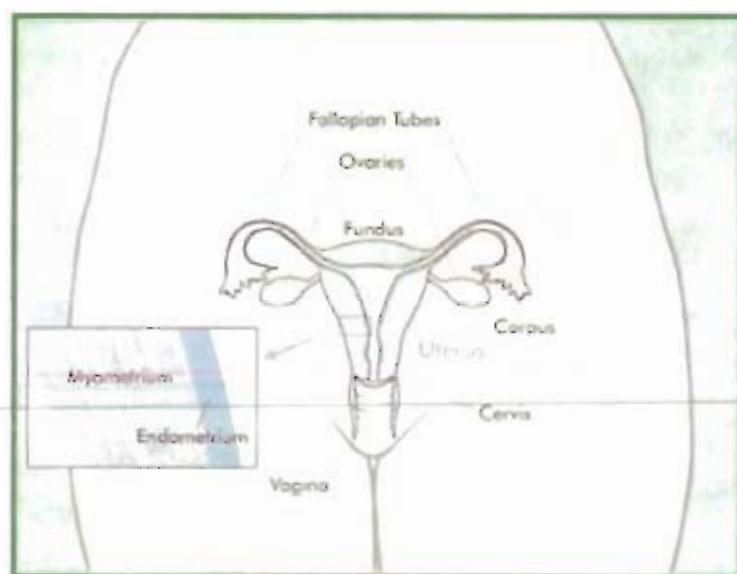


Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

# «ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ»



Εισηγήτρια: Dr. Γ. Θεοδωρακοπούλου

Φοιτήτριες:

Πανίτσα Μάρθα, Α.Μ.: 4919

Πανουργιά Φωτεινή, Α.Μ.: 5110

Διαμαντοπούλου Ελένη, Α.Μ.: 5023

Πάτρα, Δεκέμβριος 2004



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	2
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
1. ΟΡΙΣΜΟΣ .....	5
2. ΕΠΙΠΤΩΣΗ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	6
2.1 ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	6
2.2 ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ .....	7
3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ .....	10
3.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ. ....	10
3.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	11
4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ, ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	13
4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ .....	17
4.2 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ .....	18
4.3 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	18
4.4 ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΒΙΟΨΙΑ.....	18
5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ .....	21

5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ.....	21
5.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ.....	22
6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	24
ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ .....	24
7. ΠΡΟΓΝΩΣΗ .....	27

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

1. ΠΡΟΛΗΨΗ (ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ - ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ - ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ) – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ .....	30
2. Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	32
3. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ. ....	34
4. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ .....	36
5. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....	38
6. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ – ΣΚΟΠΟΙ.....	41
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ.....	45
ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	45
ΑΜΕΣΟΙ .....	45
ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ .....	45

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ .....	46
7. ΠΑΡΕΜΠΟΔΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ .....	52
8. ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΤΟΥ .....	53
9. ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ .....	55
10. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ .....	57
11. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ .....	58
12. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	59
12.1 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	59
12.2 ΦΥΣΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ .....	59
12.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ .....	60
13. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ .....	61
ΕΚΤΙΜΗΣΗ .....	61
13.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	62
13.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ .....	62
13.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ .....	63
13.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ .....	64
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ή ΕΠΙΛΟΓΟΣ ή ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	66

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κύριος στόχος αυτής της εργασίας είναι να δώσουμε στους αναγνώστες της ένα σύγγραμμα κατανοητό και περιεκτικό σε ότι αφορά τις κακοήθεις τραχηλικές και ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες. Απευθύνεται σε πτυχιούχους και φοιτητές της νοσηλευτικής, σε όσους ειδικεύονται σε αυτή και σε όσους την ασκούν με αγάπη και αίσθημα ευθύνης. Η μελέτη αυτή δεν εξαντλεί το θέμα του καρκίνου της μήτρας και δεν προσφέρει έτοιμες απαντήσεις. Μπορεί όμως να καλύψει ένα ικανοποιητικό ποσοστό ερωτήσεων και αποριών σχετικές με το θέμα.

Στην εποχής μας ο γυναικείος πληθυσμός μαστίζεται κυρίως από 3 μορφές καρκίνου. Τον καρκίνο του μαστού, τον καρκίνο του παχέως εντέρου και τον καρκίνο της μήτρας.

