διενεργείται κατά περίπτωση ολική υστερεκτομή ή ριζική υστερεκτομή ή κυτταρομειωτική εγχείρηση σε συνδυασμό ή όχι με ορμονική θεραπεία, με χημειοθεραπεία ή και ακτινοθεραπεία. Η έκταση της εγχείρησης θα προσδιοριστεί κατά την εγχείρηση με βάση τα αποτελέσματα της χειρουργικής – ιστολογικής σταδιοποίησης⁴.

9.3 Χημειοθεραπεία

Εφαρμόζεται συνδυασμένη θεραπεία με σισπλατίνη (cisplatin 50-100 mg/m² επιφανείας σώματος) και δοξορουμπικίνη (doxurobicin 60-70 mg/m²), που χορηγούνται με ενδοφλέβια κάθε τρεις εβδομάδες σε άρρωστες με προχωρημένο καρκίνωμα του ενδομητρίου ή με υποτροπές της νόσου, που δεν θεωρούνται επιδεκτικές χειρουργικής θεραπείας ή ακτινοθεραπείας. Επίσης χορηγούνται η κυκλοφωσφαμίδη (500-800 mg/m²), η καρβοπλατίνη (carboplatin 400 mg/m²) και η φθοριοουρακίλη (5-fluorouracil 600-1.000 mg/m²)⁴.

9.4 Ακτινοθεραπεία

Συχνά εφαρμόζεται βραχυθεραπεία, με εισαγωγή ενός ραδιενεργού ισότοπου στην κοιλότητα της μήτρας και στους κολπικούς θόλους πριν από την εγχείρηση, για να ελαττωθεί ο κίνδυνος υποτροπής στον κολπικό θόλο. Μετεγχειρητικά εφαρμόζεται εξωτερική πτυελική ακτινοθεραπεία⁴.

9.5 Ορμονοθεραπεία

Κατά το χρόνο της χειρουργικής σταδιοποίησης, οι όγκοι πρέπει να διερευνηθούν για την παρουσία οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων, επειδή η πρόγνωση στις περιπτώσεις αυτές είναι καλύτερη, ενώ και η πιθανότητα θετικής απάντησης στη θεραπεία με προγεσταγόνα εμφανίζεται αυξημένη.

Τα προγεσταγόνα σε μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσουν σε μερικές περιπτώσεις ύφεση της νεοπλασίας, με την προϋπόθεση ότι υπάρχουν μετρητά επίπεδα ορμονικών υποδοχέων. Ειδικότερα, είναι αποτελεσματικά στα προχωρημένα στάδια στο 20% των καρκινωμάτων με καλή διαφοροποίηση και στο 15% των καρκινωμάτων με κακή διαφοροποίηση. Συνήθως χορηγούνται μέχρι την εγχείρηση 200 mg ημερησίως οξεικής μεδροξυπρογεστερόνης (Provera) από το στόμα ή 100 mg σε ενδομυϊκές ενέσεις (Depot – Provera) μια φορά την εβδομάδα. Τα προγεσταγόνα χορηγούνται και μετεγχειρητικώς στις παραπάνω δόσεις για τη θεραπεία των υποτροπών ή των μεταστατικών όγκων, που αναπτύσσονται στον κόλπο, στους πνεύμονες ή στο σκελετό. Η μέγιστη όμως κλινική απάντηση στη θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται για όσο χρόνο ο όγκος παραμένει αμετάβλητος⁴.

9.6 Πρόγνωση

Αν και το στάδιο της νόσου αποτελεί τον σπουδαιότερο παράγοντα για την πρόγνωση και την επιβίωση της ασθενούς, υπάρχουν και πολλοί άλλοι παράγοντες που καθορίζουν την υποτροπή και την πρόγνωση της νόσου. Η διήθηση του μυομητρίου, η επέκταση στον τράχηλο, η διήθηση των λεμφαδένων, ο βαθμός διαφοροποίησης, ο ιστολογικός τύπος, η ηλικία και το χειρουργικό στάδιο έχουν μεγάλη προγνωστική αξία. Άλλοι παράγοντες είναι το μέγεθος του όγκου, η κυτταρολογική εξέταση του περιτοναϊκού υγρού, οι ορμονικοί υποδοχείς και τα ογκογονίδια.

Έτσι, για παράδειγμα, η πενταετής επιβίωση σε ασθενής σταδίου I με G1 και 2 καρκίνο του ενδομητρίου είναι 92% και 88% αντίστοιχα, ενώ με G3 είναι 74%. Περιπτώσεις με διήθηση του μυομητρίου κάτω από το 1/3 του

τοιχώματος έχουν επιβίωση 80-90%, ενώ με διήθηση πάνω από τα 2/3 το ποσοστό είναι 60%. Κακή είναι η πρόγνωση και αυξημένο το ποσοστό υποτροπών, όταν υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες με ποσοστό επιβίωσης 64,5%. Το ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα έχει πολύ καλή πρόγνωση (92% 5 της επιβίωση), ενώ οι άλλοι ιστολογικοί τύποι (clear cel, θηλώδες, ορώδες) έχουν κακή πρόγνωση¹.

9.7 Παρακολούθηση

Ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος παρακολούθησης των ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου μετά τη θεραπεία είναι η κλινική εξέταση και το ιστορικό. Οι ασθενείς πρέπει να εξετάζονται κάθε 3-4 μήνες μετά τα πρώτα 2-3 χρόνια και μετά κάθε 6 μήνες. Περίπου το μισό των ασθενών με υποτροπή παρουσιάζει συμπτώματα, ενώ το 80% των υποτροπών διαπιστώνονται με την κλινική και γυναικολογική εξέταση. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην εξέταση πυελικών και κοιλιακών λεμφαδένων. Η ακτινογραφία θώρακος επιβάλλεται σε κάθε ασθενή ανά 6-12 μήνες, ενώ άλλες ακτινολογικές εξετάσεις, όπως ενδοφλέβιος πυελογραφία, αξονική τομογραφία, δεν συνιστώνται στις ασυμπτωματικές ασθενείς.

Ο προσδιορισμός του CA-125 αποτελεί χρήσιμο δείκτη στην παρακολούθηση των ασθενών και τα αυξημένα επίπεδα υποδηλώνουν υποτροπή, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις με μικρές εστίες της νόσου τα επίπεδα είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια.

Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες και το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων – Γυναικολόγων, γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου που αντιμετώπιστηκαν με επιτυχία δύνανται να πάρουν θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα, χωρίς να αυξάνεται ο κίνδυνος υποτροπής της νόσου¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

10.1 Σαρκώματα της Μήτρας

Τα σαρκώματα της μήτρας είναι ασυνήθεις εξαιρετικά κακοήθεις ετερογενείς όγκοι.

10.1.1 Επιδημιολογία

Τα σαρκώματα αποτελούν το 3-5% όλων των καρκίνων της μήτρας. Αναπτύσσονται συχνότερα στη μετεμμηνοπαυσιακή ηλικία, αλλά μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία, ακόμη και στη βρεφική. Η μέση ηλικία των γυναικών που πάσχουν από σαρκώματα της μήτρας είναι τα 58 περίπου χρόνια. Ειδικότερα, τα λειομυοσαρκώματα παρατηρούνται σε γυναίκες ηλικίας 25 έως 75 χρόνια, με μέση ηλικία τα 50 χρόνια, ενώ οι μικτοί μεσοδερμικοί όγκοι αναπτύσσονται σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (μέση ηλικία τα 63 χρόνια). Τα σαρκώματα γενικά εμφανίζονται συχνότερα σε άγαμες γυναίκες⁷.

10.1.2 Ιστολογική Εικόνα

Τα σαρκώματα της μήτρας προέρχονται από το μυομήτριο ή από τους αδένες και το στρώμα του ενδομητρίου, που αποτελούν αντίστοιχα μη εξειδικευμένο και εξειδικευμένο μεσέγχυμα. Από τις λείες μυϊκές ίνες του μυομητρίου και από λειομύωμα της μήτρας αναπτύσσονται τα λειομυοσαρκώματα, ενώ από το ενδομήτριο προέρχονται τα σαρκώματα του ενδομητρίου.

10.1.2.1 Λειομυοσαρκώματα

Τα λειομυοσαρκώματα αποτελούν το 30% περίπου όλων των σαρκωμάτων της μήτρας και το 1-2% όλων των μορφών καρκίνου της μήτρας. Πιθανώς προέρχονται από τις λείες μυϊκές ίνες του μυομητρίου ή από παρόμοια κύτταρα, που επικαλύπτουν τα αιμοφόρα αγγεία μέσα στο μυομήτριο. Μικροσκοπικά, τα λειομυοσαρκώματα είναι κυτταροβριθείς όγκοι που αποτελούνται από ατρακτοειδή κύτταρα με ποικίλου βαθμού ατυπίες και αναπλασίες, ελαφρές στις διαφοροποιημένες μορφές και έντονες αδιαφοροποίητες. Πολλές φορές η ιστολογική εικόνα της κακοήθειας είναι ασαφής. Η κακοήθειά τους προσδιορίζεται κατά τα τελευταία 5 χρόνια με

βάση τρία σημαντικά κριτήρια, τον αριθμό των μιτώσεων, τις κυτταρικές ατυπίες και την πηκτική νέκρωση των κυττάρων του όγκου (CTVC – Coagulative Tumor Cell Necrosis). Από τα κριτήρια αυτά, σπουδαιότερα είναι η πηκτική νέκρωση κυττάρων του όγκου σε σαφώς προσδιοριζόμενες περιοχές και ακολουθεί η διάχυτη κυτταρική ατυπία, ενώ ο μιτωτικός δείκτης (ΜΔ) θεωρείται λιγότερο σημαντικός, επειδή επηρεάζεται από το χρόνο της μονιμοποίησης και δεν μπορεί να αποδοθεί ομοιόμορφα από τους παθολογοανατόμους (ιδίως όταν δεν έχουν σημαντική πείρα). Οι όγκοι χαρακτηρίζονται ως σαρκώματα, όταν συνυπάρχουν δύο από τα τρία κριτήρια, όπως π.χ. στους παραπάνω συνδυασμούς:

1. ΜΔ > 10 (περισσότερες από 10 μιτώσεις ανά 10 πεδία υψηλής μεγέθυνσης), χωρίς πηκτική νέκρωση των κυττάρων του όγκου, αλλά με μέτρια έως σοβαρή διάχυτη κυτταρική ατυπία,
2. ΜΔ > 10, χωρίς ή με ήπια ατυπία αλλά με πηκτική νέκρωση των κυττάρων του όγκου,
3. Ανεξάρτητα από το ΜΔ, μέτρια με σοβαρή διάχυτη ατυπία και πηκτική νέκρωση, και
4. ΜΔ < 10, χωρίς ατυπία ή με ήπια ατυπία, αλλά με πηκτική νέκρωση των κυττάρων του όγκου.

Στην περίπτωση αυτή τα κριτήρια διαφέρουν από τα κριτήρια του πρώτου συνδυασμού μόνον ως προς τον αριθμό των μιτώσεων (ΜΔ < 10) και οι όγκοι θεωρούνται ως χαμηλής ή οριακής κακοήθειας (borderline tumors).

Η διάκριση των λειομυοσαρκωμάτων από τα καλοήγη ινομυώματα είναι γενικά δυσχερής και προϋποθέτει σημαντική πείρα του παθολογοανατόμου. Τα λειομυώματα είναι καλοήθεις όγκοι και έχουν λιγότερες από 5 μιτώσεις, χωρίς ή με ήπια ατυπία και χωρίς πηκτική νέκρωση των κυττάρων του όγκου. Οι όγκοι αυτοί εμφανίζουν σαφή όρια και αποχωρίζονται εύκολα από το γύρω φυσιολογικό ενδομήτριο, σε αντιδιαστολή προς τα λειομυοσαρκώματα που τα όριά τους είναι συχνά διηθημένα.

10.1.2.2 Σαρκώματα του Ενδομητρίου

Οι όγκοι αυτοί αποτελούν το 70% των σαρκωμάτων της μήτρας. Προέρχονται από αδιαφοροποίητα στρωματικά κύτταρα, που διατηρούν τη δυνατότητα διαφοροποίησης σε κακοήθεις κυτταρικές σειρές, οι οποίες ιστολογικά εμφανίζονται ως αυτόχθονες (ομόλογες) ή ξένες (ετερόλογες) προς τη μήτρα (Πίνακας 2).

Οι ομόλογοι όγκοι αποτελούνται από στοιχεία μόνον του στρώματος του ενδομητρίου, όπως είναι π.χ. τα στρωματικά σαρκώματα, ενώ οι ετερόλογοι, όπως είναι π.χ. τα ραβδομυοσαρκώματα και τα χονδροσαρκώματα, περιέχουν και άλλα στοιχεία.

Τα ενδομήτρια σαρκώματα χαρακτηρίζονται επίσης, για λόγους κατάταξης, ως αμιγή σαρκώματα του ενδομητρίου, όταν αποτελούνται από μία μόνο κυτταρική σειρά (στρωματικά σαρκώματα, ραβδομυοσάρκωμα – χονδροσάρκωμα), και ως μικτά σαρκώματα του ενδομητρίου, όταν συντίθενται από δύο ή και περισσότερες σειρές (καρκινοσάρκωμα). Τα μικτά δηλαδή μεσοδερμικά σαρκώματα περιέχουν στοιχεία ταυτόχρονα σαρκώματος και καρκινώματος ή συνδυασμούς σαρκώματος και ετερόλογων στοιχείων.

Τα σαρκώματα του ενδομητρίου μπορούν να διαχωριστούν για πρακτικούς λόγους σε δύο ομάδες. Οι «αμιγείς ομόλογοι όγκοι» περιλαμβάνουν τη μικρότερη ομάδα σαρκωμάτων, τα στρωματικά σαρκώματα, ενώ όλοι οι υπόλοιποι όγκοι (μαζί και οι αμιγείς ετερόλογοι) μπορούν να περιληφθούν σε μια μόνο ομάδα με το γενικότερο όρο «μικτά σαρκώματα» του ενδομητρίου.

Τα σαρκώματα του ενδομητρίου φέρονται και ως «μυλλέριοι» ή «μεσεγγυματικοί» ή και «μεσοδερμικοί» όγκοι, επειδή τα αδιαφοροποίητα κύτταρα του στρώματος προέρχονται από εξειδικευμένα μεσεγγυματικά κύτταρα των πόρων του Muller και τελικά από το μεσόδερμα κατά την εμβρυογένεση.

Πίνακας 2. Κατάταξη των Σαρκωμάτων του Ενδομητρίου

ΟΜΟΛΟΓΑ (ιστοί αυτόχθονες)	ΕΤΕΡΟΛΟΓΑ (ιστοί ξένοι προς τη μήτρα)
Στρωματικά Σαρκώματα	Ραβδιντισλαρξωνα
1. με καλή διαφοροποίηση	Χιβδρισλαρξωνα
2. αδιαφοροποίητα	Οστεοσάρκωμα
ΑΜΙΓΗ (μία κυτταρική σειρά)	ΑΜΙΓΗ (μία κυτταρική σειρά)
Καρκινοσάρκωμα (στρωματικό σάρκωμα + αδενοκαρκίνωμα)	Κυρίως μικτοί μεσοδερμικοί όγκοι (καρκινοσάρκωμα ή στρωματικό σάρκωμα με ένα ή > από ένα ετερόλογα στοιχεία)

ΜΙΚΤΑ (πολλαπλές κυτταρικές σειρές)

1.- Στρωματικά Σαρκώματα του Ενδομητρίου. Τα σαρκώματα αυτά αποτελούν το 20% των σαρκωμάτων και εμφανίζονται ως μαλακοί, πολυποειδείς και αγγειώδεις όγκοι.

Τα στρωματικά σαρκώματα προέρχονται από μεσοβλαστικά στοιχεία του ενδομητρίου. Ιστολογικά, αποτελούνται από στρογγυλά κύτταρα. Με βάση τον αριθμό των μιτώσεων διαχωρίζονται σε χαμηλής κακοήθειας, με λιγότερες από 10 μιτώσεις ανά 10 οπτικά πεδία υψηλής μεγέθυνσης, και υψηλής κακοήθειας, με περισσότερες από 10 μιτώσεις. Τα πρώτα έχουν καλύτερη μακροχρόνια επιβίωση, απαντούν καλύτερα στα προγεσταγόνα και υποτροπιάζουν τοπικά, ενώ τα δεύτερα δεν είναι ευαίσθητα στα προγεσταγόνα και επεκτείνονται με τη λεμφική και την αιματική οδό.

2.- Μικτά μεσοδερμικά σαρκώματα. Οι όγκοι αυτοί αποτελούν το 50% των σαρκωμάτων της μήτρας. Αναπτύσσονται συνήθως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και είναι εξαιρετικά κακοήθεις. Διακρίνονται σε ετερόλογους μικτούς όγκους, τους οποίους ανήκουν τα κυρίως μικτά

μεσοδερμικά σαρκώματα, και σε ομόλογους μικτούς όγκους, που αντιπροσωπεύονται από το καρκινοσάρκωμα.

Μερικές φορές αναπτύσσονται μικτοί μεσοδερμικοί όγκοι, που αποτελούν τα πανομοιότυπα των βοτρυοειδών σαρκωμάτων, που εμφανίζονται στα παιδιά με τη μορφή χαρακτηριστικών πολυποειδών όγκων.

3.- Το καρκινοσάρκωμα από τους συνηθέστερους μεσοδερμικούς ή μυλλέριους μικτούς όγκους, είναι εξαιρετικά κακοήθες. Αποτελείται από καρκίνωμα και σάρκωμα, περιέχει δηλαδή κακοήθη επιθηλιακά και στρωματικά στοιχεία⁷.

10.2 Σταδιοποίηση

Στάδια. Η σταδιοποίηση του σαρκώματος της μήτρας διαφέρει από τη σταδιοποίηση του αδενοκαρκινώματος και έχει όπως παρακάτω:

- Στάδιο Ια.* Η διήθηση αφορά μόνο στο ενδομήτριο και είναι περιορισμένη.
- Στάδιο Ιβ.* Η διήθηση αφορά λιγότερο από το μισό πάχος του μυομητρίου.
- Στάδιο Ιγ.* Η διήθηση αφορά περισσότερο από το μισό πάχος του μυομητρίου.
- Στάδιο ΙΙα.* Η διήθηση αφορά και στους αδένες του ενδοτραχήλου.
- Στάδιο ΙΙβ.* Η διήθηση αφορά και στο τραχηλικό στρώμα.
- Στάδιο ΙΙΙα.* Η διήθηση αφορά στον ορογόνο χιτώνα της μήτρας ή / και στα εξαρτήματα ή / και δίνει θετικά περιτοναϊκά κύτταρα.
- Στάδιο ΙΙΙβ.* Υπάρχουν μεταστάσεις σε πνευλικούς ή / και σε παραορτικούς λεμφαδένες.
- Στάδιο ΙVα.* Η διήθηση αφορά στο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης ή / και στο έντερο.
- Στάδιο ΙVβ.* Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις ενδοκοιλιακών ή / και βουβωνικών λεμφαδένων.

10.3 Μετάσταση

Η μετάσταση του σαρκώματος, και ιδίως των μικτών μυλλέριων όγκων του τραχήλου της μήτρας, γίνεται με την αιματική και τη λεμφική οδό, ακόμη και όταν η διήθηση του τοιχώματος είναι ελάχιστη.

10.4 Αιτιολογία

Η αιτιολογία των σαρκωμάτων είναι άγνωστη, αλλά περίπου 5-10% των γυναικών με μικτά μεσοδερμικά σαρκώματα έχουν ιστορικό προηγούμενης πυελικής ακτινοθεραπείας. Δεν έχει διαπιστωθεί κάποια σχέση με τη σεξουαλική δραστηριότητα ή με τα αντισυλληπτικά⁷.

10.5 Κλινική Εικόνα και Διάγνωση

Η μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία ή η μητρορραγία πριν την εμμηνόπαυση είναι το συχνότερο σύμπτωμα, όπως και στο καρκίνωμα του ενδομητρίου, ιδίως όταν το σάρκωμα προέχει με τη μορφή πολυποειδούς μάζας μέσα στην κοιλότητα της μήτρας. Ο όγκος μπορεί να γεμίσει όλη την κοιλότητα της μήτρας και να διηθήσει όλο το μυομήτριο. Σε ταχεία ανάπτυξή του αναφέρεται πόνος ή αίσθημα διάτασης και συναίσθηση πυελικής μάζας, ενώ σε προχωρημένα στάδια εμφανίζονται ασκίτης και καχεξία.

Η διάγνωση γίνεται με την κλινική εξέταση και επιβεβαιώνεται με την ιστολογική εξέταση ξεσμάτων του ενδομητρίου. Κατά την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση διαπιστώνεται ομοιόμορφη διόγκωση της μήτρας, ενώ ψηλαφούνται και εύθυπτες μάζες μέσω του τραχηλικού στομίου. Χαρακτηριστική είναι η ταχεία διεύρυνση της μήτρας, που αποκτά σύσταση μαλακή⁷.

Παρόλα αυτά, η πλέον συνήθης διάγνωση του λειομυοσαρκώματος είναι τυχαία κατά την ιστοπαθολογική εξέταση «λειομυωμάτων» ή ολόκληρης της μήτρας, μετά από εκπυρήνιση ή υστερεκτομία αντίστοιχα, λόγω άλλων ενδείξεων⁴.

10.6 Θεραπεία

Η θεραπεία συνίσταται σε ολική υστερεκτομή με εξαίρεση και των εξαρτημάτων, λεμφαδενεκτομή και ακτινοθεραπεία. Σε προχωρημένα στάδιο ή σε υποτροπές της νόσου εφαρμόζονται ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία.

Στα λειομυοσαρκώματα και στα υψηλής κακοήθειας του ενδομητρίου, ειδικότερα, η αρχική θεραπεία συνίσταται σε ολική υστερεκτομή, αμφοτερόπλευρη σαλπιγγο-ωοθηκεκτομή και βιοψία πυελικών και αορτικών λεμφαδένων, εάν αυτό είναι εφικτό. Συμπληρωματικά εφαρμόζεται στις περισσότερες από τις άρρωστες αυτές χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, λόγω της αυξημένης συχνότητας υποτροπών, ακόμη και σε περιπτώσεις αρχικών βλαβών. Τα χημειοθεραπευτικά χορηγούνται στα ίδια με τα καρκινώματα του ενδομητρίου θεραπευτικά σχήματα. Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται με τη μορφή της εξωτερικής ακτινοβολίας και σε δόσεις των 50 Gy.

Τα χαμηλής κακοήθειας σαρκώματα του ενδομητρίου θεραπεύονται αρχικά με ριζική υστερεκτομή, λόγω της ροπής τους σε τοπικές υποτροπές, και στη συνέχεια με προγεσταγόνα, που χορηγούνται σε δόσεις των 200 mg ημερησίως σε μόνιμη βάση. Δεν είναι αναγκαία άλλη πρόσθετη θεραπεία.

Στις υποτροπές η θεραπεία είναι παρηγορητική, επειδή οι υποτροπιάζουσες βλάβες σχεδόν ποτέ δεν θεραπεύονται^{2,7}.

10.7 Πρόγνωση

Η πρόγνωση είναι κακή, επειδή οι όγκοι αυτοί επεκτείνονται ταχύτατα με την αιματική κυκλοφορία, κυρίως στους πνεύμονες. Υπολογίζεται ότι περίπου 50% των σαρκωμάτων στο στάδιο I υποτροπιάζουν, ενώ η μακροχρόνια επιβίωση στα προχωρημένα στάδια είναι εξαιρετικά ασυνήθης. Οι σπουδαιότεροι προγνωστικοί παράγοντες είναι στο στάδιο (επέκταση της νόσου) και το βάθος διείσδυσης στο μυομήτριο, παρά ο ιστολογικός τύπος του σαρκώματος.

Έτσι, οι άρρωστες με λειομυοσαρκώματα εμφανίζουν καλύτερη μακροχρόνια επιβίωση, επειδή οι όγκοι αυτοί ανακαλύπτονται συνήθως σε

πρωϊμότερα στάδια σε σχέση με άλλους τύπους σαρκωμάτων. Η μέση πενταετής επιβίωση για όλα τα λειομυοσαρκώματα είναι 73% περίπου. Ως ευνοϊκοί προγνωστικοί παράγοντες θεωρούνται η προεμμηνοπαυσιακή ηλικία, ο περιορισμός του όγκου μέσα στο λειομύωμα (όταν το λειομύωμα αποτελεί την εστία ανάπτυξης του λειομυοσαρκώματος), ο χαμηλός μιτωτικός δείκτης και η απουσία νεκρώσεων.

