

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



CA τραχήλου μήτρας.

Διερεύνηση της γνώσης των σπουδαστών

για την αξία του Pap-test



Σπουδάστρια: **Τσουτσάνη Ελένη**

Εισηγήτρια: **Λέφα Βασιλίνα**

Περιεχόμενα

σελίδα

Εισαγωγή	5
----------------	---

Μέρος I

Κεφάλαιο 1

Ανατομία

1.1 Έσω γεννητικά όργανα	6
1.2 Έξω γεννητικά όργανα	13
1.3 Η μήτρα ως τελικό όργανο – στόχος	14

Κεφάλαιο 2

Μορφές τραχηλικού καρκίνου μήτρας

2.1 Καλοήθεις όγκοι	15
2.2 Κακοήθεις όγκοι	18
2.2.1 Σπάνια νεοπλάσματα του τραχήλου	20
2.3 Φλεγμονές του τραχήλου της μήτρας και καρκινογένεση	21

Κεφάλαιο 3

3.1 Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας	25
3.1.1 Αιτιολογικοί – Προδιαθεσικοί Παράγοντες	26
3.1.2 Κλινική εικόνα-Διάγνωση	30
3.1.3 Τρόποι επέκτασης της νόσου	33
3.1.4 Παρακλινικές εξετάσεις	34
3.1.5 Σταδιοποίηση της FIGO (Διεθνή Ομοσπονδία Μαιευτήρων-Γυναικολόγων) για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας	34
3.1.6 Θεραπεία	35
3.1.7 Καρκίνος του τραχήλου στην κύηση	39
3.2 Παρακολούθηση ασθενών μετά την θεραπεία	40
3.2.1 Πρόγνωση	40
3.2.2 Υποτροπή	40

Κεφάλαιο 4

Τεστ Παπανικολάου

4.1	Οδηγίες προς την ασθενή πριν τη λήψη του τεστ Παπανικολάου	45
4.2	Τρόπος λήψης του Pap-test	45
4.3	Μακροσκοπική εικόνα	48
4.4	Εξεταστικές μέθοδοι Συμπληρωματικές του τεστ Παπανικολάου	49
4.5	Ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα της κυτταρολογικής εξέτασης του τραχήλου της μήτρας	52

Μέρος II

Κεφάλαιο 5

Υλικό – Μέθοδος

5.1	Περιγραφική κατανομή	59
5.2	Στατιστικές συγκρίσεις	59

Κεφάλαιο 6

Αποτελέσματα

6.1	Περιγραφική κατανομή του δείγματος	60
6.2	Συγκριτική συσχέτιση	73
	Συμπεράσματα	77
	Παράρτημα	78
	Βιβλιογραφία.....	85

ΚΡΑΥΓΕΣ ΚΑΙ ΨΙΘΥΡΟΙ

Πόνοι επίμονοι
πού καταλήγουν σέ παροξυσμούς
τραντάζοντας ολόκληρο το σώμα της
κι ύστερα κείνη η γάληνη.
Κατά το βράδυ που εδρόσιζε ο καιρός
άνοιγε ξαφνικά τα μάτια της
και μας ρωτούσε που βρισκόταν.
Διψούσε,
και της δίναμε μιά κουταλιά νερό.
Έτσι κάθε φορά επέστρεφε πρὸς τη ζωή
με τα σημάδια της φθοράς
πιό έντονα στό πρόσωπό της.

Χρῖστος Λάσκαρης

«Ποιήματα»
Εκδόσεις Μπιλιέτο
Παιανία, 1995

Για κείνες τις φωνές
που ακούσαμε κι ελπίζαμε
ότι θα τις γλυκαίναμε από τον πόνο και τη θλίψη.

Ελπίζω τούτη η εργασία
ν' απαλύνει τον πόνο
όλων των καρκινοπαθών
που γνωρίζει κάθε νοσηλευτής
κατά τη πρακτική του άσκηση.

Εισαγωγή

Κατά την πορεία της 4ετούς μου εκπαίδευσης ως νοσηλεύτρια, επέλεξα να ασχοληθώ στην πτυχιακή μου με τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας.

Σχετικά με το θέμα έκρινα σκόπιμο και χρήσιμο να διερευνήσω τις γνώσεις σπουδαστριών Νοσηλευτικής για το γνωστό τεστ Παπανικολάου, που η ανακάλυψή του υπήρξε σωτήρια για όλες τις γυναίκες του κόσμου.

Η έρευνα αποτελείται από δύο ενότητες:

Το πρώτο μέρος

- Ανατομία
- Μορφές τραχηλικού καρκίνου της μήτρας
- Τεστ Παπανικολάου

και

Το δεύτερο μέρος που περιλαμβάνει υλικό-μέθοδο και αποτελέσματα της συγκριτικής μελέτης των γνώσεων νοσηλευτριών στην Πάτρα και στο Λονδίνο για το Pap-test.

Σκοπός της έρευνας ήταν η λήψη πληροφοριών από νοσηλεύτριες με στόχο την ανίχνευση του επιπέδου των γνώσεων τους στο συγκεκριμένο θέμα.

Μέρος I

Κεφάλαιο 1

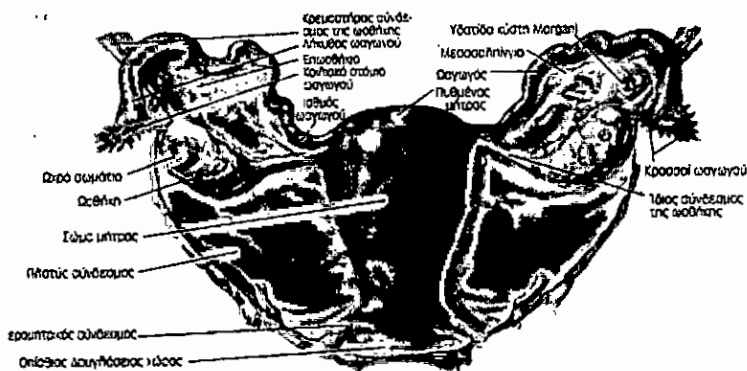
ANATOMIA

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα έσω και έξω γεννητικά όργανα. Στα έσω ανήκουν η ωθήκη, ο ωαγωγός, η σάλπιγγα και ο κόλπος και στα έξω ανήκουν το αιδοίο, η κλειτορίδα, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη.

Ως όριο μεταξύ των έσω και έξω γεννητικών οργάνων θεωρείται ο παρθενικός υμένας.

1.1 Έσω γεννητικά όργανα

Ο γεννητικός αδένας της γυναίκας ονομάζεται ωθήκη. Έχει σχήμα ελλειψοειδές και αποπλατυσμένο. Το μήκος της είναι 3–6 εκ. και το πλάτος 1,5–3,5 εκ. Εμφανίζει δύο επιφάνειες την έσω και την έξω, δύο άκρα το άνω και κάτω και δύο χείλη το πρόσθιο και το οπίσθιο. Η έσω επιφάνεια επικοινωνεί προς τον κώδωνα του ωαγωγού, ενώ η έξω προς τον έσω θυροειδή μύ. Το πρόσθιο χείλος της ωθήκης παριστά τη πύλη της ωθήκης, μέσω της οποίας διέρχονται και εξέρχονται τα αγγεία της ωθήκης. Το οπίσθιο χείλος της ωθήκης επικοινωνεί προς τον κώδωνα της σάλπιγγας, τον ουρητήρα και την μητριαία αρτηρία. Η ωθήκη στηρίζεται στο μεσοωθήκιο, το οποίο εκτείνεται από το πρόσθιο χείλος της ωθήκης μέχρι το οπίσθιο πέταλο του πλατιού συνδέσμου της μήτρας. Κατά τον τρόπο αυτό το μεσοωθήκιο διαιρεί τον πλατύ σύνδεσμο της μήτρας στο μεσοσαλπίγγιο και στο μεσομήτριο.



Εικόνα 1

Τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας. Η σχέση της ωθήκης με το μεσοσαλπίγγιο και οι σύνδεσμοι της ωθήκης

Οι ωθήκες είναι τα όργανα που παράγουν τα γεννητικά κύτταρα του θήλεως δηλ. τα ωάρια και τις ορμόνες, οιστρογόνα και προγεστερόνη. Οι ωθήκες περι-

βάλλονται από λεπτή ινώδη κάψα. Η ωοθήκη εμφανίζει μια εξωτερική ζώνη που λέγεται φλοιώδης ουσία και μια εσωτερική ζώνη που λέγεται μυελώδης ουσία. Η τελευταία αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό, νεύρα και αιμοφόρα αγγεία. Η φλοιώδης ουσία αποτελείται από συνδετικό ιστό μέσα στο οποίο βρίσκονται τα ωοθυλάκια.¹

Μήτρα

Η μήτρα είναι ένα κοίλο, μυώδες όργανο, απιοειδούς σχήματος ευρισκόμενη μέσα στον πλατύ σύνδεσμο, τοποθετημένη μεταξύ ουροδόχου κύστης και ορθού. Το μήκος της κυμαίνεται 6-8 εκ. και το βάρος 50-60 γρ.

Ανατομικά διαιρείται σε πυθμένα, σώμα και τράχηλο. Εκατέρωθεν του πυθμένα βρίσκονται 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 στην ουροδόχο κύστη και η οπίσθια προς το ορθό. Το περιτόναιο καλύπτει τον πυθμένα και το σώμα της μήτρας, ενώ στον τράχηλο καλύπτει την οπίσθια επιφάνεια του υπερκολπικού μέρους. Η πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου παραμένει ακάλυπτη από το περιτόναιο, το οποίο ανακάμπτει πάνω στην ουροδόχο κύστη και σχηματίζει την κυστεομητρική πτυχή και το κυστεομητρικό κόλπωμα ή πρόσθιο χώρο του Douglas. Ο προκυστικός χώρος πληρώνεται από λιπώδη ιστό και εκτείνεται σε ύψος μέχρι τον ομφαλό, μεταξύ των πλάγιων ομφαλοκυστικών συνδέσμων. Προς τα πίσω εκτείνεται ως το πρόσθιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης. Το περιτόναιο σχηματίζει αντίστοιχα μια τετράπλευρη πτυχή κατευθυνόμενη όπως το σώμα της μήτρας, σχηματίζοντας έτσι το πλατύ σύνδεσμο.

Ο πλατύς σύνδεσμος εμφανίζει 4 χείλη και 2 πέταλα. Από τα χείλη το έσω αντιστοιχεί στο πλάγιο χείλος της μήτρας, το έξω καταλήγει στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα, το άνω στην σάλπιγγα και το κάτω αποτελεί τη πύλη μέσω της οποίας πορεύονται τα μητριαία αγγεία. Η πτυχή από την οποία κρέμεται η ωοθήκη από το οπίσθιο πέταλο του πλατέως συνδέσμου, ονομάζεται μεσοωοθήκιο. Το μεσο-

ωοθήκιο διαιρεί το πλατύ σύνδεσμο σε δύο μοίρες την άνω, μεσοσαλπύγγιο και τη κάτω, μεσομήτριο. Ο χώρος που σχηματίζεται μεταξύ των δύο πετάλων ονομάζεται παραμήτριο.¹

Κατασκευή της μήτρας

Η κοιλότητα της μήτρας εμφανίζει σχισμοειδές σχήμα από 5 μέχρι 7 εκ. 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 τριγωνικόσχήμα 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 τη κοιλότητα της μήτρας. Το μυικό τοίχωμα της μήτρας ονομάζεται μυομήτριο και αποτελείται από τρεις στοιβάδες λείων μυικών ινών. Οι ίνες της εξωτερικής στοιβάδας πορεύονται εγκάρσια και κάθετα από τον πυθμένα προς τον τράχηλο.

Ο βλεννογόνος της μήτρας ονομάζεται ενδομήτριο και καλύπτει τη την κοιλότητα του σώματος και του ισθμού μεταπίπτοντας στον βλεννογόνο της τραχηλικής κοιλότητας. Το επιθήλιο του ενδομητρίου είναι κυλινδρικό και καλύπτει τους αδένες. Οι αδένες του ενδομητρίου σχηματίζονται από σωληνοειδείς καταδύσεις του επιθήλιου κάθετα προς την επιφάνεια του βλεννογόνου μέχρι το μυομήτριο.

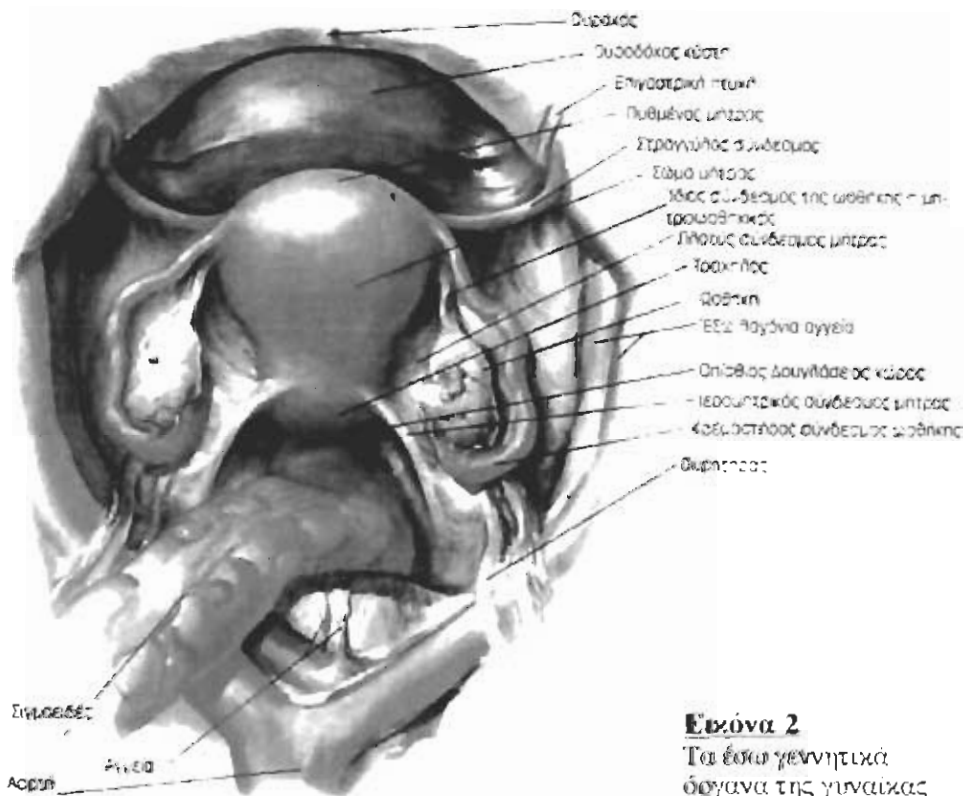
Υπό την επίδραση των στεροειδών ορμονών της ωοθήκης το ενδομήτριο και οι αδένες αυξάνονται διαφοροποιούμενοι σε δύο ζώνες την επιφανειακή ή λειτουργική και την εν τω βάθει ή βασική. Εφόσον δεν επιτευχθεί κύηση παράλληλα με τις ορμονικές μεταβολές του καταμήνιου κύκλου το ενδομήτριο αποπίπτει προοδευτικά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

Ο βλεννογόνος του ενδοτραχήλου εμφανίζει και στη πρόσθια και στην οπίσθια επιφάνεια της τραχηλικής κοιλότητας, πτυχές που ονομάζονται φοινικοειδείς και αποτελείται από πολύστιβο, κυλινδρικό επιθήλιο με εκκριτικά κύτταρα, που παράγουν τη τραχηλική βλέννα. Η εξωτερική ενδοκολπική του τραχήλου καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, όπως εκείνο του κόλπου. Το πο-

λύστιβο πλακώδες επιθήλιο μεταπίπτει σε κυλινδρικό στην είσοδο του έξω τραχηλικού στομίου.

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

Στρογγυλοί σύνδεσμοι: εκφύονται εκατέρωθεν του πυθμένα της μήτρας εμπροσθεν της σάλπιγγας και μέσω των δύο πετάλων του πλατύ συνδέσμου κατευθύνονται προς τα εμπρός κάτω και έξω στον αντίστοιχο λαγόνιο βόθρο. Διαπερνούν τον βουβωνικό πόρο και προσφύονται στο δέρμα των μεγάλων χειλέων του. Το μήκος τους είναι 15–17 εκ. και αποτελούνται από συνδετικό ιστό και γραμμικές μυικές ίνες που προέρχονται από τον εγκάρσιο κοιλιακό μύ. Ο παραπάνω σύνδεσμος στηρίζει τη μήτρα. Μετά τον τοκετό χαλαρώνει, οπότε η θέση της μήτρας αλλάζει ευρισκόμενη χαμηλότερα της αρχικής.



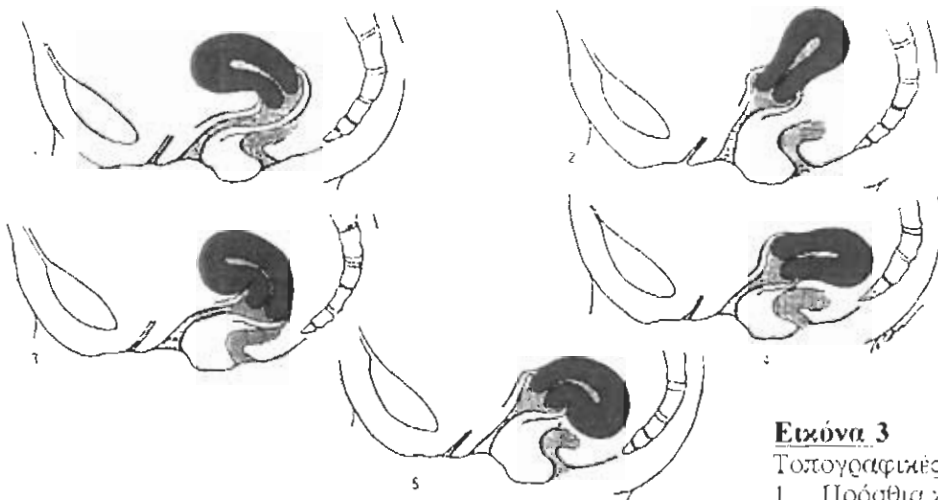
Εικόνα 2
Τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας

Ευθημητρικοί ή ιερομητρικοί σύνδεσμοι: ονομάζονται οι σύνδεσμοι που στητη μήτρα μαζί με τους στρογγυλούς συνδέσμους στην κανονική της θέση. Οι παραπάνω σύνδεσμοι αποτελούνται από συνδετικό ιστό και λείες μυικές ίνες. Εκφύονται μεταξύ 3ου, 4ου ιερού σπονδύλου, φέρονται λοξά προς τα εμπρός και καταφύονται στην οπίσθια επιφάνεια της μήτρας. Κατά τη συνένωσή τους

αυτή σχηματίζουν το μητριαίο όγκωμα και ανεγείρουν το περιτόναιο δημιουργώντας μια πτυχή, με την οποία το ευθημήτριο κόλπομα διαρεί στην άνω και κάτω μοίρα, η οποία είναι και ο οπίσθιος χώρος του Douglas.

Οι σύνδεσμοι και το περιτόναιο στηρίζουν τη μήτρα, ώστε όταν η γυναίκα βρίσκεται σε όρθια στάση, να εμφανίζεται φυσιολογικά σε πρόσθια κλίση και κάμψη. Κατά την όρθια θέση η κοιλότητα του σώματος της μήτρας φέρεται σχεδόν οριζόντια και το σώμα σχηματίζει προς τον τραχήλο γωνία 80–100 μοιρών.

Η θέση αυτή επηρεάζεται από τα γειτονικά όργανα, όπως 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 πίσω (οπίσθια κάμψη της μήτρας). Κατά τη κλίση η μήτρα μετακινείται περί τον εγκάρσιο άξονά της, ώστε τα δύο της άκρα να μετακινούνται κατά αντίθετη φορά.^{1,2}



Εικόνα 3

- Τοπογραφικές θέσεις μήτρας
1. Πρόσθια κλίση και κάμψη
 2. Ευθυθεία
 3. Πρόσθια υπέροκαμψη
 4. Οπίσθια κάμψη
 5. Οπίσθια υπέροκαμψη

Αγγεία και νεύρα

Η μήτρα αγγειώνεται από τη μητριαία αρτηρία, η οποία είναι κλάδος της έσω λαγονίου. Η αρτηρία 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 δικλαδιώνεται και δίδει τελικούς κλάδους, πολλοί από τους οποίους αναστομώνονται με την ωοθηκική αρτηρία. Εντός του

παραμητρίου η μητριάια αρτηρία χιάζεται 15 εκ. εκατέρωθεν του πλαγίου χείλους της μήτρας και 15 εκ. άνωθεν του τραχήλου με τον σύστοιχο ουρητήρα.

Οι φλέβες σχηματίζουν ένα πυκνό δίκτυο παράλληλα προς την μητριάια αρτηρία και καταλήγουν στην έσω λαγόνιο φλέβα. Τα λεμφαγγεία της μήτρας φέρονται επίσης εντός του παραμητρίου και αναστομώνονται μετά των λεμφογαγγλίων παράλληλα προς το ηλιακό πλέγμα. Υπάρχουν τα λεμφογάγγλια του παραμητρίου, τα λαγώνια, τα υπογαστρικά, τα οσφυικά και τα παρα-αορτικά. Τα λεμφογάγγλια του παραμητρίου είναι κυρίως σημαντικά για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Τα νεύρα της μήτρας προέρχονται από το τέταρτο ιερό νεύρο και από το μητροκολεϊκό πλέγμα. Το κυριότερο από τα νευρικά γάγγλια της περιοχής είναι το γάγγλιο των Frankenhauser^{2,3}.

Σάλπιγγες ή ωαγωγοί

Η σάλπιγγα είναι ένας μυώδης σωλήνας μήκους 13 εκ. εκατέρωθεν του πυθμένα της μήτρας μέσα στο άνω χείλος του πλατύ συνδέσμου. Εμφανίζει δύο άκκα το έσω ή μητριάιο, το οποίο εκφύεται από το έσω τοίχωμα της μήτρας και το έξω, το οποίο καταλήγει στην ωθήκη με πολλαπλούς κροσσούς ονομαζόμενο κώδων της σάλπιγγας. Ο μακρύτερος από τους κροσσούς ονομάζεται ωθηκικός. Η σάλπιγγα αποτελείται από δύο μοίρες την έσω ή ισθμική και την έξω ή ληκυθική. Το έσω ή μητριάιο στόμιο της σάλπιγγας καταλήγει στο εσωτερικό της μήτρας και την κοιλιακή κοιλότητα. Προς τα εμπρός η σάλπιγγα εφάπτεται του οπίσθιου τοιχώματος πλήρους κύστης και προς τα πίσω με το ορθό και το σιγμοειδές.

Εξωτερικά η σάλπιγγα αποτελείται από τον ορογόνο. Κάτω από τον ορογόνο βρίσκεται σύστημα λείων μυικών ινών αποτελούμενο από έξω προς τα μέσα από επιμήκεις και κυκλωτερείς μυικές ίνες. Ο αυλός της σάλπιγγας καλύπτεται από μονόστιβο επιθήλιο με πολυάριθμες πτυχές, οι οποίες διαφέρουν ανάλογα με το μέρος τς σάλπιγγας. Το επιθήλιο του βλεννογόνου αποτελείται από κροσσωτά, εκκριτικά και πασσαλοειδή κύτταρα.