Συγκεκριμένα στο σύγγραμμά μας θα αναφερθούμε στον καρκίνο της μήτρας και γενικότερα στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου των γυναικείων οργάνων της πυέλου. Στις ενέργειές μας στηριχθήκαμε στην πολύτιμη βοήθεια γνωστών γυναικολόγων, τους οποίους και ευχαριστούμε!

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 20 χρόνων, είχε παρατηρηθεί μια ανησυχητική αύξηση των προδιηθητικών μορφών καρκίνου τραχήλου μήτρας. Η αύξηση αυτή αφορά κυρίως νέες γυναίκες, των οποίων η ηλικία κυμαίνεται μεταξύ 25-35 χρονών.

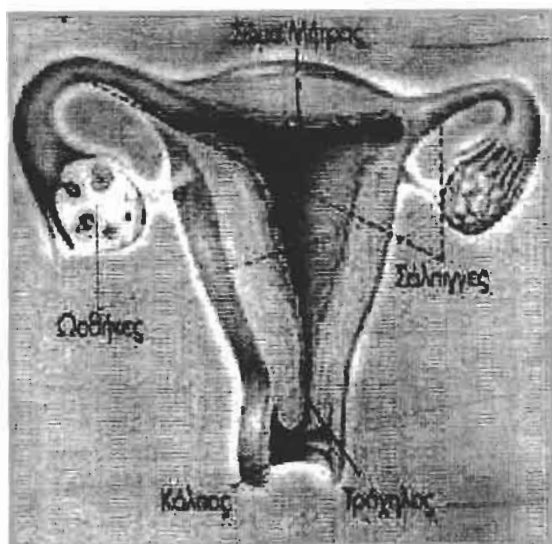
Πρωτοπαθείς κακόηθες νεοπλασία στο σώμα της μήτρας μπορεί να δημιουργηθεί από οποιονδήποτε ιστό, όπως από τους αδένες του ενδομητρίου, από το στρώμα, το μυϊκό τοίχωμα, το ενδοθήλιο των αγγείων, αλλά λόγω της μεγάλης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του ενδομητρίου(97% περίπου των κακοηθών νεοπλασιών του σώματος της μήτρας), ο καρκίνος του ενδομητρίου θεωρείται συνώνυμος των κακοηθών νεοπλασιών του σώματος της μήτρας.

Σήμερα ανάμεσα σε 100 καρκινοπαθείς γυναίκες, οι 15 έχουν καρκίνο στο γεννητικό τους σύστημα. Από αυτές στις 8 εντοπίζεται στη μήτρα, στις 6 στις ωοθήκες, στη μια στον κόλπο ή στο αιδοίο και πλέον ελαττώνεται σταθερά η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.<sup>1</sup>

Η μήτρα ανήκει στα γεννητικά όργανα της γυναίκας και σχηματικά αποτελείται από το φαρδύ μέρος που λέγεται σώμα και το λεπτότερο που λέγεται τράχηλος.

Στα δύο αυτά μέρη μπορούν να αναπτυχθούν δύο τελείως διαφορετικοί καρκίνοι:

- A. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
- B. Ο καρκίνος του σώματος της μήτρας.<sup>2</sup>



### Καρκίνος των γυναικείων οργάνων της πυέλου

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας από τους καρκίνους του γυναικείου γεννητικού συστήματος που προκαλεί αρκετούς θανάτους. Έχει υπολογιστεί για τις Δυτικές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, ότι 2 γυναίκες στις 100 θα προσβληθούν από καρκίνο στον τράχηλο πριν το 80 έτος της ηλικίας τους. Στην Αγγλία, 2.000 θάνατοι γυναικών κάθε χρόνο οφείλονται σε αυτό το είδος καρκίνου. Αυτό είναι γεγονός απαράδεκτο αφού ο καρκίνος αυτός εντοπίζεται σε ένα όργανο σχετικά εύκολα προσπελάσιμο-ο τράχηλος της μήτρας βρίσκεται στο βάθος του κόλπου και φαίνεται πως παραμένει σε ένα προκαρκινικό, ασυμπτωματικό στάδιο για αρκετά χρόνια. Μια διάγνωση σε αυτό το στάδιο μπορεί να θεραπεύσει τον καρκίνο του τραχήλου σε ποσοστά 100%.<sup>3</sup>