Τα μικτά μεσοδερμικά σαρκώματα, αντίθετα, εμφανίζουν κακή μακροχρόνια επιβίωση, επειδή ανακαλύπτονται σε προχωρημένα στάδια. Η πρόγνωση είναι καλύτερη, εάν ανακαλυφθούν σε πολύ αρχικά στάδια η πενταετής επιβίωση στο στάδιο I είναι 58%, στα στάδια II και III 13% και στο στάδιο IV 0%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ

11.1 Καρκίνος του Τραχήλου στην Κύηση

Η συχνότητα του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου στην εγκυμοσύνη είναι 1 στις 2.500 κυήσεις, ενώ ο καρκίνος in situ 1 στις 750.

Το συνηθέστερο σύμπτωμα είναι η μη φυσιολογική αιμόρροια, αλλά οι περισσότερες γυναίκες δεν εμφανίζουν συμπτώματα και η νόσος ανακαλύπτεται τυχαία κατά την εξέταση ρουτίνας.

Ο συνδυασμός εγκυμοσύνης και καρκίνου, επειδή προκαλεί έντονα και πολύπλοκα συναισθήματα, χρειάζεται ψυχολογική στήριξη και καθοδηγητικές συμβουλές. Η νόσος δεν επηρεάζεται άμεσα από την εγκυμοσύνη, εκτός από την καθυστέρηση στη διάγνωση και πιθανόν από τον τρόπο αποπεράτωσης του τοκετού. Επίσης δεν υπάρχει άμεση επίδραση του καρκίνου στο έμβρυο, αλλά η θεραπεία που γίνεται στην αρχή της εγκυμοσύνης είναι δυνατό να προκαλέσει το θάνατο του εμβρύου και έκτρωση, ενώ στην προχωρημένη εγκυμοσύνη πρόωρο τοκετό. Περίπου τα 90% του καρκίνου προέρχονται από πλακώδη κύτταρα και είναι επιδερμοειδή καρκινώματα ενώ από τα υπόλοιπα, τα περισσότερα είναι αδenoκαρκινώματα⁸.

Είναι πολύ σπάνια η συνύπαρξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και κύησης, ιδιαίτερα σε άτομα που ελέγχονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα με «Test Pap». Αντίθετα, συχνότερη είναι η ανεύρεση Δυσπλασιών του τραχήλου της μήτρας, και σ' αυτή την περίπτωση είναι δυνατό να γίνει κολποσκόπηση και όπου χρειάζεται βιοψία τραχήλου (χωρίς να επιβαρύνεται η κύηση). Όταν δεν υπάρχει υποψία από τη βιοψία για διηθητικό Ca τραχήλου είναι δυνατό να γίνει, εφόσον συνεκτιμηθεί ο μήνας κύησης – κατάσταση εμβρύου και κωνοειδής εκτομή (ιδιαίτερα με Co₂ laser).

Το διηθητικό καρκίνωμα εκδηλώνεται με κύριο σύμπτωμα την αιμορραγία, αλλά η διάγνωση συνήθως διαφεύγει με τη σκέψη, ότι πρόκειται για αιμορραγία από την κύηση. Γι αυτό επιβάλλεται ο έλεγχος του τραχήλου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ώστε να αποφεύγονται τέτοιες παραλείψεις. Στο πρώτο τρίμηνο γίνεται ακτινοβολία (με κοβάλτιο) και

αναμένεται να ακολουθήσει η αυτόματη έκτρωση. Στο δεύτερο τρίμηνο γίνεται αρχικά μικρή καισαρική τομή για διακοπή της κύησης και ακολουθεί ακτινοβολία. Τέλος στο τρίτο τρίμηνο πρέπει να αποφασιστεί, αν θα διακοπεί η κύηση ή θα αφεθεί το έμβρυο να γίνει βιώσιμο και μετά να εκτελεστεί καισαρική. Μετά μερικές μέρες μπορεί να ακολουθήσει ακτινοθεραπεία.

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

Στην περίπτωση που πρόκειται με βεβαιότητα για καρκίνωμα *in situ*, η κύηση φαίνεται να φθάσει στο τέρμα χωρίς να υπάρχει αντένδειξη για κολπικό τοκετό. Μετά τη λοχεία αντιμετωπίζεται η βλάβη, όπως και στις υπόλοιπες περιπτώσεις. Άλλωστε η κύηση φαίνεται να ασκεί ένα προστατευτικό ρόλο, όσον αφορά την εξάπλωση του καρκινώματος *in situ*¹⁷.

11.2 Καρκίνος Τραχήλου Κολοβώματος

Παλαιότερα συνηθιζόταν η υφολική υστερεκτομία, για τις καλοήθεις 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 υστερεκτομία, τότε χαρακτηρίζεται σαν αληθής καρκίνος και έχει καλύτερη πρόγνωση, ενώ όταν αναπτυχθεί πριν τα 2-3 χρόνια χαρακτηρίζεται σαν ταυτόχρονος και έχει χειρότερη πρόγνωση. Στον ταυτόχρονο πιθανότατα υπήρχε καρκίνος τη στιγμή της υφολικής υστερεκτομίας και ξέφυγε διότι δεν έγινε σωστός προεγχειρητικός έλεγχος.

Αντιμετωπίζεται και σταδιοποιείται όπως και ο καρκίνος του τραχήλου σε ακέραια μήτρα. Αν κατά την υφολική υστερεκτομία βρεθεί στην ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος ύποπτη περιοχή, αρχόμενη νόσος ή καρκίνος, η θεραπεία με τα καλύτερα αποτελέσματα είναι η επανεγχείρηση. Αν ο καρκίνος αναπτυχθεί μερικά χρόνια μετά, τότε είναι δυσκολότερη τεχνικά τόσο η εγχείρηση όσο και η ακτινοθεραπεία. Η εγχείρηση, λόγω των συμφύσεων από την προηγούμενη επέμβαση. Η ακτινοθεραπεία, διότι λόγω της έλλειψης της μήτρας, το μικρό βάθος του κολοβώματος δεν επιτρέπει να τοποθετήσουμε αρκετές ραδιενεργές πηγές. Έτσι επειδή η βραχυθεραπεία

στην περίπτωση αυτή έχει μικρή εμβέλεια, το μεγαλύτερο βάρος της ριζικής ακτινοθεραπείας το επωμίζεται η τηλεθεραπεία. Η δόση στην πύελο και τα παραμήτρια κυμαίνεται από 50 έως 60 Gy και αν εφαρμοστεί ενδοκοιλιακή βραχυθεραπεία η συνολική δόση στο άνω τριτημόριο του κόλπου φθάνει τα 150 Gy. Σε περίπτωση εκτεταμένης νόσου στον τράχηλο, τον κόλπο και τα παραμήτρια μπορεί να βοηθήσει η ενδοϊστική βραχυθεραπεία, αν είναι τεχνικά εφαρμόσιμη.

Η πενταετής επιβίωση, η θέση και η συχνότητα των υποτροπών στον καρκίνο του κολοβώματος του τραχήλου μετά ριζική ακτινοθεραπεία, είναι ίδια με την του τραχήλου της άθικτης μήτρας. Οι παρενέργειες όμως είναι βαρύτερες, διότι η αφαίρεση της μήτρας έφερε σε άμεση ανατομική σχέση την ουροδόχο κύστη, το ορθό και το λεπτό έντερο, με την περιοχή ενδιαφέροντος και τις ραδιενεργές πηγές της βραχυθεραπείας. Επίσης τις παρενέργειες επιβαρύνουν οι συμφύσεις από την προηγηθείσα εγχείρηση και οι μεγαλύτερες δόσεις ακτινοβολίας, που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της νόσου¹.

11.3 Καρκίνος του Κολπικού Κολοβώματος

Αυτός αναπτύσσεται σε ασθενείς που είχαν παλαιότερα υποβληθεί σε υφολική υπερκολπική υστερεκτομή για καλοήθεις παθήσεις. Η εγχείρηση αυτή έχει πλέον καταργηθεί. Αν ο καρκίνος εμφανιστεί μέσα σ' ένα χρόνο μετά την υστερεκτομή, τότε το πιθανότερο είναι ότι ο καρκίνος που υπήρχε κατά την εγχείρηση ήταν διαγνώσιμος, αλλά διέφυγε.

Η θεραπεία είναι όμοια με τη θεραπεία Ca άθικτου τραχήλου, δηλαδή εξωτερική και ενδοκοιλιακή. Η ενδοκοιλιακή γίνεται με συνδυασμό και ενδοτραχηλικού εφαρμογέα αν ο τραχηλικός σωλήνας είναι τουλάχιστον 2cm⁵. Κάτω του 1,5 cm: εξωτερική ακτινοβολή και συμπλήρωση της δόσης με ενδοκολπική εφαρμογή⁶.

11.4 Χοριοκαρκίνωμα

Το χοριοκαρκίνωμα είναι κακοήθες νεόπλασμα προερχόμενο από το εμβρυονικό χόριο, με συμμετοχή και των δύο στιβάδων του τροφοβλαστικού επιθηλίου. Η μήτρα είναι η πιο συχνή εντόπιση αλλά όχι και η μοναδική.

Υπάρχει ξεκαθαρισμένη σχέση με την κύηση. Πενήντα τοις εκατό των χοριοκαρκινωμάτων ακολουθούν μύλη κύηση, 25% αποβολή, γύρω στο 22% φυσιολογικό τοκετό και τα υπόλοιπα έκτοπο κύηση.

Είναι πολύ σπάνιοι όγκοι, εμφανιζόμενοι κύρια σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 χρόνων. Στην Ευρώπη και Βόρειο Αμερική οι συχνότητες είναι: 1 – 14.000 ή 1:20.000 κυήσεις, στις Φιλιππίνες 1:1.380 κυήσεις. Η συχνότητα είναι επίσης υψηλή σε Κίνα και Ινδονησία. Κυήσεις με σύντομη διαδοχή και κακή θρέψη με πρωτεϊνική ανεπάρκεια, υπεισέρχονται στην αιτιολογία αυτού του νεοπλασματος.

Παρά την σπανιότητά του, το χοριοκαρκίνωμα είναι πολύ σημαντικό. Αντιμετωπίζεται έγκαιρα, προσφέρει σημαντικά στοιχεία στην διάγνωση και μπορεί να παρακολουθείται η εξέλιξή του χρησιμοποιώντας τον προσδιορισμό της γοναδοτροφίνης, η οποία σχετίζεται ποσοτικά με τη μάζα του όγκου.

Το χοριοκαρκίνωμα αναπαράγει τα χαρακτηριστικά του τροφοβλαστικού ιστού: την ικανότητα για διήθηση και διασπορά. Η εξέλιξη της νόσου είναι αρκετά κακοήθης και χαρακτηρίζεται από ταχεία τοπική ανάπτυξη και μεταστάσεις, κύρια στους πνεύμονες. Τα κλινικά συμπτώματα μπορούν να υποδυθούν διάφορες γυναικολογικές παθήσεις, όπως αποβολή ή δυσλειτουργική αιμορραγία. Η ανεύρεση κυττάρων χοριοκαρκινώματος σε αποξέσματα μήτρας πιστοποιεί την διάγνωση. Όταν η ανάπτυξη του όγκου περιορίζεται στο μυομήτριο, τότε μπορεί η βιοψία (με απόξεση) να βγει ψευδώς αρνητική.

Το σημαντικότερο στοιχείο του χοριοκαρκινώματος είναι ότι ο όγκος εκκρίνει χοριονική γοναδοτροφίνη (HCG), η οποία είναι δυνατό να ανιχνευθεί στα ούρα, το ανιχνεύσιμο ποσό της οποίας εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου. Έτσι η μέτρηση της HCG είναι ουσιώδης για τη διάγνωση αλλά και για την παρακολούθηση του όγκου. Υποομάδες της HCG (όπως β HCG), αυξάνουν την ευαισθησία και την εξειδίκευση της μεθόδου ανίχνευσης.

Γι αυτό το λόγο, το χοριοκαρκίνωμα είναι από τους λίγους όγκους στους οποίους είναι δυνατή η διάγνωση, η ανταπόκριση στην θεραπεία και η παρακολούθηση των ασθενών με μεγάλη εμπιστοσύνη και ακρίβεια.

Διευκρινίζεται έτσι για μια φορά ακόμη η μεγάλη αξία και χρησιμότητα των καρκινικών δεικτών.

Θεραπεία

Το χοριοκαρκίνωμα ήταν η πρώτη κακοήθεια που θεραπεύθηκε ευχερώς με μόνη τη χημειοθεραπεία και παραμένει το κατ' εξοχήν παράδειγμα του καρκίνου που θεραπεύεται με φάρμακα. Εάν δεν υπάρχουν μεταστάσεις, το 90% των περιπτώσεων μπορεί να θεραπευτεί με μεθοτρεξάτη. Το υπόλοιπο 10%, που συνεχίζει να εκκρίνει σημαντικά ποσά HCG, δείχνει ότι η νόσος είναι η ανθεκτική και τότε είναι απαραίτητη η υστερεκτομή. Εάν οι τιμές πέφτουν στα φυσιολογικά επίπεδα και αυξάνονται πάλι, τότε ενδείκνυται είτε η υστερεκτομή είτε ο συνδυασμός της με χημειοθεραπεία.

Εάν υπάρχει μεταστατική νόσος και η ασθενής ευρίσκεται σε ομάδα «χαμηλού κινδύνου» τότε η μονο-χημειοθεραπεία με μεθοτρεξάτη ή Αντινομυκίνη D φτάνει σε ποσοστά ίασης που εγγίζουν το 100%. Στην ομάδα «χαμηλού κινδύνου» ευρίσκονται οι ασθενείς:

1. Με μεταστάσεις μόνο στην πύελο ή στους πνεύμονες.
2. Με τιμές HCG κάτω των 100.000 IU / ούρων 24ώρου.
3. Με έναρξη θεραπείας εντός τεσσάρων μηνών από την εμφανή έναρξη της νόσου.

Η θεραπεία, κατά την παρακολούθηση, σε περιπτώσεις ασθενών με εμμένουσες ή καθ' υποτροπή υψηλές τιμές HCG είναι η ίδια ως ανωτέρω¹⁹.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΩΔΕΚΑΤΟ

12.1 Νοσηλευτική Φροντίδα κατά την Χειρουργική Θεραπεία

12.1.1 Προεγχειρητική Ψυχοκοινωνική Νοσηλευτική Εκτίμηση και Παρεμβάσεις

Κάθε χειρουργική διαδικασία συνοδεύεται από κάποια μορφή συγκινησιακής αντίδρασης του αρρώστου, έκδηλη ή όχι, φυσιολογική ή παθολογική. Οι συγκινησιακές αντιδράσεις μπορεί να επηρεάσουν τη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου, γι αυτό είναι απαραίτητο να αναγνωρίζονται στην προεγχειρητική περίοδο.

Παίρνοντας ένα προσεκτικό ιστορικό υγείας, ο νοσηλευτής μπορεί να διαπιστώσει φόβους και ανησυχίες του αρρώστου, που αποτελούν δυνητικές πηγές συγκινησιακών αντιδράσεων, κυρίως άγχους.

Η ίδια η χειρουργική επέμβαση δεν είναι μόνο οργανικός στρεσογόνος παράγοντας. Ο άρρωστος που φοβάται τη χειρουργική επέμβαση κινδυνεύει περισσότερο από εκείνον που την αποδέχεται και επικεντρώνεται στις ωφέλειές της. Οι φόβοι για τη χειρουργική επέμβαση δεν είναι πάντοτε ανάλογοι με τη σοβαρότητά της.

Οι προεγχειρητικοί φόβοι που μπορεί να βιώνει ο άρρωστος είναι:

1.- Φόβος της νάρκωσης. Ο φόβος αυτός ήταν δικαιολογημένος πριν πολλά χρόνια, όταν ήταν λίγα γνωστά για τον έλεγχο και τα αποτελέσματα των μέσων αναισθησίας. Όμως, με τις εξευγενισμένες σημερινές μεθόδους, τα δοκιμασμένα φάρμακα και τους επιδέξιους αναισθησιολόγους, οι κίνδυνοι έχουν ελαχιστοποιηθεί. Η ευκολία με την οποία δίνεται η νάρκωση σήμερα αποδίδεται στην επαρκή φυσική και ψυχική προετοιμασία του αρρώστου. Στην επικοινωνία του με τον άρρωστο, ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στη διόρθωση λαθεμένων αντιλήψεων και πληροφοριών, ενώ η επίσκεψη του αναισθησιολόγου και του νοσηλευτή του χειρουργείου, την προηγούμενη της χειρουργικής επέμβασης, εγκαθιστά επιπρόσθετη εμπιστοσύνη.

Συχνά, ο φόβος της νάρκωσης έρχεται δεύτερος από το φόβο του πόνου και του θανάτου. Θα αισθανθώ πόνο όταν γίνεται η τομή; Και τι θα συμβεί αν παύσει η δράση του αναισθητικού; Μήπως δεν ξυπνήσω από τη νάρκωση; Ο άρρωστος χρειάζεται επιβεβαίωση ότι ο αναισθησιολόγος δεν τον προσέχει συνεχώς για να προλάβει τέτοια προβλήματα. Μερικοί γιατροί δεν χειρουργούν αρρώστους που πιστεύουν ότι θα πεθάνουν. Η καλή σχέση ανάμεσα στον άρρωστο και το νοσηλευτή, μαζί με τη λεπτότητα και τη διακριτικότητα στη συμπεριφορά από μέρους του νοσηλευτή, μπορούν να βοηθήσουν τον άρρωστο να διαπιστώσει ότι ο φόβος του είναι αδικαιολόγητος.

2.- Φόβος του αγνώστου. Είναι συχνά ο πιο ενοχλητικός φόβος. Ο φόβος αυτός προέρχεται μερικώς από την πίστη του αρρώστου ότι δεν του είπαν «όλα» όσα αφορούν τη διάγνωσή του.

3.- Φόβος αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου. Με τη σημερινή έκφραση στη νεότητα και το «τέλειο» σώμα, ο φόβος αυτός δεν περιορίζεται μόνο στις ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις, επεκτείνεται και στις μικρές.

4.- Φόβος αποχωρισμού από τα οικεία υποστηρικτικά συστήματα και από προηγούμενες δραστηριότητες μπορούν επίσης να προκαλέσουν άγχος στον άρρωστο.

Επιπλέον των παραπάνω φόβων, ο χειρουργικός άρρωστος μπορεί να στεναχωριέται και για πολλά άλλα. Μπορεί να έχει οικονομικά προβλήματα, οικογενειακές ευθύνες και επαγγελματικές υποχρεώσεις και να φοβάται για πιθανές ανικανότητες, εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης και για απώλεια ελέγχου και ανεξαρτησίας.

Ο νοσηλευτής, εξαιτίας της εγγύτητάς του με τον άρρωστο, είναι το άτομο στο οποίο αυτός εμπιστεύεται τους φόβους και τα προβλήματά του. Ο νοσηλευτής, με τη σειρά του, θα πρέπει να δημιουργεί όλες τις προϋποθέσεις που βοηθούν τον άρρωστο να εκφράζει τις σκέψεις του και να πληροφορεί το χειρουργό για τους φόβους του, ώστε μαζί να τον προετοιμάζουν για τη χειρουργική εμπειρία.

Εξάλλου, ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον κοινωνικό λειτουργό προκειμένου να λυθούν οικονομικά, οικογενειακά και εργασιακά προβλήματα του αρρώστου.

Η ψυχολογική προετοιμασία, για το χειρουργικό stress που θα ακολουθήσει, επιτρέπει στον άρρωστο να βιώνει κάποιο βαθμό άγχους. Η πληροφόρηση που δημιουργεί μέτριο βαθμό άγχους επιτρέπει στον άρρωστο να αυξήσει την ανοχή του στο stress με ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης. Απουσία άγχους αποστερεί τον άρρωστο από το κίνητρο να ετοιμαστεί ψυχολογικά για τη στρεσογόνο εμπειρία.

Στην προεγχειρητική προετοιμασία δεν θα πρέπει να παραβλέπεται και η σημαντικότητα της πνευματικής θεραπείας. Η πίστη έχει μεγάλη υποστηρικτική δύναμη. Έτσι, τα πιστεύω κάθε ατόμου πρέπει να είναι σεβαστά και να υποστηρίζονται.

Η σπουδαιότητα της προεγχειρητικής ψυχολογικής προετοιμασίας έχει τεκμηριωθεί σε διάφορες νοσηλευτικές ερευνητικές μελέτες. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι η ψυχολογική προετοιμασία:

1. Βοηθά στη μείωση του άγχους.
2. Μειώνει τη δόση του αναισθητικού που χορηγείται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και των αναλγητικών μετά από αυτή.
3. Συμβάλλει στην πιο γρήγορη σταθεροποίηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσης μετά την επέμβαση.
4. Μειώνει τα επίπεδα των κορτικοστεροειδών ορμονών στο αίμα, που είναι δείκτες της ορμονικής αντίδρασης στο stress.
5. Μειώνει την επίπτωση μετεγχειρητικής λοίμωξης.
6. Ενθαρρύνει το άτομο να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο στην ανάρρωσή του.
7. Επιταχύνει την ανάρρωση και την έξοδο από το νοσοκομείο.

12.1.2 Προεγχειρητική Εκπαίδευση του Αρρώστου

Η αξία της προεγχειρητικής διδασκαλίας έχει προ πολλού αναγνωρισθεί, ώστε να αποτελεί σημαντικό μέρος της προεγχειρητικής ετοιμασίας ενός αρρώστου.

Η αρχική εκτίμηση του αρρώστου περιλαμβάνει και τις ανάγκες του σε μάθηση και διδασκαλία τόσο για την προεγχειρητική περίοδο, όσο και για ολόκληρη την προεγχειρητική περίοδο, συμπεριλαμβανομένης και της αποκατάστασης στο σπίτι.

Κάθε άρρωστος διδάσκεται ως άτομο σε ότι αφορά τις αγωνίες, ανάγκες και ελπίδες του. Το πρόγραμμα διδασκαλίας σχεδιάζεται και εφαρμόζεται στο σωστό χρόνο, ούτε πολύ νωρίς ούτε στην άμεση προεγχειρητική περίοδο. Ιδεωδώς, η διδασκαλία γίνεται σε αρκετά μακρύ χρόνο, για να μπορεί ο άρρωστος να αφομοιώσει το περιεχόμενό της. Συχνά, αυτή συνδυάζεται με διάφορες διαδικασίες προετοιμασίας, ώστε να γίνεται πιο εύκολη η ροή πληροφοριών.

Σε αρρώστους που εισάγονται τη μέρα της εγχείρησης, είναι απαραίτητο να γίνεται η διδασκαλία και να δίνονται απαντήσεις σε τυχόν ερωτήσεις τους όταν αυτοί επισκέπτονται το νοσοκομείο για τις προεγχειρητικές εξετάσεις.

Οι αρχές της προεγχειρητικής διδασκαλίας είναι οι εξής:

- 1.- Για διατήρηση ομοιομορφίας και ακρίβειας περιεχομένου, συμβουλευτείτε το γιατρό για να προσδιορίσετε τις πληροφορίες που ήδη έχει πάρει ο άρρωστος.
- 2.- Καθορίστε πόση πληροφόρηση θέλει ή χρειάζεται ο άρρωστος.
- 3.- Μιλάτε καθαρά και χρησιμοποιείτε γλώσσα που καταλαβαίνει ο άρρωστος.
- 4.- Σχεδιάζετε σύντομες, συχνές συνεδρίες διδασκαλίας, ώστε να δίνετε λίγες πληροφορίες κάθε φορά.
- 5.- Δίνετε πάντοτε επαρκή χρόνο στον άρρωστο για υποβολή ερωτήσεων.

- 6.- Ρωτάτε τον άρρωστο αν καταλαβαίνει αυτό που λέτε.
- 7.- Αν πρόκειται για διδασκαλία, ζητάτε από τον άρρωστο να την κάνει.
- 8.- Επαναλαμβάνετε τις πληροφορίες αν είναι ανάγκη. Να θυμάστε ότι το προεγχειρητικό άγχος συχνά εμποδίζει τη μάθηση και τη συγκράτηση νέων πληροφοριών.
- 9.- Να θυμάστε ότι κάθε άτομο είναι μοναδικό. Αλλάζετε τις μεθόδους διδασκαλίας, ώστε να ταιριάζουν με τις ατομικές ανάγκες.
- 10.- Περιλαμβάνετε στη διδασκαλία και άτομα σημαντικά για τον άρρωστο.