Η αιμάτωση της σάλπιγγας γίνεται από αναστομώσεις αγγείων μεταξύ της μητριάας και ωθηκικής αρτηρίας. Τα λεμφαγγεία της σάλπιγγας επικοινωνούν με της μήτρας και φέρονται στα οσφυικά λεμφογάγγλια, ενώ τα νύερα προέρχονται από το πλέγμα της ωθηκικής αρτηρίας και το μητροκολπικό πλέγμα.

Κόλπος ή κολεός

Ο κόλπος είναι ινομυώδης κυλινδρικός σωλήνας, μήκους 8–10 εκ. και εύρους 3–5 εκ., που εκτείνεται μεταξύ τραχήλου μήτρας και αιδοίου. Η περιοχή του αυλού που περιβάλλει το ενδοκολεϊκό μέρος του τραχήλου διαρείται σε 4 μούρες ή θόλους: ένα πρόσθιο, ένα οπίσθιο και 2 πλάγιους θόλους. Ο δε οπίσθιος θόλος είναι μακρύτερος από το πρόσθιο. Ο θόλος αυτός από κλινικής πλευράς έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί εναποτίθεται το σπέρμα μετά την εκοπερμάτιση. Το κάτω άκρο του αιδοίου καταλήγει στον πρόδρομο του αιδοίου μέσω ενός στομίου, περίξ του οποίου υπάρχει συνδετικός ιστός ο παρθενικός υμένας.

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από το βλεννογόνο, μυικό και ινώδη χιτώνα. Το επιθήλιο του βλεννογόνου είναι πολύστιβο πλακώδες και τα κύτταρά του κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της γυναίκας περιέχουν μεγάλα ποσά γλυκογόνου στο κυτταρόπλασμά τους. Το οποίο υπό την επίδραση βακτηριδίων μετατρέπεται σε γαλακτικό οξύ. Με το τρόπο αυτό το Ρh του αυλού του κόλπου ελαττώνεται και έχει ως αποτέλεσμα τη παρεμπόδιση της ανάπτυξης παθογόνων μικροοργανισμών.

Ο κόλπος αγγειώνεται από τη μητριάια αρτηρία, τη μέση και κάτω κολπική αρτηρία. Οι φλέβες εκβάλλουν στην έσω λαγόνιο φλέβα.^{1,2}

Παρθενικός υμένας

Ο παρθενικός υμένας εμφανίζει δύο επιφάνειες την άνω ή κολπική και την κάτω ή αιδοϊκή. Το ελεύθερο χείλος του υμένα στην γυναίκα που δεν έχει σεξουαλικές επαφές εμφανίζει ομαλά όρια σε αντίθεση προς τη γυναίκα που έχει σχέσεις, στην οποία το χείλος εμφανίζεται κροσσωτό. Ανάλογα του σχήματος του ελεύθερου χείλους του υμένα αυτός χαρακτηρίζεται ως κροσσωτός, μηνοειδής, δίθυρος, πολύθυρος ή άτρητος. Χαρακτηριστική είναι η μορφή του παρθενικού υμένα μετά τον τοκετό και ιδιαίτερα μετά από επαναλειμμένους τοκετούς,

όπου το ελεύθερο χείλος εμφανίζεται πολλαπλώς ερρηγμένο με επάρματα και κοιλάνσεις, τα μύρτα.²

1.2 Έξω γεννητικά όργανα

Το αιδοίο είναι το σύνολο των έξω γεννητικών οργάνων αποτελούμενο από το όρος της Αφροδίτης ή Εφήβαιο, τα μεγάλα και μικρά χείλη, τη κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κόλπου, τους βαρθολίνειους αδένες και τους βολβούς του προδρόμου.

Το εφήβαιο είναι τρίγωνο τριχωτό έπαρμα του δέρματος με τη βάση προς το υπογάστριο και κορυφή καταλήγουσα προς τα κάτω 3 εκ. περίπου άνωθεν του πρωκτού. Η τρίχωση του εφηβαίου αρχίζει στην ήβη και μειώνεται στην κλιμακτηριακή εποχή, ενώ σ' ένα μικρό ποσοστό των γυναικών επεκτείνεται στη λευκή γραμμή.

Τα μεγάλα χείλη ευρίσκονται εντός των μικρών και δημιουργούνται από δύο πτυχές του δέρματος μήκους 9 εκ. περίπου. Μεταξύ τους δημιουργείται η αιδοϊκή σχισμή. Σε κάθε μεγάλο χείλος διακρίνονται δύο επιφάνειες η έσω και η έξω και δύο άκρα το πρόσθιο και το οπίσθιο. Η έξω είναι τριχωτή και χωρίζεται από το μικρό με την αιδοιομητορική αύλακα, ενώ η έσω μοιάζει με βλεννογόνο. Τα άκρα μερικές φορές ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν τον πρόσθιο σύνδεσμο, ενώ άλλοτε καταλήγουν απλώς στο εφήβαιο. Τα οπίσθια άκρα των μεγάλων χειλέων συνδέονται μεταξύ τους και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο των χειλέων, κάτω από τον οποίο αρχίζει η ραφή του περινέου.

Τα μικρά χείλη ευρίσκονται μέσα από τα μεγάλα χείλη. Παριστούν επίσης πτυχές του δέρματος με άφθονους σμηγματογόνους αδένες. Η έξω επιφάνειά τους χωρίζεται από την έσω με την μεσοχείλιο αύλακα, ενώ η έσω από τον πυθμένα του προδρόμου με την νυμφουμένικη αύλακα. Το πρόσθιο άκρο πειβάλλει τη κλειτορίδα και σχηματίζει προς τα άνω τη πόσθη και προς τα κάτω το χαλινό της κλειτορίδας. Τα οπίσθια άκρα συνενώνονται και σχηματίζουν τον χαλινό των μικρών χειλέων και προς τα εμπρός του σχηματίζεται ο σκαφοειδής βόθρος.

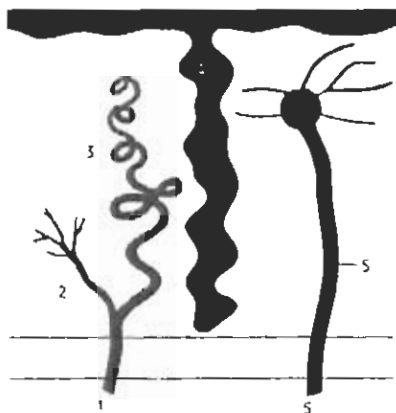
Η κλειτορίδα βρίσκεται μεταξύ των μεγάλων χειλέων. Προσομοιάζει με το ανδρικό πέος και έχει μήκος 5-10 εκ. Αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο. Η κατασκευή της κλειτορίδας προσομοιάζει με το σπραγγώδες σώμα

του πέους. Ο πρόδρομος του κόλπου σχηματίζεται από το κάτω μέρος του χαλι-
νού της κλειτορίδος και από τα μικρά χείλη. Κάτω από την κλειτορίδα βρίσκο-
νται το έξω στόμιο της ουρήθρας, στα πλάγια του οποίου εκβάλλουν αδένες ονο-
μαζόμενοι παραουρηθραίοι ή αδένες του Skene.

Οι βαρθολίνειοι αδένες βρίσκονται εκτός των μεγάλων χειλέων. Το έκκριμά
τους διευκολύνει τη συνουσία.^{3,3}

1.3 Η μήτρα ως τελικό όργανο – στόχος

Το ενδομήτριο παρακολουθεί τις ορμονικές μεταβολές του κύκλου. Το επιθή-
λιο του ενδομητρίου είναι κυλινδρικό και επενδύει στους αδένες. Οι αδένες σχη-
ματίζονται από σωληνοειδείς καταδύσεις μέχρι το μυομήτριο υπό την επίδραση
των οιστρογόνων. Το ενδομήτριο στην πρώτη φάση του κύκλου και οι αδένες
του αυξάνονται διαφοροποιούμενοι σε μια επιφανειακή ή λειτουργική στιβάδα, η
οποία τα 2/3 αυτού και μια εν τω βάθει ή βασική, η οποία αποτελεί το 1/3. Μετά
την ωοθηλακιορρηξία η προγεστερόνη σταθεροποιεί το ενδομήτριο, το οποίο
αποπίπτει ολοκληρωτικά μόνο μετά την απότομη πτώση των οιστρογόνων και
της προγεστερόνης περί την 28 ημέρα του κύκλου. Με τον τρόπο αυτό ολοκλη-
ρώνεται ένας φυσιολογικός κύκλος στην γυναίκα, η λειτουργία του οποίου είναι
μια σύνθετη διαδικασία, στην οποία εμπλέκονται μηχανισμοί και λειτουργίες
που ξεκινούν από τον υποθάλαμο και καταλήγουν στο ενδομήτριο. Όταν γίνει
γονιμοποίηση, το ενδομήτριο κάτω από τη παρατεταμένη φάση της προγε-
στερόνης διατηρείται και υφίσταται φθαροειδή μετατροπή για τη συντήρηση
του γονιμοποιημένου ωαρίου. Τέλος επιγραμματικά οι μεταβολές του σε 5
φάσεις: αιμορραγική, παραγωγική, εκκριτική, η φάση της προετοιμασίας για
γονιμοποίηση και η φάση της απόπτωσης.³



Εικόνα 4

Αγγείωση ενδομητρίου

1. Μητριαία αρτηρία
2. Βασική Αρτηρία
3. Σπειροειδής αρτηρία
4. Αδένες ενδομητρίου
5. Μητριαία φλέβα

Κεφάλαιο 2

ΜΟΡΦΕΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

2.1 Καλοήθεις όγκοι

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

Η εξαίρεση τους είναι εύκολη με σύλληψη και συστροφή του μίσχου τους. Απόξεση και ιστολογική εξέταση της βάσης τους είναι απαραίτητη λόγω πιθανότητας για κακοήθη εξαλλαγή ή διαφορικής διάγνωσης από άλλους κακοήθεις όγκους (σαρκώματα). Σπανιότεροι είναι οι πολύποδες που εκφύονται από τον εξωτράχηλο. Είναι μικρά στρογγυλά ή ωοειδή μορφώματα, μισχωτά ή με ευρεία βάση που καλύπτονται από ροδόχρουν πλακώδες επιθήλιο. Και οι δύο τύποι των πολύποδων μπορούν να υποστούν φλεγμονώδη εκφύλιση και νέκρωση.

Κονδυλώματα: Τα κονδυλώματα του τραχήλου είναι μονήρη ή πολλαπλά. Παρουσιάζονται σε γυναίκες νεαρής ηλικίας και οφείλονται στην προσβολή του επιθηλίου από τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV) και θεωρούνται νόσημα μεταδιδόμενο με τη γενετήσια επαφή. Εμφανίζονται είτε σαν μικρά, μορφώματα, είτε σαν λευκωπές επίπεδες πλάκες ή και υπόλευκες αλλοιώσεις του επιθηλίου. Ιστολογικά αποτελείται από παχιά στρώματα πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου με επιμηκυσμένα δικτυωτά σκέλη που εκτείνονται βαθιά μέσα στον ίδιο υμένα. Η βασική μεμβράνη είναι άθικτη, τα επιθηλιακά στρώματα είναι κάπως διαφοροποιημένα και συχνά αναφέρεται ακάνθωση. Μεγαλύτερες βλάβες μπορεί να περιέχουν κοιλοκύτταρα στα ανώτερα στρώματα.

Διαφορική διάγνωση: Σε μια εξέταση τα κονδυλώματα μπορεί να εκληφθούν ως διηθητικά καρκινώματα. Ιστολογικά διακρίνονται από έλλειψη κυτταρικής ατυπίας και μιτώσεων. Επίσης οι βασικές μεμβράνες παραμένουν άθικτες.

Εξωτραχηλικά κονδυλώματα είναι δυνατόν να εξελιχθούν σε κακοήθη, ανάλογα με τον τύπο του HPV που τα προκάλεσε.

Για τη θεραπεία τους στο τράχηλο εφαρμόζεται καταστροφή των αλλοιώσεων ή και εξαίρεση με ηλεκτροδιαθερμία, κρυοπηξία και άλλες μεθόδους.^{3,4}

Μεσεγγυματικοί όγκοι

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

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

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

Νευροϊνώματα λιπώματα είναι σπάνια σε σύγκριση με τα αντίστοιχά τους σε άλλους ιστούς.

Μικτοί όγκοι

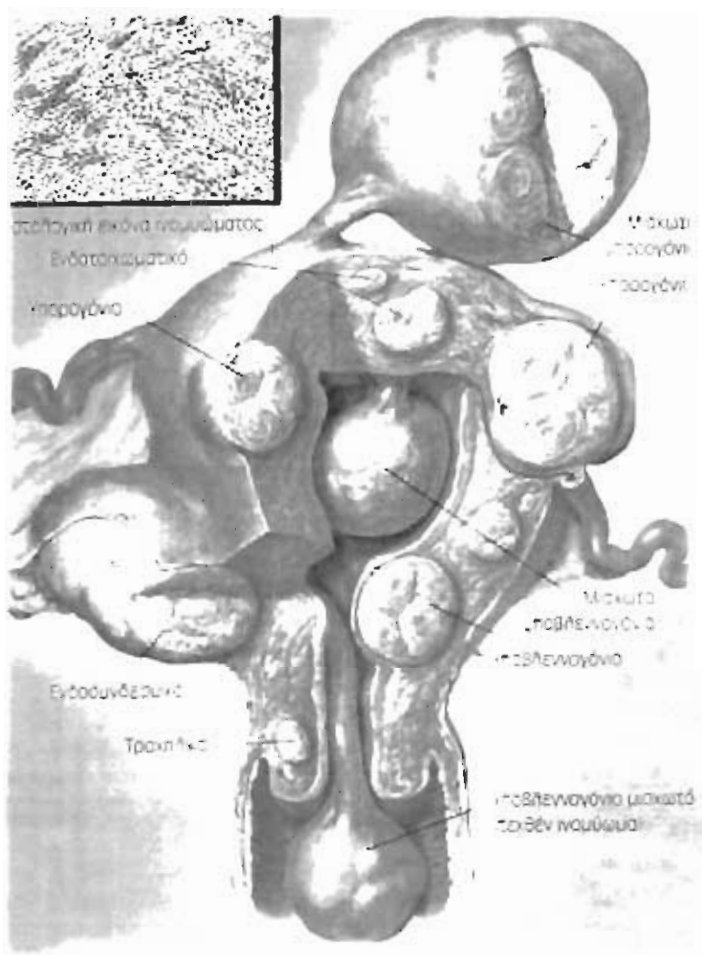
Θηλώδη αδenoϊνώματα: έχουν σχήμα σαν μεγάλο ενδοτραχηλικό πολύποδα με επιμήκεις προσεκβολές στην επιφάνειά τους. Το καλυπτήριο επιθήλιο είναι ενδοτραχηλικό και αποτελείται από ινοβλάστες που συχνά αναμειγνύονται με λειομυοβλάστες. Οι μιτώσεις είναι σπάνιες. Οι παραπάνω όγκοι απαντώνται αποκλειστικά σε μετεμηνοπαυσιακές γυναίκες. Υποτροπιάζουν συχνά και μετά από αοχετές υποτροπές το στρώμα του μπορεί παρουσιάσει κακοήθη εξαλλαγή προς αδενoσάρκωμα.

Δεν παρουσιάζουν αξιολογα συμπτώματα. Μερικές φορές, προκαλούν μικρή αιμορραγία μετά από κολπική πλύση ή συνουσία και η διάγνωση τους γίνεται με την επισκόπηση και τη ψηλάφηση.

Διαφορική διάγνωση: οι ενδοτραχηλικοί πολύποδες διακρίνονται από χαλαρό οίδηματώδες ή ινώδες στρώμα. Τα αδενoσάρκωματα αναγνωρίζονται από τη υψηλή μιτωτική τους δραστηριότητα, τις περιοδενικές τους συναθροίσεις από λευκοκύτταρα και τον πολυμορφισμό των κυτταρικών πυρήνων.^{2,3}

Αδενομώματα. σπάνια ανευρίσκονται στον τράχηλο πολυποειδή αδενομώματα του ενδομητρίου. Μερικές φορές προπίπτουν και προβάλλουν μέσα από τον ενδοτραχηλικό αυλό, δίνοντας την εντύπωση ότι προέρχονται από εκεί.

Ινομώματα: είναι δυνατόν να αφορούν το σώμα της μήτρας ή τον τράχηλο και να είναι μεμονωμένα ή πολλαπλά.



Εικόνα 5: Διάφορες θέσεις εντόπισης των ινομωμάτων της μήτρας

Η αιτία αναπτύξεώς τους είναι άγνωστη. Από πολλούς θεωρείται ότι προέρχονται από εμβρυϊκά υπολείμματα μυϊκού ιστού που έχουν εγκλεισθεί στη μήτρα, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι έχουν αιτιολογική σχέση με τα οιστρογόνα. - αποτελεί η ανάπτυξη τους μόνο στη γεννητικά ηλικία ή υπερμεγέθους διόγκωση τους στη κύηση και η υποστροφή τους στην εμμηνόπαυση. Στη κύηση είναι δυνατόν να προκαλέσουν δυστοκία λόγω μηχανικής απόφραξης του πυελογεννητικού σωλήνα. Συνίσταται χειρουργική εξαίρεση, αν και μπορεί να είναι ιδιαίτερα δυσχερής επί αυξημένου μεγέθους. Όταν είναι μικρά παραμένουν ασυμπτωματικά, ενώ αν μεγαλώσουν προκαλούν μητρορραγία ή εμφανίζουν πειστικά φαινόμενα από τα παρακείμενα όργανα (δυσπαραευνία, πίεση στην ουροδόχο κύστη κ.α).

Ιστολογικά αποτελούνται από μυϊκό και συνδετικό ιστό. Το μέγεθός τους ποικίλλει από φουντούκι μέχρι κεφαλή ή και μεγαλύτερο. Σαν καλοήθεις όγκοι δεν διηθούν τους γύρω ιστούς αλλά αφορίζονται από αυτούς με ινώδη κάψα. Λόγω της οιστρογοναιμίας παρατηρείται συχνά παράλληλη αδενοκυστική υπερπλασία του ενδομητρίου και μονοφασικός κύκλος.⁴

2.2 Κακοήθεις όγκοι

Η **υπερπλασία** είναι η αναστρέψιμη αύξηση του αριθμού φυσιολογικών κυττάρων, όπως το επιθήλιο του μαστικού αδένα στην εγκυμοσύνη.

Η **μεταπλασία** είναι η αντικατάσταση ενός τύπου διαφοροποιημένων κυττάρων από ένα άλλο τύπο και είναι επίσης αναστρέψιμη. Όπως τα κυλινδρικά κύτταρα του ενδοτραχήλου από πλακώδη του τραχήλου.

Η **δυσπλασία** είναι ποικιλία στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων. Συνοδεύεται από απώλεια της φυσιολογικής δομής και αύξησης του αριθμού των κυττάρων και είναι αναστρέψιμη. Π.χ η αποδιοργάνωση και πάχυνση του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας μετά από τραχηλίτιδα.

Η **αναπλασία** είναι η μεγαλύτερη αύξηση της ποικιλίας στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων απ' ότι στη δυσπλασία. Επίσης η ύπαρξη υπερχρωματιζών πυρήνων που δεν είναι αναστρέψιμη και παρατηρείται στις κακοήθεις νεοπλασίες.

Η **παρακεράτωση** είναι η ύπαρξη επιπολής ζώνης κερατινοποιημένου επιθηλίου, με ύπαρξη πυρήνων στα κύτταρα.

Η **υπερκεράτωση** ή λευκοπλακία είναι η ύπαρξη μιας επιπολής στοιβάδας κερατινοποιημένων κυττάρων χωρίς ορατούς πυρήνες.

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

Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία τραχήλου (Cervical Intraepithelial Neoplasia – CIN). Στον προηγούμενο όρο περιλαμβάνονται όλες οι διαταραχές που συμπεριλαμβάνονται στους όρους δυσπλασία για καρκίνωμα **in situ**. Η καθιέρωση του όρου CIN έγινε γιατί σημειώθηκε εξελικτική πορεία των δυσπλαστικών αλλοιώσεων προς καρκίνωμα **in situ**. Η μετάπτωση μιας ήπιας δυσπλασίας σε ένα **in situ** καρ-

κίνωμα απαιτεί κατά μέσο όρο γύρω στα 7 χρόνια, ενώ η μετάπτωσησή του σε διηθητικό καρκίνωμα απαιτεί κατά μέσο όρο διπλάσιο χρονικό διάστημα.

Σ' αυτή βρίσκουμε άτυπα κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και διακρίνεται σε **ελαφρά (CIN I)**, **μέτρια (CIN II)** και **βαριά (CIN III)** ανάλογα με το πάχος του επιθηλίου που περιέχει τα άτυπα κύτταρα. Στους τρεις τύπους της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου, διακρίνουμε:

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

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

Στον CIN III: υπάρχει ωριμότητα στα κύτταρα εντοπισμένη στο άνω 1/3 του επιθηλίου. Κύριο χαρακτηριστικό είναι οι ανωμαλίες των πυρήνων και οι μιτωτικές εικόνες σε όλο το πάχος του επιθηλίου και πολυμορφισμός.

Προδιηθητικό καρκίνωμα: αντιστοιχεί στο CIN III και υπάρχουν άτυπα κύτταρα σε όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου. Η βασική μεμβράνη του τραχήλου που βρίσκεται κάτω από αυτό και είναι ακύταρη, δεν έχει προσβληθεί. Με αυτή τη μορφή ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει 8–10 χρόνια και να είναι ασυμπτωματικός.

Μικροδιηθητικό καρκίνωμα: υπάρχουν ατυπίες κυττάρων σε ολόκληρο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου, και σε μικρή έκταση στη βασική μεμβράνη. Επίσης υπάρχουν μικροδιηθήσεις με τη μορφή βελόνων ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο που δεν ξεπερνούν τα 3 χιλ. και δεν διηθούν αγγεία ή λεμφαγγεία.

Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές: Αυτό ανέρχεται σε ποσοστό 90–95% των πρωτοπαθών νεοπλασμάτων του τραχήλου. Σε αυτόν τον τύπο ο καρκίνος αφού έχει διηθήσει τη βασική μεμβράνη, φτάνει στο μυϊκό στρώμα του τραχήλου και προχωρεί με διήθηση ή λεμφογενή ή αιματογενή μετάσταση.

Το διηθητικό καρκίνωμα μπορεί να αναπτυχθεί από το πλακώδες αυτόχθονο ή μεταπλαστικό επιθήλιο της επιφάνειας του τραχήλου σαν μια θηλωματώδης ή πολυποειδής εκβλάστηση. Μπορεί η ανάπτυξη του να είναι κυρίως ενδοφυτική και να διηθεί τους προκείμενους ιστούς, χωρίς εμφανή επιφανειακή ανάπτυξη.

Ο επιδερμοειδής τύπος ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησης των κυττάρων του διακρίνεται:

Σε καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στον πρώτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία, μεσοκυττάρια γέφυρες, σφαίρες κυτταρίνης και μιτώσεις λιγότερες από δύο.

Σε μέτρια διαφοροποιημένο καρκίνωμα, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στο δεύτερο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζουν μέτρια ποικιλομορφία, λίγες μεσοκυττάρια γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και 2-4 μιτώσεις.