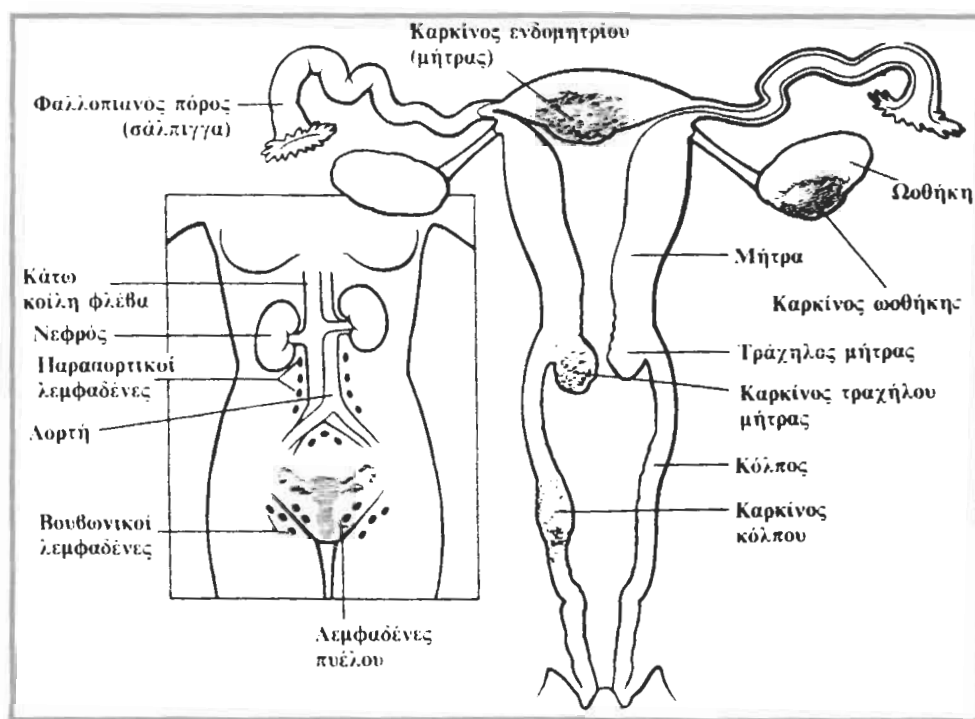
Σε πολλές χώρες ο καρκίνος του ενδομητρίου (καρκίνωμα του σώματος της μήτρας) έχει πλέον ξεπεράσει τον καρκίνο του τραχήλου, σαν η πιο κοινή μορφή κακοήθειας του γυναικείου γεννητικού σωλήνα.

Αυτό συνέβη σαν αποτέλεσμα δύο παραγόντων. Πρώτον η εκτεταμένη εφαρμογή ανιχνευτικών προγραμμάτων (screening) για τον καρκίνο τραχήλου έχει αποτελεσματικά αναγνωρίσει την προκλινική

φάση αυτής της νόσου με αποτέλεσμα τη μείωση στην επίπτωση και τη θνησιμότητα. Δεύτερον το αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης σε πολλές χώρες σήμερα έχει οδηγήσει στη διάγνωση σε έναν αυξημένο αριθμό ασθενών καρκίνου του ενδομητρίου, καθώς αυτή είναι νόσος κυρίως παυσιακών ασθενών με μέγιστη επίπτωση σε ηλικίες 59-60 ετών.<sup>4,5</sup>

Ο καρκίνος των ωοθηκών έρχεται πρώτος σε σειρά θνησιμότητας σε σχέση με τους καρκίνους κάθε άλλης εντόπισης στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας και αποτελούν πρόβλημα για το γυναικολόγο γιατί η διάγνωσή τους γίνεται καθυστερημένα Αυτό συμβαίνει γιατί οι ωοθήκες βρίσκονται σε χώρο όπως η περιτοναϊκή κοιλότητα που τους επιτρέπει την εξέλιξή τους, χωρίς να προκαλέσουν συμπτώματα πίεσης ή έμφραξης.

Ο καρκίνος του κόλπου εμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση, τις περισσότερες φορές στο πάνω τριτημόριο του οπίσθιου κοιλικού τοιχώματος. Άλλες φορές αναπτύσσεται πάνω σε έλκος που προκάλεσε χρόνιος ερεθισμός του κοιλικού τοιχώματος από ολική πρόπτωση μήτρας ή ενδοκολπικός πεσσός.<sup>1</sup>