Ασκήσεις βαθιάς αναπνοής και βήχα. Ένας από τους σκοπούς της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι να διδαχθεί ο άρρωστος τον τρόπο προαγωγής αερισμού των πνευμόνων για πρόληψη μετεγχειρητικής βρογχοπνευμονίας και ατελεκτασίας. Ο άρρωστος διδάσκεται πως να εισπνέει αργά από τη μύτη, εκτείνοντας τους κοιλιακούς μυς και να εκπνέει από συρωμένα χείλη, συσπώντας τους κοιλιακούς μυς, ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζει την τομή του τραύματος.

Αυτές οι αναπνευστικές ασκήσεις μπορεί να γίνονται πέντε με δέκα φορές κάθε ώρα στη μετεγχειρητική περίοδο ακινησίας.

Ο σκοπός των ασκήσεων βήχα είναι η κινητοποίηση και αποβολή των εκκρίσεων από το βρογχικό δένδρο. Για τη διέγερση του αντανακλαστικού του βήχα προηγούνται βαθιές αναπνοές.

Ασκήσεις στροφής και ενεργητικής κίνησης του σώματος. Ο σκοπός αυτών των ασκήσεων είναι η βελτίωση της κυκλοφορίας για πρόληψη φλεβικής στάσης και για άριστη ανταλλαγή αερίων.

Ο άρρωστος διδάσκεται πως να γυρίζει από πλάγιο σε πλάγιο, καθώς και τις ασκήσεις των κάτω άκρων. Αυτές περιλαμβάνουν έκταση και κάμψη των αρθρώσεων γόνατος και ισχίου, ενώ ο άρρωστος είναι σε θέση ημι-Fowler, και κυκλικές ασκήσεις της ποδοκνημικής άρθρωσης.

Γνωστικός έλεγχος. Για μείωση της έντασης, υπερκίνηση του άγχους και επίτευξη χαλάρωσης, ο άρρωστος:

- Διδάσκεται να συγκεντρώνει τη σκέψη του στις πιο ευχάριστες από τις πρόσφατες εμπειρίες του.
- Ενθαρρύνεται να σκέπτεται και να διηγείται κάτι που του αρέσει.
- Παροτρύνεται να λέει στον εαυτό του ότι όλα θα πάνε καλά.

Άλλες πληροφορίες. Βοηθά πολύ στη μετεγχειρητική προσαρμογή του αρρώστου αν αυτός γνωρίζει από πριν με τι συσκευές θα είναι συνδεδεμένος όταν έρθει από το χειρουργείο, ποιος είναι ο σκοπός τους και τι πρέπει να προσέχει. Επίσης, αν υπάρχει πιθανότητα να χρησιμοποιηθεί αναπνευστήρας ή οξυγόνο.

Τέλος, ο άρρωστος θέλει να γνωρίζει πότε να περιμένει μέλη της οικογένειας ή φίλους να τον επισκεφθούν και αν η οικογένεια θα διατηρείται ενήμερη για τις οξείες φάσεις της μετεγχειρητικής του εμπειρίας.

12.1.3 Προεγχειρητική Παρέμβαση

- α. Ερμηνεία του όρου «υστερεκτομή» στην άρρωστη και την οικογένειά της. Εξασφάλιση συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και τη διακοπή κύησης, αν η άρρωστη είναι έγκυος.
- β. Ενημέρωση άρρωστης σχετικά με μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία), πόνο, δραστηριότητα, διαίτα, συνουσία, έμμηνη ρύση.
- γ. Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.
- δ. Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.
- ε. Υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών 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 τις σεξουαλικές τους ανάγκες. Άλλες διατηρούν αμφιβολίες για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψή τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Άλλες πάλι μπορεί να παρουσιάσουν κατάθλιψη και

άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, αν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη.

στ. Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης (φυσικών, συγκινησιακών και κοινωνικών).

ζ. Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο:

- Εξέταση αιμοσφαιρίνης· αντιμετώπιση αναιμίας, αν υπάρχει
- Προσδιορισμός ομάδας αίματος και εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση
- Ενδοφλέβια πνευμογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί)
- Διακοπή αντισυλληπτικών δισκίων
- Ακτινογραφία θώρακα
- Διδασκαλία αναπνευστικών, κοιλιακών ασκήσεων
- Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου
- Καθαρισμός υποκλυσμός και κολπική πλύση με αντισηπτικό σε κολπική υστερεκτομή (σπάνια σε κοιλιακή υστερεκτομή) γίνεται συνήθως το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης (μετά από ιατρική οδηγία)
- Χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση ύπνου²¹

Το πρωινό της ημέρας του χειρουργείου, ο νοσηλευτής συμπληρώνει την προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου. Ρωτά τον άρρωστο αν έχει κάποια απορία ή αν τον απασχολεί κάτι, συνεχίζει να τον παρατηρεί για σημεία άγχους και ενημερώνει αυτόν και τους συγγενείς του για οποιαδήποτε καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης.

Για την ασφάλεια του αρρώστου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, ο νοσηλευτής, πριν από τη μεταφορά του στο χειρουργείο:

1. Καταγράφει τα ζωτικά του σημεία. Εξαιτίας άγχους αναμένεται κάποια αύξηση στην αρτηριακή πίεση και στη συχνότητα του σφυγμού.

Μεγάλες, ωστόσο, διαφορές από τις βασικές τιμές πρέπει να αναφέρονται στο χειρουργείο.

2. Ελέγχει την ταινία αναγνώρισης για να βελτιωθεί ότι είναι ευανάγνωστη, ακριβής και καλά στερεωμένη.
3. Επισκοπεί το εγχειρητικό πεδίο για ολοκλήρωση της προετοιμασίας του.
4. Ελέγχει και φέρνει σε πέρας οποιαδήποτε ειδική οδηγία, όπως εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα ή έναρξη ενδοφλέβιας γραμμής.
5. Επαληθεύει ότι ο άρρωστος δεν έφαγε τις οκτώ τελευταίες ώρες και ότι δεν πήρε υγρά για τουλάχιστον τέσσερις ώρες.
6. Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης. Μετρά και καταγράφει την ώρα και το ποσό των ούρων.
7. Αφαιρεί, καταγράφει και παραδίδει για φύλαξη δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα του αρρώστου, εκτός της βέρας, που μπορεί να παραμείνει αφού καλυφθεί με λωρίδα λευκοπλάστη.
8. Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη. Αν ο άρρωστος χρησιμοποιεί ακουστικό, ειδοποιεί το νοσηλευτή του χειρουργείου και το αφήνει στη θέση του, ώστε να είναι δυνατή η επικοινωνία του αρρώστου με τη χειρουργική ομάδα.
9. Αφαιρεί το χρώμα από βαμμένα νύχια, για να είναι δυνατός ο έλεγχός τους για κυάνωση στο χειρουργείο και μετά την επέμβαση.
10. Βοηθά τον άρρωστο να φορέσει τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο.
11. Χορηγεί τα προαναισθητικά φάρμακα στη σωστή ώρα.

Αν για οποιαδήποτε αιτία τα προαναισθητικά φάρμακα δεν χορηγήθηκαν την κανονική ώρα, ενημερώνεται γι αυτό ο αναισθησιολόγος.

1. Συμπληρώνει και υπογράφει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας, το οποίο τοποθετεί στο φάκελο του αρρώστου.

2. Φροντίζει για την ασφαλή μεταφορά του αρρώστου στο φορείο, συνοδεύει τον άρρωστο στο χειρουργείο και παραμένει κοντά του ώστε να του δοθεί αναισθησία.
3. Εξασφαλίζει τρόπο επικοινωνίας με τους συγγενείς του αρρώστου. Τους εξηγεί πως θα είναι ο άρρωστος μετά την επέμβαση. Τους ετοιμάζει για να δουν διασωληνώσεις, ενδοφλέβιες, εγχύσεις, παροχετεύσεις²⁰.

12.2 Διεγχειρητική Φάση

Από τη στιγμή που ο άρρωστος μεταφέρεται στο δωμάτιο αναισθησίας, την ευθύνη για τη φροντίδα του αναλαμβάνει η χειρουργική ομάδα.

Η χειρουργική ομάδα αποτελείται από ειδικά εκπαιδευμένα άτομα που εργάζονται μαζί, συντονισμένα, για την ευημερία και ασφάλεια του αρρώστου. Ο χειρουργός γιατρός αποφασίζει για τον τύπο της επέμβασης και πρέπει να είναι συνεχώς ενήμερος για αλλαγές στις μεταβαλλόμενες λειτουργικές ανάγκες του αρρώστου.

Ο αναισθησιολόγος εξαλείφει τον πόνο και προάγει τη χαλάρωση μέσω αναισθησίας. Επιπλέον, πρέπει:

- (α) να διατηρεί τον αεραγωγό του αρρώστου,
- (β) να εξασφαλίζει επαρκή ανταλλαγή αερίων,
- (γ) να χορηγεί αίμα, υγρά και φάρμακα ανάλογα με τις ανάγκες,
- (δ) να παρακολουθεί στενά την κυκλοφορία και αναπνοή του αρρώστου και
- (ε) να ενημερώνει αμέσως το χειρουργό για οποιαδήποτε επιπλοκή.

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας ενεργεί ως διαχειριστής του χειρουργείου, προάγει την ασφάλεια και καλύπτει τις ανάγκες υγείας του αρρώστου με:

- (α) εξασφάλιση καθαρού περιβάλλοντος και σωστής θερμοκρασίας και φωτισμού,
- (β) έλεγχο της λειτουργίας εξοπλισμού (αναρροφητήρες, διαθερμίες) και σύνδεσής του με άσηπτα εξαρτήματά του,
- (γ) εξασφάλιση εφοδίων και υλικού,
- (δ) στενή παρακολούθηση ώστε να εφαρμόζεται συνεχώς η άσηπτη τεχνική,
- (ε) ζύγιση και μέτρηση των μεγάλων γαζών,
- (στ) επικοινωνία με ακτινολογικό τμήμα και εργαστήρια, αν το ζητήσει ο χειρουργός,

(ζ) ετοιμασία και αποστολή στο παθολογοανατομικό τμήμα δειγμάτων για εξέταση.

Ο πλυμένος νοσηλευτής παίρνει μέρος άμεσα στη χειρουργική επέμβαση. Ετοιμάζει τα άσηπτα χειρουργικά τραπέζια, με όλα τα απαραίτητα γενικά και ειδικά εργαλεία, ράμματα, βελόνες, γάζες. Βοηθά το χειρουργό και τους βοηθούς του κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης προβλέποντας και παρέχοντας σ' αυτούς τα απαραίτητα εργαλεία, σπόγγους κλπ. Μετρά βελόνες, εργαλεία και μεγάλες γάζες προτού κλείσει ο χειρουργός το τραύμα²⁰.

12.3 Μετεγχειρητική Παρέμβαση

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

Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κοιλιακή 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).

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.

- στ. 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 καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.
- ζ. 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 κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού.
 - Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός.
- η. Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφοριακών διαταραχών.
- Βοήθεια της άρρωστης να αλλάζει θέση κάθε δύο 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 από την αφαίρεσή τους· σύγκριση βρεγμένων και στεγνών γαζών· η διαφορά του βάρους θα είναι το αίμα που χάνεται.
 - Αναζήτηση σημείου Homan (ευαισθησία και πόνος στη γαστροκνημία κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού).
 - Επισκόπηση κάτω άκρων για παρουσία κιρσών· προαγωγή κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις άκρων.
 - Χρήση ελαστικών καλτσών ως προφυλακτικό μέτρο, για προαγωγή της κυκλοφορίας.
- θ. Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υποθέτων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.
- ι. Παρακολούθηση για κοιλιακή απέκκριση, αλλαγή μαζών με άσηπτη τεχνική.
- ια. Έγκαιρη έγερση της άρρωστης, για πρόληψη επιπλοκών.
- ιβ. Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία (προφυλακτικά) με ακτίνες Rontgen ή ραδιενεργό κοβάλτιο-60. (Για περισσότερες πληροφορίες βλ. Ακτινοθεραπεία, Α' Τόμος).
- ιγ. Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο – διδασκαλία.
- Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.
 - Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή με ωθηκεκτομή / σαλπινγεκτομή.
 - Παροχή συμβουλών στην άρρωστη:
 1. Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα (για ένα μήνα μέχρι έξι εβδομάδες) ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή άνοδο κλίμακας, για πρόληψη διάσπασης του τραύματος. Η οδήγηση αυτοκινήτου μπορεί να καθυστερήσει για τρεις εβδομάδες, γιατί η

απλή πίεση του πεντάλ του φρένου μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλιά.

2. 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.
 3. Να αποφεύγει τη συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.
- Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κοιλπική έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα κεφαιοειδές 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 αυτό 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 κλπ.
 - Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά, αλλά δεν διαρκούν πολύ.

- Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινικοεργαστηριακού ελέγχου για πέντε χρόνια.

12.4 Νοσηλευτική Φροντίδα κατά την Ακτινοθεραπεία

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια(-τής) θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστο της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρεται:

- 1.- Στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία,
- 2.- Στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία,
- 3.- Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και
- 4.- Στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (όταν ραδιοϊότοπο θωρακισμένο εφαρμόζεται σε συγκεκριμένο σημείο του σώματος, ακτίνες X – Τηλακτινοθεραπεία) γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.

Η νοσηλεύτρια(-τής):

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για (1) το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, (2) τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, (3) το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), (4) τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.

- Αξιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.
- Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μη βγάλει του σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.
- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμέτους ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα.
- Χορηγεί τον άρρωστο αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας του αρρώστου για την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματά του που συνήθως είναι τα εξής:

- Πονάει η ακτινοθεραπεία;
- Τι θα πρέπει να κάνει κατά το διάστημα της θεραπείας;
- Θα είναι μόνος του κατά τη διάρκεια της θεραπείας;
- Αν δεν αισθάνομαι καλά κατά το διάστημα της θεραπείας και έχω ανάγκη από βοήθεια τι θα κάνω;
- Θα εκπέμπω ακτινοβολία μετά τη θεραπεία; Αν ναι, θα πρέπει να είμαι απομονωμένος;

Η απάντηση στα πιο πάνω, αλλά και άλλα σχετικά ερωτήματα του αρρώστου μειώνει την ανησυχία και το άγχος, τον βοηθεί να συνεργαστεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της.

Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοθεραπεία, ο άρρωστος που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω:

- 1.- Η περιοχή της ακτινοβολίας

1. διατηρείται στεγνή,
 2. πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή,
 3. δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και υπάρχει ιατρική εντολή,
 4. τόσο κατά τη θεραπεία, όσο και μετά από αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μην ζεσταίνεται πολύ),
 5. προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο (αέρας κλπ.),
 6. αποτριχώνεται (ξυρίζεται) μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο,
 7. δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.
- 2.- Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.
- 3.- Το διαιτολόγιό του (φαγητό) πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.
- 4.- Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας (ακτινοβολία) που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμό του.

Το τμήμα ακτινοθεραπείας βρίσκεται σε υπόγειους ορόφους, με ειδικές κτιριακές εγκαταστάσεις όπως τοίχοι από παχύ στρώμα τσιμέντου, επενδυμένο όταν χρειάζεται με μόλυβδο καθώς και οι πόρτες.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησής της. Όταν το ραδιοϊσότοπο (θωρακισμένο σε βελόνες, κόκκους ή σύρμα) πρόκειται να εμφυτευθεί σε ιστό ή σε κοιλότητα οργάνου, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δε χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα.

Πάντοτε όμως ο άρρωστος ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας του.

Μετά την εφαρμογή ή χορήγηση του ραδιοϊσότοπου ο άρρωστος έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, (εσωτερική εφαρμογή ή εξωτερική τοποθέτηση σε επιφάνεια σώματος), ο άρρωστος απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί (με τον υποδιπλασιασμό θα μηδενιστεί η ραδιενεργός δράση του) ή να αφαιρεθεί.

Σημεία που θα βοηθήσουν τη νοσηλεύτρια (-τή) στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό της και τους άλλους νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο που του έχει εφαρμοστεί θωρακισμένο ή μη θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής:

1. Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για:
 - το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί,
 - τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη),
 - τον τρόπο χορηγήσεως (από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά, ενδοϊστικά),
 - την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία,
 - το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή) και
 - τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.
2. Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσοτόπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του αρρώστου και, επομένως, δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμέτους ή τον ιδρώτα και έτσι δεν λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό τους.
3. Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται.
4. Γνωρίζει το χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει (γ ή β ακτίνες) και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή

τον τρόπο μεταβολισμού και απέκκρισης του ραδιοϊσοτόπου που χρησιμοποιείται.

5. Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιον θα έλθει σε επαφή σε περίπτωση μόλυνσεως χώρου, αντικειμένων κλπ.
6. Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση (nursing station) των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης του αρρώστου, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται ο άρρωστος πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό, γιατί εφαρμόζεται και πως με το τηλέφωνο και την τηλεόραση θα μειωθεί το αίσθημα της απομόνωσης.

12.4.1 Νοσηλευτική Παρέμβαση κατά την Εφαρμογή Καισίου

- α. Ετοιμασία της άρρωστης για εφαρμογή καισίου.
 1. Ο γιατρός εξηγεί στην άρρωστη τους λόγους που καθιστούν απαραίτητη αυτή τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής επεξηγεί ή απαντά σε κάθε ερώτηση της άρρωστης.
 2. Η άρρωστη ετοιμάζεται για διάφορες προκαταρκτικές εξετάσεις (μπορούν να γίνουν και πριν από την εισαγωγή στο νοσοκομείο), όπως εξετάσεις αίματος, βιοψίες (ενδομητρική και τραχηλική), ακτινογραφία θώρακα και ηλεκτροκαρδιογράφημα.
 3. Ετοιμασία της άρρωστης για διαδικασία προφόρτισης.
- β. Νοσηλευτική αγωγή μετά την τοποθέτηση του καισίου.
 1. Όλα τα νοσηλευτικά μέτρα αποβλέπουν στη διατήρηση των υποδοχέων καισίου στη θέση τους και στη λήψη μέτρων για πρόληψη παρεκτόπισής τους.
 2. Δίαιτα μικρού υπολείμματος, για αποφυγή κινήσεων του εντέρου, που μπορεί να παρεκτοπίσουν τους υποδοχείς.

3. Συχνή επιθεώρηση καθετήρα, για εξασφάλιση συνεχούς λειτουργίας του. Μια διαταμένη κύστη πλησιάζει την περιοχή ραδιενέργειας, με αποτέλεσμα ακτινικό έγκαυμα βαριάς μορφής.
 4. Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση του οργανισμού στη ραδιενέργεια, όπως ναυτία, έμετοι, αύξηση θερμοκρασίας.
 5. Ενθάρρυνση της άρρωστης να τρώει. Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιων σε λεύκωμα. Ελκυστικό σερβίρισμα για διέγερση της όρεξης.
 6. Χορήγηση χυμών με βιταμίνη C, για προαγωγή της επιδιόρθωσης των ιστών.
 7. Τοποθέτηση της άρρωστης στη ύπτια θέση με το άνω μέρος του κρεβατιού ανυψωμένο κατά 30°.
 8. Παραμονή του νοσηλευτή κοντά στην άρρωστη για όσο το δυνατό λιγότερο χρόνο, κατά την παροχή φροντίδας σ' αυτή.
 9. Ανακούφιση της άρρωστης από άγχος και φόβο, με συνετή χρησιμοποίηση του χρόνου παραμονής κοντά της. Απασχόληση της άρρωστης σε ωφέλιμη συζήτηση για τα ιατρικά και νοσηλευτικά προβλήματά της.
 10. Προσοχή κατά την παροχή φροντίδας, ώστε να μην εκτοπιστούν οι υποδοχείς καισίου.
- γ. Αφαίρεση καισίου.
1. Ειδοποίηση ακτινοθεραπευτικού τμήματος, όταν είναι ώρα για αφαίρεση του καισίου.
 2. Εξασφάλιση αποστειρωμένων γαντιών, ειδικών λαβίδων με μακρά σκέλη και μεγάλης λεκάνης.
 3. Έλεγχος του διαγράμματος για τον αριθμό υποδοχέων που εφαρμόστηκαν, ώστε να συμφωνούν με τους υποδοχείς που θα αφαιρεθούν.

4. Εφαρμογή όλων των προφυλακτικών μέτρων ραδίου στο χειρισμό και μεταφορά του καισίου στο τμήμα ακτινοθεραπείας.
 5. Λήψη δείγματος ούρων πριν από την αφαίρεση του καθετήρα. Χορήγηση καθαρτικού υποκλυσμού μετά την αφαίρεση του καισίου και πριν από την έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι.
- δ. Φροντίδα της άρρωστης μετά την ακτινοβολία.
6. Διατήρηση δέρματος της άρρωστης (που εκτέθηκε στην ακτινοβολία) στεγνού. (Για περισσότερες πληροφορίες, βλ. Ακτινοθεραπεία, Α' Τόμος).
 7. Ναυτία και έμετοι μπορεί να εμφανιστούν σε χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας.
 8. Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που υποδηλώνουν ακτινική βλάβη του εντέρου (διάρροια, τεινεσμός), αναφορά τους μόλις εμφανιστούν.
 9. Τονισμός της σπουδαιότητας ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα για 6 μήνες, για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας στον όγκο.
 10. Κυτταρολογικά επιχρίσματα θετικά σημαίνει ότι η θεραπεία ήταν ανεπιτυχής. Ίσως χρειαστεί να γίνει χειρουργική επέμβαση.
 11. Αν τα κυτταρολογικά επιχρίσματα είναι αρνητικά και ο ιστός φαίνεται ικανοποιητικός, οι επισκέψεις στο γιατρό μετά το εξάμηνο μπορούν να γίνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα (σε εξαμηνιαία βάση).

Επιπλοκές

Υποτροπή: Κολπικός Θόλος

- α. Εκτίμηση
 - Ύποπτο 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

α. Παρέμβαση

- Ενημέρωση της άρρωστης. Ετοιμασία για πνευλική 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

α. Εκτίμηση

- Πόνος, δυσχέρεια
- Αιματουρία

β. Παρέμβαση

- Ετοιμασία της άρρωστης για παραπέρα έλεγχο, π.χ. ενδοφλέβια πνευλογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, ηπατικά ένζυμα, βαριούχο υποκλυσμό
- Ετοιμασία 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

- α. Εκτίμηση
- Πόνος στη ράχη
 - Απώλεια βάρους, κόπωση
 - Κατάθλιψη, απογοήτευση
- β. 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, εμέτων, αιμορραγίας βλεννογόνου στόματος, ερεθισμού δέρματος, διάρροιας. (Για περισσότερες πληροφορίες, βλ. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, Α' τόμος)
 - Μείωση κινδύνου λοίμωξης
 - Προαγωγή οικογενειακής υποστήριξης και δημιουργία ατμόσφαιρας για έκφραση συναισθημάτων
 - Παρακολούθηση για εμφάνιση σημείων που δηλώνουν μη ανοχή στο φάρμακο

12.5 Νοσηλευτική Παρέμβαση κατά τη Χημειοθεραπεία

- 1.- Προετοιμασία του αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
- 2.- Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
- 3.- Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών.
- 4.- Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.

- 5.- Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
- 6.- Προσεκτική φροντίδα στόματος.
- 7.- Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
- 8.- Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
- 9.- Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- 10.- Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
- 11.- Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
- 12.- Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΤΡΙΤΟ

13.1 Μετεγχειρητικές Επιπλοκές και Νοσηλευτική Παρέμβαση

1.- Πόνος. Ο πόνος είναι μία από τις πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από το δέρμα, τους μυς, τους τένοντες, τα οστά, το περιτόναιο ή τα σπλάχνα. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα (τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών), γι αυτό χορηγούμε, με ιατρική οδηγία, μορφή ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά 48 ώρες. Όταν ο άρρωστος πονά, ο νοσηλευτής οφείλει:

- α. Να εντοπίζει τον πόνο.
- β. Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς.
- γ. Να διαπιστώνει αν ακτινοβολεί και προς τα που, αν έχει σχέση με την αναπνοή, αν επιδεινώνεται τη νύχτα.
- δ. Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο.

Το αίσθημα του πόνου σε εγχειρήσεις της κοιλιάς και του θώρακα γίνεται ισχυρότερο με τον έμετο, το βήχα και τις αναπνευστικές κινήσεις. Εξάλλου, η υπολειμματική δράση των μέσων αναισθησίας εξαρτάται από το βαθμό διαλυτότητάς τους στο αίμα, διήθησής τους στους ιστούς και απέκκρισής τους από τον οργανισμό.