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

Σε αδενοκαρκίνωμα που αποτελεί το 5% των καρκίνων του τραχήλου. Αυτό αρχίζει από το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου και διακρίνεται σε καλής, μέτριας, και χαμηλής διαφοροποίησης. Διηθεί του κάτω από τη βλάβη ιστούς και επεκτείνεται στη μήτρα, στον κόλπο και στα παραμήτρια.^{5,6}

2.2.1 Σπάνια νεοπλάσματα του τραχήλου

Εκτός από τα καρκινώματα που αποτελούν τη πλειοψηφία των κακοήθων νεοπλασμάτων του τραχήλου, σπάνια είναι δυνατό να αναπτυχθούν και άλλα νεοπλάσματα.

Τα κυριότερα από αυτά είναι οι κακοήθεις μιζοί όγκοι του Müller (Müllerian tumors), το καρκινοσάρκωμα και το λειομυοσάρκωμα, αντίστοιχα με αυτά που παρατηρούνται στο σώμα της μήτρας.

Επίσης είναι δυνατόν να αναπτυχθούν στο τραχήλο καρκινοειδές και κακοήθες μελάνωμα.⁵

2.3 Φλεγμονές του τραχήλου της μήτρας και καρκινογένεση

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εξακολουθεί να παραμένει ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας σε νέες, σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες, παρά την ευρέως εφαρμοζόμενη κυτταρολογική εξέταση (screening test), των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων.

Η φλεγμονή του τραχήλου χαρακτηρίζεται ως **τραχηλίτιδα** και διακρίνεται σε οξεία ή χρόνια. Πρόκειται για μια από τις πιο συχνές γυναικολογικές παθήσεις.

Η **οξεία τραχηλίτιδα** συνυπάσχει με κολπίτιδα και εκδηλώνεται με αυξημένη κολπική έκκριση που συχνά είναι δύσοσμη, τοπικά συμπτώματα ερεθισμού και πιθανώς μικρή αιμόρροια μετά από επαφή. Μακροσκοπικά ο τράχηλος είναι ερυθρός και φλεγμαίνει. Μπορεί να καλύπτεται από πυώδη ή βλεννοπυώδη έκκριση και να είναι ευαίσθητος κατά τη γυναικολογική εξέταση. Οι συχνότεροι μικροοργανισμοί που αιτιολογικά σχετίζονται με τη πάθηση, μόνοι τους ή σε συνδυασμό μεταξύ τους, είναι: μύκητες (*Candida albicans*) ακτινομύκητες, αιμόφιλος του κόλπου, διάφορα αναερόβια, τριχομονάδες, χλαμύδια, μυκοπλάσματα, γονόκοκκος, μη ειδικά βακτηρίδια (εντερόκοκκοι, στρεπτόκοκκοι, σταφυλόκοκκοι) και ιοί (έρπητας και HPV)

Στις επιπλοκές της **χρόνιας τραχηλίτιδας** περιλαμβάνονται η συνεχής παθολογική κολπική υπερέκκριση, οι ανιούσες φλεγμονές του γεννητικού συστήματος, η τραχηλική στένωση και η στείρωση. Η εξαρτηματίτιδα και η πυελοπεριτονίτιδα συχνά συνοδεύουν τη γονοκοκκική και τη μετά σηπτική έκτρωση τραχηλίτιδα. Ταυτόχρονα με τη χρόνια τραχηλίτιδα είναι δυνατόν να υπάρχουν και φλεγμονές του κατώτερου και ανώτερου ουροποιητικού συστήματος. Η διάγνωση συμπληρώνεται με την εξέταση κατά Παπανικολάου και ενίοτε με κολποσκόπηση και βιοψία για να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο νεοπλασίας. Σημαντική βοήθεια παρέχει η δοκιμασία Schiller κατά την οποία επαλείφεται ο τράχηλος με διάλυμα Lugol, οπότε ο φυσιολογικός ιστός χρωματίζεται με το ιώδιο ενώ ο παθολογικός ελλείπει γλυκογόνου παραμένει αχρωμάτιστος.

Μικροοργανισμοί, οι οποίοι κατά καιρούς έχουν μελετηθεί για πιθανή συσχέτισή τους με ανάπτυξη τραχηλικής νεοπλασίας, είναι ο ιός του απλού έρπητα τύπου 2, τα χλαμύδια, η τριχομονάδα, οι μύκητες, η *Gardnerella vaginalis*, ο μεγαλοκυτταρικός ιός, ο ιός Epstein-Barr, το μυκόπλασμα, η *Prevotella bivia* και ορισμένα αναερόβια μικρόβια. Το ενδιαφέρον όμως των ερευνητών τα

τελευταία χρόνια έχει επικεντρωθεί στον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων και την εμπλοκή του στη τραχηλική καρκινογένεση.^{6,7}

Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)

Η λοίμωξη με HPV είναι η πλέον κοινή σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη. Υπολογίζεται ότι το 10-15% των γυναικών φέρουν ογκογόνα στελέχη του HPV (HPV 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58 και 66). Ο τύπος 16 είναι ο συχνότερος τύπος που ανιχνεύεται σε σοβαρού βαθμού ενδοεπιθηλιακή τραχηλική νεοπλασία, καθώς και σε διηθητικό καρκίνωμα. Ο τύπος 16 ανευρίσκεται στο 50% του τραχηλικού καρκίνου εκ πλακωδών κυττάρων και στο 30% περίπου του αδενοκαρκινώματος.

Πέραν των επιδημιολογικών δεδομένων, στοιχεία που αποδεικνύουν την αδιαμφισβήτητη σχέση HPV και τραχηλικής νεοπλασίας είναι η ικανότητα του γονιδιακού υλικού να μεταγράφεται συνεχώς μέσα στα καρκινικά κύτταρα και σε κυτταρικές σειρές τραχηλικών καρκινικών κυττάρων.⁸

Ιός του απλού έρπητα (HSV)

Ο ιός του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV-2) είχε θεωρηθεί τις δεκαετίες του 1960 και 1970, βάσει επιδημιολογικών μελετών, ως ο κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας της τραχηλικής νεοπλασίας. Η ανάπτυξη πλέον μοντέρνων μοριακών βιολογικών τεχνικών από τη δεκαετία του 1980 και εντεύθεν επέτρεψε τη καλύτερη μελέτη του θέματος με τη δυνατότητα προσδιορισμού του υλικού DNA μέσα στα καρκινικά κύτταρα. Από τα αποτελέσματα των περισσότερων προσφάτων εργασιών, δεν φαίνεται να υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ του HSV-2 και του τραχηλικού καρκίνου. Παρόλου που η αυξημένη συχνότητα αντισωμάτων έναντι του HSV-2 ως συνεργικού παράγοντα παραμένει.

Ιός Epstein-Barr (EBV)

Ο ιός Epstein-Barr ανήκει στην ομάδα των ερπητοϊών. Το 1986 αναφέρθηκε ότι ο ιός μπορεί να εντοπίζεται στον τράχηλο της μήτρας και θα μπορούσε μάλιστα

να παίζει κάποιο ρόλο στη καρκινογένεση. Στην πλέον πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη (των Dillner και των συνεργατών του, 1994) δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση του ιού με τον καρκίνο του τραχήλου. Αντίθετα ο Yoichiro εξετάζοντας το θέμα από την ανοσολογική του πλευρά, υποστηρίζει ότι ο ιός Epstein-Barr εμπλέκεται στη ανοσολογική απάντηση του οργανισμού σε περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου.

Χλαμύδια

Μερικοί ερευνητές έχουν αναφέρει τα χλαμύδια ως σημαντικό ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για ενδοεπιθηλιακή τραχηλική νεοπλασία. Ο Chakraborti και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι τα χλαμύδια ευθύνονται για δυσπλασία του τραχήλου ή λειτουργούν ως προγνωστικός δείκτης για ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία.

Εάν η χλαμυδιακή φλεγμονή έχει όντως κάποιο ρόλο στην εξέλιξη της καρκινογένεσης, αυτός θα μπορούσε να είναι δευτεροπαθής και να αφορά την επίδραση της ελάττωσης της ανοσολογικής κατάστασης του επιθηλίου που παρατηρείται κατά τη διεργασία της επανορθωτικής μεταπλασίας που προκαλείται από οξεία ή χρόνια τραχηλίτιδα.

Τριχομονάδα

Σε ζυτταρολογική προοπτική μελέτη του 1992 (Gram και συνεργ.) φαίνεται να υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στη φλεγμονή από τριχομονάδα και στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Πάντως η όποια δράση της τριχομοναδικής φλεγμονής στην καρκινογένεση θα μπορούσε να αποδοθεί στις νιτροαμίνες που παράγονται από τη μικροβιακή χλωρίδα στα επεισόδια της φλεγμονής.

Αναερόβιοι μικροοργανισμοί

Έχει σημειωθεί ότι γυναίκες με CIN έχουν υψηλότερες συγκεντρώσεις αναερόβιων μικροοργανισμών στον κόλπο. Ο πόλος των αναερόβιων μικροοργανισμών στην ανάπτυξη της CIN πιθανόν να μην σχετίζεται με άμεση δράση των μικρο-

βόων, αλλά με την επίδραση μεταβολικών υποπροϊόντων των αναεροβίων στον τραχηλικό ιστό. Έχει υποστηριχθεί ότι νιτροαμίνες που παράγονται από τη μικροβιακή γλωρίδα στα επεισόδια φλεγμονής από αναερόβια ή από τριχομονάδα εμπλέκονται στη παθογένεση του τραχηλικού καρκίνου.

Μυκόπλασμα

Ιδιαίτερα περιορισμένα είναι τα βιβλιογραφικά δεδομένα για τον ρόλο του μυκοπλάσματος στην τραχηλική καρκινογένεση. Η πρώτη αναφορά έγινε από τους March και τους συνεργάτες του, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι γυναίκες με ανώμαλη κυτταρολογική εικόνα στον τράχηλο συχνά παρουσίαζαν κολποτραχηλική φλεγμονή από μυκόπλασμα. Η παρατήρηση αυτή ενισχύεται και από τα ευρήματα των Guijon και των συνεργατών του (1992) ότι γυναίκες με ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τράχηλου έχουν μεγαλύτερη συχνότητα φλεγμονής από μυκόπλασμα.^{5, 7, 8, 9, 10}

Κεφάλαιο 3

3.1 Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος τραχήλου είναι η τρίτη σε συχνότητα κακοήθεια στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου, ενώ τα προηγούμενα χρόνια κατείχε τη δεύτερη θέση. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 25 από όλες τις γυναίκες άνω το 40 έτος έχουν τη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου. Η μέση ηλικία των γυναικών που προσβάλλονται από διηθητικό καρκίνο είναι τα 45 χρόνια, ενώ η μέση ηλικία προσβολής από προδιηθητικό καρκίνο είναι σημαντικά μικρότερη.

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας αποτελεί νόσο που μπορεί να προληφθεί. Το επιχείρημα αυτό στηρίζεται στη άποψη ότι οι ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες, οι οποίες προηγούνται του διηθητικού καρκίνου, είναι αναγνωρίσιμες και θεραπεύσιμες.

Η συχνότητα ανάπτυξης του καρκίνου του τραχήλου ποικίλλει ανάλογα με την εθνική ή κοινωνική ομάδα των γυναικών. Έτσι παρατηρείται σπανιότερα σε Εβραίες ή Μουσουλμάνες. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει λόγω της περιτομής των ανδρών σε αυτές τις φυλές, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται καλύτερη τοπική υγιεινή και να μειώνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης νεοπλασίας.

Συχνότερα δε παρατηρείται σε γυναίκες της μαύρης φυλής. Η διαφορά αυτή της συχνότητας ανάπτυξης του καρκινώματος του τραχήλου φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες αυτών των ομάδων παρά με τη γεωγραφική κατανομή.

Για τη πρόληψη κάθε ασθένειας υπάρχουν διάφορα προγράμματα ελέγχου του πληθυσμού (screening programmes). Ο προληπτικός έλεγχος του πληθυσμού είναι διαφορετικός από τη Διαγνωστική Ιατρική και βασίζεται στην εφαρμογή ειδικών δοκιμασιών σε υγιή και ασυμπτωματικά άτομα με σκοπό την ανεύρεση νόσου. Οι δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται στα προγράμματα ελέγχου πρέπει να είναι απλές. Σκοπός της εφαρμογής αυτών των τεστ δεν είναι η ακριβής διάγνωση της νόσου αλλά η ανεύρεση ατόμων με υποψία νόσου, τα οποία θα υποβληθούν σε περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1985 καταγράφηκαν 4496 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου. Από αυτές το 84% των γυναικών ήταν της ηλικίας 35 ετών και άνω. Περίπου 9000 γυναίκες προσβλήθηκαν από προδιηθητικό καρκίνο. Η πλειοψηφία το 87% ήταν γυναίκες νεαρής ηλικίας κάτω των 45 ετών (Austoker and McPherson, 1992). Το ποσοστό θνητότητας της νόσου μειώνεται σημαντικά. Τη περίοδο 1985–1991 υπήρχε μείωση 15% των θανάτων από καρκίνο τραχήλου της μήτρας στην Αγγλία και στην Ουαλία (ICRF, Νοέμβριος 1992c).

Προγράμματα ελέγχου του πληθυσμού (screening programmes) έχουν τεθεί σε εφαρμογή στην Ευρώπη και στη Βόρειο Αμερική τα τελευταία 20 χρόνια. Ο έλεγχος των τραχηλικών επιχρισμάτων ξεκίνησε το 1964 στο Ηνωμένο Βασίλειο με μικρό βαθμό αποτελεσματικότητας. Η πλειοψηφία των γυναικών που ανέπτυξαν διηθητικό καρκίνο του τραχήλου δεν συμμετείχαν στα προγράμματα ελέγχου του πληθυσμού ή συμμετείχαν ανά 5 έτη. Τον Ιανουάριο του 1988 το Υπουργείο Υγείας και των Κοινωνικών Ασφαλίσεων (DHSS) του Ηνωμένου Βασιλείου, εφάρμοσε τακτικό έλεγχο των γυναικών με σκοπό τη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου και τη θεραπεία προκαρκινικών παραγόντων. Ο Διεθνής Σύνδεσμος Έρευνας για τον Καρκίνο υπολογίζει ότι ο έλεγχος των γυναικών 20–64 ετών πρέπει να γίνεται κάθε 3 χρόνια και όχι κάθε 5 χρόνια. Κατά αυτόν τον τρόπο υπολογίζεται να μειωθεί η εμφάνιση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας έως 91%.

3.1.1 Αιτιολογικοί – Προδιαθεσικοί Παράγοντες

Η αιτιολογία και η παθογένεση του καρκίνου του τραχήλου έχουν απασχολήσει και απασχολούν σε σημαντικό βαθμό την ιατρική επιστήμη. Οι γνώσεις μας στηρίζονται σε κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες.

Οι μελέτες αυτές δείχνουν χωρίς αμφιβολία ότι το καρκίνωμα του τραχήλου σχετίζεται με το σεξουαλικό ιστορικό της ασθενούς και του / των ερωτικών της συντρόφων, το κάπνισμα, τη μέθοδο αντισύλληψης κ.α. Έχει διαπιστωθεί ότι δεν παρατηρείται στις παρθένες, ενώ αντίθετα σχετίζεται με το γάμο σε μικρή ηλικία, την ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών, τη συχνότητά τους, τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, τη μικρή ηλικία κατά τη πρώτη κύηση και τον αριθμό κυήσεων.

Έτσι έχει διαπιστωθεί ότι δεν παρατηρείται στις παρθένες, ενώ αντίθετα σχετίζεται με το γάμο σε μικρή ηλικία, την ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών, τη συχνότητά τους, τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, τη μικρή ηλικία κατά τη πρώτη κύηση και τον αριθμό κυήσεων. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει λόγω της περιτομής των ανδρών σε αυτές τις φυλές, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται καλύτερη τοπική υγιεινή και μικρότερος κίνδυνος ανάπτυξης νεοπλασίας.

Ένας άλλος παράγοντας, που έχει μελετηθεί, είναι ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων. Όσο αυξάνεται ο αριθμός αυτός, τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος αναπτύξεως νεοπλασίας στον τραχήλο. Μεγάλο ενδιαφέρον έχει η αναφορά των Schachter και Angham, στην οποία επισημαίνεται ότι η συχνότητα εμφάνισης CIN σε νεαρές Ισραηλίτισσες πλησιάζει την αντίστοιχη συχνότητα των Δυτικών Χωρών και αυτό είναι σε άμεση σχέση με την αλλαγή σεξουαλικών συνηθειών στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Τα ανωτέρω οδηγούν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει κάποιος «σεξουαλικώς μεταδιδόμενος» αιτιογόνος παράγων.

Το **κάπνισμα** είναι ένας αιτιολογικός παράγων που ευθύνεται για τις επιθηλιακές νεοπλασίες του τραχήλου της μήτρας. Γυναίκες που κάπνιζαν περισσότερα από 15 τσιγάρα ημερησίως έχουν 7,2 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο τραχήλου μήτρας. Δεν είναι εξακριβωμένο εάν κάποια συστατικά του καπνού δρουν ως καρκινογόνα ή εάν μειώνεται η ανοσία σε επίπεδο ιστού. Η νικοτίνη έχει ανευρεθεί στη τραχηλική βλέννη.

Η πιθανή αιτιοπαθογενετική σχέση των **ϊών HPV** (Human Papilloma Virus) με τις επιθηλιακές νεοπλασίες του τραχήλου της μήτρας, δεν έχει διευκρινισθεί ακόμη. Η ανίχνευση πάντως των στελεχών του ιού σε μεγάλο τμήμα του πληθυσμού (με τη μέθοδο του υβριδισμού και τη μέθοδο PCR – Polymerase Chain Reaction) συνετέλεσε σε σοβαρές επιφυλάξεις στο παραπάνω θέμα. Ο ιός αυτός μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο αλλά απαιτείται παράλληλα και η ύπαρξη κάποιων συνεργών παραγόντων(κάπνισμα, άγνωστα καρκινογόνα) και κάποιος βαθμός ανοσοκαταστολής γενικά ή σε ιστικό επίπεδο.

Η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου. Μελέτη του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας αναφέρει ελαφρά αύξηση του κινδύνου μετά από χρήση αντισυλληπτικών για κάποιο χρονικό διάστημα. Ο παραπάνω παράγοντας εξαρτάται άμεσα με την ηλικία πρώτης

επαφής, τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, το κάπνισμα κ.λ.π. Απαραίτητη είναι η κυτταρολογική εξέταση σε άτομα που παίρνουν αντιουλληπτικά.

Άλλος παράγων είναι το **επάγγελμα του συζύγου**, όπου άνδρες που απουσιάζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα από το σπίτι τους(π.χ ναυτικοί) είναι σύζυγοι υψηλού κινδύνου, αφού είναι πιθανό να έχουν πολλές εξώγαμες σχέσεις. Επίσης πολλές φορές υπάρχει κίνδυνος, που σχετίζεται με πιθανές καρκινογόνες ουσίες, στις οποίες εκτίθενται άνδρες λόγω του επαγγέλματός τους (μέταλλα, χημικές ουσίες, πίσσα, έλαια μηχανών).^{5, 9, 10}

Διαιτολογικές συνήθειες είναι πιθανοί παράγοντες καρκινογένεσης. Αυξημένος κίνδυνος δυσπλασίας παρατηρείται σε γυναίκες με χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Α, C. Φυλλικό οξύ συνίσταται σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου καθώς η χορήγησή του αναστρέφει τις προκακοήθειες τραχηλικές αλλαγές. Επίσης μειωμένα ποσά β-καροτίνης ανιχνεύθηκαν στον ορό του αίματος γυναικών με CIN. Βέβαια αυτή η μείωση δεν ήταν πραγματική αλλά σχετιζόταν με κάπνισμα και ηλικία.

Η διαιθυλοστιλβιστρόλη σε έγκυες γυναίκες μπορεί να προκαλέσει καρκίνο στα κορίτσια που θα γεννηθούν όταν αυτά θα βρίσκονται στην εφηβεία ή θα είναι μεγαλύτερα.

Η γενικευμένη **ανοσοκαταστολή του οργανισμού**. Αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυξημένη συχνότητα εμφάνισης τόσο ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας όσο και διηθητικού καρκίνου. Γυναίκες με μεταμόσχευση νεφρού έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης CIN III, ενώ γυναίκες με AIDS έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης CIN, όταν υπάρχει ανοσοκαταστολή.

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της γυναίκας. Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας, βρέθηκε συχνότερος στις φτωχότερες τάξεις, είτε γιατί η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής είναι πρόωμη είτε γιατί στερούνται προληπτικού ελέγχου. Τέλος λόγω πιθανής κακής υγιεινής.

Προσωπικότητα: Πολλές μελέτες δείχνουν πως ορισμένου τύπου προσωπικότητες είναι πιο επιρρεπείς από άλλες στην ανάπτυξη διαφόρων τύπου καρκίνου. Η έννοια της προσωπικότητας είναι ασαφής και συγκεκριμενοποιείται στη πράξη με την αξιολόγηση ορισμένων παραμέτρων του «ψυχολογικού σκελετού» του ατόμου.

Σημειωτέον δε, ότι ορισμένοι τύποι καρκίνου, όπως των γυναικείων γεννητικών οργάνων και του πνεύμονος εκδηλώνονται υπολανθάνοντας προδιαθεσική προσωπικότητα με τα εξής γνωρίσματα:

- Μη εκδηλούμενη εχθρικήτητα
- Καταπίεση αρνητικών συναισθημάτων π.χ θυμού
- Αδύναμο εγώ
- Τάση για κυριαρχικότητα

Ο τύπος της προσωπικότητας καθορίζει στο μέγιστο βαθμό την υιοθέτηση συνηθειών ή τύπων κοινωνικής συμπεριφοράς που εκθέτουν το άτομο στην επίδραση καρκινογόνων χημικών ή άλλων ουσιών(κάπνισμα, διατροφή).^{8,9,11}

Stress

Η συρροή ψυχοπιεστικών γεγονότων προδιαθέτει στην ανάπτυξη της νεοπλασίας. Μελέτες στον τομέα της πειραματικής καρκινογένεσης (Rilley) έδειξαν ότι το 92% των ποντικών που υποβλήθησαν σε συνθήκες stress ανέπτυξαν το νεόπλασμα. Ψυχοτραυματικά γεγονότα συνδεδεμένα με απώλεια, όπως θάνατος, επώδυνος χωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο, απώλεια σημαντικού ρόλου στη προσωπική ζωή κ.α σχετίζονται θετικά με την ανάπτυξη της νεοπλασίας.

Μια από τις υποθέσεις συνδέει το stress με το επίπεδο της ψυχοκοινωνικής. Το stress τροποποιεί το συναίσθημα, τη κοινωνική συμπεριφορά αλλά και τις ανοσοβιολογικές αντιδράσεις. Το stress αυξάνει την επινεφριδιακή δραστηριότητα προκαλώντας δε ελλειμματική λειτουργία των T-λεμφοκυττάρων και επιπρόσθετα στη νεοπλασματική εξεργασία.

Για καλύτερη κατανόηση χωρίζουμε τον γυναικείο πληθυσμό σε ομάδες χαμηλού και υψηλού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.^{11,12}

Ομάδα χαμηλού κινδύνου

- Μη σεξουαλική δραστηριότητα.
- Γυναίκες με ολική υστερεκτομία και αφαίρεση τραχήλου.
- Γυναίκες άνω των 60 ετών με συστηματικό έλεγχο τέστ Παπανικολάου.⁹

Ομάδα υψηλού κινδύνου

- Πρόωρη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας <17 ετών.

- Πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι.
- Κύηση σε πρώιμη ηλικία.
- Λήψη κορτικοστεροειδών, μεταμόσχευση νεφρού, χημειοθεραπεία για άλλο τύπο καρκίνου, AIDS.
- Ιστορικό κονδυλωμάτων γεννητικών οργάνων
- Στείρωση σαλπιγγικής ατιολογίας
- Ερωτικοί σύντροφοι που έχουν ή είχαν κονδυλώματα στο πέος ή ερωτικούς συντρόφους που έπασχαν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.^{10,11}

3.1.2 Κλινική εικόνα – Διάγνωση

Οι ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις (CIN) και ο διηθητικός καρκίνος στα αρχικά στάδια είναι ασυμπτωματικά. Η εμφανής νόσος παρουσιάζεται σαν εξέλκωση, διάβρωση ή εξωφυτικός όγκος στην περιοχή του τραχήλου ή σαν καθολική διόγκωση του τραχήλου όταν ο όγκος επεκτείνεται στον ενδοτράχηλο. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι:

- Κολπική αιμόρροια μετά την επαφή.
- Δύσομη κολπική υπερέκκριση.
- Μητρορραγία.
- Μετεμηνοπαυσιακή αιμόρροια.

Στα προχωρημένα στάδια η συμπτωματολογία είναι ανάλογη της επέκτασης της νόσου:

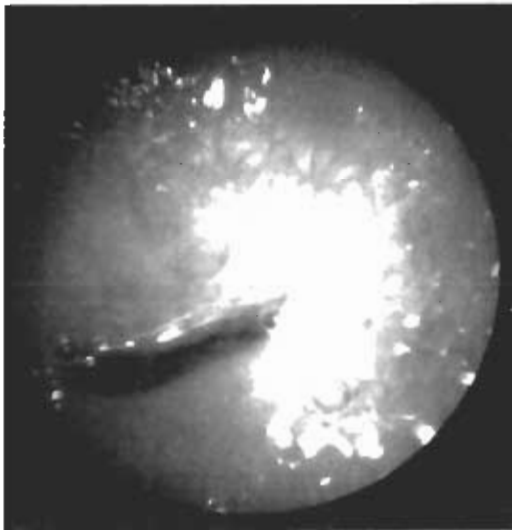
- Πόνος.
- Οίδημα κάτω άκρων(από διήθηση λεμφογαγγλίων).
- Αιματουρία, δυσουρία.
- Νεφρική ανεπάρκεια.
- Αιμορραγία από το ορθό.
- Καχεξία.
- Ουραιμία (από πίεση των ουρητήρων στα τελικά στάδια).

Η τελική διάγνωση τίθεται μόνο μετά λήψη βιοψίας και ιστολογική εξέταση του δείγματος.^{6,9}

Σε καρκίνους που αρχίζουν από τον ενδοτράχηλο και δεν φαίνονται καλά γίνεται τμηματική απόξεση,(λήψη ξεχωριστού δείγματος από τον ενδοτράχηλο και ξεχωριστού από το ενδομήτριο),για τη κατανόηση της εξάπλωσης της νόσου.

Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου γίνεται πάντοτε με ιστοληψία από την περιοχή που πάσχει με τη βοήθεια ειδικής λαβίδας βιοψίας ή του χειρουργικού μαχαιριδίου.

Όταν η καρκινική βλάβη δεν είναι φανερή με το μάτι τότε μας βοηθάει η **κολποσκόπηση**. Το κολποσκόπιο είναι ένα οπτικό όργανο σαν διόπτρες(κυάλια) που κάνει μεγέθυνση 10–20 φορές στον τράχηλο. Με τη κολποσκόπηση θα τεθούν διαγνωστικά, επακριβώς τα όρια της βλάβης και θα γίνουν βιοψίες από τα ύποπτα σημεία. Η υποψία ενός πρώιμου διηθητικού καρκίνου αρχίζει από ανώμαλες πορείες των αγγείων της επιφάνειας του τραχήλου που εμφανίζεται σαν κόμια ή έλικες. Επίσης με κολποσκοπικό έλεγχο είναι σωστό να εφαρμόζονται και οι συντηρητικές μέθοδοι θεραπείας της CIN. Ιδιαίτερη σημασία έχει η επισκόπηση της ζώνης μετατροπής διότι εάν αυτή είναι μέσα στον τραχηλικό αυλό, τότε πρέπει να ελέγχεται με μικροβιτεροσκόπιο ή να γίνεται διαγνωστική απόξεση του ενδοτραχήλου.



Εικόνα 6

Ιστολογική διάγνωση CIN II
Κολποσκοπική εικόνα τραχήλου
γυναίκας 24 ετών

Κολποσκοπικά ευρήματα

I	Φυσιολογικά Ευρήματα (πλακώδες επιθήλιο, κυλινδρικό επιθήλιο μεταπλαστικό επιθήλιο)
II	Παθολογικά Ευρήματα α) Εντός ζώνης μετάπλασης (λευκάζον επιθήλιο, διάστιξη, μωσαϊκό, λευκοπλακία, ατυπία αγγείων, αρνητική χρώση ιωδίου) β) Εκτός ζώνης μετάπλασης
III	Υποψία διηθητικού καρκίνου
IV	Ανεπαρκής κολποσκόπηση (μη ορατά όρια ζώνης μετάπλασης, έντονη φλεγμονή, τραχήλος μη ορατός)
V	Διάφορα ευρήματα (μικροθηλώδης επιφάνεια, εξωφυτικό κονδυλώμα, φλεγμονή, ατροφία, εξέλκωση κ.ά.)

Δοκιμασία Sciller: είναι η επάλειψη του τραχήλου με διάλυμα lugol. Η επιφάνεια του φυσιολογικού τραχήλου χρωματίζεται καφεκίτρινη γιατί το φυσιολογικό τραχηλικό επιθήλιο περιέχει γλυκογόνο. Αντίθετα οι περιοχές με παθολογικές βλάβες που δεν περιέχουν γλυκογόνο, παραμένουν αχρωμάτιστες και είναι νεοπλάσματα, εκτρόπια, διαβρώσεις ή κυστικά διογκωμένοι αδένες.

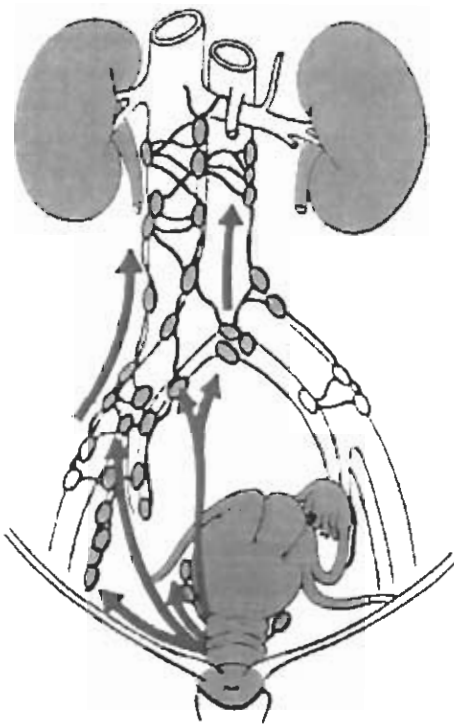
Κατά την επισκόπηση του τραχήλου πολλές παθολογοανατομικές βλάβες μπορεί να μοιάζουν με καρκίνο. Τέτοιες καταστάσεις είναι το τραχηλικό εκτρόπιο, η οξεία και χρόνια τραχηλίτιδα, τα κονδυλώματα, η τραχηλική φυματίωση, εξέλκωση από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (σύφιλη).

Βιοψία πρέπει να γίνεται σε κάθε θετική περιοχή κατά **Sciller** και σε κάθε εξέλκωση, κοκκίωση, θηλώδη ή οζώδη αλλοίωση, για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του διηθητικού καρκίνου στις περισσότερες περιπτώσεις. Όταν υπάρχουν επαναλαμβανόμενα αποτελέσματα ύποπτα για κακοήθεια πρέπει να γίνεται βιοψία από τα 4 τεταρτημόρια του τραχήλου ή κωνοειδής εκτομή.^{8,12,13}

3.1.3 Τρόποι επέκτασης της νόσου

Τοπική επέκταση(κατά συνέχεια ιστού): υποκείμενοι ιστοί (στάδιο Ια ή μικροδιηθητικό καρκίνωμα), κολπικός θόλος, κολπικό τοίχωμα (ουροδόχος κύστη και ορθό), κοιλότητα μήτρας, παραμήτριο και πλατείς σύνδεσμοι. Κατά συνέχεια ιστού επίσης διηθούνται τα λεμφαγγεία και οι λεμφαδένες που περιέχονται στο πλάγιο παραμήτριο(παρατραχηλικοί και παραμητριοί λεμφαδένες).

Λεμφογενής μετάσταση: πνευλικοί λεμφαδένες (παρατραχηλικοί και παραμητριοί), θυροειδείς, λαγόνιοι (έσω και έξω), ιεροί και παρα-αορτικοί λεμφαδένες.



Εικόνα 7

Τρόποι επέκτασης της νόσου
Λεμφογενής διασπορά του καρκίνου
του τραχήλου στους πνευλικούς
και παρα-αορτικούς λεμφαδένες

Αιματογενής μετάσταση: οστική, εγκεφαλική και πνευμονική. Η αιματογενής διασπορά είναι λιγότερο συχνή. Συνήθως αφορά πολύ προχωρημένα στάδια ή να συμβεί μετά τη θεραπεία της πρωτοπαθούς νόσου και συχνά άνευ τοπικής υποτροπής. Συνηθέστερη εντόπιση είναι στους πνεύμονες. Είναι σπανιότερη στο πλακώδες καρκίνωμα και συχνότερη στο αδενοκαρκίνωμα ή άλλους ιστολογικούς τύπους.^{5,6,7}

3.1.4 Παρακλινικές εξετάσεις

Παρακλινικές εξετάσεις αποδεκτές από τη Διεθνή Ομοσπονδία Μαιευτήρων

– Γυναικολόγων (FIGO) για τη σταδιοποίηση της νόσου είναι:

- Γενική εξέταση αίματος.
- Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών, ουρίας, κερατινίνης ορού.
- Έλεγχος πήξης αίματος, χρόνος προθρομβίνης.
- Ακτινογραφία θώρακος.
- Ηπατικές δοκιμασίες(προσβολή του ήπατος).
- Καρκινικοί δείκτες.
- Ενδοφλέβια πνευμογραφία.
- Κυστεοσκόπηση και πρωκτοσκόπηση.
- Λεμφαγγειογραφία (για την εκτίμηση της λεμφογενούς διασποράς).
- Αξονική ή μαγνητική τομογραφία CT–MRI (για την εκτίμηση του μεγέθους του όγκου,την επέκταση στους παραμητρικούς ιστούς και τη κατάσταση των λεμφαδένων).
- Υστεροσκόπηση.
- Λαπαροσκόπηση.^{1, 7, 8, 9}

3.1.5 Σταδιοποίηση της FIGO

(Διεθνή Ομοσπονδία Μαιευτήρων – Γυναικολόγων)

για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας.

Στάδιο 0: Προδιηθητικός ή προκλινικός ή ενδοεπιθηλιακός καρκίνος(in situ).

Στάδιο Ia: Μικρή διήθηση του στρώματος(μικροκαρκίνωμα).

Στάδιο Ib: Εντόπιση στον τράχηλο σε οποιαδήποτε έκταση.

Στάδιο IIa: Διήθηση άνω τριτημορίου κόλπου.

Στάδιο IIβ: Διήθηση παραμητρίου χωρίς να φθάνει στο πυελικό τοίχωμα.

Στάδιο III: Διήθηση μέχρι το τοίχωμα της πυέλου. Επέκταση στο κάτω τριτημόριο του κόλπου.(στην εξέταση από το ορθό δεν υπάρχει ελεύθερος χώρος μεταξύ όγκου και πυελικού τοιχώματος).

Στάδιο IV: Επέκταση εκτός πυέλου ή διήθηση βλεννογόνου ουροδόχου κύστης ή εντέρου.

Στάδιο IVα: Διήθηση βλεννογόνου ουροδόχου κύστης ή εντέρου.

Στάδιο IVβ: Διασπορά σε απομακρυσμένα όργανα.^{9, 10, 14}

3.1.6 Θεραπεία

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

- Η έκταση της νόσου όπως καθορίζεται από την κλινική σταδιοποίηση.
- Η ηλικία.
- Η γενική κατάσταση της ασθενούς.
- Η παρουσία συνυπάρχουσας παθολογικής κατάστασης.

Ο λεπτομερής κλινικο – εργαστηριακός έλεγχος σε συνδυασμό με την εκτίμηση ενός έμπειρου ογκολογικού συμβουλίου θα υπαγορεύει τη δέουσα θεραπευτική αντιμετώπιση. Η χειρουργική θεραπεία περιορίζεται στα αρχικά στάδια της νόσου (μέχρι το στάδιο Ια), ενώ η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα στάδια της νόσου.

Στάδιο Ια:

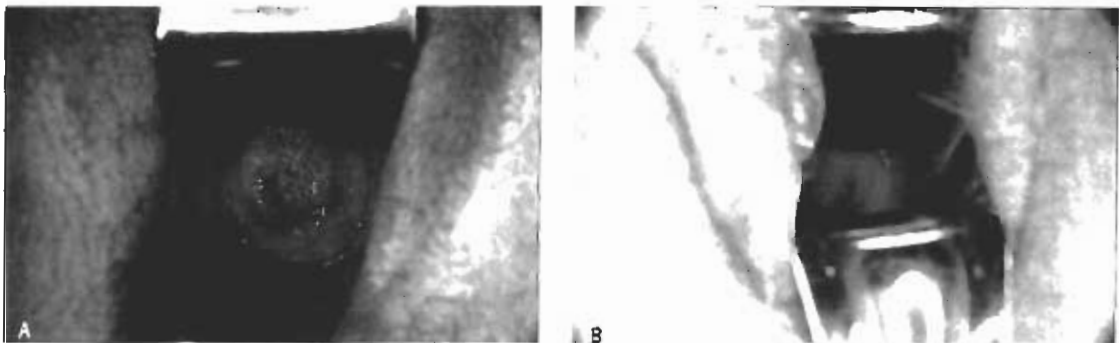
Η κωνοειδής εκτομή, (αφαίρεση μεγάλου τμήματος του τραχήλου), πρέπει να είναι η αρχική αντιμετώπιση ασθενών με πιθανή μικροδιηθητική βλάβη του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου.

Ο όρος κωνοειδή εκτομή περιλαμβάνει την κλασική κωνοειδή εκτομή με νυστέρι, την κωνοειδή εκτομή με laser, και την αφαίρεση αντίστοιχου τμήματος του τραχήλου με αγκύλη διαθερμίας. Σύμφωνα με τη σταδιοποίηση της FIGO, όταν το εύρος της βλάβης είναι < 7 χιλιοστά και το βάθος διήθησης δεν υπερβαίνει τα 3 χιλιοστά, τα όρια εκτομής υγιή και δεν υπάρχει διήθηση λεμφαγγείων, τότε η κωνοειδής εκτομή είναι θεραπευτική.

Σε περίπτωση που το βάθος είναι 3,1–5 χιλιοστά ή υπάρχει διήθηση λεμφαγγείων (ανέρχεται σε ποσοστό 15–20%), τότε η θεραπεία είναι ριζική υστερεκτομία με λεμφαδενικό καθαρισμό (εξαίρεση μήτρας, σαλπινγών, ωοθηκών και άνω τριτημόριο κόλπου). Σε νεαρές γυναίκες μπορεί να διατηρηθούν οι ωοθήκες για τη συνέχιση της ορμονικής λειτουργίας, γιατί το καρκίνωμα του τραχήλου πολύ σπάνια κάνει μεταστάσεις στις ωοθήκες στα *στάδια Ι και Ια*. Αν δε βρεθούν μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες, η χειρουργική θεραπεία θεωρείται

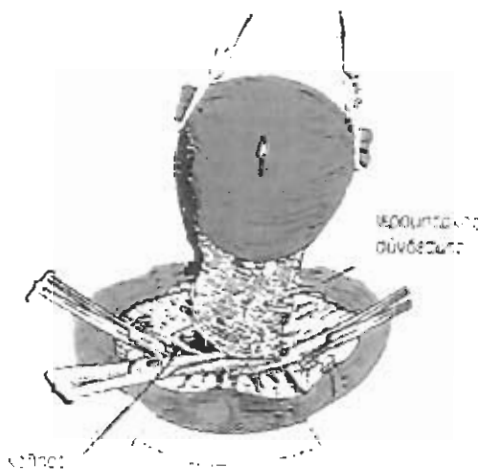
επαρκής ενώ η διήθηση των λεμφαδένων απαιτεί εξωτερική ακτινοβολία με (6°, βήτατρον).^{16, 17}

Στάδιο Ιβ, ΙΙα, ΙΙβ:



Εικόνα 8: CA τραχήλου μήτρας. Στάδιο Ιβ προ και μετά της ενδοκοιλιακής βραχυθεραπείας

Χειρουργική θεραπεία με ριζική κοιλιακή υστερεκτομία που περιλαμβάνει λεμφαδενικό καθαρισμό (εξαίρεση μήτρας, των εξαρτημάτων, των πλατέων συνδέσμων, των λεμφαδένων, των λεμφογαγγλίων, του λίπους των παραμητρίων και τουλάχιστο το 1/3 του κόλπου). Η θνησιμότητα της ριζικής υστερεκτομίας με λεμφαδενικό καθαρισμό έχει ελαττωθεί, κάτω από 1%. Οι βελτιώσεις στη χειρουργική τεχνική, που προφυλάσσουν την αιματώση των ουρητήρων και της ουροδόχου κύστης και η τοποθέτηση του μόνιμου καθετήρα στην κύστη έχουν ελαττώσει τη συχνότητα των ουρογεννητικών συριγγίων, που είναι η πιο συχνή επιπλοκή της επέμβασης, από 10% που ήταν παλαιότερα σε 3%. Σημαντικό ποσοστό ασθενών μετά τη ριζική υστερεκτομία λαμβάνουν συμπληρωματική ακτινοθεραπεία.



Εικόνα 9
Εξαίρεση της μήτρας
μετά από διατομή του κόλπου

Στάδιο III:

Η ακτινοθεραπεία είναι η μοναδική θεραπεία σε αυτό το στάδιο. Μια ικανοποιητική δόση ιονίζουσας ακτινοβολίας προσλαμβάνεται από τον όγκο και τους περιβάλλοντες ιστούς, με κατάτμηση και διανομή σε όλη τη πύελο, ώστε ο όγκος να καταστραφεί, αλλά η φυσιολογική λειτουργία και η δυνατότητα επούλωσης των παρακείμενων ιστών να μη διαταραχθεί. **Η επιτυχία της ακτινοθεραπείας βασίζεται σε 3 παράγοντες:**

- Τα καρκινικά κύτταρα είναι περισσότερο ευαίσθητα στην ιονίζουσα ακτινοβολία από τα υγιή.
- Ο υγιής ιστός έχει μεγαλύτερη δυνατότητα επούλωσης από ότι ο κακοήθης.
- Η ασθενής βρίσκεται σε καλή κατάσταση.

Το βέλτιστο αποτέλεσμα της ακτινοβολίας πάνω στον καρκινικό όγκο επιτυγχάνεται με την παρουσία καλής, άθικτης αιμάτωσης και ικανοποιητικής κυτταρικής οξυγόνωσης. Έτσι σε μεγάλου μεγέθους όγκους το περιφερικό τμήμα που οξυγονώνεται καλύτερα είναι πιο ακτινοευαίσθητο από το κεντρικό^{4, 10, 16}

Στάδιο IV:

Η θεραπεία για τα προχωρημένα στάδια του καρκίνου του τραχήλου παραμένει η ακτινοθεραπεία, συνδυάζοντας την εξωτερική ακτινοβολήση με τη βραχυθεραπεία.

Η εξωτερική ακτινοβολήση ολόκληρης της πύελου(τηλεθεραπεία) γίνεται με τις συσκευές Megavoltage σε δόσεις κυμαινόμενες 4000–5000 cGy και έχουν το μεγάλο πλεονέκτημα της ομαλής κατανομής της δόσης στην πύελο και ελάχιστης απορρόφησης από το δέρμα. Έτσι περίπου ένα μήνα μετά το πέρας της πλήρους εξωτερικής ακτινοβολήσης ο όγκος της νόσου περιορίζεται περισσότερο προς το κέντρο της πύελου.

Η βραχυθεραπεία ή ενδοκοιλιακή ακτινοβολήση επιτυγχάνεται με την εισαγωγή ενός κοίλου κυλινδρικού εφαρμογέα δια μέσου του τραχήλου στη μητρική κοιλότητα. Ο εφαρμογέας καθλώνεται και πληρούται με το ραδιενεργό υλικό. Σε περιπτώσεις προχωρημένης τοπικά νόσου, όπου η εισαγωγή του εφαρμογέα είναι αδύνατη ή η καθήλωσή του ανακριβής, χρησιμοποιούνται διακολλικά ή διαπερινεϊκά εμφυτεύματα ιριδίου (interstitial therapy).

Οι εγχειρήσεις πυελικής εξεντέρωσης(εκτός από την υστερεκτομία εξαιρείται η ουροδόχος κύστη και το ορθό) δεν είναι αποτελεσματικές, αφού η νόσος έχει ξεπεράσει πια τα όρια της πυέλου. Η μετεγχειρητική θνησιμότητα αυτών των ριζικών επεμβάσεων έχει ελαττωθεί στο 2,5% από 25% που ήταν στο παρελθόν και εφαρμόζονται σε περιπτώσεις που το νεόπλασμα δεν είναι ακτινευαίσθητο ή μετά αποτυχία της ακτινοθεραπείας.

Χημειοθεραπεία

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα χορηγούνται σε περιπτώσεις καρκινώματος του τραχήλου για να επιτευχθεί ο έλεγχος των μεταστάσεων και να συρρικνωθεί ο πρωτοπαθής όγκος πριν από την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία.

Κρυοθεραπεία

Είναι μια απλή μέθοδος θεραπείας που συνίσταται σε «βαθεία» ψύξη του τραχηλικού επιθηλίου, το οποίο με τον τρόπο αυτό καταστρέφεται. Η ψύξη εφαρμόζεται για 3 λεπτά, ακολουθεί μια διακοπή 5 λεπτών και στη συνέχεια ψύξη για άλλα 3 λεπτά. Σημειωτέον δε ότι πρέπει να επιτυγχάνεται ψύξη μέχρι 5 χιλιοστά περιφερικά της αλλοιώσεως. Με τη μέθοδο αυτή καταστρέφεται ο ιστός μέχρι βάθους 3 χιλιοστά. Το κύριο μειονέκτημα της μεθόδου είναι ότι δεν υπάρχει βεβαιότητα σχετικά με το βάθος στο οποίο καταστράφηκε ο ιστός. Η στένωση του τραχηλικού στομίου, που εμφανίζεται αρκετές φορές μετά από κρυοθεραπεία σε άτοκες γυναίκες και καθιστά δύσκολη τη λήψη του κυτταρολογικού επιχρίσματος από τον ενδοτράχηλο, είναι ένα άλλο μειονέκτημα της μεθόδου.

Ηλεκτροκαυτηριασμός

Είναι η καταστροφή του πάσχοντος επιθηλίου με τη θερμότητα. Για τον ηλεκτροκαυτηριασμό απαιτείται γενική νάρκωση. Υπάρχει δυνατότητα για έλεγχο του βάθους, μέχρι το οποίο καταστρέφεται ο ιστός. Χρησιμοποιείται ηλεκτρόδιο, με ειδική βελόνη στο άκρο του. Η καταστροφή του ιστού θεωρείται ικανοποιητική, από άποψη βάθους, όταν σταματά να εμφανίζεται βλέννη. Η επέμβαση απαιτεί συνήθως νοσηλεία μιας ημέρας και σπανίως εμφανίζονται επιπλοκές. Οι Channon και Rome ανακοίνωσαν αποτελέσματα, από τη χρήση της μεθόδου σε 1864 ασθενείς με CIN. Το ποσοστό πλήρους θεραπείας ήταν 97,3%, με μια μόνο συνεδρία.^{17, 18}

Laser– Εξάχνωση

Η χρήση των ακτίνων laser, στη θεραπεία των CIN, θεωρείται απολύτως επιτυχής. Απαραίτητες προϋποθέσεις, πριν επιχειρηθεί μια laser – εξάχνωση είναι οι εξής:

Το τεστ Παπανικολάου, η κολποσκοπική εκτίμηση και τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης των βιοψιών, πρέπει να συμφωνούν και να θέτουν με βεβαιότητα τη διάγνωση της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας.

Η κολποσκοπική εξέταση πρέπει να είναι ικανοποιητική δηλαδή να είναι δυνατή η πλήρης αξιολόγηση της ζώνης μεταπτώσεως.

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

Η εξάχνωση με laser έχει αρκετά πλεονεκτήματα:

- η καταστροφή των πέριξ ιστών είναι ελάχιστη σε σύγκριση με την κρυοπηξία και τον ηλεκτροκαυτηριασμό.,
- η συνολική μάζα του τραχήλου αποκαθίσταται πλήρως και
- η φλεγμονή είναι εξαιρετικά απάνια. Χρησιμοποιείται τοπική αναισθησία, η επέμβαση είναι καλώς ανεκτή και μόνο ένα 10% των ασθενών παραπονούνται για ελαφρά ενοχλήματα.

3.1.7 Καρκίνος του τραχήλου στην κύηση

Η προσέλευση μιας γυναίκας στον Γυναικολόγο για προγεννητικό έλεγχο, αποτελεί μια ευκαιρία για λήψη τεστ Παπανικολάου. Στην περίπτωση που πρόκειται για καρκίνωμα in situ, η κύηση αφήνεται να φθάσει στο τέρμα χωρίς να υπάρχει αντένδειξη για κολπικό τοκετό. Μετά τη λοχεία αντιμετωπίζεται η βλάβη, όπως και στις υπόλοιπες περιπτώσεις. Η κύηση φαίνεται να ασκεί προστατευτικό ρόλο στην εξάπλωση του καρκινώματος in situ.

Το διηθητικό καρκίνωμα εκδηλώνεται με κύριο σύμπτωμα την αιμορραγία, αλλά η διάγνωση διαφεύγει με τη σκέψη, ότι πρόκειται για αιμορραγία από την κύηση. Γι αυτό επιβάλλεται ο έλεγχος του τραχήλου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στο πρώτο τρίμηνο γίνεται ακτινοβολία με (κοβάλτιο) και αναμένεται να ακολουθήσει αυτόματη έκτρωση. Στο δεύτερο τρίμηνο γίνεται μικρή καισαρική

τομή για διακοπή της κύησης και ακολουθεί ακτινοβολία. Στο τρίτο τρίμηνο αποφασίζεται αν θα διακοπεί η κύηση ή θα αφηθεί το έμβρυο να γίνει βιώσιμο και μετά να εκτελεστεί καισαρική. Ριζική χειρουργική θεραπεία μπορεί να γίνει σε όλα τα τρίμηνα της εγκυμοσύνης, για τα στάδια I και IIα.

3.2 Παρακολούθηση ασθενών μετά την θεραπεία

Στα πρώτα τρία χρόνια μετά τη θεραπεία χρειάζεται κάθε τρίμηνο:

- Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση.
- Εξέταση κοιλικών επιχρισμάτων.
- Αιματολογικές, βιοχημικές, ακτινολογικές εξετάσεις.
- Αναλύσεις ούρων.
- Παρακολούθηση του βάρους.

Μετά τα τρία χρόνια οι παραπάνω εξετάσεις μπορεί να γίνονται ανά 6μηνο. Σε περιπτώσεις ιδιαίτερων ενοχλημάτων γίνεται ορθοσκόπηση, κυστεοσκόπηση έλεγχος του ουροποιητικού, αξονική τομογραφία κ.λ.π.¹⁶

3.2.1 Πρόγνωση

Μετά τη θεραπεία, 5ετής επιβίωση για όλα τα στάδια του καρκινώματος του τραχήλου από πλακώδη κύτταρα είναι 50%.

Στάδιο I η επιβίωση είναι 75%.

Στάδιο II η επιβίωση είναι 50%.

Στάδιο III-IV η επιβίωση είναι 10%.

Η επιβίωση ελαττώνεται κατά 30-50% όταν υπάρχουν μεταστάσεις στα λεμφογάγγλια. Σημαντικό ρόλο για την πρόγνωση έχουν οι αιματογενείς μεταστάσεις, η έκταση των διηθήσεων και το μέγεθος του όγκου.

Ο θάνατος από το διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου προέρχεται από την ουραιμία, που οδηγεί σε λοίμωξη και αιμορραγία ή από απομακρυσμένες μεταστάσεις.^{14, 18}

3.2.2 Υποτροπή

Η επανεμφάνιση της νόσου σε χρονικό διάστημα μετά από 6 μήνες μέχρι 5 χρόνια από τη θεραπεία της.

Μετά από 5 χρόνια η άρρωστη θεωρείται απαλλαγμένη από την πάθηση. Συνήθως η υποτροπή παρουσιάζεται το πρώτο ή δεύτερο χρόνο από τη θεραπεία.

Συμπτώματα και σημεία υποτροπής είναι:

- Η θετική κυτταρολογική εξέταση.
- Ψηλαφητός όγκος στην πύελο ή την κοιλία.
- Εξέλκωση στον τράχηλο ή τον κόλπο.
- Πόνος στην πύελο, την οσφύ και το υπογάστριο.
- Μονόπλευρο χαμηλό οίδημα των άκρων.
- Αιμορραγία από τον κόλπο ή η δύσοσμη απέκκριση.
- Υπερχλείδια λεμφαδενοπάθεια.
- Ασκίτης.

Υποτροπή μετά από 5 χρόνια θεωρείται αργοπορημένη υποτροπή, ενώ αν εμφανιστεί πριν τους πρώτους 6 μήνες, σημαίνει ατελή θεραπεία.^{7,19}

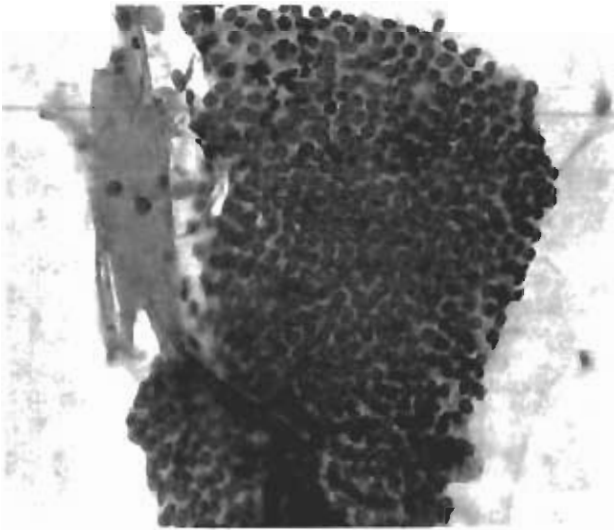
Κεφάλαιο 4

ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ (Pap-test)

Ο Γ. Παπανικολάου είναι ο μεγαλύτερος ιατρός-ερευνητής και ένας από τους σημαντικότερους του 20ου αιώνα σε παγκόσμια κλίμακα. Ο Παπανικολάου σπούδασε ιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και μετεκπαιδεύθηκε τρία εξάμηνα στη Γερμανία, αλλά σταδιοδρόμησε στις ΗΠΑ. Τα ερευνητικά ενδιαφέροντα του Γ. Παπανικολάου είχαν επικεντρωθεί σε τρία θέματα:

- Στην κληρονομικότητα.
- Στον προσδιορισμό του φύλου.
- Στην αποφολιδωτική κυτταρολογία.

Η σημαντικότερη ανακάλυψη του Γ. Παπανικολάου είναι η επινόηση και περιγραφή του ανθρωποσωτήριου «Pap-test». Η ανακάλυψη αυτή αποτέλεσε τη βάση και τα θεμέλια του κλάδου της αποφολιδωτικής κυτταρολογίας. Οι πρώτες κλινικές εφαρμογές του «Pap-test», που έγιναν σε κολπικά επιχρίσματα του τραχήλου της μήτρας ύστερα από πολλά πειράματα, μαρτυρούν ότι το λεγόμενο «Pap-smear» δεν είναι προϊόν τύχης.



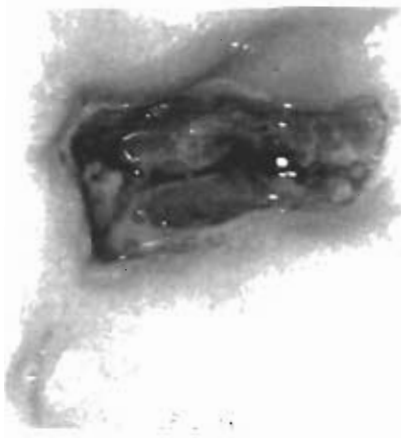
Εικόνα 10
Φυσιολογικά
ενδοτραχηλικά κύτταρα

Το 1924, ο Γεώργιος Παπανικολάου μελετώντας τις ορμονικές μεταβολές σε κολπικά επιχρίσματα, παρατήρησε «ανώμαλα» κύτταρα σε ασθενή, που απεδείχθη κατόπιν ότι είχε καρκίνο του τραχήλου, μη εμφανή κλινικώς. Από τότε πέρασαν πολλά χρόνια μέχρι να καθιερωθεί η αποφολιδωτική κυτταρολογία το 1943. Αρχικά εθεωρείτο ότι η μέθοδος ήταν χρήσιμη για την ανίχνευση υποκλινικών καρκίνων. Αργότερα δε βρέθηκε ότι η μέθοδος μπορούσε να ανιχνεύσει

νεοπλασματικές αλλοιώσεις στο επιθήλιο του τραχήλου (ενδοεπιθηλιακός καρκίνος).

Η ανακάλυψη ήταν σημαντική, γιατί θεωρήθηκε ότι ανακαλύπτοντας τον καρκίνο σε πρώιμα στάδια, θα ήταν και πιο αποτελεσματική η θεραπευτική του αντιμετώπιση. Το 1949, άρχισε ο μαζικός έλεγχος του πληθυσμού (mass screening), με τεστ Παπανικολάου στη Βρετανική Κολομβία και μετά το 1950 επεκτάθηκε και στις Πολιτείες της Αμερικής. Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία ανακήρυξε το έτος 1957 «έτος για το καρκίνο της μήτρας», με απώτερο σκοπό τον μαζικότερο έλεγχο του πληθυσμού με το τεστ. Το βασικότερο επίχειρημα ήταν ότι «εάν κάθε γυναίκα ελεγχόταν με ένα τεστ Παπανικολάου ετησίως, καμμία γυναίκα δεν θα πέθαινε από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας».

Πριν να καθιερωθεί ο μαζικός έλεγχος του πληθυσμού, οι ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου κατέφειγαν στο γιατρό, όταν άρχιζαν τα συμπτώματα. Με την εφαρμογή του τεστ Παπανικολάου σε όλο και μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού, άρχισε να μειώνεται θεαματικά η συχνότητα του διηθητικού καρκίνου. Ο «Ατλας της Αποφολιδοτικής Κυτταρολογίας, (Atlas of Exfoliative Cytology)» είναι η σπουδαιότερη επιστημονική πραγματεία του Γ. Παπανικολάου. Αποτελεί δε μια εικονογραφημένη κλασική μονογραφία μέσα στην οποία συμπιλιώνονται όλα τα παθολογικά και κυτταρολογικά του ευρήματα. «Ευχαριστώ τον Θεό - είπε όταν την ολοκλήρωσε - που μου χάρισε μακροζωία και μου έδωσε δύναμη να την φέρω σε αίσιον πέρας».^{1,4,18}



Εικόνα 11:

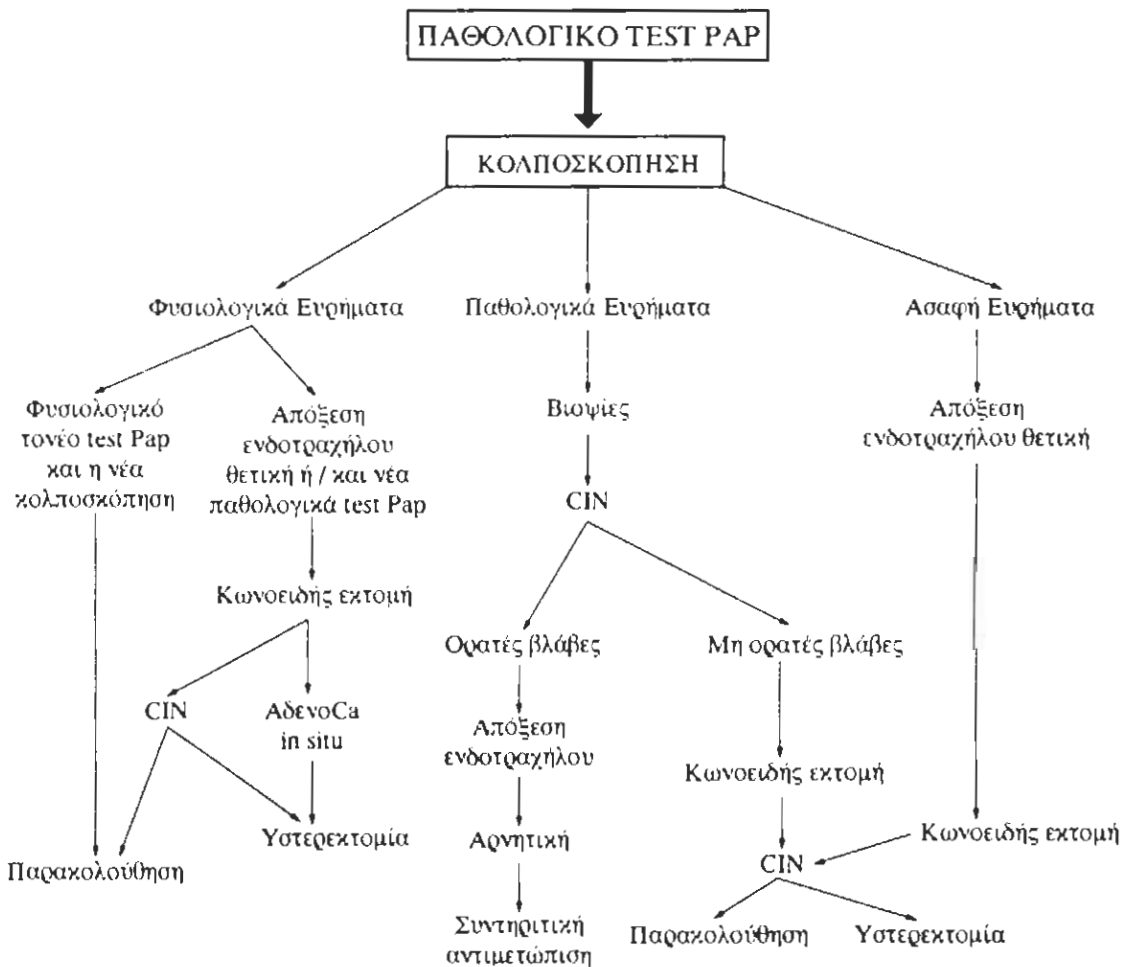
Φυσιολογικός
Τραχήλος που καλύπτεται από
φυσιολογικό πλακώδες επιθήλιο.
Η επιφάνεια του τραχήλου
είναι ομαλή με ομοιόμορφο χρώμα.

Χρονικά διαστήματα λήψης του Pap-test

Πρέπει να αρχίζει αμέσως μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή της γυναίκας και να γίνεται λήψη κάθε έτος έως την ηλικία των 35 ετών. Μετά το 35ο έτος κάθε 2ο έτος έως την ηλικία των 65 ετών, όπου και μπορεί να σταματήσει η προληπτική λήψη του Pap-test.

Οι ασθενείς που έχουν εκτεθεί σε διαθυλοστιλβιστρόλη θα πρέπει να έχουν το πρώτο τεστ κατά την εμμηναρχή και ακόλουθα τεστ κάθε 6 έως 12 μήνες.

Ο ρυθμός λήψης επιχρίσματος εξατομικεύεται ανάλογα με τα ευρήματα της προηγούμενης εξέτασης. Πρέπει δε να τονισθεί ότι η εξέταση Παπανικολάου είναι μια εξέταση ελέγχου και σε καμμία περίπτωση δεν είναι διαγνωστική. Επομένως η παρουσία ενός παθολογικού Pap-test θέλει διερεύνηση με επιπλέον διαγνωστικές μεθόδους, όπως είναι η κολποσκόπηση και η βιοψία του τραχήλου.



4.1 Οδηγίες προς την ασθενή πριν τη λήψη

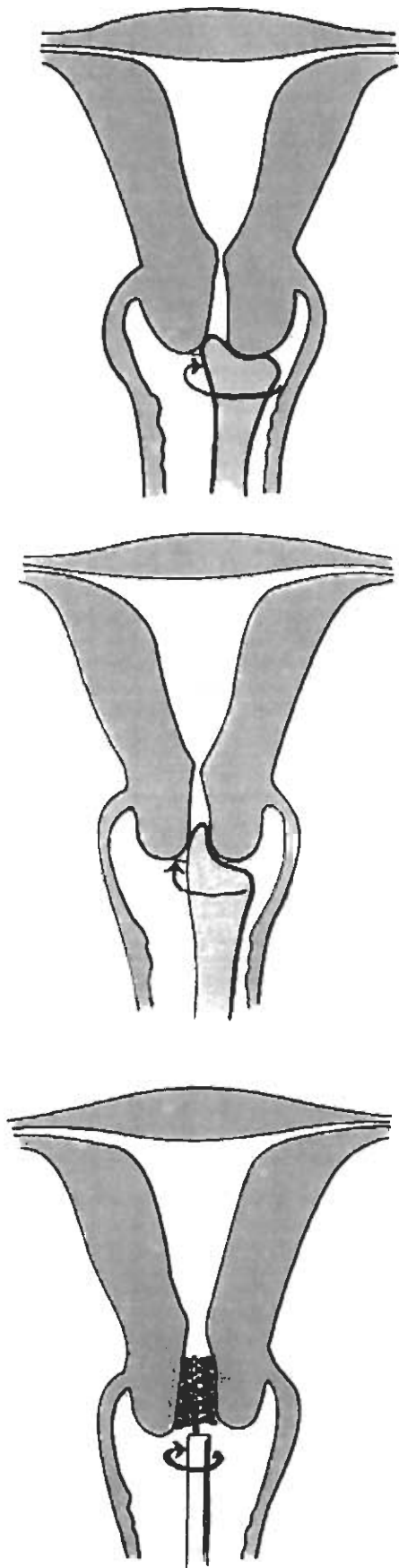
του τεστ Παπανικολάου

- Αποφυγή κολπικών πλύσεων για 24 ώρες πριν τη λήψη του τεστ.
- Αποφυγή λήψης του τεστ κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως.
- Αποφυγή σεξουαλικής επαφής για 48 ώρες πριν το τεστ.
- Αποφυγή τοποθέτησης ταμπόν στο κόλπο, λήψη αντισυλληπτικών και φαρμακευτικών σκευασμάτων για 48 ώρες πριν την επίσκεψή στο ιατρείο.
- Η λήψη του Pap-test πρέπει να γίνεται 1-2 εβδομάδες μετά την έμμηνο ρύση εάν βέβαια δεν υπάρχει πρόσφατη μόλυνση ή αιμορραγία.
- Τέλος εάν έχει προηγηθεί βιοψία ή απόξεση του ενδομητρίου πρέπει να παρέλθει ένας μήνας για να γίνει η λήψη του Pap-test.^{21, 22, 23}

4.2 Τρόπος λήψης του Pap-test

Το Pap-test περιλαμβάνει λήψη επιχρισμάτων από τρία σημεία:

- Ένα από τον οπίσθιο κολπικό θόλο (όπου η λήψη γίνεται είτε με πιπέτα) όπου αναροφάται υγρό, ή με ξύλινη σπάτουλα(όπου ξύνεται κυκλικά ο τράχηλος). Η παραπάνω λήψη τείνει να καταργηθεί σε βάση ρουτίνας.
- Ένα από τον εξωτράχηλο όπου η λήψη γίνεται επίσης με ξύλινη σπάτουλα.
- Ένα από τον ενδοτράχηλο όπου γίνεται με ένα ειδικό βουρτσάκι(brush) που τοποθετείται μέσα στον τραχηλικό σωλήνα μέσω του έξω τραχηλικού στομίου και περιστρέφεται.



Εικόνα 12:
Λήψη τραχειακού επιχρίσματος

Η τοποθέτηση κολλοδιαστολέων μέσα στο κόλλο είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη λήψη αυτών των τριών επιχρισμάτων. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να σχηματίζεται καθαρά ο τράχηλος ώστε τα δείγματα να λαμβάνονται από την ζώνη μετάπτωσης. Η λήψη με βουρτσάκι μιας χρήσεως έχει αποδειχθεί σε αττιστικές η καλύτερη γιατί μπρεί να πάρει υλικό από τις εσοχές του τραχηλικού βλεννογόνου που δεν φθάνει ούτε η σπάτουλα ούτε ο βαμβακοφόρος στυλεός. Ο δε τελευταίος έχει σημειωθεί ότι απορροφά βλέννη και συγκρατεί κύτταρα, με αποτέλεσμα το επίχρισμα να δίνει πολύ λίγα κυτταρικά στοιχεία.

Σε περιπτώσεις που εφαρμόζονται προγράμματα μαζικού ελέγχου(ως μέθοδος screening), όπου ο στόχος είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμμετοχή του γυναικείου πληθυσμού, η διαδικασία απλουστεύεται. Η λήψη του επιχρίσματος γίνεται με κατάλληλες ξύλινες ή πλαστικές σπάτουλες με ρύγχος στην άκρη τους για την εισδοχή στον ενδοτράχηλο και τη σάρωσή του (έξω και ενδο-τραχηλικό).

Διακρίνουμε πέντε κατηγορίες ή τάξεις κυττάρων κατά την εξέταση των τραχηλικών και κολλικών κυττάρων που αποφολιδώνονται.

Κατηγορία I: Χαρακτηρίζεται από κύτταρα που είναι φυσιολογικά.

Κατηγορία II: Τα κύτταρα είναι φλεγμονώδη.