Η αντίδραση του κάθε αρρώστου στον πόνο είναι διαφορετική και εξαρτάται από την προσωπικότητά του. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι λιγότερο οξύς στους ηλικιωμένους από ότι στους μεσήλικες και στους νέους σε κάθε ηλικία αρρώστους.

Τα αναλγητικά για την αντιμετώπιση του πόνου δεν χορηγούνται, μέχρις ότου αναφέρει ο άρρωστος ότι αισθάνεται πόνο. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα, γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Οι εκκρίσεις κατακρατούνται στο βρογχικό δένδρο, με αποτέλεσμα ατελεκτασία και πνευμονία.

Αν και ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται συνήθως στην εγχείρηση, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να παραλείπει να εξετάζει διεξοδικά το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο. Τέτοιοι παράγοντες είναι καρφίτσες ασφαλείας, σωλήνες παροχέτευσης, σφικτές επιδέσεις. Η μορφίνη πρέπει να αντικαθίσταται όσο πιο γρήγορα γίνεται με κωδεΐνη, ασπιρίνη κλπ. Εξάλλου, χαμηλή και ασταθής αρτηριακή πίεση αποτελεί προειδοποίηση για χορήγηση της μορφίνης με επιφύλαξη, γιατί μπορεί να προκληθεί shock.

2.- Έμετος. Μετεγχειρητικά, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμέτους. Αιτίες είναι η συλλογή υγρών στο στομάχι ή η λήψη από το στόμα υγρών ή τροφής πριν από την αποκατάσταση της περίστασης του γαστρεντερικού σωλήνα.

Πριν από χρόνια, ο έμετος ήταν συνηθισμένη μετεγχειρητική δυσχέρεια. Σήμερα, η χρήση νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων έχουν ελαττώσει κατά πολύ την εμφάνισή του.

Αν η φύση της χειρουργικής επέμβασης είναι τέτοια που είναι αναπόφευκτος ο έμετος, προεγχειρητικά εφαρμόζεται στον άρρωστο ρινογαστρικός σωλήνας, που λειτουργεί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης και μετά από αυτή.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι η πρόληψη εισρόφησης του εμέτου. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι τα πιο πολλά από τα αντιεμετικά φάρμακα (συνήθως τα παράγωγα της φαινοθειαζίνης) προκαλούν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως υπόταση και αναπνευστική ανεπάρκεια. Αν η φαρμακευτική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη, προτιμώνται τα βαρβιτουρικά βραχείας δράσης.

Ο έμετος που επιμένει επί 3-7 ημέρες οφείλεται σε ένα από τα ακόλουθα αίτια:

- α. Εντερική απόφραξη
- β. Οξεία διάταση του στομάχου
- γ. Ουραιμία

δ. Αιμορραγία στις εγχειρήσεις στομάχου

ε. Περιτονίτιδα.

3.- Ανησυχία – δυσφορία. Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι οι εξής:

α. Βρεγμένο επιδεσμικό υλικό του τραύματος

β. Επίσχεση ούρων

γ. Μετεωρισμός και λόξυγκας

δ. Αϋπνία.

Ο νοσηλευτής οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου, του κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στη ράχη του αυχένα, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα. Του δίνει ζεστό γάλα ή κακάο, αν αυτό βοηθά να κοιμηθεί.

4.- Δίψα. Η δίψα οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Ακόμα, οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Σε εγχειρήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα απαγορεύεται η χορήγηση νερού επί 24 ώρες ή και περισσότερο. Τολύπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας βοηθούν στη διάλυση της βλέννας του στόματος. Ακόμα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μίγμα διαλύματος βορικού οξέως 4% και γλυκερίνης, σε αναλογία 1:1. Γάζα υγρή, που τοποθετείται στο στόμα, βοηθά στην εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα. Η μάσηση σκληρών καραμελών, μαστίχας ή κεριού, προάγει την έκκριση του σιέλου και διατηρεί το στόμα υγρό.

5.- Διάταση του εντέρου. Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περίσταση για 24-48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός, ενώ ακόμα βοηθά η

συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η δυσχέρεια αυτή μπορεί να προληφθεί με ρινογαστρικό ή ρινοεντερικό σωλήνα.

6.- Διάταση κύστης. Η κατακράτηση ούρων μπορεί να παρατηρηθεί μετά από κάθε επέμβαση, συχνότερα όμως εκδηλώνεται μετά από επεμβάσεις στο ορθό, τον πρωκτό ή τον κόλπο, σε κήλες και σε επεμβάσεις στο επιγάστριο. Οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα. Χρησιμοποιούνται όλα τα συντηρητικά μέτρα, αν όμως αποτύχουν καταφεύγουμε στον καθετηριασμό.

7.- Δυσκοιλιότητα. Αίτια μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι:

- α. Ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά τη διάρκεια της εγχείρησης
- β. Τοπική φλεγμονή
- γ. Περιτονίτιδα
- δ. Τοπικό απόστημα.

Μπορεί όμως το άτομο να έχει χρόνια δυσκοιλιότητα, την οποία αντιμετωπίζει με λήψη υπακτικών στο σπίτι. Στον άρρωστο αυτόν, το συντομότερο δυνατό μετά την εγχείρηση πρέπει να επιτρέπεται η εφαρμογή των βοηθητικών μέτρων που χρησιμοποιούσε στο σπίτι.

Εξάλλου, μπορεί να βοηθήσουν στη λύση του προβλήματος η έγκαιρη έγερση, το είδος της διαίτας, η χορήγηση άφθονων υγρών και οι χαμηλοί υποκλυσμοί.

8.- Μετεγχειρητικά προβλήματα ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας

α. *Περίσσεια νερού (σύνδρομο αρραίωσης ή τοξίκωση με νερό ή υπονατριαιμία).* Η διαταραχή αυτή συμβαίνει συχνότερα από την 1η ή 2η μετεγχειρητική ημέρα εξαιτίας της κατακράτησης νερού, που είναι απόκριση στο stress, όταν χορηγούνται στον άρρωστο μεγάλες ποσότητες διαλύματος 5% γλυκόζης σε απεσταγμένο νερό.

Συμπτώματα της διαταραχής είναι:

- Μεταβολές στη συμπεριφορά:
 1. Σύγχυση
 2. Ψευδαισθήσεις
 3. Αδυναμία προσοχής
 4. Παραλήρημα
 5. Νυσταγμός
- Απότομη αύξηση βάρους του σώματος
- Υπέρπνοια
- Ψηλή ή φυσιολογική αρτηριακή πίεση
- Πλαστικότητα ιστών
- Νευρομυϊκές μεταβολές
 1. Αδυναμία
 2. Μικροί μυϊκοί σπασμοί
 3. Ασυντονισμός
 4. Σπασμοί
 5. Ημιπληγία.

Ο νοσηλευτής θα υποπτευθεί το σύνδρομο, αν διαπιστώσει ότι υπάρχουν μερικά από αυτά τα συμπτώματα τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Οι υπερήλικες και τα μικρά παιδιά είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στα σύνδρομα αυτά. Συνήθως, τα πρώτα συμπτώματα είναι μεταβολές στη συμπεριφορά.

Η πρόληψη της τοξίκωσης με νερό απαιτεί καθημερινή μέτρηση και εκτίμηση του βάρους του σώματος. Απότομη αύξηση του βάρους την άμεση μετεγχειρητική περίοδο αποτελεί ένδειξη για μείωση των χορηγούμενων υγρών. Ακόμα, γίνεται προσεκτική μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Η ελαφρά περίσσεια νερού διορθώνεται με μείωση του προσλαμβανόμενου νερού. Όμως, αν η κατάσταση δεν διορθωθεί, ο άρρωστος μπορεί να καταλήξει.

β. Αναπνευστική οξέωση. Κανονικά, το CO₂ αποβάλλεται από τους πνεύμονες κατά την εκπνοή. Αναπνευστική οξέωση (πρωτοπαθής αύξηση του ανθρακικού οξέως) συμβαίνει όταν οι πνεύμονες κατακρατούν διοξείδιο του άνθρακα. Αυτό γίνεται εξαιτίας ελάττωσης του βάρους των αναπνοών ή απόφραξης του αεραγωγού. Ο χειρουργημένος άρρωστος μπορεί να αναπτύξει αναπνευστική οξέωση εξαιτίας μιας ή μερικών από τις ακόλουθες αιτίες:

- Καταστολή της αναπνοής εξαιτίας της αναισθησίας
- Μείωση του ρυθμού ανταλλαγής των αερίων εξαιτίας ατελεκτασίας, πνευμονίας ή βρογχικής απόφραξης
- Καταστολή αναπνοής εξαιτίας χορήγησης μεγάλων δόσεων ναρκωτικών
- Επιπόλαια αναπνοή εξαιτίας κοιλιακής διάτασης της νόσου
- Εισπνοή μεγάλης ποσότητας CO₂ κατά την αναισθησία.

Η αλόγιστη χρήση του οξυγόνου μετεγχειρητικά αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης αναπνευστικής οξέωσης. Η κυάνωση, που είναι συνήθως το κύριο κριτήριο για ανίχνευση του ανεπαρκούς αερισμού, καταργείται από την οξυγονοθεραπεία, ενώ η αναπνευστική οξέως προχωρεί. Όταν ο άρρωστος χρειάζεται οξυγόνο, δίνεται πάντοτε με κάνουλα (ποτέ με τέντα).

Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της αναπνευστικής οξέως με ενθάρρυνση του αρρώστου να βήχει και να αναπνέει βαθιά σε κανονικά χρονικά διαστήματα, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη εξαιτίας του είδους της χειρουργικής επέμβασης. Ακόμα και όταν ο βήχας αποφεύγεται, όπως σε νευροχειρουργικές ή οφθαλμολογικές επεμβάσεις, ο άρρωστος ενθαρρύνεται να παίρνει βαθιές αναπνοές. Η χορήγηση ναρκωτικών απαιτεί μεγάλη προσοχή και νοσηλευτική κρίση, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους αρρώστους. Το γύρισμα του αρρώστου σε κανονικά χρονικά διαστήματα

βοηθά στην πρόληψη πνευμονίας και ατελεκτασίας και, επομένως, αναπνευστικής οξέωσης.

γ. Άλλες διαταραχές

- Γαστροπληγία μπορεί να συμβεί μέσα στις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, προτού αποκατασταθεί η περίσταση του γαστρεντερικού σωλήνα. Μεγάλη ποσότητα υγρών και ηλεκτρολυτών παγιδεύεται στο στομάχι. Ο όγκος του εξωκυττάριου υγρού μειώνεται σημαντικά, με αποτέλεσμα στην ανάπτυξη συμπτωμάτων shock (δύσπνοια, κυάνωση, νυματοειδής σφυγμός και ψυχρά άκρα). Άλλα συμπτώματα της γαστροπληγίας είναι παλινδρόμηση του αιμόφυρτου υγρού, άκοπος έμετος και επιγαστρική δυσφορία. Ακόμα, μπορεί ο άρρωστος να εκδηλώσει συμπτώματα μεταβολικής αλκάλωσης (πρωτοπαθής αύξηση της διττανθρακικής ρίζας) εξαιτίας της συσσώρευσης και μη επαναρρόφησης των γαστρικών εκκρίσεων μέσα στο στομάχι.

Η θεραπεία περιλαμβάνει γαστρική αναρρόφηση, αναπλήρωση νερού και ηλεκτρολυτών και, σε μερικές περιπτώσεις, μετάγγιση αίματος. Προλαβαίνεται με γαστρεντερική αναρρόφηση, ώσπου να επανέλθει η περίσταση.

- Ειλεός. Σε κάποιο βαθμό ο ειλεός έχει την τάση να συμβαίνει σε όλους τους αρρώστους που υπέστησαν λαπαροτομία. Και εδώ παγιδεύονται μέσα στο έντερο μεγάλες ποσότητες υγρών του εντέρου, με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου του εξωκυττάριου υγρού και τη διαταραχή των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας. Η θεραπεία που συνίσταται στην αναρρόφηση του εντερικού υγρού. Σε καμία περίπτωση δεν χρησιμοποιείται σκέτο νερό για πλύση του σωλήνα διασωληνωμένων αρρώστων, όπως ήδη αναφέρθηκε σε προηγούμενο σημείο του παρόντος κεφαλαίου. Ορισμένες διαταραχές έχουν σχέση με απώλειες ειδικών υγρών του οργανισμού. Η μεταβολική αλκάλωση με υποχλωραιμία, καθώς και η ένδεια καλίου, στους χειρουργικούς αρρώστους, είναι αποτέλεσμα εμέτων ή γαστρικής αναρρόφησης.

Η μεταβολή οξέωση, εξάλλου, μπορεί να είναι επακόλουθο μεγάλης απώλειας εντερικού υγρού, χολής και παγκρεατικού υγρού.

9.- Μετεγχειρητικές επιπλοκές από το κυκλοφορικό

α. *Shock*. Αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Παλαιότερα, ήταν η κύρια αιτία μετεγχειρητικών θανάτων. Σήμερα, όμως, με την προεγχειρητική ρύθμιση υγρών και την ορθή αναπλήρωση αίματος, πλάσματος και υγρών κατά και μετά τη χειρουργική επέμβαση, καθώς και με τη χρησιμοποίηση του κατάλληλου για κάθε άρρωστο αναισθητικού και τον περιορισμό του χειρουργικού τραύματος στο ελάχιστο, η επιπλοκή αυτή έχει μειωθεί ικανοποιητικά.

Το shock μπορεί να οριστεί ως η δυσαναλογία μεταξύ χωρητικότητας του κυκλοφορικού συστήματος και όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος. Η δυσαναλογία αυτή έχει ως αποτέλεσμα την κυκλοφορική κατάπτωση. Είναι, δηλαδή, ένα σύνδρομο διαταραχής της μικροκυκλοφορίας των ιστών. Τα διάφορα συμπτώματα οφείλονται ακριβώς στην ιστική υποξία των διαφόρων οργάνων.

Παρέμβαση

- Τοποθέτηση αρρώστου σε ύπτια οριζοντιωμένη θέση με τα κάτω άκρα ανυψωμένα.
- Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και επαρκούς οξυγόνωσης με χορήγηση οξυγόνου.
- Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας.
- Στενή παρακολούθηση ζωτικών και νευρολογικών σημείων, ώσπου να σταθεροποιηθούν μετά τη θεραπεία.
- Χορήγηση υγρών: Ringer's, δεξτράνης (Macrodex, Rheomacrodex) ή φυσιολογικού διαλύματος χλωριούχου νατρίου, μέσα από ενδοφλέβιες γραμμές μεγάλης διαμέτρου, με ρυθμό που διατηρεί την πίεση στα 90 mmHg (υπογκαιμικό shock).
- Λήψη αίματος για ομάδα – διασταύρωση.
- Χορήγηση πλήρους αίματος ή πεπλυμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων, ανάλογα με τις απαντήσεις του εργαστηρίου για Hb και Hct.

- Συχνός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών, αερίων αρτηριακού αίματος, καλλιεργείων και ευαισθησιών, ανάλυσης ούρων, ουρίας, κρεατίνης, σακχάρου αίματος, πήξης, ροής, Hb, Hct.
- Εισαγωγή καθετήρα Foley, για ωριαία μέτρηση όγκου ούρων, ειδικού βάρους, pH και έλεγχο παρουσίας αιμοσφαιρίνης ή μυοσφαιρίνης.
- Χορήγηση μεγάλων δόσεων σκευασμάτων υδροκορτιζόνης, αν υπάρχει ιατρική οδηγία.
- Λήψη 12 απαγωγών ΗΚΓ.
- Χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού για το σηπτικό shock.
- Χρήση αγγειοσυσπαστικών (Levorheda ή υδροχλωρική φαινυλεφρίνη).
- Στενή παρακολούθηση ΚΦΠ και διατήρησή της μεταξύ 6 και 8 cmH₂O.
- Συχνή ακρόαση πνευμονικών ήχων κατά τη διάρκεια χορήγησης ενδοφλέβιων υγρών.
- Αν το shock είναι καρδιογενές, ενδοφλέβια χορήγηση δοπαμίνης.
- Διόρθωση αρρυθμιών και πρόληψη κοιλιακής μαρμαρυγής (προφυλακτικά: λιδοκαΐνη 1-4 mg/min ενδοφλέβια).
- Διόρθωση οξεοβασικής διαταραχής με χορήγηση όξινου ανθρακικού νατρίου 50 mL του διαλύματος 8,4% (50 mEq).
- Αν το shock είναι σηπτικό και εμπύρετο, αύξηση των θερμίδων ως 5.000 το 24ωρο ανάλογα με τις ανάγκες.
- Χορήγηση φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος και ηπαρίνης, αν υπάρχει ένδειξη διάχυτης ενδαγγειακής πήξης.
- Ζήτηση βοήθειας ιερέα και κοινωνικού λειτουργού για αρρώστους με κακή πρόγνωση ή ανάλογα με τις επιθυμίες του αρρώστου ή της οικογένειάς του.
- Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.

Αξιολόγηση

Συχνή επανεκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας στην ισορροπία των ηλεκτρολυτών και την καρδιοαναπνευστική λειτουργία, το ποσό των ούρων και το επίπεδο συνείδησης.

β. Αιμορραγία. Ο άρρωστος είναι αγχώδης, ανήσυχος και κινείται συνεχώς, διψά και το δέρμα του είναι κρύο, υγρό και ωχρο. Ο σφυγμός είναι συχνός και μικρός, η θερμοκρασία πέφτει, οι αναπνοές γίνονται συχνές και βαθιές (πείνα αέρα). Με τη συνέχιση της αιμορραγίας ελαττώνεται η κεντρική φλεβική πίεση, η αρτηριακή πίεση και ο αιματοκρίτης. Χείλη και επιπεφυκότες είναι ωχροί. Βλέπει κηλίδες μπροστά στα μάτια του, ακούει να χτυπούν κουδούνια. Εξασθενεί συνεχώς ως το τέλος. Αξιοσημείωτη ρυθμιστική αντίδραση παρατηρείται όταν ο όγκος του αίματος που χάνεται ή προστίθεται στο κυκλοφορικό είναι 500mL. Αντίθετα, αν η απώλεια ή η προσθήκη είναι μεγάλη, ο άρρωστος θα παρουσιάσει shock και πνευμονικό οίδημα, αντίστοιχα. Μελέτες κατά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο έδειξαν ότι το ήπιο shock προκαλείται μετά απώλεια του 15-20% του αίματος, ενώ το βαρύ shock μετά απώλεια μεγαλύτερης ποσότητας (45% του κυκλοφορούμενου αίματος).

Παρέμβαση

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση shock.
- Χορήγηση μορφίνης για να ηρεμήσει ο άρρωστος.
- Τοποθέτηση του αιμορραγούντος σημείου σε ανάρροπη θέση, κάλυψη με γάζα και πιεστική επίδεση.
- Μετάγγιση αίματος.
- Αν δεν υπάρχει διαθέσιμο αίμα, δίνεται πλάσμα ή υποκατάστατά του, φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου ή γλυκόζης.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι η ταχεία χορήγηση μπορεί να αυξήσει πολύ την πίεση και να ξαναρχίσει η αιμορραγία.

γ. Θρομβοφλεβίτιδα και φλεβοθρόμβωση. Παρατηρείται συχνότερα σε επεμβάσεις του υπογαστρίου, και κατά την πορεία βαριών σηπτικών

καταστάσεων, όπως η περιτονίτιδα και η διατήρηση έλκους. Το τοίχωμα της φλέβας φλεγμαίνει και σχηματίζεται μέσα σ' αυτή θρόμβος αίματος. Η κατάσταση μπορεί να είναι ήπια ή βαριά.

Αίτια της επιπλοκής αυτής στο χειρουργείο άρρωστο μπορεί να είναι (α) βλάβη της φλέβας από εξάσκηση υπερβολικής πίεσης εξαιτίας λωρίδων πρόσδεσης ή υποστηριγμάτων, (β) συμπύκνωση του αίματος και (γ) επιβράδυνση της κυκλοφορίας στα κάτω άκρα εξαιτίας μειωμένου μεταβολισμού και καταστολής της κυκλοφορίας μετά την επέμβαση.

Αρχικό σύμπτωμα είναι πόνος ή κράμπα στην κνήμη. Μετά μία ή δύο ημέρες παρουσιάζεται επώδυνο οίδημα σ' όλο το κάτω άκρο, που συχνά συνοδεύεται από μικρή αύξηση της θερμοκρασίας και σπάνια από ρίγος και εφίδρωση.

Η φλέβα πολλές φορές ψηλαφάται και δίνει την εντύπωση σκληρής μάζας που μετατοπίζεται κάτω από τα δάκτυλα. Ελαφρότερη κατάσταση είναι η φλεβοθρόμβωση. Ο κίνδυνος συνίσταται στο ότι ο θρόμβος μπορεί να αποκολληθεί από το τοίχωμα της φλέβας και να προκαλέσει πνευμονική εμβολή.

Πρόληψη της θρομβοφλεβίτιδας ή φλεβοθρόμβωσης μπορεί να γίνει με (α) επαρκή χορήγηση υγρών μετά την επέμβαση για μείωση της γλοιότητας του αίματος, (β) ασκήσεις των κάτω άκρων, που διδάσκονται πριν από την επέμβαση, (γ) ελαστική περιδεδση, (δ) έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι, (ε) μη πρόσδεση του αρρώστου στο φορείο, όσο θα βρίσκεται στην αίθουσα ανάνηψης, εφόσον υπάρχουν προφυλακτήρες στο φορείο, (στ) αποφυγή τοποθέτησης υποστηρίγματος κάτω από τα γόνατα του αρρώστου και καθιστής θέσης στο χείλος του κρεβατιού με κρεμασμένα τα άκρα.

Θεραπεία. Ορισμένοι χειρουργοί προχωρούν σε απολίνωση των φλεβών που προσβλήθηκαν, για να προληφθεί η πνευμονική εμβολή. Η αντιπηκτική αγωγή δίνεται τόσο για πρόληψη όσο και για θεραπεία. Η ηπαρίνη χρησιμοποιείται συχνά όταν επιθυμούμε άμεσο αποτέλεσμα. Ο συχνός έλεγχος του χρόνου πήξης του αίματος, για ρύθμιση της δόσης της, θεωρείται τελείως απαραίτητος. Η δικουμαρόλη και τα όμοια με αυτή σε

δράση φάρμακα χρησιμοποιούνται για τον ίδιο σκοπό. Δίνονται από το στόμα. Η δράση τους αρχίζει μετά από 24 ώρες. Η ημερήσια δόση ρυθμίζεται με βάση τον καθημερινό προσδιορισμό του χρόνου προθρομβίνης του αίματος. Η ελαφρά πιεστική περίδεση από τα δάκτυλα ως τις βουβώνες με ελαστικό συγκολλητικό επίδεσμο ή ελαστικές κάλτσες, αποτελεί άριστο προφυλακτικό και θεραπευτικό μέσο. Η περίδεση εμποδίζει τη λίμναση του αίματος στα κάτω άκρα και μειώνει τον πόνο.

10.- Πνευμονικές επιπλοκές

Οι επιπλοκές από το αναπνευστικό είναι οι συχνότερες και σοβαρότερες από αυτές που αντιμετωπίζει η χειρουργική ομάδα. Οι άρρωστοι που έχουν πνευμονική πάθηση πριν από την επέμβαση αναπτύσσουν ευκολότερα βαριές επιπλοκές μετά την επέμβαση. Γι αυτό, αν υπάρχει οξεία νόσος του αναπνευστικού, η επέμβαση αναβάλλεται, εκτός αν είναι επείγουσα.

Αίτια που προδιαθέτουν σε μετεγχειρητικές πνευμονικές επιπλοκές είναι τα εξής:

- Λοιμώξεις στόματος, μύτης, λαιμού.
- Η ερεθιστική επίδραση του αναισθητικού, ειδικά του αιθέρα, στο βλεννογόνο του αναπνευστικού συστήματος, με συνέπεια την αύξηση των βλεννωδών εκκρίσεων.
- Εισρόφηση εμεσμάτων
- Επιπόλαιες αναπνοές εξαιτίας πόνου που προκαλούν οι βαθιές αναπνοές σε περιπτώσεις όπου τα τραύματα βρίσκονται στην άνω κοιλία και το θώρακα.
- Κατάχρηση καπνίσματος και χρόνιες αναπνευστικές νόσοι.
- Παχυσαρκία ή καχεξία, πολύ μεγάλη ή πολύ μικρή ηλικία.

Οι πνευμονικές μετεγχειρητικές επιπλοκές περιγράφονται σε συντομία παρακάτω.