Κατηγορία III: Τα κύτταρα είναι δυσκαρυωτικά και ακολουθεί βιοψία ή κωνοειδή εκτομή του τραχήλου που μπορεί να βρεθεί καρκίνωμα in situ ή πιο σπάνια μικροκαρκίνωμα.

Κατηγορία IV: Αραιά καρκινικά κύτταρα (εάν έχουμε διηθητικό καρκίνο). Σε περίπτωση καρκινώματος in situ βρίσκουμε μεμονωμένα καρκινικά κύτταρα.

Κατηγορία V: Καρκινικά κύτταρα κατά σωρούς.

Με την καθιέρωση προγραμμάτων παρακολούθησης γενικού πληθυσμού, τα κολλικά επιχρίσματα εξετάζονται από αυτόματους αναλυτές. Ένα τέτοιο μηχάνημα έχει τη δυνατότητα να εξετάζει 120–180 επιχρίσματα την ώρα και δίνει 10% ψευδώς θετικά και 1% ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα.^{17, 20}

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

Κλάση I	Φυσιολογικό	0,1 CIN II-III	Επανάληψη σε 1 έτος
Κλάση II	Φλεγμονώδες	6% CIN II-III	Επανάληψη σε 6 μήνες (κολποσκόπηση μετά από 3 παθολογικά τεστ)
	Ελαφρά ατυπία	20-37% CIN II-III	Επανάληψη σε 4 μήνες (κολποσκόπηση μετά από 2 παθολογικά τεστ)
Κλάση III	Ελαφρά δυσκαρίωση	50% CIN II-III	Κολποσκόπηση – βιοψία
	Μέση δυσκαρίωση	50-75% CIN II-III	Κολποσκόπηση – βιοψία
Κλάση IV	Σοβαρή δυσκαρίωση	80-90% CIN II-III	Κολποσκόπηση – βιοψία
	Ύπαρξη κακοηθών Κυττάρων	5% διήθηση	
Κλάση V	Υποψία διήθησης	50% διήθηση	Επείγουσα κολποσκόπηση – βιοψία
Παθολογικά αδενικά κύτταρα		Αδενοκαρκίνωμα τραχήλου; Αδενοκαρκίνωμα ενδομητρίου;	Επείγουσα κολποσκόπηση – απόξεση – βιοψία

4.3 Μακροσκοπική εικόνα

Το καρκίνωμα του τραχήλου σε ποσοστό 98% αρχίζει στην περιοχή του έξω στομίου, κοντά ή στη μετάπτωση του πλακώδους στο κυλινδρικό επιθήλιο. Στο καρκίνωμα in situ δεν παρατηρούνται χαρακτηριστικές μακροσκοπικές αλλοιώσεις.

Αρχικά το διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου είναι δυνατόν να μην παρουσιάζει ιδιαίτερη μακροσκοπική εικόνα. Μπορεί να παρατηρούνται εστιακή σκλήρυνση, αβαθείς εξελκώσεις ή ελαφρά επηρμένη κοκκώδης περιοχή που αιμορραγεί εύκολα.

Στις πιο προχωρημένες μορφές το καρκίνωμα του τραχήλου μπορεί να προσλάβει εξωφυτικό χαρακτήρα, με τη μορφή πολυποειδούς θηλώδους μάζας ή

ενδοφυτικό χαρακτήρα, με τη μορφή ελκωτικής ή οζώδους περιοχής. Συνηθέστερη είναι η εξωφυτική πολυποειδής μορφή που προβάλλει στο βλεννογόνο του τραχήλου, αφού πρόκειται για εύθρυπτο νεόπλασμα που συχνά αιμορραγεί. Στην ελκωτική μορφή παρατηρείται διηθητική ανάπτυξη με κεντρική περιοχή νέκρωσης που δημιουργεί κρατήρα.

Η οζώδης μορφή σχηματίζει πολλαπλούς όζους με ανώμαλο σχήμα και σκληρή σύσταση.

4.4 Εξεταστικές μέθοδοι συμπληρωματικές του τεστ-Παπανικολάου

Κατά την αρχική κυτταρολογική εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος κάθε γυναίκας τα αποτελέσματα μπορεί να είναι:

- Εντός των φυσιολογικών ορίων.
- Αλλοιώσεις χαμηλού βαθμού.
- Αλλοιώσεις υψηλού βαθμού.
- Διηθητικός καρκίνος.
- Σε χαμηλού βαθμού (κυτταρολογικές) αλλοιώσεις έχει εκτιμηθεί ότι 10-20% των περιπτώσεων αυτών στην πραγματικότητα είναι ήδη υψηλού βαθμού βλάβες ή και διηθητικός καρκίνος κατά τον χρόνο της λήψης του Pap-test (ψευδώς αρνητικά Pap-test).

Είναι λοιπόν ευκρινές ότι ένα σεβαστό ποσοστό γυναικών με χαμηλού βαθμού αλλοιώσεων στο Pap-test, ευρίσκεται ουσιαστικά σε κίνδυνο να έχει ή να εκδηλώσει σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα ενδοεπιθηλιακή βλάβη υψηλού βαθμού ή και διηθητικό καρκίνο στον τράχηλο.

Επιμένοντας στην άποψη να μην εφαρμόζουν την κοπλοσκοπηση σ' όλες αυτές τις περιπτώσεις (κυρίως για λόγους κόστους), προσπάθησαν οι αγγλόφωνοι συγγραφείς μαζί με άλλους, να ανακαλύψουν και να εφαρμόσουν άλλου είδους διαγνωστικά τεστ με όσο το δυνατόν υψηλότερη αξιοπιστία, εύκολη διενέργεια και χαμηλό κόστος. Στόχος τους να αναγνωρίσουν μέσα από το σύνολο των γυναικών με τις χαμηλού βαθμού αλλοιώσεις εκείνες που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη διηθητικής νεοπλασίας στον τράχηλο.

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας 15ετίας εφαρμόστηκαν και εφαρμόζονται ως συμπληρωματικές εξεταστικές μέθοδοι:

- Η ανίχνευση και η τυποποίηση του HPV-DNA (HPV-test).
- Η τραχηλοσκόπηση (cervicography)
- Η ανίχνευση ανευπλοειδικών πυρήνων (DNA ploidy).
- Ο «πολικός δείκτης» (polar probe).

Ανίχνευση και τυποποίηση του HPV-DNA (HPV-test)

Η αναγνώριση της αιτιολογικής δράσης του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων στη διαδικασία καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας και η πιστοποίηση του όγκογόνου δυναμικού ορισμένων τύπου του ιού οδήγησε στον έλεγχο ύπαρξης του ιού.

Ιδιαίτερο πλεονέκτημα του διπλού τεστ [Pap-test + HPV-test] είναι η δυνατότητα μιας και μόνης λήψης υλικού από τη γυναίκα που προσέρχεται για τη προληπτική κυτταρολογική εξέταση, με τη μέθοδο «βασισμένη σε υγρό» (liquid-based) συλλογή κυτταρικού υλικού προς κυτταρολογική εξέταση. Η μέθοδος αυτή ελαττώνει τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα της κυτταρολογικής εξέτασης και επιτρέπει τη διενέργεια στο ίδιο ληφθέν υλικό και του HPV-test, είτε άμεσα (ως μέθοδος screening) είτε έμμεσα (αν τα αποτελέσματα του Pap-test δείξουν ατυπίες ή χαμηλού βαθμού αλλοιώσεις).

Η ανίχνευση και τυποποίηση του HPV-DNA δεν αντικαθιστά ούτε μετατοπίζει την κολπασκόπηση σε μια προχωρημένη φάση της διαγνωστικής προσέγγισης της γυναίκας με χαμηλού βαθμού αλλοιώσεις.

Το HPV-test θα μπορούσε πιθανόν στο μέλλον ακόμη και να αντικαταστήσει το τεστ Παπανικολάου για το μαζικό προληπτικό έλεγχο ασυμπτωματικών γυναικών με στόχο την πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου.

Τραχηλογραφία (cervicography)

Την τραχηλογραφία εισήγαγε ο Staff το 1981 ως νέα μέθοδος screening για την πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου. Ο τράχηλος εμβρέχεται με διάλυμα οξεικού οξέος 5% για 2-3 λεπτά. Το τραχηλοσκόπιο εστιάζεται, από ειδικά εκπαιδευμένο άτομο, ώστε να είναι ορατή ολόκληρη η επιφάνεια του τράχηλου και

κατόπιν γίνεται η λήψη της φωτογραφίας. Εάν κριθεί σκόπιμο, ακολουθεί και η λήψη φωτογραφίας μετά από χρώση του τραχήλου με διάλυμα "Lugol". Τα αποτελέσματα κατατάσσονται ως:

- Αρνητικά (ετήσια ή διετή παρακολούθηση).
- Άτυπα (επανάληψη σε 6 μήνες).
- Θετικά (ακολουθεί κολποσκοπηση).
- Τεχνικά μη αξιολογήσιμα (αναζήτηση ανευπλοειδικών πυρήνων).

Η τραχηλογραφία δεν μπορεί να συγκριθεί σαν διαγνωστική μέθοδος με την κολποσκοπική εξέταση, αποτελεί δε μια βοηθητική μέθοδο ώστε να ανευρεθούν οι ασθενείς που έχουν ανάγκη κολποσκοπικής αξιολογήσεως.

Πολικός δείκτης (Polar probe)

Η μέθοδος του «πολικού δείκτη» είναι μια νέα ηλεκτρονική μέθοδος αναγνώρισης προκαρκινικών και καρκινικών αλλοιώσεων του τραχηλικού επιθηλίου.

Η παραπάνω μέθοδος βασίζεται στη διαφορετική αντίδραση του παθολογικού από το φυσιολογικό επιθήλιο σε φωτεινά και ηλεκτρικά ερεθίσματα. Τα ερεθίσματα εκπέμπονται με την εφαρμογή στον τράχηλο (μέσω ενός μητροσκοπίου) ενός δείκτη, μήκους 25 εκ. και άκρη 5 χιλ. εφοδιασμένη με στοιχεία για εκπομπή 4 διαφορετικού μήκους κύματος οπτικών και χαμηλής τάσης ηλεκτρικών ερεθισμάτων.

Το φυσιολογικό, το προκαρκινωματώδες και το καρκινικό τραχηλικό επιθήλιο αντανακλούν τα οπτικά και ηλεκτρικά ερεθίσματα με διαφορετικό τρόπο, με χαρακτηριστικές καμπύλες αποπόλωσης, οι οποίες καταγράφονται με ευκρίνεια και αξιολογούνται σύμφωνα με το ειδικό software του συνδεδεμένου υπολογιστή. Ανάλογα με την καταγραφόμενη καμπύλη ο υπολογιστής είναι σε θέση να αναγνωρίσει την κατάσταση των κυττάρων του τραχηλικού επιθηλίου και να μεταδώσει το αποτέλεσμα στον χρήστη με οπτικό ή ακουστικό σήμα.

Η διαδικασία είναι απλή, σύντομη <20 δευτερόλεπτα και μπορεί να διενεργηθεί από ιατρό αλλά και παραϊατρικό προσωπικό με απλές οδηγίες. Δεν έχουν παρατηρηθεί παρενέργειες, δεν είναι ιδιαίτερη ακριβή, είναι εύκολα αποδεκτή από τις γυναίκες και ελκυστική λόγω της άμεσης λήψης του αποτελέσματος.^{7, 8, 18, 23}

4.5 Ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα της κυτταρολογικής εξέτασης του τραχήλου της μήτρας

Είναι αναμφισβήτητη η αξία του τεστ Παπανικολάου στον προληπτικό έλεγχο για την έγκαιρη διάγνωση των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας. Ο αρχικός σκοπός του Pap-test ήταν να ανεύρει ομάδα ασθενών με «θετικά» αποτελέσματα (ως μέθοδος screening και όχι ως διαγνωστική). Η ευαισθησία του τεστ κυμαίνεται σε διάφορες μελέτες από 50 έως 98%. Οι διαφορές αυτές είναι αυτονόητες, αφού πολλοί συγγραφείς βασίζονται σε ένα επόμενο τεστ για να επιβεβαιώσουν την αξιοπιστία ενός προηγούμενου.

Η ανίχνευση των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας, καθώς επίσης του ενδοεπιθηλιακού και του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου, βασίζεται σε ένα σύνολο κλινικοεργαστηριακών διαδικασιών που θα πρέπει να λειτουργήσουν σωστά για να αποδώσουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

«Ψευδώς αρνητικό» αποτέλεσμα θεωρείται:

- Η αρνητική κυτταρολογική απάντηση σε ασθενή με διαγνωσμένο καρκίνο ή προκαρκινική αλλοίωση.
- Η αρνητική κυτταρολογική απάντηση σε ασθενή με διαγνωσμένο καρκίνο ή προκαρκινική αλλοίωση με τεστ Παπανικολάου, **μετά** την αρνητική εξέταση.
- Η αρνητική κυτταρολογική απάντηση σε ασθενή με διαγνωσμένο καρκίνο ή προκαρκινική αλλοίωση με τεστ Παπανικολάου, **πρίν** την αρνητική εξέταση.

Αιτίες των «ψευδών αρνητικών» αποτελεσμάτων των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων θεωρούνται:

Η βιολογική συμπεριφορά του επιθηλίου, όταν τα « ψευδώς αρνητικά» αποτελέσματα οφείλονται στην έλλειψη αποφολίδωσης του επιθηλίου. Οι περισσότερες γυναίκες με «ψευδώς αρνητικά» αποτελέσματα έχουν **ή μικρές εστίες αλλοιώσεων ή χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις**. Επίσης πολλές φορές η νέκρωση και η φλεγμονή του επιθηλίου δημιουργούν ένα στρώμα που καλύπτει τη βλάβη, με αποτέλεσμα το επίχρισμα να μην περιέχει κύτταρα από την αλλοίωση.

Η διαδικασία λήψης του επιχρίσματος. Η κακή λήψη αποτελεί την κύρια αιτία «ψευδών αρνητικών» αποτελεσμάτων και οφείλεται:

- Σε χρησιμοποίηση σπάτουλας που δεν μπορεί να εισχωρήσει στο έξω τραχηλικό στόμιο.

- Σε μη χρησιμοποίηση ειδικής βούρτσας για τη λήψη κυττάρων από τον ενδοτράχηλο. Η χρήση βαμβακοφόρου σπειλεού δεν συνιστάται γιατί το βαμβάκι απορροφά τα κύτταρα.
- Σε απειρία ή σε ελλιπή εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού. Όταν η εξέταση γίνεται στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου, η λήψη των επιχρισμάτων γίνεται από εκπαιδευμένους γενικούς γιατρούς ή μαιές, ενώ όταν συνοδεύει γυναικολογική εξέταση, η λήψη γίνεται κυρίως από γυναικολόγους ή κυτταρολόγους.

Η καθυστέρηση μονιμοποίησης του επιχρίσματος. Το επίχρισμα πρέπει να μονιμοποιείται αμέσως μετά τη λήψη του. Οποιαδήποτε καθυστέρηση έχει ως αποτέλεσμα την αποξήρανση των κυττάρων, η οποία δυσκολεύει την αξιολόγηση του τεστ. Η μονιμοποίηση πρέπει να γίνεται σε οινόπνευμα 95% ή με μονιμοποιητικό σπρέι.

Η έλλειψη ενημέρωσης των γυναικών για αποφυγή κολλικών πλύσεων και σεξουαλικής επαφής 24 ώρες πριν από τη λήψη του τεστ Παπανικολάου. Εάν η λήψη του επιχρίσματος γίνει κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως ή υπάρξεως φλεγμονής στον τράχηλο, τότε η αξιολόγησή του ίσως να είναι αδύνατη, λόγω υπάρξεως ερυθροκυττάρων ή φλεγμονωδών κυττάρων αντιστοίχως.^{16,24}

Ο εξεταστής, όταν κατά τη μικροσκοπηση παραβλέψει μια κυτταρική αλλοίωση ή την παρερμηνεύσει. Εάν την υποτιμήσει, θα δώσει μια «ψευδώς αρνητική» απάντηση, ενώ εάν την υπερεκτιμήσει θα δώσει μια «ψευδώς θετική» απάντηση. Η ασθενής με τη «ψευδώς θετική» απάντηση υποβάλλεται σε ψυχική, σωματική και οικονομική ταλαιπωρία μέχρι να διαπιστωθεί το λάθος. Σοβαρότερο δε πρόβλημα προκύπτει με τις «ψευδώς αρνητικές» απαντήσεις γιατί έχουν ως συνέπεια την ψευδή καθυσήχηση των ενδιαφερόμενων γυναικών.

Συνολτικά δε οι συχνότερες **αιτίες ακατάλληλων επιχρισμάτων** είναι:

- Απουσία αδενικών ενδοτραχηλικών και μεταπλαστικών κυττάρων.
- Ανεπαρκές ή ανεπαρκώς επιστρωμένο κυτταρικό υλικό.
- Άφθονα φλεγμονώδη στοιχεία.
- Αίμα που καλύπτει τα οπτικά πεδία.
- Κακή μονιμοποίηση.

Οι μελέτες που γίνονται για τον έλεγχο των κυτταρολογικών απαντήσεων δεν περιορίζονται στον καθορισμό των «ψευδώς αρνητικών ή και ψευδώς θετικών» αποτελεσμάτων αλλά ασχολούνται με πιο ευαίσθητους δείκτες. Οι τελευταίοι

αποτελούν τα σύγχρονα κριτήρια αξιολόγησης των κυτταρολογικών αποτελεσμάτων που είναι:

Αυθεντικότητα (Accuracy)

Η αυθεντικότητα εκφράζει τον έλεγχο στον προσδιορισμό της πραγματικής αλλοίωσης του επιθηλίου. Αυτό επιτυγχάνεται με τη σύγκριση κυτταρολογικής και ιστολογικής απάντησης. Γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η στενή συνεργασία κυτταρολόγου, παθολογοανατόμου και γυναικολόγου.

Ακρίβεια (Precision)

Με την ακρίβεια ελέγχεται εάν η εξέταση των επιχρισμάτων, όταν επαναλαμβάνεται από τον ίδιο εξεταστή ή από άλλους, δίνει τα ίδια ή παρόμοια αποτελέσματα.

Εγκυρότητα (Validity)

Η εγκυρότητα είναι συνισταμένη της ευαισθησίας και της ειδικότητας του τεστ Παπανικολάου. Ο προσδιορισμός της γίνεται με τη συνεκτίμηση των 2 δεικτών, οι οποίοι επηρεάζονται από τα κριτήρια θετικότητας που έχει κάθε εργαστήριο.

Ευαισθησία (Sensitivity): είναι η αναλογία των ορθώς παθολογικών κυτταρολογικών ευρημάτων (a) στο σύνολο των γυναικών που έχουν πράγματι παθολογική αλλοίωση του επιθηλίου [ορθώς παθολογικά ευρήματα (a) και ψευδώς αρνητικά (c)]

$$\text{Ευαισθησία} = \frac{a \text{ (ορθώς θετικά)}}{a \text{ (ορθώς θετικά)} + c \text{ (ψευδώς αρνητικά)}}$$

Η ευαισθησία εκφράζει την ακρίβεια της κυτταρολογικής εξέτασης μέσα σε μια ομάδα γυναικών με γνωστή παθολογική αλλοίωση του επιθηλίου.

Ειδικότητα (Specificity): είναι η αναλογία των ορθώς αρνητικών απαντήσεων (d) στο σύνολο των γυναικών που εξετάστηκαν και δεν παρουσιάζουν αλλοίωση του επιθηλίου [ορθώς αρνητικά (d) και ψευδώς θετικά (b)].

$$\text{Ειδικότητα} = \frac{d \text{ (ορθώς αρνητικά)}}{d \text{ (ορθώς αρνητικά)} + b \text{ (ψευδώς θετικά)}}$$

Η εκτίμηση της ευαισθησίας και της ειδικότητας προϋποθέτει τη γνώση της πραγματικής κατάστασης του επιθηλίου, σε όλες τις γυναίκες που έκαναν την εξέταση κατά Παπανικολάου, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της. Η ευαισθησία των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων μπορεί να εκτιμηθεί μόνο μετά από επανειλημμένες εξετάσεις γυναικών που συμμετέχουν σε προληπτικό έλεγχο κάθε έτος.

Διαγνωστική αξία

Είναι η **κρίσιμότερη παράμετρος** του τεστ Παπανικολάου και διακρίνεται σε: Θετική Διαγνωστική Αξία (Positive Predictive Value): είναι η αναλογία των ορθώς θετικών ευρημάτων (a) στο σύνολο των θετικών απαντήσεων [ορθώς θετικές(a) + ψευδώς θετικές(b)].

$$\text{Θετική διαγνωστική αξία} = \frac{a \text{ (ορθώς θετικά)}}{a \text{ (ορθώς θετικά)} + b \text{ (ψευδώς θετικά)}}$$

Αρνητική Διαγνωστική Αξία (Negative Predictive Value): είναι η αναλογία των ορθώς αρνητικών ευρημάτων (d) στο σύνολο των αρνητικών απαντήσεων κατά Παπανικολάου [ορθώς αρνητικά(d) + ψευδώς αρνητικά ©].

$$\text{Αρνητική διαγνωστική αξία} = \frac{d \text{ (ορθώς αρνητικά)}}{d \text{ (ορθώς αρνητικά)} + c \text{ (ψευδώς αρνητικά)}}$$

Όσο η τιμή των αναλογιών πλησιάζει τη μονάδα, τόσο υψηλότερη είναι η διαγνωστική αξία των αποτελεσμάτων. Η θετική διαγνωστική αξία είναι μεγαλύτερη σε νοσοκομειακές εξετάσεις και μικρότερη σε προληπτικά προγράμματα. Η αρνητική διαγνωστική αξία εξαρτάται κυρίως από την ευαισθησία.

Η χρησιμοποίηση των παραπάνω κριτηρίων, αποτελεί μέρος του ποιοτικού ελέγχου που θα πρέπει να ισχύει για κάθε Κυτταρολογικό Εργαστήριο, ώστε να επιτυγχάνεται σωστή κυτταρολογική διάγνωση και μείωση των «ψευδώς αρνητικών» και «ψευδώς θετικών» απαντήσεων.

Ποιοτικός έλεγχος (Quality Control), ορίζεται το σύνολο των διαδικασιών που πρέπει να εφαρμόζονται για να εξασφαλιστεί η σωστή διάγνωση.

Διακρίνεται σε:

- **Εξωτερικό Ποιοτικό Έλεγχο** που εφαρμόζεται σε ομάδα κυτταρολογικών εργαστηρίων σε εθνικό ή διεθνές επίπεδο και γίνεται από άτομα εκτός εργαστηρίου.
- **Εσωτερικό Ποιοτικό Έλεγχο** που είναι ενδοεργαστηριακός και περιλαμβάνει
 - α) την οργάνωση του κυτταρολογικού Εργαστηρίου (μηχανοργάνωση, φύλαξη θετικών αρνητικών επιχρισμάτων για 10 έτη),
 - β) τη σωστή εφαρμογή της εξέτασης και
 - γ) την εφαρμογή των κριτηρίων αξιολόγησης.
- Ο έλεγχος των σφαλμάτων γίνεται συνήθως με 3 τρόπους:
- Τη σύγκριση των κυτταρολογικών με τις ιστολογικές απαντήσεις, και προϋποθέτει τη στενή συνεργασία κυτταρολόγου, παθολογοανατόμου και γυναικολόγου.
- Την εκτίμηση της Θετικής Διαγνωστικής Αξίας, η οποία για τα ελληνικά δεδομένα είναι πάρα πολύ υψηλή, < 0,95 με άριστη τη μονάδα (1).
- Την επανεξέταση των αρνητικών επιχρισμάτων σε γυναίκες με παθολογικά κλινικά ευρήματα(ψευδώς αρνητικές απαντήσεις).

Τέλος, με όρους των Οικονομικών Υγείας, το κόστος της πρόληψης είναι μικρότερο από το κόστος της αντιμετώπισης της νόσου. Το τεστ Παπανικολάου ως απλή και μη δαπανηρή εξέταση θα συνεχίζει να εφαρμόζεται στα πλαίσια του μαζικού προληπτικού ελέγχου του γυναικείου πληθυσμού με σκοπό την εξαφάνιση των «in situ» και των διηθητικών καρκινωμάτων από τους πίνακες των διεθνών στατιστικών.^{16, 25, 26}

Μέρος II

Κεφάλαιο 5

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδος στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας και πιο ειδικά με τη μορφή της ποσοτικής, πολυπαραγοντικής και ενεργής έρευνας που είναι μορφή του περιγραφικού σχεδίου έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές, συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή και ακόμη μπορεί και να προλέγει με βάση τη συμπεριφορά μιας μεταβλητής (Σαχίνη – Καρδάση 1991).

B. Πληθυσμός – δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο και με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε σπουδαστές – γυναίκες νοσηλευτικής. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από ένα δείγμα που αποτελούσαν από 109 άτομα.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Φεβρουάριο έως και τον Ιούνιο του 2001 στην περιοχή της πόλης της Πάτρας και της πόλης του Λονδίνου. Οι ερωτώμενοι ήταν σπουδαστές σε σχολές Νοσηλευτικής και Νοσηλευτικά Ιδρύματα της κάθε περιοχής.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15-20 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα ήταν:

- η ηλικία
- το εξάμηνο φοίτησης

και

κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια
- ερωτηματολόγια με λανθασμένα συμπληρωμένες απαντήσεις

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν τα 100 ερωτηματολόγια από το σύνολο των 109 που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης). Για τον λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας, και επιδίωξη ήταν η μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής, σημειώνεται δε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μου. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS for Windows.

5.1 Περιγραφική κατανομή

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

5.2 Στατιστικές συγκρίσεις

Γιά να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με την χώρα διαμονής τους (ΠΑΤΡΑ και ΛΟΝΔΙΝΟ), χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το χ^2 .

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

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

Θεωρείται στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0,05$.

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

Κεφάλαιο 6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Περιγραφική κατανομή του δείγματος

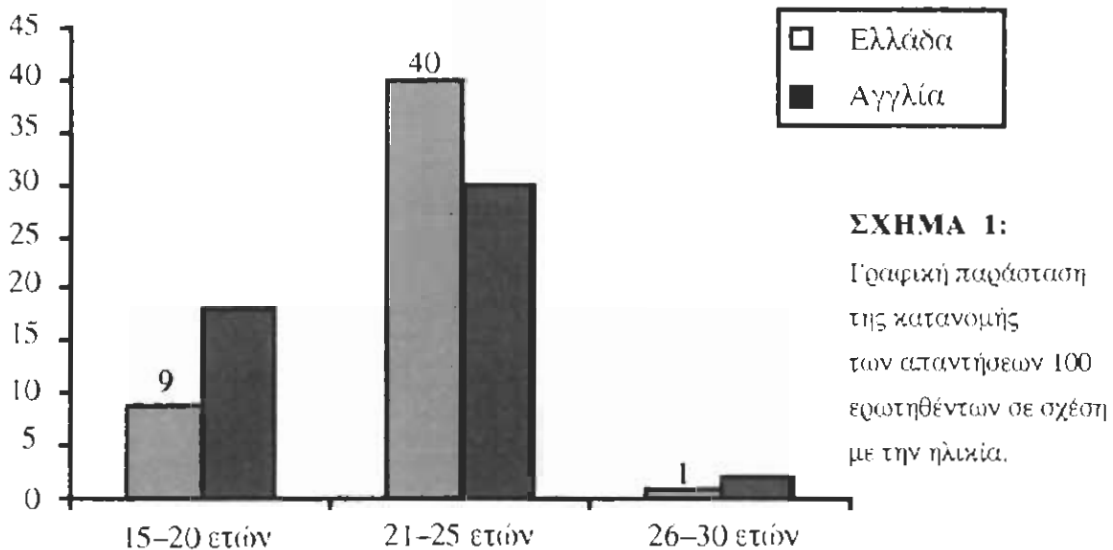
Α. Δημογραφικά στοιχεία

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
15-20 ετών	9	18	9	18
21-25	40	30	40	30
> 25 ετών	1	2	1	2
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	50	50

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας μεταξύ των 21 και 25 ετών.



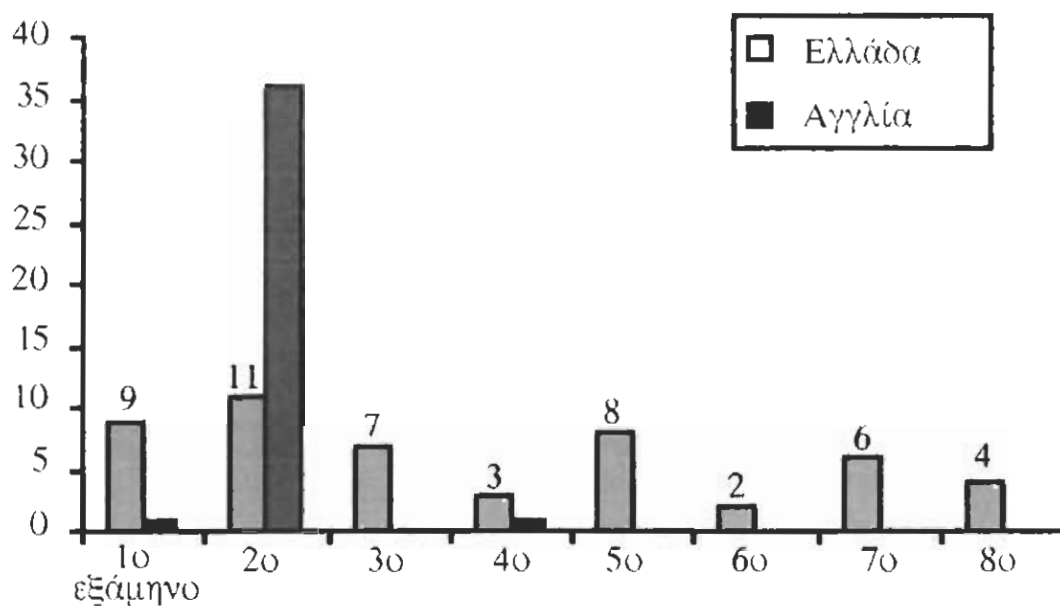
ΣΧΗΜΑ 1:

Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το εξάμηνο φοίτησης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
A	9	1	9	1
B	11	36	11	36
Γ	7	13	7	13
Δ	3	0	3	0
E	8	1	8	1
ΣΤ	2	0	2	0
Z	6	0	6	0
H	4	0	4	0
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	50	50

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν σπουδαστές του Β' εξαμήνου τόσο στην Πάτρα όσο και στο Λονδίνο.

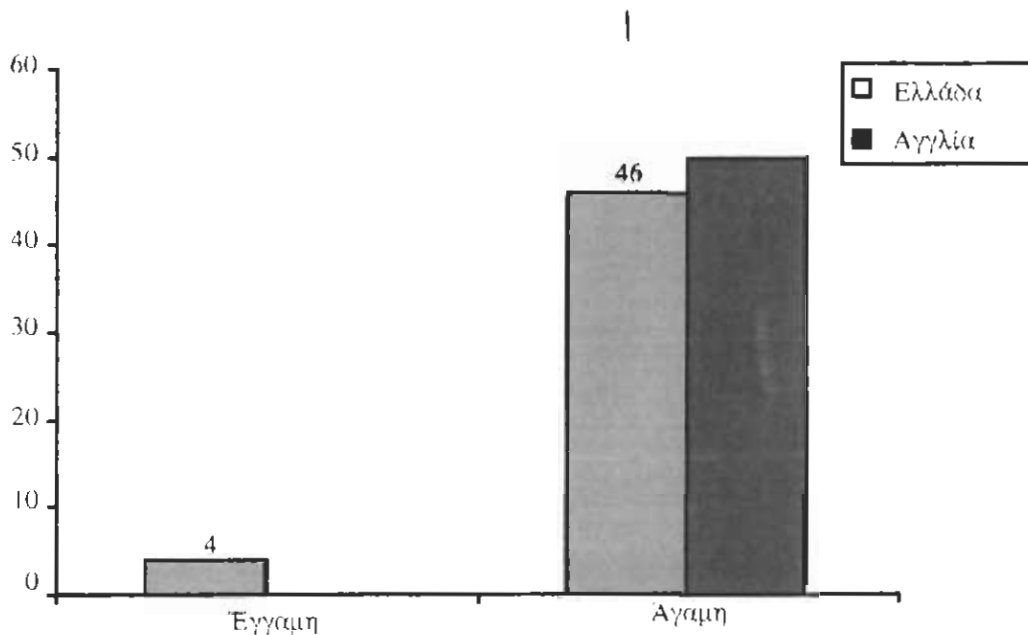


ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το εξάμηνο φοίτησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΕΓΓΑΜΗ	4	0	4	0
ΑΓΑΜΗ	46	50	46	50
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	50	50

Οι περισσότερες ερωτηθείσες στην παρούσα έρευνα ήταν άγαμες.



ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογένεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο διαμονής τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΧΩΡΙΟ	2	8	2	8
ΠΟΛΗ	40	18	40	18
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	8	24	8	24
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	50	50

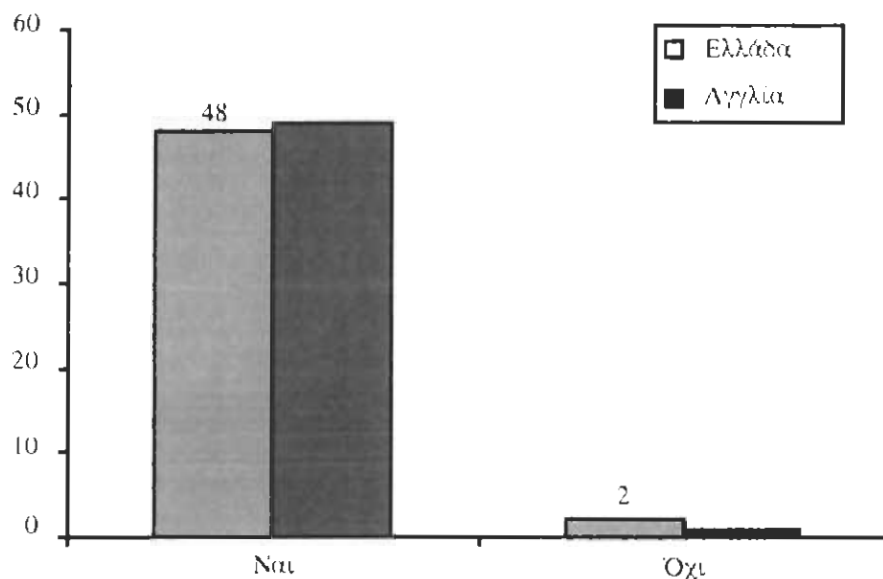
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κατοικούσαν στην Ελλάδα σε πόλεις ενώ στην Αγγλία σε Κωμόπολεις.

Β. Απαντήσεις ερωτηματολογίου

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τι είναι το τεστ Παπανικολάου.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΝΑΙ	48	49	48	49
ΟΧΙ	2	1	2	1
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	50	50

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα γνώριζαν για το τεστ Παπανικολάου.

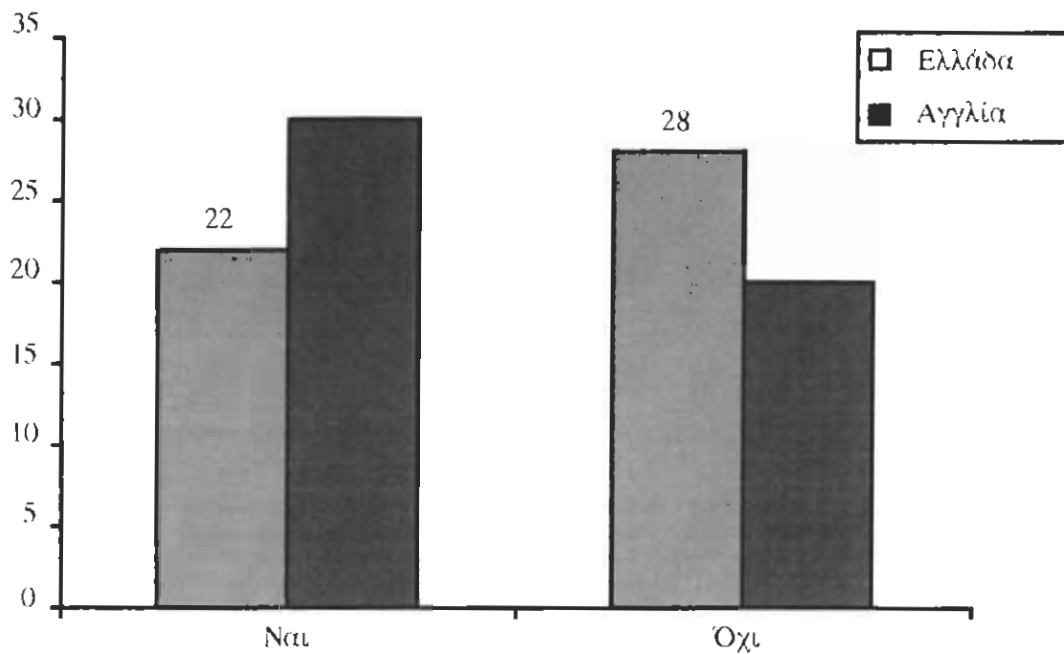


ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν για το τεστ Παπανικολάου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν κάνει το τεστ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΝΑΙ	22	30	22	30
ΟΧΙ	28	20	28	20
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	50	50

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα για μεν την Ελλάδα δεν είχαν κάνει το τεστ ενώ στην Αγγλία το είχαν κάνει.



ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν κάνει τεστ Παπανικολάου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 52 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους που κάνουν το τεστ.

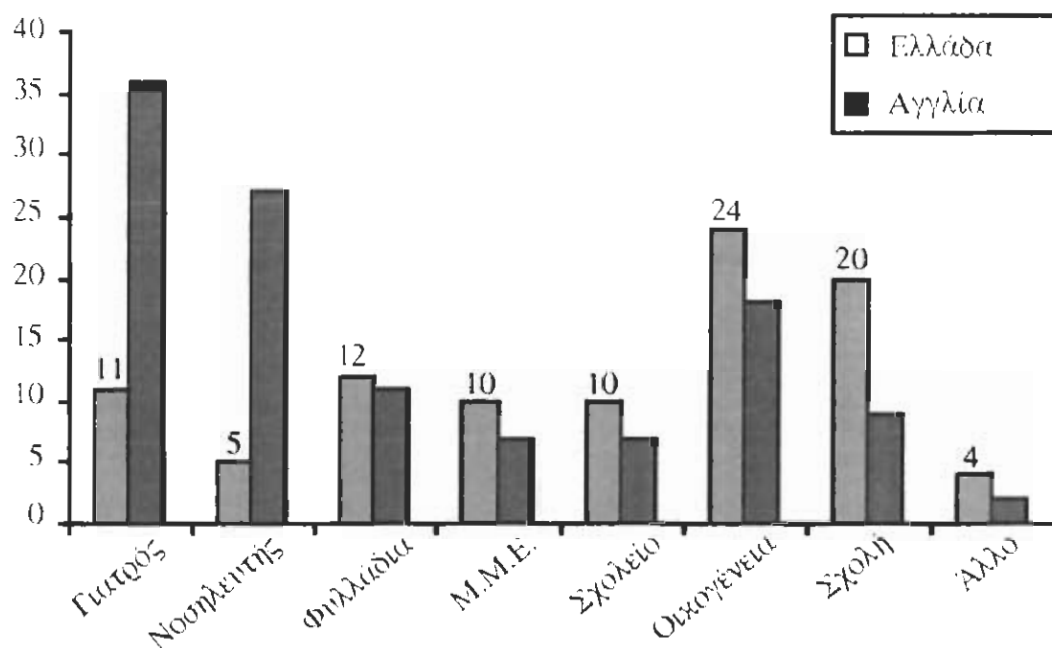
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΠΡΟΛΗΨΗ	3	18	3	18
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	8	3	8	3
ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	11	5	11	5
ΑΛΛΟ	0	11	0	11

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κάνουν το τεστ κυρίως όταν έχουν γυναικολογικό πρόβλημα αλλά και για πρόληψη, ενώ στην Αγγλία κυρίως για λόγους πρόληψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή ενημέρωσής τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΓΙΑΤΡΟΣ	11	36	11	36
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	5	27	5	27
ΦΥΛΛΑΔΙΑ	12	11	12	11
ΜΜΕ	10	7	10	7
ΣΧΟΛΕΙΟ	10	7	10	7
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	24	18	24	18
ΣΧΟΛΗ	20	9	20	9
ΆΛΛΟ	4	2	4	2

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα για μεν την Ελλάδα ενημερώθηκαν από την οικογένειά τους και στη συνέχεια από τη σχολή που φοιτούν για δε την Αγγλία κυρίως από τον γιατρό τους και στη συνέχεια από νοσηλεύτη.



ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή ενημέρωσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το από πού θα ήθελαν να ενημερωθούν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΓΙΑΤΡΟΣ	32	20	32	20
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	8	27	8	27
ΦΥΛΛΑΔΙΑ	4	6	4	6
ΜΜΕ	1	5	1	5
ΣΧΟΛΕΙΟ	16	6	16	6
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	16	10	16	10
ΣΧΟΛΗ	5	2	5	2
ΆΛΛΟ	2	1	2	1

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα για μεν την Ελλάδα θα ήθελαν να ενημερωθούν από τον γιατρό τους για δε την Αγγλία θα ήθελαν να ενημερωθούν από νοσηλεύτη/τρια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιους τους πρότεινε να κάνουν το τεστ.

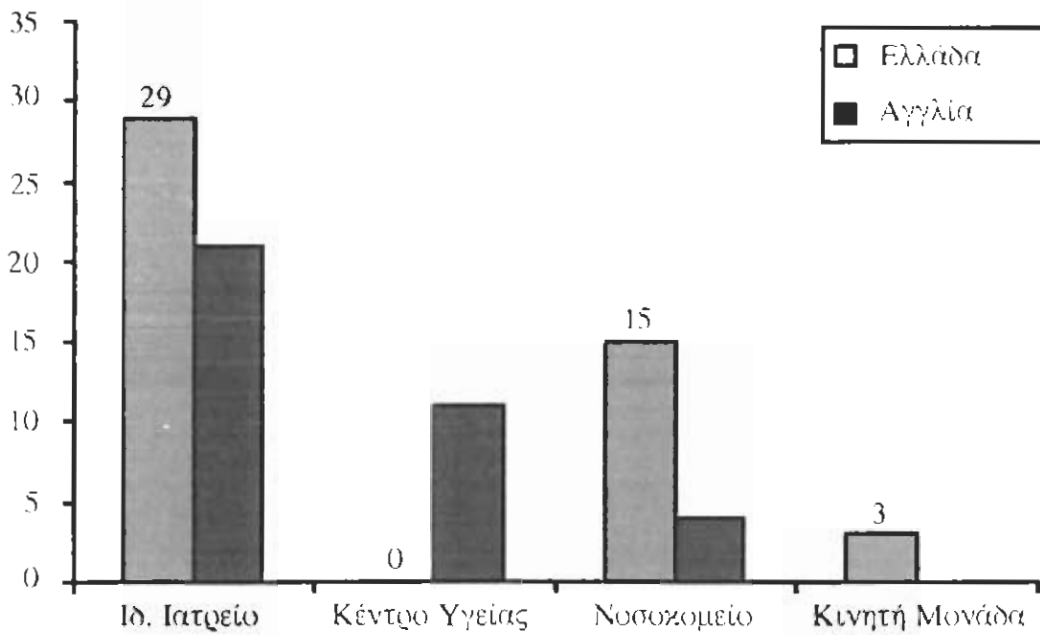
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΠΡΩΣΟΠΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ	13	27	13	27
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	5	1	5	1
ΦΙΛΟΙ	14	5	14	5
ΕΑΥΤΟΣ	22	11	22	11

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα για μεν την Ελλάδα αποφάσισαν οι ίδιες να κάνουν το τεστ για δε την Αγγλία τους το πρότεινε το προσωπικό υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το χώρο της εξέτασης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	29	21	29	21
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	0	11	0	11
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	15	4	15	4
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ	3	0	3	0

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κάνουν το τεστ σε ιδιωτικά ιατρεία.



ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το χώρο της εξέτασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα του τεστ.

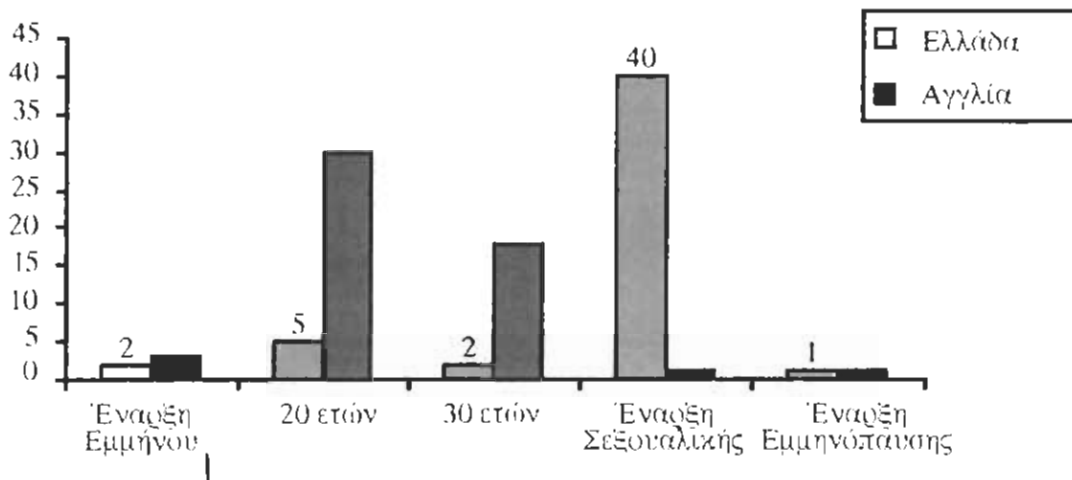
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΚΑΘΕ 6 ΜΗΝΕΣ	2	2	2	2
ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ	21	9	21	9
ΚΑΘΕ 2 ΕΤΗ	7	13	7	13
ΚΑΘΕ 5 ΕΤΗ	2	10	2	10
ΠΟΤΕ	14	1	14	1

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα στην Ελλάδα κάνουν την εξέταση κάθε χρόνο ενώ στην Αγγλία κάθε 2 ή 5 έτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία έναρξης της εξέτασης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΕΝΑΡΞΗ ΕΜΜΗΝΟΥ ΡΥΣΗΣ	2	3	2	3
20 ΕΤΩΝ	5	30	5	30
30 ΕΤΩΝ	2	18	2	18
ΕΝΑΡΞΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΖΩΗΣ	40	1	40	1
ΕΝΑΡΞΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ	1	1	1	1

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η εξέταση πρέπει να αρχίσει να πραγματοποιείται στην μεν Ελλάδα με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής στη δε Αγγλία από 20 ή 30 ετών.