α. Ατελεκτασία. Η τέλεια απόφραξη βρόγχου από βλεννώδες έμβολο εμποδίζει τον αερισμό του παρεγχύματος που αερίζεται από αυτό, με αποτέλεσμα τη μη έκπτυξη του πνευμονικού ιστού. Το μέρος αυτού του παρεγχύματος, ενώ δεν αερίζεται, αρδεύεται από αίμα, το οποίο ανοξυγόνωτο και πλούσιο σε διοξείδιο του άνθρακα επιστρέφει στην αριστερή καρδιά και αναμιγνύεται με οξυγονωμένο. Μεγάλες ατελεκτασικές περιοχές δημιουργούν μια μεγάλου βαθμού παράκαμψη (shunt), με αποτέλεσμα την κεντρική κυάνωση. Οι παράγοντες που βοηθούν στην ανάπτυξη μετεγχειρητικής ατελεκτασίας είναι πολλοί και διάφοροι.

Οι προεγχειρητικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν: μικρή κίνηση του πνευμονικού παρεγχύματος εξαιτίας καταστάσεων που περιορίζουν την κινητικότητα των πλευρών ή του διαφράγματος και χρόνιες ή πρόσφατες οξείες νόσοι των πνευμόνων ή φαρυγγικές λοιμώξεις.

Οι κατά τη διάρκεια της εγχείρησης παράγοντες είναι: πολύ βαθιά αναισθησία, εισρόφηση ξένου υλικού στο βρογχικό δένδρο, ερεθισμός του διαφράγματος ή κάκωση των κοιλιακών τοιχωμάτων από χρησιμοποίηση βαριών αγκίστρων της άνω κοιλίας, ξήρανση των εκκρίσεων εξαιτίας υπερβολικής χρήσης ατροπίνης, χρησιμοποίηση θέσης Trendelenburg, χρησιμοποίηση μυοχαλαρωτικών στην αναισθησία, που δεν εξουδετερώνονται επαρκώς μετά την επέμβαση, και, τέλος, πνευμοθώρακας ή αιμοθώρακας.

Οι μετεγχειρητικοί παράγοντες είναι: αφυδάτωση, αναπνευστική καταστολή εξαιτίας απρόσεκτης χρήσης μορφίνης, εισρόφηση εμεσμάτων, αίματος κλπ., πόνος, ειδικά στο θώρακα και την άνω κοιλία και μετεγχειρητική διάταση κοιλίας.

β. Βρογχίτιδα. Παρουσιάζεται συνήθως τις πρώτες 5-6 ημέρες. Τα συμπτώματα είναι βήχας με απόχρεμψη χωρίς αξιόλογη ανύψωση της θερμοκρασίας και αύξηση της συχνότητας του σφυγμού.

γ. Βρογχοπνευμονία. Είναι η δεύτερη κατά σειρά συχνότητας πνευμονική επιπλοκή μετά την ατελεκτασία. Εκτός από παραγωγικό βήχα,

στη θερμοκρασία παρουσιάζει αξιοσημείωτη ανύψωση και ο σφυγμός είναι συχνός.

δ. Λοβώδης πνευμονία. Είναι η πιο σπάνια μετεγχειρητική πνευμονική επιπλοκή. Συνήθως αρχίζει με ρίγη και ακολουθεί αύξηση θερμοκρασίας, συχνότητας σφυγμού και αναπνοών. Πιθανώς να συνυπάρχει και βήχας. Στον άρρωστο χορηγούνται αντιβιοτικά και άφθονα υγρά.

ε. Υποστατική πνευμονική συμφόρηση. Αποτελεί μια κατάσταση που εκδηλώνεται συνήθως σε ηλικιωμένα ή εξασθενημένα άτομα. Το αίμα λιμνάζει στα κατώτερα τμήματα του πνεύμονα εξαιτίας ανεπαρκούς καρδιαγγειακής λειτουργίας και μειωμένης κίνησης του αρρώστου στο κρεβάτι. Πολλές φορές τα συμπτώματα δεν είναι έκδηλα για αρκετό χρόνο και μπορεί να περιορίζονται σε μικρή αύξηση θερμοκρασίας, σφύξεων και αναπνοών και σε ελαφρό βήχα. Μια κλινική εξέταση, όμως, δείχνει αμβλύτητα και ρόγχους στα κατώτερα μέρη του πνευμονικού παρεγχύματος. Αν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Αν η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, πρέπει να γυρίζει συχνά στο κρεβάτι και να του χορηγούνται καρδιοτονωτικά.

στ. Πλευρίτιδα. Είναι σπάνια μετεγχειρητική επιπλοκή. Κύριο σύμπτωμά της είναι ένας οξύς διαξιφιστικός πόνος στο πάσχον ημιθωράκιο, που επιδεινώνεται με τη βαθιά εισπνοή. Ακόμα, παρατηρείται μικρή αύξηση της θερμοκρασίας και της συχνότητας του σφυγμού, ενώ οι αναπνοές είναι γρήγορες και επιπόλαιες.

ζ. Πνευμονική εμβολή. Έμβολο είναι ένα ξένο σώμα μέσα στο ρεύμα του αίματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι θρόμβος αίματος που αποσπάστηκε από το σημείο όπου πρωτοδημιουργήθηκε. Ο θρόμβος που φθάνει στην καρδιά από την περιφέρεια προωθείται από το αίμα μέσα στην πνευμονική αρτηρία, της οποίας αποφράσσει κάποιον κλάδο.

Τα συμπτώματα είναι πολύ έντονα. Ο άρρωστος, που βρίσκεται στην περίοδο ανάρρωσης, ξαφνικά παρουσιάζει εντονότατο πόνο στο θώρακα, αδυναμία να αναπνεύσει, κυάνωση και αγωνία. Οι κόρες του διαστέλλονται

και τον περιλούζει κρύος ιδρώτας. Ο σφυγμός γίνεται συχνός και άρρυθμος και τελικά αφηλάφητος και ο άρρωστος καταλήγει.

Αν ο άρρωστος δεν καταλήξει μέσα σε 30 min, υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει.

Η επιπλοκή αυτή μπορεί να συμβεί οποτεδήποτε μετά την εγχείρηση, όμως εμφανίζεται συχνότερα κατά τη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας, όταν ο άρρωστος αυξάνει τις δραστηριότητές του. Πιθανόν, θρόμβοι που σχηματίστηκαν αποσπώνται εξαιτίας της εντονότερης κίνησης.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για πρόληψη και αντιμετώπιση πνευμονικών επιπλοκών

Η προσεκτική παρατήρηση και φροντίδα του αρρώστου πρέπει να είναι συνεχής όλη την πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα. Σημεία που πρέπει να θεωρούνται σοβαρά και να αναφέρονται αμέσως είναι αύξηση θερμοκρασίας και σφύξεων, αναπνοές που συνοδεύονται από θωρακικό πόνο, δύσπνοια και βήχα, ενώ ο άρρωστος μπορεί να είναι αγχώδης και ανήσυχος.

Η προφυλακτική αγωγή στις καταστάσεις αυτές περιλαμβάνουν μέτρα για προαγωγή του αερισμού των πνευμόνων. Έτσι, στο σχέδιο φροντίδας του αρρώστου περιλαμβάνονται τουλάχιστο 10 βαθιές αναπνοές κάθε ώρα. Συχνά, για την πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων χρησιμοποιούνται διάφορες συσκευές, όπως προωθητικό σπιρόμετρο, φιάλη εμφύσησης ή αναπνευστήρας Adler. Το γύρισμα του αρρώστου από το ένα πλάγιο στο άλλο προκαλεί συνήθως βήχα, που απομακρύνει τις βλεννώδεις εκκρίσεις από το βρογχικό δένδρο και προάγει τον αερισμό. Τυχόν διάταση εντέρου πρέπει να αντιμετωπίζεται, για να μην επιβαρύνει τη λειτουργία των πνευμόνων και της καρδιάς. Αν οι βλέννες δεν απομακρύνονται, μπορεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, να χρησιμοποιηθεί αναρρόφηση μέσα από βρογχοσκόπιο. Ένα από τα αποτελεσματικότερα προφυλακτικά μέτρα κατά των πνευμονικών επιπλοκών είναι η έγκαιρη έγερση του αρρώστου και η δραστηριοποίησή του. Αυτή αυξάνει το μεταβολικό ρυθμό και, κατά συνέπεια, βελτιώνει τον αερισμό και όλες τις λειτουργίες του σώματος. Ο άρρωστος πρέπει να λαμβάνει πολλά υγρά, αποχρεμπτικά και αντιβιοτικά.

Η πιο αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας είναι η εισπνοή ομίχλης ή ατμών.

Στη λοβώδη πνευμονία και βρογχοπνευμονία ο άρρωστος προτρέπεται να παίρνει υγρά, ενώ παράλληλα του χορηγούνται αποχρεμπτικά και τονωτικά φάρμακα. Οι περισσότεροι άρρωστοι θεραπεύονται αποτελεσματικά με χορήγηση αντιβιοτικών.

11.- Επιπλοκές από το πεπτικό

α. Εντερική απόφραξη. Συμβαίνει συχνότερα σε επεμβάσεις του υπογαστρίου και της πυέλου, ειδικά όταν είναι απαραίτητη παροχέτευση, και εκδηλώνεται την 3η με 5η μετεγχειρητική ημέρα. Τα συμπτώματα είναι οξύς πόνος στην κοιλιά, σαν κωλικός, με μεσοδιαστήματα ηρεμίας, των οποίων η διάρκεια μειώνεται βαθμιαία. Ο άρρωστος συνήθως παρουσιάζει πυρετό και αύξηση της συχνότητας των σφύξεων. Το εντερικό περιεχόμενο δεν προωθείται, με αποτέλεσμα διάταση του εντέρου, παλινδρόμηση του περιεχομένου του εντέρου προς το στομάχι και αποβολή του με έμετο.

Θεραπεία. Η διάταση πάνω από την απόφραξη προλαβαίνεται με συνεχή αναρρόφηση. Η φλεγμονή στο σημείο της απόφραξης μπορεί να υποχωρήσει και η απόφραξη να λυθεί. Πολλές φορές είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση του αποφραχθέντος εντέρου. Παράλληλα, γίνεται αντικατάσταση του νερού και των ηλεκτρολυτών που χάνονται, με ενδοφλέβιες χορηγήσεις.

β. Λόξυγκας. Παρουσιάζεται συχνά από ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Μπορεί να εκδηλωθεί με ελαφρά μορφή, που υποχωρεί αυτόματα ή με απλή θεραπεία.

Ο λόξυγκας, που είναι διαλείπων σπασμός του διαφράγματος, οφείλεται σε ερεθισμό του φρενικού νεύρου σε οποιοδήποτε σημείο από την αρχή του (μέσα στο νωτιαίο μυελό) ως τις απολήξεις του (κάτω επιφάνεια του διαφράγματος).

Ο ερεθισμός μπορεί να είναι (α) άμεσος, όπως συμβαίνει σε διάταση στομάχου, περιτονίτιδα, υποδιαφραγματικό απόστημα, διάταση κοιλιάς, πλευρίτιδα, όγκο θώρακα και σωλήνες παροχέτευσης που πιέζουν τα νεύρα,

(β) έμμεσος, όπως συμβαίνει σε τοξιναιμία, ουραιμία κλπ., που διεγείρουν το κέντρο, ή (γ) αντανεκλαστικός, όπως σε έκθεση στο ψύχος, λήψη πολύ κρύων ή πολύ ζεστών υγρών.

Αν ο λόξυγκας επιμένει, μπορεί να παρατηρηθούν συμπτώματα έντονης δυσφορίας και σοβαρές διαταραχές, όπως έμετοι, διαταραχή οξεοβασικής ισορροπίας και ισορροπίας υγρών, κακή θρέψη, εξάντληση και πιθανή ρήξη τραύματος.

Θεραπεία. Πρέπει να απομακρυνθεί η αιτία που προκαλεί το λόξυγκα, πράγμα που σε πολλές περιπτώσεις είναι απλό, όπως αναρρόφηση περιεχομένων στομάχου ή εντέρου, βράχυνση ή αφαίρεση σωλήνων παροχέτευσης ή πιεστική επίδεση σε πλευρίτιδα. Σε άλλες όμως περιπτώσεις, η απομάκρυνση της αιτίας είναι δύσκολη και η θεραπεία στοχεύει στον ίδιο το λόξυγκα. Τέτοια μέσα συμπτωματικής θεραπείας είναι: λήψη μισού ποτηριού νερού μέσα στο οποίο διαλύεται ένα κουταλάκι σόδας, κατάποση κομματιών πάγου, απομύζηση λεμονιού, λήψη ξυδιού, αλατιού ή ζάχαρης και συγκράτηση της αναπνοής με σύγχρονη λήψη κρύου νερού.

Ακόμα προτείνονται: για λίγα λεπτά πίεση των οφθαλμικών βολβών με κλειστά βλέφαρα, πρόκληση εμέτου, πλύση στομάχου, ενδοφλέβια ένεση ατροπίνης, εισπνοές CO₂, αποκλεισμός φρενικού νεύρου, απολίνωση φρενικού νεύρου και, τέλος, εισαγωγή ελαστικού καθετήρα μέσα στο φάρυγγα και σε βάθος 9-12 cm, για διακοπή του αντανεκλαστικού τόξου που δημιουργεί το λόξυγκα.

12.- Επιπλοκές στο τραύμα

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

β. Λοίμωξη. Για τις περισσότερες λοιμώξεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος. Άλλοι μικροοργανισμοί που

μπορούν να προκαλέσουν λοίμωξη είναι το κολοβακτηρίδιο, το πυοκυανικό βακτηρίδιο (ψευδομονάδα), ο στρεπτόκοκκος και άλλα.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη λοίμωξης του χειρουργικού τραύματος παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές του και η καθαριότητα του περιβάλλοντος. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως 36-48 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους εξεργασίας. Η συχνότητα των σφύξεων αυξάνει, η θερμοκρασία ανεβαίνει και το τραύμα γίνεται επώδυνο, οιδηματώδες και ζεστό. Αν η φλεγμονή εντοπίζεται βαθιά, μπορεί να απουσιάζουν τα τοπικά σημεία.

Θεραπευτικά, γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα ή γάζα. Επίσης, μπορεί να γίνει έκπλυση του τραύματος με ζεστή αντισηπτική διάλυση και να χορηγηθεί ειδική αντιβίωση μετά από καλλιέργεια υγρού του τραύματος. Τέλος, μπορεί να χρησιμοποιηθούν και θερμά επιθέματα.

γ. Ρήξη ραμμάτων – εκσπλάχνωση. Η επιπλοκή αυτή είναι ιδιαίτερα σοβαρή σε κοιλιακά τραύματα. Οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων εξαιτίας λοίμωξης, βήχα και μεγάλης κοιλιακής διάτασης.

Η ρήξη μπορεί να συμβεί ξαφνικά, με έξοδο των εντερικών ελίκων στο κοιλιακό τοίχωμα. Προκαλεί έντονο πόνο, που συνήθως συνδυάζεται με έμετο. Όταν τα χείλη του τραύματος αποχωρίζονται βαθμιαία, τα σπλάχνα μπορεί να βγουν από το τραύμα βαθμιαία ή και καθόλου και το κύριο σύμπτωμα να είναι η απότομη έξοδος μεγάλης ποσότητας περιτοναϊκού υγρού στις γάζες.

Ο νοσηλευτής πρέπει αμέσως να ειδοποιήσει το γιατρό. Αν προβάλλουν εντερικές έλικες, σκεπάζονται με αποστειρωμένο τετράγωνο.

Για την πρόληψη ρήξης χρησιμοποιείται ειδικός επίδεσμος.

Η εκσπλάχνωση είναι συχνότερη σε αρρώστους ηλικιωμένους, καχεκτικούς, παχύσαρκους, οι οποίοι μετά την εγχείρηση παρουσιάζουν επίμονους και βίαιους εμέτους, τυμπανισμό κοιλιάς ή πνευμονικές επιπλοκές.

13.- Επιπλοκές από το νευρικό σύστημα

Η συχνότερη επιπλοκή από το νευρικό σύστημα στο μετεγχειρητικό άρρωστο είναι το παραλήρημα (τοξικό, τραυματικό και τρομώδες).

α. Τοξικό παραλήρημα εμφανίζεται σε συνδυασμό με σημεία και συμπτώματα γενικής τοξιναιμίας. Ο άρρωστος είναι σε βαριά κατάσταση, η θερμοκρασία του είναι πολύ ψηλή, καθώς και η συχνότητα των σφύξεών του. Το πρόσωπό του είναι υπεραιμικό και τα μάτια του λαμπερά και απλανή. Είναι ανήσυχος, κινείται συνεχώς και προσπαθεί να σηκωθεί από το κρεβάτι. Τέλος, παρουσιάζει μεγάλου βαθμού διανοητική σύγχυση.

Τοξικό παραλήρημα παρουσιάζεται συχνότερα σε αρρώστους με γενικευμένη περιτονίτιδα ή άλλες σηπτικές καταστάσεις.

Ο άρρωστος πρέπει να παίρνει πολλά υγρά. Ο αιτιολογικός παράγοντας καταπολεμάται με αντιβιοτικά. Παρά ταύτα, ο άρρωστος πολλές φορές δεν επιβιώνει.

β. Τραυματικό παραλήρημα παρουσιάζεται μετά οποιονδήποτε τραυματισμό, ειδικά σε πολύ νευρικά άτομα. Μπορεί να εκδηλωθεί ως οξύς μανιακός παροξυσμός, απλή σύγχυση με παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις ή ως μελαγχολική κατάθλιψη. Θεραπευτικά, χρησιμοποιούνται κατευναστικά φάρμακα, όπως ένυδρη χλωράλη, παραλδεύδη και μορφίνη. Η κατάσταση αυτή συνήθως αρχίζει και υποχωρεί απότομα.

γ. Τρομώδες παραλήρημα παρουσιάζεται μετεγχειρητικά σε αλκοολικούς αρρώστους. Η αιθυλική αλκοόλη βλάπτει όλα τα όργανα τόσο, που σε μεγάλες επεμβάσεις και σε ατυχήματα οι αλκοολικοί να παρουσιάζουν πολύ μειωμένη αντίσταση συγκριτικά με τους μη αλκοολικούς. Ακόμα, τα αλκοολικά άτομα δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην αναισθησία.

Μετά τη χειρουργική επέμβαση, ο άρρωστος μπορεί να αισθάνεται καλά για μερικές ημέρες. Όμως, η μακροχρόνια αποχή από το οινόπνευμα τον κάνει ανήσυχος, νευρικό και ευερέθιστο για ασήμαντα πράγματα. Η έκφρασή του αλλάζει τελείως, κοιμάται λίγο και συχνά ταραίζεται από εφιάλτες. Όταν τον πλησιάσει ο γιατρός ή ο νοσηλευτής ξυπνά απότομα και ρωτά

«ποιος είσαι;» και όταν τον πληροφορήσουν ποιοι είναι, φαίνεται φυσιολογικός για μικρό διάστημα.

Η δραστική αγωγή σ' αυτό το στάδιο μπορεί να προλάβει πιο βίαιο τρομώδες παραλήρημα.

Το τρομώδες παραλήρημα μπορεί να παρουσιαστεί αιφνίδια ή βαθμιαία. Αν γίνει προσπάθεια περιορισμού του αρρώστου, αυτός αγωνίζεται σαν μανιακός. Συχνά τραυματίζει τον εαυτό του και τους άλλους. Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση. Μένει άυπνος, παρουσιάζει άφθονη εφίδρωση και τρόμο στα κάτω άκρα και, μετά από πολλές βασανιστικές ώρες, πέφτει σε λήθαργο.

Η θεραπευτική αγωγή αυτών των αρρώστων, όταν είναι δυνατό, πρέπει να αρχίζει 2-3 ημέρες πριν από την εγχείρηση με προαγωγή της μέγιστης απέκκρισης της αιθυλικής αλκοόλης από τους νεφρούς, το έντερο και το δέρμα. Τα μέτρα αυτά πρέπει να συνεχίζονται και μετά την επέμβαση, ειδικότερα όταν εκδηλώνονται τα πρώιμα συμπτώματα της κατάστασης. Στον άρρωστο χορηγούνται κατευναστικά ή ηρεμιστικά. Κύριο αίτιο των συμπτωμάτων σε χρόνιους αλκοολικούς θεωρείται η ελάττωση των αποθεμάτων υδατανθράκων του οργανισμού και η ανεπαρκής απορρόφηση βιταμινών. Γι αυτό, χορηγούνται ενδοφλέβια γλυκόζη και βιταμίνες σε συμπυκνωμένη μορφή από το στόμα ή παρεντερικά²⁰.

13.2 Επιπλοκές Ακτινοθεραπείας και Νοσηλευτική Παρέμβαση

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές: Αυτές είναι,

Ακτινοδερματίτιδα: Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής (νέκρωσης) του δέρματος εξαρτάται από το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας που εφαρμόζεται και την ακτινοευαισθησία του δέρματος. Αν παρατηρηθεί βλάβη του δέρματος (νέκρωση), η επούλωσή του γίνεται πολύ αργά εφόσον

άμεσα συσχετίζεται με τα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα (τα κύτταρα αυτά είναι πολύ ευαίσθητα στην ακτινοβολία, καταστρέφονται και επιβραδύνεται η επουλωτική εξεργασία της περιοχής των ιστών που νεκρώθηκαν).

Διακρίνονται τρεις μορφές ακτινοδερματίτιδας:

1. Ερυθρηματώδης: Εμφανίζεται την 1^η έως 3^η εβδομάδα και διαρκεί μερικές εβδομάδες. Το δέρμα εμφανίζει ερυθρότητα, ξηραίνεται, γίνεται στεγνό και μπορεί να παρουσιάσει ρωγμές. Είναι η πιο συχνή μορφή ακτινοδερματίτιδας.
2. Φυσαλιδώδης: Παρατηρείται μετά από έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας και παρουσιάζεται την 1^η και 2^η εβδομάδα.
3. Εσχαροποιητική: Εμφανίζεται αμέσως μετά την έκθεση στην ακτινοβολία, με επώδυνη ερυθρότητα – οίδημα δέρματος – φυσαλίδες οι οποίες σπάζουν και παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις.

Σπάνια, μπορεί ακόμη να παρουσιαστεί κατά την ακτινοθεραπεία ατροφία ή συρρίκνωση του δέρματος.

Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών με αποτέλεσμα την ελάττωση των λεμφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που οδηγούν σε ακοκκιοκυτταραιμία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται και ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου.

Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές: Αυτές είναι, υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.

Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών. Είναι σοβαρή αντίδραση από την ακτινοβολία, που μπορεί να εμφανιστεί μακροπρόθεσμα.

Βλάβη γεννητικών αδένων (στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους προγόνους).

Αλωπεκία (πτώση των μαλλιών της κεφαλής). Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θυλάκους των τριχών. Οι θύλακες του τριχωτού της κεφαλής είναι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία από τους θύλακες των τριχών των άλλων περιοχών του σώματος. Τα μαλλιά εμφανίζονται ξανά, μετά τη διακοπή της ακτινοβολίας, αλλά μεγαλώνουν πολύ αργά και είναι πολύ λεπτά.

Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού (καταρράκτη), λευχαιμία βράχυνση του χρόνου ζωής κ.ά.

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως:

1. Γενική καταβολή δυνάμεων
2. Ναυτία – εμέτους
3. Ανορεξία
4. Απώλεια βάρους
5. Πυρετική δεκατική κίνηση

Αν και τα ενοχλήματα αυτά θορυβούν τον άρρωστο είναι παροδικά και διαρκούν λίγες ημέρες ή εβδομάδες.

Νοσηλευτική Παρέμβαση στις Επιπλοκές Ακτινοθεραπείας

Σε ακτινοδερματίτιδα,

1. Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
2. Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.
3. Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
4. Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
5. Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.

6. Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.
7. Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

Σε καταστολή του μυελού των οστών ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα.

Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης δηλαδή: Γενικής καταβολής δυνάμεων, ναυτίας, εμέτων, ανορεξίας, απώλειας βάρους η νοσηλεύτρια(-τής) μετά από ιατρική εντολή,

1. Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.
2. Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου (ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή – αν αυτό δεν είναι δυνατόν – γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας).
3. Επίσης φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών του αναγκών.
4. Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

Αν ο άρρωστος εμφανίσει διάρροια (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία):

1. Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του γιατρού.
2. Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
3. Χορηγείται ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολείμματα)²².

13.3 Επιπλοκές Χημειοθεραπείας και Νοσηλευτική Παρέμβαση

1.- Καταστολή του μυελού των οστών. Παρατηρείται:

Λευκοπενία

α) Παρακολουθούνται (1) τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός, (2) η θερμοκρασία του σώματος: μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία, (3) το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.

β) Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις με μέτρα όπως: (1) εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας, (2) οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται σαν τραύμα (απολυμαίνεται), (3) κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση του σιέλου (σάλιο) και αλλάζει το pH της στοματικής κοιλότητας γι αυτό δεν συνιστάται, (4) μετά τη χρήση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού, (5) εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης (βλέπετε λοιμώδη νοσήματα όταν τα λευκά αιμοσφαίρια φθάσουν τα $1.500 - 2.000 / \text{mm}^3$, (6) όταν ο άρρωστος έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

Θρομβοπενία

α) Παρακολουθούνται (1) αιμοπετάλια (φυσιολογικές τιμές $200.000 - 3000.000 / \text{mm}^3$). Αν ο άρρωστος έχει αιμοπετάλια κάτω από $50.000 / \text{mm}^3$ θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, (2) τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινο-ουλορραγίες, (3) η αρτηριακή πίεση του αίματος: σε περίπτωση που αυτή βρεθεί χαμηλή ο άρρωστος πρέπει να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

β) Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως: (1) περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ενέσεως για 3 λεπτά περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή

εξόδου αίματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή και υποδόρια ένεση γίνεται γνωστή στο γιατρό, (2) οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσεως σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.ά., πρέπει να είναι μικράς διάρκειας, (3) δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, την ακατάλληλη ξυριστική μηχανή (κατάλληλη είναι η ηλεκτρική), τη σκληρή οδοντόβουρτσα κ.ά.

γ) Προσφέρεται βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας όπως, να υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος. Κατά τη μετάγγιση αίματος παρακολουθείται η ροή του και ο άρρωστος για σημεία αντίδρασης από το αίμα.

Αναιμία

α) Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη (φυσ. τιμ. 14-16 g / 100 ml αίματος), ο αιματοκρίτης (φυσ. τιμ. 40-54% στους άνδρες και 37-47% στις γυναίκες) και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα εύκολη κόπωση, απάθεια.

β) Βοηθείται ο άρρωστος με (1) διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα, (2) αποφυγή κόπωσης, (3) χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού, (4) περιορισμός της απώλειας αίματος.

2.- Γαστρεντερικές διαταραχές. Εκδηλώνονται με:

Ναυτία, εμέτους

α) Παρακολουθείται (1) η συχνότητα των εμέτων, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, (2) η ανορεξία ή αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει ο άρρωστος και (3) η θρέψη του αρρώστου.

Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμέτων όπως: (1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού). Πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της, (2) χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που ο άρρωστος θα κοιμηθεί, (3) εκπαιδεύεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πώς

να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα, (4) δίνονται κομμάτια μικρά πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία, (5) ενισχύεται ο άρρωστος να φάει λίγη φρυγανιά, (6) σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας, (7) προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με τον άρρωστο, για το περιεχόμενο και την ώρα, (8) χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες, (9) αποφεύγονται αυτές που έχουν έντονη οσμή (μυρουδιά), (10) ενισχύεται ο άρρωστος να μασάει πολύ καλά την τροφή, (11) μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

β) Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση (θεραπεία) της ναυτίας και των εμέτων με (1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Εάν δεν υπάρχει εντολή γιατρού, γίνεται επικοινωνία με το γιατρό για την εντολή χορηγήσεως αντιεμετικών. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται για τους εμέτους του αρρώστου· πιθανόν να γίνει αλλαγή του είδους της χημειοθεραπείας και να χρειαστεί διόρθωση τυχόν διαταραχής ισορροπίας ηλεκτρολυτών, (2) προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση του αρρώστου καθαρού χωρίς την κακοσμία των εμέτων κ.ά., (3) ενημέρωση του αρρώστου, πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα και (4) διόρθωση, αν χρειάζεται, της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψης.

Διάρροια / Σύσπαση Κοιλιακών Μυών

α) Παρακολουθείται (1) το χρώμα, η ποσότητα, και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης, (2) ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδατώσεως και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (3) η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

β) Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών· περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

γ) Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με (1) χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια, με οδηγία γιατρού και ενημέρωση του γιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των

κοιλιακών μυών, επειδή ίσως να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών, (2) χορήγηση πολλών υγρών, εφόσον δεν αντενδείκνυνται, (3) βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (4) φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού.

Στοματίτιδα – Έλκη (πληγές) του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

α) Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.

β) Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με (1) την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες (ξυνές) τροφές, (2) την οργάνωση προγράμματος φροντίδας στοματικής κοιλότητας, όπως αναφέρεται στη σελ. 114 σχετικά με την πρόληψη των λοιμώξεων και (3) επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές την ημέρα.

γ) Προσφέρεται βοήθεια για τη θεραπεία της στοματίτιδας με τη συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής, χλιαρής τροφής (λευκή είναι η τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες).

Νευροτοξικότητα

α) Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα (1) ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των «εν τω βάθει» αντανακλαστικών των τενόντων και (2) σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δύναμews των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός ειλεός.

β) Προστατεύεται ο άρρωστος από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Πιθανόν να

επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας, όταν μάλιστα οι λειτουργικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες (δεν αποκαθίστανται μετά τη θεραπεία).

γ) Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με (1) τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του, (2) τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και (3) την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.ά. που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

Ωτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτών)

α) Εκτιμάται η ακοή του αρρώστου πριν αρχίσει η θεραπεία.

β) Ενημερώνεται ο άρρωστος να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

Ηπατοτοξικότητα

α) Παρακολουθείται (1) η λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις, (2) η εμφάνιση συμπτωμάτων, που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.

β) Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.

γ) Ανακουφίζεται ο άρρωστος από τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας με ανάλογες νοσηλευτικές δραστηριότητες.

Νεφροτοξικότητα

α) Παρακολουθείται (1) η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας, (2) ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.ά. και (3) το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

β) Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέως στο αίμα και τη διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

Ανοσοκατασταλτική επίδραση

α) Παρακολουθείται ο άρρωστος για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων.

β) Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις, όπως αναφέρεται στη λευκοπενία, και αναβάλλεται – αν είχε προγραμματιστεί να γίνει – η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων

α) Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου κ.ά., εκτιμάται ο βαθμός της ενημέρωσής του για την παροδικότητά τους, καθώς και για την πιθανότητα να πάθει μόνιμη στέρωση.

β) Ενημερώνεται η άρρωστη πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία δεν θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης.

Αλωπεκία (πτώση μαλλιών)

α) Γίνεται εξακρίβωση αν ο άρρωστος έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν κατά το διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

β) Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

γ) Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται το κεφάλι με μανδήλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα βοηθείται η άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της.

Αλλαγές στο δέρμα

α) Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνέχειάς του (ρωγμές), διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από την ξηρότητα και τη μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.

β) Δίνονται στον άρρωστο έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) κ.ά. αν υπάρχουν.

Οφθαλμικές Ανεπιθύμητες Ενέργειες

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τους οφθαλμούς είναι σχετικώς σπάνιες, απαιτείται όμως να τις γνωρίζουμε, να τις υποψιαζόμαστε και να προχωρούμε στη διερεύνηση κάθε αναφερόμενου προβλήματος από την όραση. Επιπλέον, είναι σκόπιμο να ελέγχουμε τα μάτια, ακόμα και απουσία συμπτωμάτων, εφόσον οι ασθενείς μας παίρνουν φάρμακα που είναι γνωστό ότι μπορεί να δώσουν, έστω και σπανίως, ανεπιθύμητες ενέργειες από τα μάτια και την όραση. Κι αυτό γιατί η βλάβη μπορεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, να είναι σοβαρή και να επιφέρει ανεπανόρθωτες βλάβες.

Εξαγγείωση

Είναι πολύ εύκολο να επισυμβεί εξαγγείωση ενός κυτταροστατικού σε ασθενείς με καρκίνο, εξαιτίας των πολλών φλεβοκεντήσεων και της ενδοφλέβιας χορήγησης ορών και φαρμάκων, αλλά των οποίων είναι ερεθιστικά για το τοίχωμα των αγγείων. Πρόσθετοι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εξαγγείωσης είναι προηγηθείσες φλεβίτιδες, λεμφικό οίδημα, χρήση του ενός μόνο άκρου κλπ.

Εξαγγειώσεις συμβαίνουν σε κυμαινόμενο, μικρό όμως, ποσοστό ασθενών, και – αναλόγως του είδους του φαρμάκου, της ποσότητας που εκχύθηκε κλπ. – μπορεί να προκαλέσουν από απλό ερύθημα έως βαριά νέκρωση που απαιτεί πλαστική επέμβαση για αποκατάσταση.

Σε περίπτωση εξαγγείωσης ερεθιστικού φαρμάκου, πρέπει να γίνουν οι εξής ενέργειες:

- 1.- Αναρρόφηση του φαρμάκου, αν είναι δυνατόν.

2.- Τοπική διήθηση με φυσιολογικό ορό ή με διάλυμα κορτιζόνης ή άλλης ειδικής κατά περίπτωση ουσίας.

3.- Άμεση τοπική εφαρμογή πάγου, ώστε λόγω της αγγειοσύσπασης από την ψύξη να περιοριστεί η αιμάτωση.

4.- Παρακολούθηση των τοπικών αντιδράσεων στην πρόοδο του χρόνου.

5.- Μετά την εγκατάσταση της νέκρωσης είτε γίνεται συνεχής περιποίηση έως τη σύγκλειση κατά δεύτερο σκοπό, είτε κατά πλαστική χειρουργική επέμβαση.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι ομάδες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του καρκίνου και για το κάθε φάρμακο αναφέρεται η οδός χορήγησης, οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες ενέργειες και οι νοσηλευτικές εφαρμογές²².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

14.1 Προληπτικός Έλεγχος για Καρκίνο 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 είναι δυνατό 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 και 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 κακοήθης 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 αντιμετωπίστηκε 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 [1]. 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 δεν 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 αποφασιστεί η εφαρμογή ενός συγκεκριμένου προγράμματος προληπτικού ελέγχου.

Κατά την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία, για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συνιστάται να γίνεται κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου κάθε τρία έτη μετά το 20ο έτος της ζωής (αφού προηγηθούν δύο επάλληλες αρνητικές κυτταρολογικές εξετάσεις σε χρονική απόσταση ενός έτους) και γυναικολογική εξέταση κάθε τρία έτη μέχρι το 40ο έτος, ή κάθε έτος μετά το 40ο έτος της ζωής. Οι εξετάσεις αυτές καλύπτουν εκτός από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τους καρκίνους του ενδομητρίου και των ωοθηκών. Επιπλέον, σε γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο του ενδομητρίου (παχύσαρκες, με ενδείξεις μειωμένης γονιμότητας ή συχνής ανωορρηξίας, ή με ιστορικό ανεξήγητων αιμορραγιών από τη μήτρα ή θεραπευτικής λήψεως οιστρογονικών σκευασμάτων) συνιστάται ο ιστολογικός έλεγχος του ενδομητρίου κατά το χρόνο της εμμηνοπαύσεως. Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν έχει τεκμηριωθεί, αλλά θεωρείται πολύ πιθανή, με ενδεχόμενη μείωση της

θνησιμότητας κατά τα 2/3 του σημερινού της επιπέδου, ενώ ευνοϊκές συνέπειες άγνωστης εκτάσεως μπορεί να αναμένονται και στη θνησιμότητα από καρκίνους του ενδομητρίου, και ίσως, των ωοθηκών²³.

Απαραίτητοι παράγοντες για την επιτυχία του προληπτικού ελέγχου με το Pap Test.

1. Οι δυνατότητες διενέργειας προληπτικού ελέγχου να είναι ισότιμα κατανεμημένες σε ευρύ φάσμα ηλικιών.
2. Να διασφαλίζεται υψηλό ποσοστό συμμετοχής με το να είναι οι υπηρεσίες αποδεκτές από τις γυναίκες.
3. Να υπάρχει η δυνατότητα επανάληψης του test σε τακτά χρονικά διαστήματα, όχι πέραν των πέντε ετών.
4. Να εξασφαλίζονται καλές υπηρεσίες και έλεγχος της ποιότητας λήψης του υλικού και ερμηνείας των κυτταρολογικών ευρημάτων.
5. Να διασφαλίζεται η δυνατότητα στενής παρακολούθησης και επανεκτίμησης των περιπτώσεων με παθολογικά ευρήματα.
6. Να εξασφαλίζονται καλές συνθήκες νοσηλείας και θεραπείας των γυναικών που τις έχουν ανάγκη.
7. Να διασφαλίζεται ο τακτικός έλεγχος της επάρκειας των υπηρεσιών.

14.2 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Πρόληψη του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας

Παρόλο που ο προληπτικός έλεγχος για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι ένα γεγονός εδώ και αρκετές δεκαετίες και οι έρευνες για τους αιτιολογικούς παράγοντες έχει εντυπωσιακά αποτελέσματα, εντούτοις η διάγνωση των τραχηλικών αλλοιώσεων σε πρώιμα στάδια και συνεπώς και η αποτελεσματική πρόληψη δεν έχει επιτευχθεί.

Πρόσφατη έρευνα σχετικά με την εμφάνιση διηθητικού καρκίνου έδειξε ότι το 25% των ασθενών δεν είχε υποβληθεί ποτέ σε Pap-test και ότι άλλο ένα 25% είχε εξεταστεί τουλάχιστο πριν από μία πενταετία. Η μέση ηλικία των ασθενών που δεν είχαν ελεγχθεί ποτέ στο παρελθόν ήταν περίπου κατά 20

χρόνια μεγαλύτερη από αυτή των γυναικών που ελέγχονταν (65 έναντι 46 ετών). Αυτό δείχνει ότι μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων γυναικών δεν έκανε Pap-test.

Δημογραφικές έρευνες δείχνουν ότι το 9% των γυναικών ηλικίας μεγαλύτερης των 18 ετών δεν είχε εξεταστεί ποτέ με Pap-test, ποσοστό που αριθμητικά αντιστοιχεί σε περισσότερο από ένα εκατομμύριο γυναίκες στις ΗΠΑ. Από αυτές που είχαν ελεγχθεί, το 62% είχε εξεταστεί τουλάχιστο ένα χρόνο πριν. Αυτές ήταν γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, με το 91% αυτών να είναι ηλικίας άνω των 65 ετών και χαμηλού οικονομικού επιπέδου.

Στις ΗΠΑ πραγματοποιήθηκε μια έρευνα σχετικά με το πόσα γνωρίζουν οι γυναίκες για το Pap-test, τη νοοτροπία την οποία αντιμετωπίζουν την έννοια της πρόληψης και τον τρόπο που αντιδρούν στον προληπτικό έλεγχο. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 82% των γυναικών άνω των 18 ετών πίστευε ότι το Pap-test είναι εξαιρετικής σημασίας. Από αυτές, το 82% γνώριζε ότι το Pap-test είναι διαγνωστική δοκιμασία για καρκίνο. Στις ηλικίες 18-24 ετών μόνο το 61% γνώριζε για την ύπαρξή του, ενώ το 35% πίστευε ότι το Pap-test είναι σημαντικό στην ανίχνευση μολύνσεων του γενετικού συστήματος. Από τις γυναίκες που θεωρούσαν σημαντικό το Pap-test περισσότερο από το 25% δεν είχε ελεγχθεί τον τελευταίο χρόνο. Οι πιο ηλικιωμένες και χαμηλού οικονομικού επιπέδου γυναίκες, παρόλο που δε θεωρούσαν πολύ σημαντικό το Pap-test, είχαν την τάση να εξετάζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Μόνο το 51% των γυναικών γνώριζε ότι το Pap-test, είναι διαγνωστική διαδικασία για την ανίχνευση των προκαρκινικών αλλοιώσεων και του διηθητικού καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας και του ενδομητρίου, ενώ το 7% πίστευε ότι ανιχνεύει τον καρκίνο του μαστού. Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του τραχηλικού καρκίνου ήταν πολύ λίγο κατανοητοί. Τα 2/3 των γυναικών θεωρούσαν το οικογενειακό ιστορικό ως τον κύριο παράγοντα κινδύνου, ενώ το 1/5 δε γνώριζε κανένα παράγοντα κινδύνου. Επιπλέον, οι γυναίκες πίστευαν ότι οι ιατροί δεν εξηγούσαν επαρκώς τη σημασία του test, αλλά ούτε και τα αποτελέσματα. Ήταν σαφής η ανάγκη για καλύτερη επικοινωνία ασθενούς – επαγγελματία υγείας²⁵.

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν την άμεση ανάγκη για καλύτερη ενημέρωση για τον καρκίνο του τραχήλου, τους αιτιολογικούς παράγοντες, τους παράγοντες κινδύνου αλλά και τους τρόπους πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Η πληροφόρηση του κοινού για τα οφέλη από την εφαρμογή των προγραμμάτων screening και, ειδικότερα, από τη σημασία του Pap-test στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι ο κυριότερος τρόπος για τη συμμόρφωση των γυναικών στις οδηγίες για τακτικό έλεγχο των τραχηλικών επιχρισμάτων.

Η εκπαίδευση των γιατρών είναι κυρίως προσανατολισμένη προς τη διάγνωση και τη θεραπεία και όχι την πρόληψη των νοσημάτων⁸⁴. Από την άλλη μεριά η νοσηλευτική αναπτύσσει συνεχώς τη δράση της στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία όμως δεν υπάρχουν πολλές αναφορές για το ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου, με εξαίρεση τον καρκίνο του πνεύμονα, του μαστού και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας²⁶. Επιπλέον, τα κονδύλια που χορηγούνται για την ανάπτυξη του ρόλου της νοσηλευτικής στον έλεγχο του καρκίνου και τη φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο είναι πολύ λίγα.

Τα προγράμματα πρόληψης του καρκίνου απαιτούν προγραμματισμό σε εθνικό επίπεδο. Απαιτείται εθνικός αντικαρκινικός σχεδιασμός σύμφωνα με τις περιφερειακές κατά τόπους ανάγκες και πόρους, ώστε να επιταχυνθεί η ανάπτυξη και ευρεία εφαρμογή παραδοσιακών και νεοεμφανιζόμενων εφαρμογών προληπτικού ελέγχου, με συνέπεια να επωφεληθούν όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτου φυλής, ηλικίας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης²⁷.

Την τελευταία δεκαετία, η εκπαίδευση των νοσηλευτών τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό περιλαμβάνει προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα εκπαίδευσης στην πρόληψη και την κοινοτική νοσηλευτική, τα οποία συμπεριλαμβάνουν κλινική εκπαίδευση και απόκτηση διδακτικής εμπειρίας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα για τον καρκίνο «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου» οργανώνει εκπαιδευτικά σεμινάρια ειδικής εκπαίδευσης διπλωματούχων νοσηλευτών στην Ογκολογική Νοσηλευτική²⁸.

Η εκπαίδευση μπορεί να αναδείξει τους μελλοντικούς νοσηλευτές φύλακες και φρουρούς της υγείας των ανθρώπων. Οι κατάλληλα προετοιμασμένοι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν ποικιλότροπα και αποτελεσματικά μέσω άμεσων νοσηλευτικών παρεμβάσεων διδασκαλίας, συμβουλευτικής και έρευνας τόσο στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή πρόληψη των κακοηθών νεοπλασιών και συνεπώς και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Πράγματι, στις ΗΠΑ αλλά και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες οι νοσηλευτές έχουν ήδη πολύπλευρο ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου, όπως στην πραγματοποίηση γυναικολογικών εξετάσεων και κυρίως στην ενημέρωση και εκπαίδευση των γυναικών²⁶.

14.3 Ο Νοσηλευτής στη Φροντίδα του Καρκίνου

Η πλέον σύγχρονη προσέγγιση του ασθενούς με καρκίνο είναι η Θεραπευτική – Διεπιστημονική Ομάδα, μία ομάδα Λειτουργών Υγείας διαφορετικών ρόλων και ειδικοτήτων που σχεδιάζει μια ευρεία κλίμακα υπηρεσιών για την καταπολέμηση του καρκίνου και βοηθά τον ασθενή και την οικογένειά του.

Τη Θεραπευτική Ομάδα αποτελούν:

- Ο Ιατρός
- Ο Νοσηλευτής
- Ο Κοινωνικός Λειτουργός
- Ο Ψυχολόγος ή Ψυχίατρος
- Ακόμα και ο Εφημέριος του Νοσοκομείου.

Όλοι αυτοί που αποτελούν την ομάδα μάχονται για την καλύτερη ποιότητα νοσηλείας και την αναγνώριση των ασθενών ως ανθρώπινων όντων με μοναδικές ανάγκες.

Οι Νοσηλευτές λόγω εκπαιδευτικής κατάρτισης και θέσης μπορούν να αναλάβουν το συντονισμό της Θεραπευτικής Ομάδας και να συνεργαστούν με υπηρεσίες υποστήριξης – εστιαζόμενες στο πρόβλημα των ασθενών και των

οικογενειών τους που υπόκεινται σε αλλαγές της ζωής τους. Για να καταστήσουν αυτές τις υπηρεσίες διαθέσιμες σε συνεχή βάση, οι Νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να συνεργαστούν μεταξύ τους και να έχουν διαρκή πρόσβαση σ' ένα κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα ανθρωπίνων σχέσεων. Ο Carlan πιστεύει ότι τα άτομα που ζουν κοντά στον ασθενή με καρκίνο αντιμετωπίζουν συχνά συναισθηματική κρίση και ένταση, που μπορούν να λειτουργήσουν πιο αποτελεσματικά όταν έχουν τακτική επαφή με ένα κοινωνικό δίκτυο το οποίο παρέχει συνεχή επικοινωνία. Εν όψει αυτής της πεποίθησης, η αμοιβαία υποστήριξη και παροχή συμβουλών ανάμεσα στους Νοσηλευτές είναι ουσιαστικά στοιχεία στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς και στις οικογένειές τους.

Οι πολλές διαφορετικές φάσεις στη φροντίδα του καρκίνου παρέχουν στους Νοσηλευτές ευκαιρίες να αναλάβουν την ευθύνη και την έναρξη δραστηριοτήτων για τη φροντίδα του ασθενούς, περισσότερο απ' ό,τι με άλλες ασθένειες. Για την πλειοψηφία των ασθενών που έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο, οι Νοσηλευτές βλέπουν ότι χρειάζονται διαρκείς στρατηγικές παρακολούθησης και χειρισμού. Είναι αυτές οι στιγμές που οι Νοσηλευτές μπορούν να κάνουν εσκεμμένες μεταβολές στις προσεγγίσεις τους προς τους ασθενείς για να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους για φροντίδα κατά προτεραιότητα. Παράλληλα, οι Νοσηλευτές θα αποκτήσουν μεγαλύτερη άνεση με τους ασθενείς και θα αυξήσουν την ορατότητα των ευθυνών του ρόλου τους τόσο στους ίδιους όσο και στους ασθενείς και τους άλλους Λειτουργούς Υγείας.

Οι Νοσηλευτές πρέπει να αναλάβουν πραγματικά αρχηγικό ρόλο όσον αφορά την ευθύνη για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας του καρκίνου. Πρέπει τώρα να προχωρήσουν στην ανάπτυξη μιας προσέγγισης ελέγχου που εστιάζεται στις πραγματικές πρακτικές των Νοσηλευτών και όχι σε ότι καταγράφεται στα αρχεία φροντίδας του ασθενούς με καρκίνο.

Γράφοντας για την ανάγκη νοσηλευτικής δράσης στη δημόσια αρένα, ο Aydelotte προσδιόρισε πέντε ουσιαστικές στάσεις που πρέπει ν' αναπτύσσονται οι Νοσηλευτές.

1. Σεβασμό, εμπιστοσύνη και ευρύτητα πνεύματος στη συνεργασία με άλλα άτομα.
2. Αναγνώριση της πραγματικότητας σύγκρουσης και αντιπαράθεσης κατά τη διαδικασία διαπραγμάτευσης αντικρουόμενων αιτημάτων.
3. Προθυμία να μάθουν καινούρια γλωσσικά σύμβολα και αξίες στον ταχέως μεταβαλλόμενο κόσμο.
4. Ικανότητα αλλαγής από το είδος αρχηγίας σε άλλο και ικανότητα ανταπόκρισης σε διαφορετικές καταστάσεις.
5. Ενεργητική συνειδητοποίηση το ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη υποστήριξης και αποδοχής.