ΣΧΗΜΑ 8: Γεωγραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία έναρξης πραγματοποίησης της εξέτασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 48 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους που δεν κάνουν το τεστ

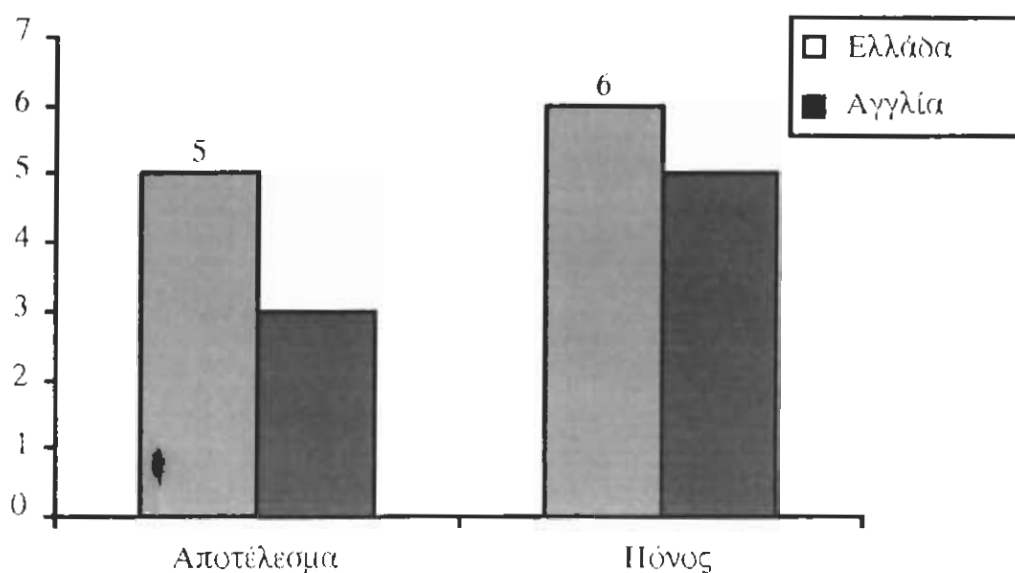
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΑΜΕΛΕΙΑ	20	1	20	1
ΑΙΓΝΟΙΑ	1	1	1	1
ΦΟΒΟΣ	10	8	10	8
ΆΛΛΟ	8	14	8	14

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν κάνουν το τεστ στην Ελλάδα από αμέλεια και στην Αγγλία από φόβο ή άλλους λόγους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 18 ερωτηθέντων σε σχέση με τον λόγο που φοβούνται το τεστ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	5	3	5	3
ΠΙΘΑΝΟ ΠΙΟΝΟ	6	5	6	5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα φοβούνται το τεστ για τον πιθανό πόνο που θα νοιώσουν κατά την εξέταση.



ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους για τους οποίους φοβούνται την εξέταση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλλο που προτιμούν να έχει αυτός που τους διενεργεί την εξέταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΑΝΔΡΑΣ	6	4	6	4
ΓΥΝΑΙΚΑ	44	46	44	46
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	50	50

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα προτιμούν γυναίκα να διενεργεί το τεστ Παπανικολάου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο χώρο της εξέτασης

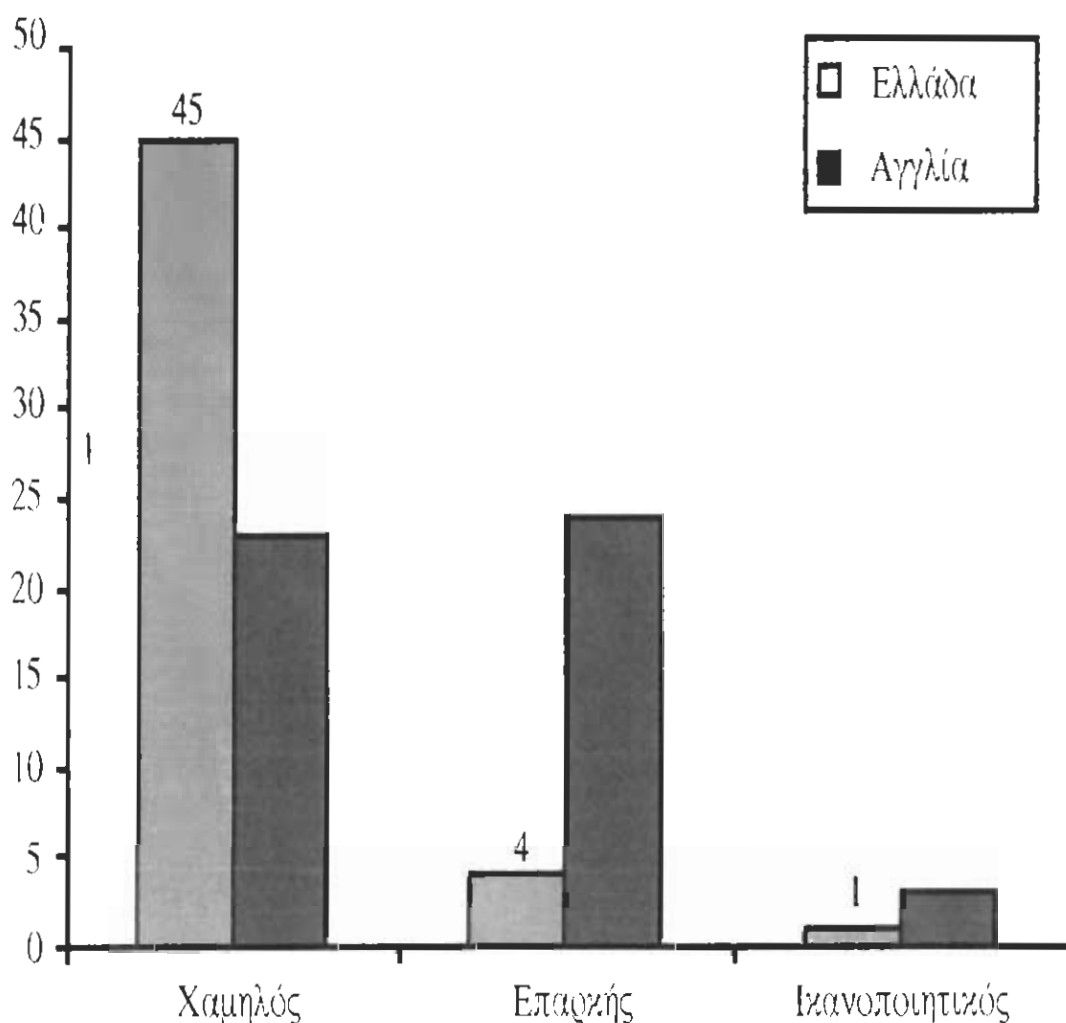
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
1 ΚΑΘΟΛΟΥ	1	0	1	0
2	0	2	0	2
3	0	1	0	1
4	5	1	5	1
5	5	4	5	4
6	3	2	3	2
7	6	6	6	6
8	7	4	7	4
9	4	8	4	8
10 ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	6	6	6	6

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είναι αρκετά ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες στο χώρο της εξέτασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό ενημέρωσης από το κράτος για την εξέταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΧΑΜΗΛΟΣ	45	23	45	23
ΕΠΑΡΚΗΣ	4	24	4	24
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΟΣ	1	3	1	3
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα για μεν την Ελλάδα θεωρούν ότι η ενημέρωση από το κράτος δεν είναι επαρκής ενώ για την Αγγλία θεωρούν κυρίως επαρκή την ενημέρωση.



ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ενημέρωσή από το κράτος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν στην οικογένειά τους περιστατικό με καρκίνο των γεννητικών οργάνων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ	ΠΑΤΡΑ	ΛΟΝΔΙΝΟ
ΝΑΙ	4	9	4	9
ΟΧΙ	46	41	46	41
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν είχαν περιστατικό με καρκίνο των γεννητικών οργάνων στην οικογένειά τους.

6.2 Συγκριτική συσχέτιση

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και του αν έχουν κάνει το τεστ (Ερώτηση 6)

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΤΡΑ	22	28	50
ΛΟΝΔΙΝΟ	30	20	50
ΣΥΝΟΛΟ	52	48	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
1	1,3	0.2

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και του αν έχουν κάνει το τεστ ΔΕΝ διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και τους λόγους που κάνουν το τεστ (Ερώτηση 7)

Αριθμός	ΠΡΟΛΗΨΗ	ΓΥΝΑΙΚΟ ΛΟΓΙΚΟ	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	ΑΛΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΤΡΑ	3	8	11	0	22
ΛΟΝΔΙΝΟ	18	3	5	11	38
ΣΥΝΟΛΟ	21	12	16	11	60

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
3	24,7	0.0001

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και τους λόγους που κάνουν το τεστ διαπιστώνεται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22 : Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και της πηγής ενημέρωσής τους (Ερώτηση 8)

Αριθμός	Για τρώς	Νοσηλ ευτής	Οικο γένεια	Φυλλάδια	ΜΜΕ	Σχολείο	Σχολή	Άλλο	Σύνολο
ΠΑΤΡΑ	11	3	14	6	3	3	8	2	50

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
8	2,5	0.5

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και της πηγής ενημέρωσής τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23 : Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και της συχνότητας του τεστ (Ερώτηση 12)

Αριθμός	ΚΑΘΕ 6 ΜΗΝΕΣ	ΚΑΘΕ ΧΡΟΝ Ο	ΚΑΘΕ 2 ΕΤΗ	ΚΑΘΕ 5 ΕΤΗ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΤΡΑ	2	21	7	2	14	50
ΛΟΝΔΙΝΟ	2	9	13	10	1	50
ΣΥΝΟΛΟ	4	30	20	12	15	81

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
4	22,1	0.001

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και της συχνότητας του τεστ διαπιστώνεται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και της άποψής τους για την ηλικία έναρξης του τεστ (Ερώτηση 13)

Αριθμός	ΕΝΑΡΞΗ ΕΜΜΗΝΟ Υ	ΕΝΑΡΞΗ ΣΕΞΟΥΑ ΛΙΚΗΣ	20 ΕΤΩΝ	30 ΕΤΩΝ	ΕΝΑΡΞΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑ ΥΣΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΤΡΑ	2	40	5	2	1	50
ΛΟΝΔΙΝΟ	3	1	30	18	1	50
ΣΥΝΟΛΟ	5	41	35	20	2	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
4	67,9	0.0001

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και της άποψής τους για την ηλικία έναρξης του τεστ διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και της άποψής τους για το λόγο που δεν κάνουν το τεστ (Ερώτηση 15)

Αριθμός	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΠΟΝΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΤΡΑ	5	6	11
ΛΟΝΔΙΝΟ	3	5	8
ΣΥΝΟΛΟ	8	11	19

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
1	0,1	0.3

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και της άποψής τους για το λόγο που δεν κάνουν το τεστ δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και της άποψής τους για την ενημέρωση από το κράτος (Ερώτηση 18)

Αριθμός	ΧΑΜΗΛΟΣ	ΕΠΑΡΚΗΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΤΡΑ	45	4	1	50
ΛΟΝΔΙΝΟ	23	24	3	50
ΣΥΝΟΛΟ	68	28	4	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
2	24,4	0.001

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και της άποψής τους για την ενημέρωση από το κράτος διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και του λόγου που δεν κάνουν το τεστ (Ερώτηση 14)

Αριθμός	ΑΜΕΛΕΙΑ	ΑΓΝΟΙΑ	ΦΟΒΟΣ	ΑΛΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΤΡΑ	20	1	10	8	39
ΛΟΝΔΙΝΟ	1	1	8	14	24
ΣΥΝΟΛΟ	21	2	18	22	63

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
3	17,1	0.001

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της έρευνας και του λόγου που δεν κάνουν το τεστ διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Συμπεράσματα – Συζήτηση

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας 21-25 ετών, τόσο στη Πάτρα όσο και στο Λονδίνο και ήταν σπουδαστές του β' εξαμήνου.

Η προέλευση καταγωγής των ερωτηθέντων στην Ελλάδα ήταν από πόλεις ενώ στην Αγγλία από κωμοπόλεις.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες γνώριζαν τι είναι το τεστ Παπανικολάου αν και στην Αγγλία έχει επικρατήσει η ονομασία smear test. Στη μεν Ελλάδα δεν συνηθίζεται να γίνεται το τεστ στο βαθμό που γίνεται στην Αγγλία για λόγους πρόληψης.

Η δε οικογένεια αποτελεί πηγή ενημέρωσης στην Ελλάδα αντίθετα στην Αγγλία η ενημέρωση στο συγκεκριμένο θέμα προέχεται από τον γιατρό και στη συνέχεια από τον νοσηλεύτη.

Το Pap-test στο Η.Β. προτείνεται από το προσωπικό υγείας ως μέρος των προγραμμάτων μαζικού ελέγχου. Στη δε Ελλάδα επαφίεται στη κρίση των γυναικών όπου και η πλειοψηφία κάνει το τεστ σε ιδιωτικά ιατρεία.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην Ελλάδα κάνουν το Pap-test κάθε χρόνο ενώ στην Αγγλία κάθε δύο χρόνια.

Στην Ελλάδα θεωρείται ότι η εξέταση πρέπει να αρχίσει να πραγματοποιείται με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής ενώ στην Αγγλία από το 20 έως 30 έτος.

Αξιοσημειωτέον δε είναι ότι η αμέλεια είναι η κύρια αιτία που δε κάνουν το τεστ οι Ελληνίδες, σ' αντίθεση με τις Αγγλίδες που προβάλλουν τον φόβο ως ανασταλτικό παράγοντα.

Κοινό σημείο είναι ότι και στις δύο χώρες προτιμάται να διενεργείται η εξέταση Παπανικολάου από γυναίκα.

Τέλος δε οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην Ελλάδα θεωρούν ότι η ενημέρωση από το κράτος δεν είναι επαρκής αντίθετα στην Αγγλία θεωρούν ότι είναι κυρίως επαρκής.

Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις γνώσεων σχετικά με το τεστ Παπανικολάου.

Είναι ανώνυμο και έχει ως σκοπό τη συλλογή στατιστικών στοιχείων μόνο από τις σπουδάστριες του τμήματος Νοσηλευτικής για την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας.

1. Ηλικία

2. Εξάμηνο

3. Οικογενειακή κατάσταση Έγγαμη Άγαμη

4. Τόπος καταγωγής

Χωριό Πόλη Κωμόπολη

5. Γνωρίζετε τι είναι το τεστ Παπανικολάου;

Ναι Όχι

6. Έχετε κάνει τεστ Παπανικολάου;

Ναι Όχι

7. Γιατί κάνετε τεστ Παπανικολάου;

Πρόληψη από καρκίνο

Γυναικολογικό πρόβλημα

Και τα δυο

Άλλο

8. Από ποιόν ενημερωθήκατε για το τεστ Παπανικολάου;

Γιατρό Νοσηλεύτη Ενημερωτικά φυλλάδια

ΜΜΕ Σχολείο Οικογένεια

Άλλο Σχολή

9. Από ποιόν θα θέλατε να έχετε ενημερωθεί;

9. Από ποιόν θα θέλατε να έχετε ενημερωθεί:

- | | | | | | |
|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Γιατρό | <input type="checkbox"/> | Νοσηλεύτη | <input type="checkbox"/> | Ενημερωτικά φυλλάδια | <input type="checkbox"/> |
| ΜΜΕ | <input type="checkbox"/> | Σχολείο | <input type="checkbox"/> | Οικογένεια | <input type="checkbox"/> |
| Άλλο | <input type="checkbox"/> | Σχολή | <input type="checkbox"/> | | |

10. Ποιός σας πρότεινε να κάνετε το τεστ Παπανικολάου (Pap test);

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Προσωπικό υγείας | <input type="checkbox"/> |
| Οικογένεια | <input type="checkbox"/> |
| Φίλος-η | <input type="checkbox"/> |
| Εαυτός σας | <input type="checkbox"/> |

11. Αν κάνετε Pap test που κάνετε την εξέταση;

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Ιδιωτικό ιατρείο | <input type="checkbox"/> |
| Κέντρο υγείας | <input type="checkbox"/> |
| Νοσοκομείο | <input type="checkbox"/> |
| Κινητές ιατρικές μονάδες | <input type="checkbox"/> |

12. Πόσο συχνά κάνετε Pap test;

- | | |
|---------------|--------------------------|
| κάθε 6 μήνες | <input type="checkbox"/> |
| κάθε χρόνο | <input type="checkbox"/> |
| κάθε 2 χρόνια | <input type="checkbox"/> |
| κάθε 5 χρόνια | <input type="checkbox"/> |
| ποτέ | <input type="checkbox"/> |

13. Από ποιά ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει ν'αρχίσετε να γίνεται το τεστ Παπανικολάου.

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Έναρξη έμμηνου ρύσης | <input type="checkbox"/> |
| 20 χρονών | <input type="checkbox"/> |
| 30 χρονών | <input type="checkbox"/> |
| Έναρξη σεξουαλικής ζωής | <input type="checkbox"/> |
| Έναρξη εμμηνόπαυσης | <input type="checkbox"/> |

14. Για ποιους λόγους δεν κάνετε το τεστ Παπανικολάου;

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| Αμέλεια | <input type="checkbox"/> |
| Άγνοια | <input type="checkbox"/> |
| Έλλειψη εμπιστοσύνης | <input type="checkbox"/> |
| Φόβος* | <input type="checkbox"/> |
| Άλλο | <input type="checkbox"/> |

Εάν απαντήσατε «φόβος» απαντήστε και στην επόμενη ερώτηση.

QUESTIONNAIRE

The aim of this questionnaire is to investigate how familiar nurse students are with the Pap-test which is the Smear test. Please fill this questionnaire in and return to Eleni Tsoutsani, Student Nurse, Freyer Ward, The Middlesex Hospital.

1. Age []

2. University year []

3. Married Unmarried

4. Place of origin

Village City Small country town

5. Do you know what a Pap-Smear test is?

Yes No

6. Have you ever done a Pap-Smear test?

Yes No

7. Why did you have the Pap-Smear test?

Cancer prevention

Gynaecological problem

Both of them

Other

8. From whom you have been informed about the Pap-Smear test?

Doctor Nurse Health brochures

Media School Family

Other University faculty

9. From whom would you prefer to be informed?

Doctor Nurse Health brochures

Media School Family

Other University faculty

10. Who suggested that you had Pap-Smear test?

- Health personel
- Family
- Friend
- Youeself

11. If you had the Pap-Smear test where it has been done?

- Doctor's office
- Community Health Center
- Hospital
- Mobile Health Units

12. How often are you doing the Pap-Smear test?

- Every 6 months
- Every year
- Every 2 years
- Every 5 years
- never

13. What age do you believe that someone should start having the Pap-Smear test?

- At the beginning of menstruation
- At the beginning of sexual life
- 20 years old
- 30 years old
- At the beginning of menopause

14. Why are not you having the Pap-Smear test?

- Carelessness
- Ignorance
- Luck of trust
- Fear*
- Other

* If your answer was «fear» please answer the next one

15. Why are you afraid of the Pap-Smear test?

- For the result
- Possibility of pain

16. Would you prefer having the Pap-Smear test by man or woman gynaecologist?

Man Woman

17. Were you satisfied by the services during the test procedure?

not at all very much
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Do you believe that the information provided by the state to the population about the necessity of the Pap-Smear test are?

Little Sufficient Satisfactory

19. Have you ever have someone suffering of cancer of genital organs in your broader family environment?

Yes No

Βιβλιογραφία

1. Παπανικολάου Ν. «Γυναικολογία». Έκδοση 3η. Εκδόσεις Παρισιανού. Αθήνα 1994.
2. Γεωργακόπουλος Α.Π. «Επιτομή Μαιευτικής Γυναικολογίας & Νοσηλευτικής». Έκδοση 7η. Εκδόσεις Παρισιανού. Αθήνα 1993.
3. Σέγγκος Χ. «Φυσιολογία του Γεννητικού Συστήματος της Γυναίκας». Ελληνική Εταιρεία Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας. Αθήνα 1991.
4. Σέργιος, Μανταλενάκης. «Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας». Έκδοση 3η. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1996.
5. Αγοραστός Θ., Μπόντης Ι. «Καρκινογένεση στο Γυναικείο και Γεννητικό Σύστημα». Έκδοση 1η. University Studio Press. Θεσσαλονίκη 1997.
6. Μορτάκης Α. «Ενδοεπιθηλιακές Νεοπλασίες». Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1992.
7. Καλογερόπουλος Α. «Γυναικολογία». University Studio Press. Έκδοση 1η. Θεσσαλονίκη 1996.
8. Λώλης Ε.Δ. «Γυναικολογία & Μαιευτική». Τόμος Α΄. Εκδόσεις Παρισιανού. Αθήνα 1995.
9. Dollinger M, Rosenbaum E, Cable G. «Ο καρκίνος». Έκδοση 1η. Εκδόσεις Κάτοπτρο. Αθήνα 1992.
10. Μορτάκης Α. «Μόλυνση από τους HPV/ ιοί των ανθρωπίνων θηλωμάτων στο κατώτερο γεννητικό σύστημα της γυναίκας». Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1999.
11. Oncology Nursing Forum Vol 17. No1. 1990.
12. Tindal V.R. «Εικονογραφημένη Γυναικολογία». Εκδόσεις Παρισιανού. Αθήνα 1996.
13. Κρεατσάς Γ. «Νεογνική, Παιδική & Εφηβική Γυναικολογία». Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1987.
14. <http://www.cancer.org/statistics/97cff>.
15. Snell RH. «Κλινική Ανατομική». Τόμος Α΄. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1992.
16. "Cancer Care, Prevention, Treatment & Palliation". Chapman & Hall Publishers. London 1996.

17. Μορτάκης Α. Μπαλτογιάννης Π. «Τι σημαίνει ένα τέστ Παπανικολάου με ελαφρά δυσπλασία». 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής & Γυναικολογίας. Ιωάννινα 1991.
18. "Craddock P. Cancer Care". Chapman & Hall Publishers. London 1996.
19. Μανταλενάκης Σ. «Σύναψη Μαιευτικής & Γυναικολογίας». Έκδοση 2η. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1990.
20. Giles J.A, Hudson E,Crow J. "Colposcopic assessment of the accuracy of cervical cytology screening". Br Med J. 1988.
21. Oncology Nursing in Practise.Traacey Wilson & Whurr Publishers. London & Philadelphia 2001.
22. http://cancermet.nci.nih.gov/wyntk_pubs/uterus.htm.
23. Σαχίνη- Καρδάση Α, Πάνου Μ. «Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική». Τόμος Β. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1996.
24. «Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική». Έκδοση 3η. Ulrich- Canale- Wendell. Printed USA 1994.
25. "Guidance on Commisioning Cancer Services. Improving Outcomes in Gynaecological Cancers". NHS Execytive York. July 1999.
26. "Psycho – Oncology". Journal of the Psychological Social & Behavioral Dimension of Cancer. Wiley Publishers. Volume 10. January-February 2001.