Οι Νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν την ανακατανομή των κυβερνητικών πόρων για την Υγεία, έτσι ώστε η φροντίδα και η θεραπεία να έχουν μια πιο ισοδύναμη ισορροπία ανάμεσά τους απ' ό,τι σήμερα. Οι Νοσηλευτές καρκίνου θα πρέπει να γίνονται όλο και πιο δραστήριοι στην πολιτική αρένα για να μπορούν να αντλήσουν πολλά από την πρακτική εμπειρία τους, όταν πληροφορούν τους πολιτικούς αρχηγούς για τις ανάγκες Υγείας διαφόρων ευπαθών πληθυσμών στην κοινωνία. Ακόμη πρέπει να αναζητούν ευκαιρίες να συμμετέχουν σε συντονισμούς απλών ανθρώπων για να προάγουν την ανακατανομή της προσπάθειας στη φροντίδα της Υγείας²⁹.

14.4 Ψυχολογική Υποστήριξη Καρκινοπαθούς

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 ο άρρωστος για τη νόσο και τα προβλήματά της, το χαρακτήρα και γενικά την προσωπικότητα, το περιβάλλον που ζει, το θρησκευτικό του πιστεύω κ.ά.¹²

Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ' αυτή. Η άρνηση της αρρώστιας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο κακής πρόγνωσης. Προσοχή χρειάζεται στη συμπεριφορά αυτή του αρρώστου, επειδή μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθησή του από το γιατρό.

Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.ά. Εκδηλώνεται κατά την Ross με αντίδραση, απαιτητική συμπεριφορά. Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με το Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου²².

Από τις διαταραχές του συναισθήματος σε καρκινοπαθείς σημαντικότερη είναι η κατάθλιψη, η οποία, σύμφωνα με τις πρόσφατες αναθεωρήσεις των ταξινομικών συστημάτων (DSM-IV και ICD-10) χαρακτηρίζεται ως «διαταραχή του συναισθήματος, που οφείλεται σε γενική σωματική πάθηση». Οι ασχολούμενοι με καρκινοπαθείς πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίζουν τους ασθενείς που έχουν μεγάλη πιθανότητα να την αναπτύξουν. Στη διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής θα βοηθήσει η ύπαρξη πέντε εκ των ακόλουθων συμπτωμάτων σε μεγάλο μέρος της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα¹⁹:

1. Καταθλιπτικό συναίσθημα
2. Αξιοσημείωτη μείωση ενδιαφέροντος για κάθε δραστηριότητα
3. Σημαντική μεταβολή του βάρους (>5% κάθε μήνα)

4. Αϋπνία ή υπερυπνία
5. Ψυχοκινητική ανησυχία ή αναστολή
6. Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας
7. Συναισθήματα αυτοϋποτίμησης ή ενοχής
8. Δυσκολία στη συγκέντρωση και τη λειτουργία της σκέψης
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου³⁰

Τέλος, ο άρρωστος, μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Ο άρρωστος, στη φάση αυτή, έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντά του, περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους²².

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

1. Τέχνη καλής επικοινωνίας, που δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και άνεσης.
2. Σωστή πληροφόρηση. Διάθεση χρόνου να ακούσει και να απαντήσει σε ερωτήσεις και απορίες του, στα πλαίσια της αρμοδιότητάς του.
3. Καλή ψυχολογική προετοιμασία για την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία.
4. Διδασκαλία ανάλογα με την περίπτωση, για την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών προβλημάτων και της θεραπείας.
5. Πρόθυμη αντιμετώπιση των αναγκών του.
6. Συνεργασία με την οικογένεια, ενημέρωση και βοήθεια για μια καλή αποδοχή της δοκιμασίας του. Διδασκαλία σε θέματα συμπεριφοράς προς τον άρρωστο και παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου σε συνδυασμό με τη φυσική φροντίδα και τη λεπτομερή εκπαίδευσή του μπορεί να προωθήσει την αυτοφροντίδα, να βοηθήσει στην ανεξαρτοποίηση από την πρώτη

μετεγχειρητική ημέρα, να ενισχύσει τη θέληση και να διατηρήσει την ελπίδα για ζωή και δράση.

Εκτός από τους παραπάνω παράγοντες, που βοηθούν τον άρρωστο 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 περίπτωση 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 και όταν τον επισκεφθεί ο καρκίνος¹³.

14.5 Αποκατάσταση Καρκινοπαθούς

Ο όρος αποκατάσταση αναφέρεται στην επαναφορά του καρκινοπαθής στην πριν από τη διάγνωση κατάσταση σωματικής και ψυχο-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 κλπ. Τα προβλήματα που έχουν ανάγκη αποκατάστασης προκύπτουν από τη νόσο και τη θεραπεία.

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 ο ίδιος ο άρρωστος, 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 εργαστούν 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 προβλήματα¹³.

14.6 Ανάκτηση Σεξουαλικής Δραστηριότητας

Η διαταραχή της σεξουαλικής ικανότητας και η πρόκληση στειρότητας είναι ανεπιθύμητες ενέργειες που διαταράσσουν κριτικά την ποιότητα ζωής του καρκινοπαθούς που υφίσταται χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Το πρόβλημα έγινε ιδιαίτερα έντονο τα τελευταία χρόνια και πολλοί καρκινοπαθείς μπορεί πλέον να ιαθούν ή να ζήσουν πολλά χρόνια μετά την εφαρμογή επιθετικών θεραπευτικών χειρισμών. Ο γιατρός και ο ειδικευμένος νοσηλευτής πρέπει να είναι απολύτως ενήμεροι για τα προβλήματα αυτά και να παρεμβαίνουν ενεργητικά στην επίλυσή τους. Φαρμακευτική αγωγή (ορμονικά υποκατάστατα), τεχνητή γονιμοποίηση, αποταμίευση σπέρματος, προφύλαξη ωοθηκών και ακτινοβολία, διδαχή τεχνικών διευκολύνσεων της σεξουαλικής πράξεως στους καρκινοπαθείς μπορεί να επιλύσουν κατά αίσιο τρόπο τόσο τη σεξουαλικότητα, όσο και την αναπαραγωγικότητα των καρκινοπαθών ασθενών³¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΠΕΜΠΤΟ

15.1 Ηθικά και Νομικά Προβλήματα στη Νοσηλευτική Φροντίδα Καρκινοπαθών

Ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα της ιατρικής ευθύνης είναι το ζήτημα της ενημέρωσης του ασθενούς. Ενημέρωση του ασθενούς σημαίνει:

1^ο. **Δικαίωμα** του ασθενούς να πληροφορηθεί για ότι αφορά στην υγεία του και

2^ο. **Υποχρέωση** του γιατρού να διαφωτίσει τον ασθενή για την ασθένειά του και τη θεραπευτική αγωγή του.

Η υποχρέωση αυτή δεν είναι μόνο δεοντολογική υποχρέωση, όπως πιστεύεται συνήθως στους ιατρικούς κύκλους, είναι και νομική υποχρέωση, της οποίας η αθέτηση (παράλειψη, κακή εκπλήρωση) αποτελεί λόγο αθέτησης των συμβατικών υποχρεώσεων του γιατρού ή και αδικαιοπραξία.

Ο γιατρός, όταν αναλαμβάνει τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, έχει δύο βασικές υποχρεώσεις.

Η μία είναι η σύμφωνη με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης εκτέλεση της ιατρικής πράξης και η άλλη είναι η υποχρέωση να ενημερωθεί ο ασθενής, ώστε να συμφωνήσει, να συναινέσει, να αποδεχθεί την ιατρική πράξη. Αθέτηση της μιας ή της άλλης υποχρέωσης έχει ως αποτέλεσμα την καταδίκη του γιατρού σε αποζημίωση ή ικανοποίηση ηθικής βλάβης.

Τα προβλήματα που δημιουργούνται από την υποχρέωση ενημέρωσης, αφορούν κυρίως την ενημέρωση και συναίνεση ανηλίκων, την ενημέρωση και συναίνεση «κωλυόμενου» ασθενούς, δηλαδή ασθενούς που δεν έχει τις αισθήσεις του, την ενημέρωση και συναίνεση του ψυχικά ασθενούς, το δικαίωμα τρίτων για ενημέρωση, όπως π.χ. το ζήτημα αν πρέπει να ενημερώνεται ο σύζυγος του ασθενούς και για ασθένειες που έχουν σχέση με την προσωπικότητα (εγκυμοσύνη, aids και άλλα μεταδοτικά νοσήματα).

Το παραϊατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει ούτε υποχρέωση αλλά ούτε και δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς. Η υποχρέωση ενημέρωσης ως τμήμα της διαγνωστικής ή της θεραπευτικής

αγωγής, είναι υποχρέωση του θεράποντος ιατρού. Πρόκειται για αυστηρά προσωπική υποχρέωση, η οποία δεν μπορεί να ανατεθεί σε άλλο γιατρό, που δεν είναι θεράπων, ούτε σε παραϊατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό συμβαίνει, διότι η ενημέρωση του ασθενούς είναι ιατρική πράξη. Αν η ενημέρωση είναι λανθασμένη, μπορεί να καταλήξει σε ιατρικό σφάλμα.

Παρ' όλα αυτά υπάρχει και πεδίο υποχρέωσης ενημέρωσης εκ μέρους του παραϊατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού για τις νοσηλευτικές ενέργειες.

Το παραϊατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό έχει προσωπική υποχρέωση να ενημερώσει τον ασθενή για τις νοσηλευτικές του ενέργειες, π.χ. ενέσεις, μικροεπεμβάσεις, αλλαγές τραυμάτων, διαθερμίες, φυσιοθεραπευτική αγωγή, ακτινογραφίες κ.ο.κ., εφ' όσον οι ενέργειες αυτές τελούν υπό την προσωπική ευθύνη του παραϊατρικού ή του νοσηλευτικού προσωπικού. Στις περιπτώσεις αυτές και επειδή το παραϊατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό τελεί υπό την εποπτεία του θεράποντα ιατρού ή κατά περίπτωση του νοσοκομείου, η ευθύνη για μη ενημέρωση ή για πλημμελή ενημέρωση βαρύνει και το πρόσωπο που ενήργησε τη νοσηλεία και το γιατρό ή και το νοσοκομείο.

Άλλωστε, εκτός από την τυπική ενημέρωση για τις διαδικασίες, τον τρόπο, τα αποτελέσματα και τους κινδύνους της θεραπείας ή το είδος της ασθένειας, υπάρχουν και δεοντολογικά προβλήματα απόκρυψης της ασθένειας ή του είδους της θεραπείας συνδεδεμένα με την προσωπικότητα του ασθενούς, τα οποία δεν είναι σε θέση ο νοσηλευτής να επιλύσει, διότι αποτελούν τμήμα της ιατρικής πράξης, στην οποία δεν μπορεί να αναμειχθεί ούτε ο νοσηλευτής, ούτε το παραϊατρικό προσωπικό.

Η νοσηλεία όφειλε να περιοριστεί και από την άποψη της ενημέρωσης στα πλαίσια που καθορίζει ο γιατρός με τις ανάγκες του ασθενούς.

Ασφαλώς αντιμετωπίζει και ο νοσηλευτής ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα ενημέρωσης του ασθενούς, το λεγόμενο όμως «θεραπευτικό προνόμιο» του γιατρού, δηλαδή το καθήκον απόκρυψης της αλήθειας από τον

ασθενή χάριν του ιδίου, δεν μπορεί να επεκταθεί στο νοσηλευτή, παρά μόνο σε ότι αφορά το νοσηλευτικό έργο. Η απόκρυψη της ασθένειας, των κινδύνων από την ασθένεια και των κινδύνων από τη θεραπεία ήταν συνήθης πρακτική στις περιπτώσεις καρκινοπαθών και έχει συζητηθεί εκτενέστατα από τη θεωρία. Τελευταία και όσο η μάχη με τον καρκίνο γίνεται ευκολότερη, επικρατεί η άποψη ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για την ασθένειά του, για τις πιθανότητες επιβίωσής του, για το ρόλο της ψυχικής του στάσης απέναντι στην ασθένεια, για τον τρόπο της θεραπείας του και για τις παραλλαγές της θεραπευτικής αγωγής που γνωρίζει σήμερα η επιστήμη. Τόσο ο γιατρός όσο και ο νοσηλευτής, που οφείλει να υπακούει πλήρως τη θεραπευτική και την ψυχοθεραπευτική αγωγή που ακολουθεί ο γιατρός, οφείλει να εκτελέσει τα νοσηλευτικά του καθήκοντα όχι μόνο νοσηλεύοντας τον ασθενή τυπικά, με γνώμονα τα από τη νοσηλευτική ενδεικνυόμενα καθήκοντα, αλλά οφείλει και να του δημιουργήσει αίσθημα ελπίδας, να τονώσει τη θέληση του ασθενούς για αποθεραπεία του και να τον απαλλάξει από μη αναγκαίους γι αυτόν φόβους. Στην προσπάθεια, όμως, αυτή πρέπει πάντοτε να συνδυάζονται και να συνεκτιμώνται τα αλληλοσυγκρουόμενα για τον ασθενή αγαθά, που είναι η ηθική επιταγή να διαφυλαχθεί ο ασθενής από τις συνέπειες της ιατρικής αλήθειας και το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίσει αυτός για τον εαυτό του, ακόμα κι όταν πρόκειται για τη ζωή ή την υγεία του.

Η ιατρική εμπειρία έχει αποδείξει ότι δεν είναι ψυχικά έτοιμοι όλοι οι ασθενείς να δεχθούν την αλήθεια, όταν πρόκειται για τη ζωή και την υγεία τους.

Και ο γιατρός και ο νοσηλευτής οφείλουν κατά περίπτωση να σταθμίζουν τις συνέπειες της ανακοίνωσης ή μη ανακοίνωσης της πραγματικής κατάστασης στον ασθενή και ιδιαίτερα στον καρκινοπαθή. Ο καρκινοπαθής συνήθως έχει αρκετό χρόνο επιβίωσης, η δε μη ενημέρωσή του για την ασθένειά του δυνατόν να τον εμποδίσει από ενέργειες στις οποίες θα επιθυμούσε να προβεί εν όψει των προσωπικών, των οικονομικών και των κληρονομικών του υποθέσεων. Για το λόγο αυτό προέχει η ενημέρωση του ασθενούς από το γιατρό και η σωστή, ελπιδοφόρα και στοργική αντιμετώπισή

του από το νοσηλευτή, ο οποίος είναι πλησιέστερα στον ασθενή κι από το θεράποντα γιατρό του.

Τέλος, θα πρέπει να τονίσουμε ότι από την άποψη του αστικού δικαίου, σε ότι αφορά δηλαδή την αστική ευθύνη του νοσηλευτού για αποζημίωση ή ικανοποίηση ηθικής βλάβης του ασθενούς, εφαρμόζονται οι διατάξεις του Αστικού Κώδικα, είτε αμιγώς, αν πρόκειται για ιδιωτική νοσηλευτική μονάδα, είτε σε συνδυασμό με τα άρθρα 104, 105, 106 του Εισ. ΝΑΚ, αν πρόκειται για δημόσιο νοσηλευτικό φορέα. Ο νοσηλευτής είναι βοηθός εκπλήρωσης της παροχής του γιατρού, του νοσοκομείου, του κράτους. Η ευθύνη είναι ευθύνη από κακή εκπλήρωση της σύμβασης ιατρικής αγωγής ή (παράλληλα) και ευθύνη από αδικοπραξία. Η ποινική ευθύνη συντρέχει και στις δύο περιπτώσεις, είναι όμως τεχνικώς άσχετη από την αστική ευθύνη.

Παράλληλα, θα πρέπει να τονιστεί ότι ο νοσηλευτής έχει και πειθαρχική ευθύνη (όταν είναι δημόσιος υπάλληλος) απέναντι στην υπηρεσία του, αν κατά την εκπλήρωση των νοσηλευτικών καθηκόντων του παραβεί τους καθιερωμένους για αυτόν κανόνες σχετικά με την ενημέρωση του ασθενούς³².

15.2 Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του Καρκίνου

1. Μην καπνίζετε.
2. Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.
3. Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
4. Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας.
5. Τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.
6. Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά.
7. Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος.

8. Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.
9. Κάνετε τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας.
10. Εξετάσετε τακτικά τους μαστούς σας και – αν είναι δυνατόν – κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών³³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΕΚΤΟ

16.1. Εξατομικευμένη Νοσηλευτική

Φροντίδα με την μέθοδο

Της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

Ορισμός:

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη.

Είναι μία σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογενείας του.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
- Η πρόληψη της νόσου.
- Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος.
- Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μεγίστης λειτουργικότητας του ατόμου.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου.
- Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.
- Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας.
- Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η νοσηλευτική πράξη αρχίζει με την αξιολόγηση του αρρώστου ως ατόμου αφενός, και της σχέσεώς του με το περιβάλλον αφετέρου.

Η αξιολόγηση αυτή είναι συνεχής αφού ο άρρωστος υπόκειται συνεχώς σε μεταβολές και αλλαγές στη σχέση του με το περιβάλλον.

Η ασθένεια συνεπάγεται για τον άνθρωπο απώλειες και αλλαγές που μπορεί να είναι, όπως αναφέρθηκε, βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές. Το άτομο ίσως χάνει τον πλήρη έλεγχο στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής, την ισορροπία στις σχέσεις και την επικοινωνία με τους φίλους και την οικογένειά του, την αίσθηση του υγιούς ανθρώπου, και τέλος τον έλεγχο στις σωματικές του λειτουργίες, όπως αυτήν της αφόδευσης. Τα πολλά και ειδικά προβλήματα των ασθενών και η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους απαιτούν κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση.

Η νοσηλευτική διεργασία με την έρευνα και αξιολόγηση των προβλημάτων συμβάλλει στον καθορισμό του βαθμού της ανάγκης για νοσηλευτική παρέμβαση³⁴.

16.1.1. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ασθενής Ισούφη Σκολέτα ετών 38 στις 18.4.02 εισήλθε στο περιφερειακό Αντικαρκινικό – Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών « Ο Άγιος Σάββας» στην γυναικολογική κλινική.

Η κυρία Ισούφη εισήλθε στην κλινική συνοδευόμενη από τον σύζυγό της. Ήταν περιπατητική και η γενική της κατάσταση ήταν καλή.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό τα στοιχεία του οποίου συγκεντρώθηκαν από την ίδια την ασθενή και τον σύζυγό της οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν είναι οι εξής: η ασθενής είναι έγγαμη, γεωργός και μητέρα δύο παιδιών. Μόνιμη κάτοικος Κρέστενας.

Όσον αφορά το ατομικό ιστορικό της ασθενούς αναφέρει ημικρανίες και έχει αλλεργία στην σκόνη. Στην οικογένειά της δεν υπάρχει ιστορικό καρκίνου.

Όπως ανέφερε η ίδια είχε έναρξη της έμμηνου ρύσης σε ηλικία 13 ετών, και ήταν φυσιολογική. Η πρώτη της σεξουαλική επαφή ήταν σε ηλικία 18 ετών. Τεκνοποίησε σε ηλικία 25 ετών με φυσιολογικό τοκετό . Και ποτέ δεν έκανε έκτρωση.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ: Προ εξαμήνου και προ τριμήνου η ασθενής παρατήρησε κολπική αιμορραγία κατά την επαφή. Η ασθενής επισκέφθηκε το εξωτερικό Ιατρείο του Ν. . Ν. Κρεστένων 4.3.02 όπου έγινε απόξεση ενδομητρίου και διαγνώστηκε τραχηλικός πολύπους. Το test- pap βγήκε θετικό. Ο γιατρός της συνέστησε αφαίρεση του πολύποδα. Έτσι η ασθενής προσήλθε στο Π. Α. Ο. Ν. « Άγιος Σάββας» στις 18.4. 02 στην γυναικολογική κλινική και στις 19-4-02 έγινε η πολυποδεκτομή. Εστάλη για βιοψία, η οποία ανέδειξε αδενοκαρκίνωμα ενδομητριοειδούς τύπου, μέσης βαθμίδος διαφοροποίησης το οποίο εμφανίζει αδενικό και θηλώδη τρόπο ανάπτυξης και η θέση προέλευσης είναι ο ενδοτράχηλος. Οι Ανοσοιστοχημικές εξετάσεις

ενδοτραχήλου έδωσαν θετική ανοσοαντίδραση στο καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) Το στάδιο της νόσου είναι I_{B1} και η αντιμετώπιση χειρουργική.

Κατά την γυναικολογική εξέταση που έγινε στις 19.4.02 οι μαστοί εμφανίζονται φυσιολογικοί, η μήτρα έχει μέγεθος φυσιολογικό και είναι κινητή. Ενώ η δεξιά ωοθήκη εμφανίζει ουλώδη σωματίδια. Και ο όγκος διηθεί εις βάθος του εξωτραχήλου.

Η Αξονική τομογραφία (CT) κοιλίας που έγινε στις 23.4.02 ανέδειξε: μήτρα αυξημένων διαστάσεων, διόγκωση τραχήλου με ασαφές περίγραμμα, κύστη 2,9 cm στο αριστερό παραμήτριο.

Η μαστογραφία η οποία πραγματοποιήθηκε στις 24.4. 02 βγήκε αρνητική.

Η U/S που έγινε στις 24.4.02 ανέδειξε: μήτρα φυσιολογική κύστη στην αριστερή ωοθήκη διαστάσεων 3 X 3,5cm και πάχος ενδομητρίου 8 m.m.

Η ορθοσκόπηση στις 26.4.02 δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα όπως και η κυτταρολογική εξέταση ούρων.

Μετά από την διεξαγωγή των απαραίτητων εξετάσεων η ασθενής υποβλήθηκε σε εγχείρηση με γενική αναισθησία. Έγινε ριζική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων στις 30.4.02 . Η ασθενής είχε πολύ καλή μετεγχειρητική πορεία και στις 9.5. 02 εξήλθε από το νοσοκομείο. Ενώ τις δόθηκαν οδηγίες για παρακολούθηση. Στις 20.5.02 έγινε επανεξέταση η οποία ήταν αρνητική για κακοήθεια.

Οι ανάγκες και τα προβλήματα της ασθενούς που ακολουθούν αξιολογούνται από την είσοδό της στο νοσοκομείο μέχρι την στιγμή που της δόθηκε το εξιτήριο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

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 έχει προσβληθεί από καρκίνο τραχήλου της μήτρας και στον τρόπο θεραπείας.</p>	<p>1. Η ασθενής να επανέλθει σε φυσιολογική ψυχολογική κατάσταση στα επόμενα δύο 24ωρα.</p>	<p>1. Η νοσηλεύτρια – της να υποστηρίξει ψυχολογικά την ασθενή καθ όλη την διάρκεια των ψυχολογικών της διακυμάνσεων.</p> <p>2. Το νοσηλευτικό προσωπικό να διαθέσει στην ασθενή χρόνο και υπομονή, για να εκφράσει τις ανησυχίες της.</p> <p>3. Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς στην οικογένειάς της για την φύση της νόσου και το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσει με απλούς όρους ώστε να γίνουν κατανοητά αυτά που θα λεχθούν.</p>	<p>1. Όταν έγινε ανακοίνωση της νόσου η νοσηλεύτρια αμέσως διαπίστωσε το Shock που υπέστη η ασθενής και διέθεσε περισσότερα από δύο 24ωρα για την αντιμετώπιση των διακυμάνσεων της ψυχολογίας της. Η νοσηλεύτρια της εξήγησε ότι το στάδιο στο οποίο βρίσκεται έχει πολύ καλή πρόγνωση και πιθανότητα τάσης 100% αν η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνει έγκαιρα.</p> <p>- Έγινε συζήτηση και ενημέρωση με την ασθενή και την οικογένειά της για την φύση της νόσου και για την θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς και τις συνέπειές της.</p> <p>Στην συνέχεια η νοσηλεύτρια ανακοίνωσε με προσοχή τις</p>	<p>- Μετά την συζήτηση η ασθενής φάνηκε περισσότερο ήρεμη και ψύχραιμη.</p> <p>- Απέκτησε αισθήματα εμπιστοσύνης και ελπίδας και αποδέχτηκε καλύτερα το γεγονός της επέμβασης.</p>

			ανησυχίες της ασθενούς και της οικογενείας της και προσφέρθηκε η κατάλληλη στήριξη και ενθάρρυνση για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας.	
--	--	--	--	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<p>Επίσης επισημάνθηκε στους συγγενείς η αναγκαιότητα ότι σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να απομονώσουν την ασθενή και να της δείξουν ότι την λυτούνται αλλά αντίθετα με κάθε τρόπο να την υποστηρίξουν στις ψυχολογικές και σωματικές αλλαγές που θα ακολουθήσουν.</p>	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>2. Προετοιμασία για την εκτέλεση ολικής υστερεκτομής</p>	<p>2. Η ασθενής να προετοιμαστεί ψυχολογικά και σωματικά για την εκτέλεση της επέμβασης 24 ώρες πριν.</p>	<p>1. Να δοθεί διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, Βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. 2. Να εξασφαλιστεί παρεντερική χορήγηση υγρών. 3. Να γίνει καθαριότητα του εντερικού σωλήνα και λουτρό. 4. Να εξασφαλιστεί επαρκής και καλός ύπνος. 5. Να γίνει εκπαίδευση της ασθενούς για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις. 6. Να γίνει καθαρισμός και αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου.</p>	<p>1. Χορηγήθηκε στην ασθενή τροφή πλούσια σε λευκώματα, υδατάνθρακες, βιταμίνες και φτωχή σε λίπη έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν πήρε τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμετών και μετεωρισμού κοιλιάς. 2. Χορηγήθηκαν ενδοφλέβια Dextrose 1 X 1 5%. 3. Έγινε καθαριότητα του εντέρου η οποία επιτεύχθηκε με ένα υποκλυσμό και λουτρό καθαριότητας την παραμονή της εγχείρησης. 4. Επισημάνθηκε στην ασθενή την αναγκαιότητα να κοιμηθεί νωρίς για να είναι ξεκούραστη την ημέρα της επέμβασης και της εξηγήσαμε</p>	<p>1. Έγινε προαγωγή της θρέψης με την χορήγηση τροφής πλούσιας σε θρεπτικές ουσίες. 2. Η ασθενής δεν πήρε τίποτα από το στόμα 6 ώρες πριν το χειρουργείο για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Έγινε επαρκής θρέψη με Dextrose 5% γιατί περιέχει υδατάνθρακες. 3. Έγινε καθαρισμός του εντέρου για την αποφυγή κένωσης του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι. 4. Η ασθενής κοιμήθηκε χωρίς χορήγηση ηρεμιστικού.</p>

		7. Την ημέρα της επέμβασης να ληφθούν τα ζωτικά σημεία.	ότι η κόπωση και η αϋπνία δεν βοηθά στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία.	5. Η ασθενής κατανόησε τις οδηγίες που έχουν μεγάλη σημασία για την αποφυγή πνευμονικής στάσης του αίματος.
--	--	--	--	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		<p>Να γίνει κένωση της ουροδόχου κύστης και ένδυση της ασθενούς.</p>	<p>5. Έγινε εκπαίδευση της ασθενούς για την συχνή αλλαγή θέσης και να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>6. Έγινε καθαριότητα αποτρίχωση και αντισηψία της περιοχής του εγχειρητικού πεδίου την παραμονή της εγχείρησης.</p> <p>7. Το πρωί της ημέρας της εγχείρησης λήφθηκαν τα ζωτικά σημεία.</p> <p>Ούρησε η ασθενής πριν φορέσει την χειρουργική ρόμπα.</p> <p>Προετοιμάστηκε με την κατάλληλη ένδυση για το χειρουργείο. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην αναγραφή των στοιχείων ταυτότητας της</p>	<p>6. Επιτεύχθηκε ο καθαρισμός και η αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου που είναι απαραίτητη για την πρόληψη των μολύνσεων.</p> <p>7. Τα ζωτικά σημεία ήταν καλά.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Εκκενώθηκε η ουροδόχος κύστη για αποφυγή κένωσης στο χειρουργικό τραπέζι. - Η ασθενής φόρεσε την κατάλληλη ένδυση για το χειρουργείο που θα διευκολύνει το χειρουργικό έργο.

προς αποφυγή λάθους.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
3. Παραλαβή ασθενούς μετά το χειρουργείο.	1. Έλεγχος της κατάστασης της ασθενούς. 2. Κατάλληλη θέση 3. Απονάρκωση 4. Παρακολούθηση και πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.	1. Να γίνει έλεγχος της κατάστασης της ασθενούς. 2. Να γίνει έλεγχος παροχετεύσεων και τραύματος. 3. Να τοποθετηθεί η ασθενής σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι χωρίς μαξιλάρι.	1. Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων. ΑΠ: 120/60 mm H ₂ ΣΦ: 80/min ΘΕΡΜ: 36°C ΑΝ:12/min 2. Έφερε καθετήρα Folley και το τραύμα ήταν καθαρό. 3. Η ασθενής τοποθετήθηκε στο κρεβάτι σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι χωρίς μαξιλάρι.	1. Η γενική κατάσταση της ασθενούς ήταν καλή. 2. Αποφυγή εισρόφησης έμεσμα των. 3. Ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού χωρίς το μαξιλάρι. Η ασθενής ξύπνησε μετά από 1 ώρα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>4. Έντονος πόνος που οφείλεται στην ένταση της ασθενούς και την επέμβαση.</p>	<p>1. Μείωση στο ελάχιστο του πόνου. Ή παροδική εξαφάνισή του.</p>	<p>1. Ανακούφιση από τον πόνο με την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. 2. Εξασφάλιση ηρεμίας και δημιουργία άνετου περιβάλλοντος. 3. Συχνή αλλαγή θέσης της άρρωστης για την ανακούφιση των μελών της.</p>	<p>1. Συστηματική χορήγηση αναλγητικών μετά από ιατρική οδηγία (Aprotel amp 1x1) με ταυτόχρονο έλεγχο της Α.Π. 2. Απομάκρυνση των επισκεπτών από τον θάλαμο για την εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος. 4. Γίνεται συχνή αλλαγή θέσεως της ασθενούς.</p>	<p>1. Ο πόνος μετά την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων υποχώρησε σταδιακά στο ελάχιστο δυνατό.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ Σ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ Σ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>5. Ναυτία - Έμετος</p>	<p>1. Να απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα ναυτίας.</p> <p>Και να εξαλειφθούν οι έμμετοι.</p> <p>2. Να διατηρηθεί η ισορροπία του ισοζυγίου των υγρών.</p> <p>3. Να προληφθεί η αφυδάτωση με παρεντερική χορήγηση υγρών.</p>	<p>1. Να προμηθευτεί η ασθενής με νεφροειδές.</p> <p>2. Να τοποθετηθεί η κεφαλή της ασθενούς στο 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</p>	<p>1. Προετοιμάστηκε το κομοδίνο της ασθενούς με νεφροειδές por-cotton, χαρτοβάμβακα.</p> <p>2. Τοποθετήθηκε στην σωστή θέση.</p> <p>3. Διατηρήθηκε καθαρή με προστασία κλινοσκεπασμάτων και νυχτικού κατά την διάρκεια εμμέτου έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο.</p> <p>4. Ενημερώθηκε η ασθενής για την αιτιολογία του εμμέτου και ηρέμησε.</p>	<p>1. Η ασθενής στην διάρκεια του πρώτου 24ωρου απαλλάχτηκε σταδιακά από τους εμμέτους και την ναυτία.</p>

		<p>από εντολή ιατρού.</p> <p>6. Να χορηγηθούν επιπλέον υγρά προς αποφυγή αφυδάτωσης και διαταραχής ισοζυγίου υγρών.</p>	<p>5. Δεν χρειάστηκε η χορήγηση αντιεμετικών γιατί οι έμμετοι υποχώρησαν.</p> <p>6. Χορηγήθηκαν επιπλέον υγρά (1000cc N/S 0,9%)X2 και (1000cc D/W 5%)X1 και αποφεύχθηκε η αφυδάτωση.</p>	
--	--	---	--	--

16.1.2. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ασθενής Μούγιου Αικατερίνη ετών 60 στις 18/6/02 εισήλθε στην γυναικολογική κλινική του περιφερειακού Αντικαρκινικού – Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών « Ο Άγιος Σάββας».

Η κυρία Μουγιού ήρθε στην κλινική συνοδευόμενη από την κόρη της και η γενική της κατάσταση δεν ήταν καλή. Είχε αρτηριακή πίεση 100/60mmHg. Θερμοκρασία 36,3°C και σφίξεις 85/λεπτό. Με έκδηλα αισθήματα άγχους και φόβου.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό τα στοιχεία του οποίου συγκεντρώθηκαν από την ίδια την ασθενή, την κόρη της και το ιατρικό ιστορικό. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν είναι οι εξής: η ασθενής είναι έγγαμη, συνταξιούχος, μητέρα δυο παιδιών μόνιμη κάτοικος Αθηνών.

Όσο αφορά το ατομικό ιστορικό της ασθενούς αναφέρει όλο θυρεοειδούς ο οποίος αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή, σπονδυλολίσηση O₄ O₅ και Stressincontinence (απώλεια ούρων εξ' υπερεντάσεως).

Όπως ανέφερε η ίδια, είχε έναρξη της έμμηνου ρύσης σε ηλικία 14 ετών. Διαρκούσε 5 μέρες και ήταν φυσιολογική. Η πρώτη της σεξουαλική επαφή ήταν 16 ετών. Τελευταία έμμηνο ρύση είχε προ 10ετίας. Δεν χρησιμοποίησε ποτέ αντισύλληψη. Και κάνει δυο εκτρώσεις. Το τελευταίο Par-test έγινε τον Αύγουστο του 2001 και ήταν αρνητικό.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ: Η ασθενής προ 10 μηνου και έκτοτε ανά 15νθήμερο παρατηρούσε περιοδική μητρορραγία. Επισκέφθηκε το εξωτερικό ιατρείο της κλινικής του Π. Α. Ο. Ν. Α « Ο Άγιος Σάββας» όπου έγινε δοκιμαστική απόθεση στις 3/6/69. Έγινε βιοψία και η διάγνωση ήταν ενδομητριοειδές αδenoκαρκίνωμα grade I/σταδίου I_B. Το οποίο εντοπίζεται κυρίως στο αριστερό κέρασ. Το νεόπλασμα διηθεί το μυϊκό τοίχωμα σχεδόν κατά το ήμισυ και φθάνει σε απόσταση 0,9 εκ από τον ορογόνο. Ο

ενδοτράχηλος είναι ελεύθερος νεοπλασματικής διηθήσεως. Εντοπίζεται εξωτραχηλίτις και ένα ενδοτοιχωματικό λειομύωμα σώματος μήτρας. Οι ωοθήκες και οι σάλπιγγες χωρίς ιδιαίτερες ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις.

Υπάρχει χρόνια λεμφαδενίτις. Οι λεμφαδένες είναι ελεύθερη νεοπλασματικής διηθήσεως.

Η ασθενής μετά την διάγνωση ενημερώθηκε πως πρέπει να εισαχθεί στην γυναικολογική κλινική για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Στις 19/6/02 έγινε γυναικολογική εξέταση η οποία δεν ανέδειξε ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα.

Στις 20/6.02 έγινε Μαγνητική τομογραφία κοιλία όπως η μόνη παθολογική ένδειξη ήταν πυρήνας ινομύωματος 1,5 cm.

Στις 25/6/02 η ασθενής υποβλήθει σε ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων και εκλεκτική λεμφαδεκτομή.

Η εγχείρηση ήταν επιτυχής και η ασθενής αφού ενημερώθηκε για την παρακολούθησή της εξήλθε από το νοσοκομείο στις 5.7.02.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p align="center">ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</p>	<p align="center">ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p align="center">ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p align="center">ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p align="center">ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p>
<p>6. Έντονο αίσθημα δίψας που οφείλεται στην νάρκωση.</p>	<p>1. Αντιμετώπιση της δίψας</p>	<p>1. Να γίνονται συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με ύγραση των χειλέων με Port- Cotton. 2. Να ενημερωθεί η ασθενής για τον λόγο που δεν πρέπει να πει νερό. 3. Να χορηγηθεί ορός.</p>	<p>1. Έγινε ύγραση των χειλέων με Port-Cotton. 2. Ενημερώθηκε η ασθενής ότι λόγω της νάρκωσης το αντανακλαστικό της κατάποσης δεν έχει αποκατασταθεί και υπάρχει κίνδυνος πνιγμού. 3. Χορηγήθηκαν υγρά παρεντερικώς: Sodium Chloride 0,9% 1000cc 2 x1 και D/W 5% 1000cc 1x1.</p>	<p>1. Το αίσθημα της δίψας μειώθηκε. 2. Πρόληψη αφυδάτωσης και προαγωγή της θρέψης.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	Σ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ ΣΚΟΠΟΣ	Σ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
7. Περιποίηση χειρουργικού τραύματος.	1. Σταθερή επούλωση του τραύματος. 2. Αποφυγή μόλυνσεως.	1. Να καθαριστεί το τραύμα, να απομακρυνθούν οι νεκρωμένοι ιστοί να καθαρισθούν με αποστειρωμένο νερό. 2. Να γίνει αντισηψία της τραυματικής χώρας με Betadine Solution και αντιβιοτικό spray Nebacetin.	1. Έγινε η πρώτη αλλαγή του τραύματος την 2^η μετεγχειρητική ημέρα. Με άσηπτη τεχνική. 2. Η αντισηψία του τραύματος έγινε με αποστειρωμένη γάζα σε λαβίδα εμπλουτισμένη με μερκουροχρώμ με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια. 4. Έγινε καθαρισμός της περιφέρειας με Betadine Solution και εφαρμογή αντιβιοτικού Spray Nebacetin.	1. Επιτεύχθηκε σταθερή και σταδιακή επούλωση του τραύματος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p style="text-align: center;">ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</p>	<p style="text-align: center;">Σ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p style="text-align: center;">Σ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p style="text-align: center;">ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p style="text-align: center;">ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p>
<p>1. Πτώση ηθικού της ασθενούς μετά την ενημέρωση για την διάγνωση της ασθένειάς της και απαισιοδοξη στάση απέναντι στην ζωή.</p>	<p>1. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. 2. Ενθάρρυνση της ώστε να υιοθετήσει αισιόδοξη στάση απέναντι στην ασθένειά της.</p>	<p>1. Να γίνει διάλογος με την ασθενή για να εκφράσει τα συναισθήματά της.</p>	<p>1. Έγινε συζήτηση με την ασθενή σε φιλικό και άνετο κλίμα, και της δόθηκαν οι απαραίτητες πληροφορίες στις ανησυχίες της.</p>	<p>1. Η ασθενής μετά τον διάλογο φάνηκε περισσότερο ήρεμη. Εξωτερίκευσε τα αισθήματά της και ανέφερε ότι είχε ανάγκη από συμπαράσταση.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	Σ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ ΣΚΟΠΟΣ	Σ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
2. Έντονος πόνος	1. Μείωση στο ελάχιστο του πόνου ή παροδική εξαφάνισή του.	1. Να ανακουφισθεί από τον πόνο με χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. 2. Να εξασφαλισθεί ηρεμία και δημιουργία άνετου περιβάλλοντος. 3. Να γίνεται συχνή αλλαγή θέσεως της άρρωστης για την ανακούφιση των μελών της. 4. Να απασχοληθεί με ευχάριστα θέματα την ώρα του πόνου.	1. Έγινε συστηματική χορήγηση φαρμάκου μετά από ιατρική οδηγία. (mirficontin tabl 1x2). 2. Απομάκρυνση επισκεπτών από τον θάλαμο. 3. Γίνεται συχνή αλλαγή θέσεως της ασθενούς. 4. Η ασθενής παρακολούθησε στην τηλεόραση το αγαπημένο της σίριαλ.	1. Μετά την χορήγηση του φαρμάκου ο πόνος υποχώρησε σταδιακά και η ασθενής ηρέμησε.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p style="text-align: center;">ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</p>	<p style="text-align: center;">Σ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p style="text-align: center;">Σ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p style="text-align: center;">ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p style="text-align: center;">ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p>
<p>3. Χαμηλή τιμή αιματοκρίτη. (28%).</p>	<p>1. Αύξηση του κυκλοφορούμενου όγκου αίματος. 2. Εξάλειψη της αναιμίας.</p>	<p>1. Να γίνει μετάγγιση αίματος. 2. Να χρησιμοποιηθεί άσκηση τεχνική. 3. Να παρακολουθείται η ασθενής για εμφάνιση αντιδράσεων. 4. Να γίνει καταγραφή της νοσηλείας 5. Να χορηγηθεί η κατάλληλη δίαιτα.</p>	<p>1. Έγινε έλεγχος του αίματος για φουσαλίδες, αλλαγή της χροιάς και θολερότητα. 2. Έγινε έλεγχος των ετικετών του δότη, και δέκτη για ομάδα και Rh και εξακρίβωση της ταυτότητας της ασθενούς, έλεγχος της ημερομηνίας λήξεως του αίματος του αριθμού της φιάλης που ήταν ίδια με τον αριθμό διασταύρωσης, αν έχει υπογραφεί από τον γιατρό της αιμοδοσίας επίσης ελέχθησαν η κλινική της ασθενούς και η ετικέτα για μεταδιδόμενες νόσους.</p>	

			<p>3. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων τα οποία ήταν σε φυσιολογικά πλαίσια.</p> <p>4. Κατά τη μετάγγιση παρακολουθήσαμε συνεχώς για σημεία επιπλοκών όπως πυρετός και εξανθήματα, ρίγος ταχυκαρδία, κυάνωση.</p>	
--	--	--	---	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p style="text-align: center;">ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</p>	<p style="text-align: center;">Σ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p style="text-align: center;">Σ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p style="text-align: center;">ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p style="text-align: center;">ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p>
			<p>5. Έγινε σύνδεση του ασκού με άσκηση τεχνική.</p> <p>6. Έγινε ρύθμιση αργής ροής του αίματος και λήψη των ζωτικών σημείων κάθε 10-15 λεπτά.</p> <p>7. Η ασθενής δεν εμφανίζει κανένα σύμπτωμα και η μετάγγιση εξελίσσεται ομαλά.</p>	<p>1. Ο αιματοκρίτης της ασθενούς αυξήθηκε στο 34,7%</p> <p>2. Η αναιμία βελτιώθηκε.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	Σ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ ΣΚΟΠΟΣ	Σ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
---	---	--	--	---

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

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

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

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

1. Εξασφάλιση διαγνωστικών κέντρων για τον καρκίνο. Το Pap- test και οι υπόλοιπες διαγνωστικές μέθοδοι πρέπει να μπορούν να γίνονται σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα και κέντρα υγείας της χώρας.

2. Εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και των άλλων μελών της υγειονομικής μονάδας και συνεχής ενημέρωσή τους στις νέες μεθόδους αντιμετώπισης και πρόληψης της νόσου, με σεμινάρια που πρέπει να προγραμματίζουν οι ανάλογοι φορείς υγείας.

3. Προληπτική ενημέρωση των γυναικών, μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, καθώς και μέσα από τα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής. Η διαφώτιση του κοινού από τις νοσηλεύτριες πρέπει να είναι συνεχής και να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια, δίνοντας όλα εκείνα τα στοιχεία που μας επιτρέπουν να ελπίζουμε σε ένα νικηφόρο τέλος.

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

Ελπίζουμε ότι τα τελευταία επιτεύγματα της επιστήμης θα είναι σε θέση να επηρεάσουν τη διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, με αποτέλεσμα να υπόσχονται ένα καλύτερο αύριο στις καρκινοπαθείς όλου του κόσμου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Κρεατσάς κ. Γεώργιος**, Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, Ιατρικές εκδόσεις Π. χ. Πασχαλίδης Αθήνα 1998.
2. **Παπανικολάου**, Γυναικολογία, 3^η έκδοση επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος – Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1994.
3. **Διβάνη Μαρία**, Πρόληψη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 2001.
4. **Λώλη Ε. Δημητρίου**, Γυναικολογία και Μαιευτική, τόμος 1^{ος} Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παριζιάνος – Μαρία Γρ. Παριζιάνου, Αθήνα 1995.
5. **Παπαβασιλείου Κ, Κουβάρης Ι, Γεννατάς Γ. Βώρος Δ.** Ογκολογία, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παριζιάνος – Μαρία Γρ. Παριζιάνου, Αθήνα 1991.
6. Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα Παθολογίας – Ογκολογίας, εκδόσεις Ε.Ο.Π. Ε, Αθήνα 1990.
7. **Καλογερόπουλος Α. Χ. Γυναικολογία**, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996.
8. **Τσιγγούνης Βασίλειος**, Μαθήματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα 1995.
9. **Κουρούνης Σ. Γεώργιος** Παθολογία τραχήλου Μήτρας – κολποσκόπηση, β' έκδοση, εκτύπωση φωτολιθογραφική, Π. Σιλίρης, Ε. Επισκοπάκης, Αθήνα 1991.
10. Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση καρκίνου έσω γεννητικών οργάνων, Ιπποκράτης τριμηνιαίο περιοδικό της ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών . Τρίτη περίοδος τόμος 4, Απρίλιος – Σεπτέμβριος 1996.
11. Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας. Εκδόσεις ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 1998.
12. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, εκδόσεις ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία , Αθήνα 1998.
13. **Αθανάτου Κ. Ελευθερία**, Παθολογική και χειρουργική κλινική Νοσηλευτική, έκδοση Ε' Αθήνα 1999.

14. Ο νοσηλευτής στην Φροντίδα του καρκίνου, ελληνική ογκολογία , τόμος 35, τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 1999.
15. Καρκίνος του ενδομητρίου στην Ελλάδα, Ιατρική Μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών τόμος 79 τεύχος 4, Απρίλιος 2001.
16. Επίκαιρα θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας, τόμος IV επιστημονικοί εκδότες, Πρεβεδουράκης Κ, - Παπαθανασίου Ζ, Αθήνα 1991.
17. Μανταλενάκης Ι. Σέργιος, Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Β΄ έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996.
18. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 1999.
19. Εγχειρίδιο κλινικής Ογκολογίας, διεθνής εκδοτική επιτροπή K.C. calman, S. Eckardt – I.S. Eiseboi- D. Firat- D. K. Hossfeid - I. P. Paunier – B. Salvadori, Ελληνική εκδοτική επιτροπή Β. Λισσαίος – Ν. Δούτας – Γ. Ασημακόπουλος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991.
20. **Σαχίνη Καρδάση Α – Πάνου Μ**, Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική, έκδοση Β, τόμος 1^{ος} εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1997.
21. **Σαχίνη Καρδάση Α. – Πάνου Μ.** Παθολογική και χειρουργική, έκδοση Β, τόμος 2^{ος} εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1997.
22. Μαλγαρινού ΜΑ – Κωνσταντινίδου Σ. Φ. Νοσηλευτική. Παθολογική – χειρουργική, τόμος 3, μέρος 2^ο, εκδόσεις Η. Ταβιθά, Αθήνα 1997.
23. Τριχοπούλου Α. – Τριχόπουλος Δ. Προληπτική ιατρική, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παριζιάνος – Μαρία Γρ. Παριζιάνου, Αθήνα 1986.
24. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου – ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας Μετάφραση και διασκευή Περικλής Π. Βασιλόπουλος, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παριζιάνος – Μαρία Γρ. Παριζιάνου, Αθήνα 1997.
25. Disaia – Ereasman: Preinvasive Disease of the Cervix In: Disaia-ereasman: Clinical Gynecologic Oncology, 1996.
26. Frank – Stromborg M.- Roban K.- Nursing' s involvement in the primary and secondary prevention of cancer, cancer Nursing 1992.
27. **Πατηράκη Ε – Χριστοπούλου Ι.**, Εκπαίδευση των νοσηλευτών στην πρόληψη του καρκίνου, πρακτικά 1^{ου} Συνεδρίου Πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης για καλύτερη αντιμετώπιση του καρκίνου, Αθήνα 2001.

28. **European Oncology Nursing Society, πρόγραμμα** ειδικής εκπαίδευσης διπλωματούχων νοσηλευτών στην ογκολογική Νοσηλευτική 1999.
29. Ο νοσηλευτής στην φροντίδα του καρκίνου, ελληνική ογκολογία, τόμος 35, τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1999.
30. **Ρηγάτος Α. Γεράσιμος**, ψυχοκοινωνική ογκολογία, Αθήνα 2000.
31. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Σεμινάρια νοσηλευτριών με θέμα πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου – αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, Συντονιστής: Σταύρος Μπερμέας, Αθήνα 1991.
32. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, επιτροπή Ευρωπαϊκών κοινοτήτων, Ευρώπη κατά του καρκίνου, Νοσηλευτική Ογκολογία, προβλήματα νοσηλευτικής στον καρκίνο, Αθήνα 1994.
33. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Σύνδεσμος Κοινωνικών λειτουργών, Ελληνική Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Η Ευρώπη κατά του καρκίνου, ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, Αθήνα 1991.
34. Δρ. Γεωργία Γ. Σαββοπούλου, Βασική Νοσηλευτική μια Βιο - Ψυχο - Κοινωνική προσέγγιση, έκδοση Β', εκδόσεις Η. Ταβιθά, Αθήνα 1997.