Καρκίνος των γυναικείων οργάνων της πυέλου



# ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

## 1.ΟΡΙΣΜΟΣ

Κακοήθη είναι τα νεοπλάσματα που μεγαλώνουν με γρήγορο ρυθμό, δεν έχουν σαφή όρια, ούτε περιβάλλονται από κάμα, διηθούν στους γειτονικούς ιστούς, προκαλούν μεταστάσεις σε άλλα όργανα και αν δεν αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά καταστρέφουν την υγεία και προκαλούν το θάνατο. Τα κακοήθη νεοπλάσματα, εμφανίζουν απώλεια διαφοροποίησης, ατυπία, αναπλασία και όσα προέρχονται από το μεσεγχυματικό ιστό, λέγονται σαρκώματα, όσα από το λεμφικό, λεμφώματα και όσα από το επιθηλιακό, καρκινώματα ή καρκίνοι, όρος που χρησιμοποιείται για όλα τα κακοήθη νεοπλάσματα.

Η λέξη χρονολογείται από την εποχή του Ιπποκράτη και προέρχεται από την εμφάνιση των επιφανειακών φλεβών του μαστού, όταν αυτές πιέζονται από την ύπαρξη κακοήθους νεοπλασίας.<sup>1</sup>

Η μήτρα είναι ένα όργανο με σχήμα και μέγεθος αχλαδιού. Το φαρδύ της μέρος λέγεται σώμα και εκεί αναπτύσσεται το έμβρυο. Το μέρος αυτό βρίσκεται μέσα στη μικρή λεκάνη της γυναίκας.

Το λεπτότερο τμήμα λέγεται τράχηλος και βρίσκεται στο βάθος του κόλπου απ' όπου και είναι ορατό. Στα δύο αυτά μέρη μπορούν να αναπτυχθούν δύο τελείως διαφορετικές μορφές καρκίνου.<sup>6</sup>

- **-Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας**
- **-Ο καρκίνος του σώματος της μήτρας ή ενδομητρίου.**

## 2.ΕΠΙΠΤΩΣΗ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

### ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι ο τέταρτος σε σειρά συχνότητας καρκίνος στις γυναίκες και ο πιο συχνός γυναικολογικός καρκίνος στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες.

Στις ΗΠΑ υπολογίζονται 36.000 περίπου νέες περιπτώσεις το χρόνο, το 44,9% των περιπτώσεων κακοηθών όγκων του γεννητικού συστήματος και 6.000 περίπου θάνατοι από τη νόσο ετησίως, αριθμός που αντιστοιχεί σε 23% των θανάτων από γυναικολογικό καρκίνο.

Στην Ελλάδα υπολογίζονται 500 νέες περιπτώσεις το χρόνο και θεωρείται ότι είναι το δεύτερο μετά το καρκίνο του τραχήλου, γυναικολογικό νεόπλασμα στη χώρα μας.<sup>7</sup>

Το αδenoκαρκίνωμα του ενδομητρίου είναι το πρώτο σε συχνότητα από τα κακοήθη νεοπλάσματα των γεννητικών οργάνων της γυναίκας. Σε σχέση με τους άλλους καρκίνους, έχει βραδύτερη ανάπτυξη και είναι πιο επιδεκτικό σε θεραπεία. Προσβάλλει κυρίως γυναίκες που βρίσκονται γύρω από την εμμηνόπαυση και στη μετεμμηνόπαυσιακή ηλικία. Κάτω των 40 ετών εμφανίζεται σε ποσοστό 2-5% στο συνολικό αριθμό των περιπτώσεων.

Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι στη νεαρή ηλικία, το ενδομήτριο της γυναίκας μπορεί να υποστεί σημαντικές διαδρομές ανάπτυξης μέχρι να σχηματίσει τον καρκίνο. Οφείλονται σε συνθήκες υπερβολικής ορμονικής διέγερσης, όπως συμβαίνει και με τους καρκίνους των μαστών. Μετά την εμμηνόπαυση εκλείπει η προγεστερόνη, η οποία αντιστέκεται στον πολλαπλασιασμό των ενδομήτριων κυττάρων.

Προσθέτουμε ότι κατά την εμμηνόπαυση εκλείπει η μηνιαία ανταλλαγή των ενδομήτριων κυττάρων, γι' αυτό τα κύτταρα γερνούν, φθείρονται κι έτσι μπορούν να υποστούν πιο εύκολα την προσβολή των καρκινογόνων ουσιών.

Οι γυναίκες που είχαν εγκυμοσύνες έχουν μικρότερες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο της μήτρας, γιατί με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό γίνεται και ένας καθαρισμός της μήτρας.<sup>8</sup>

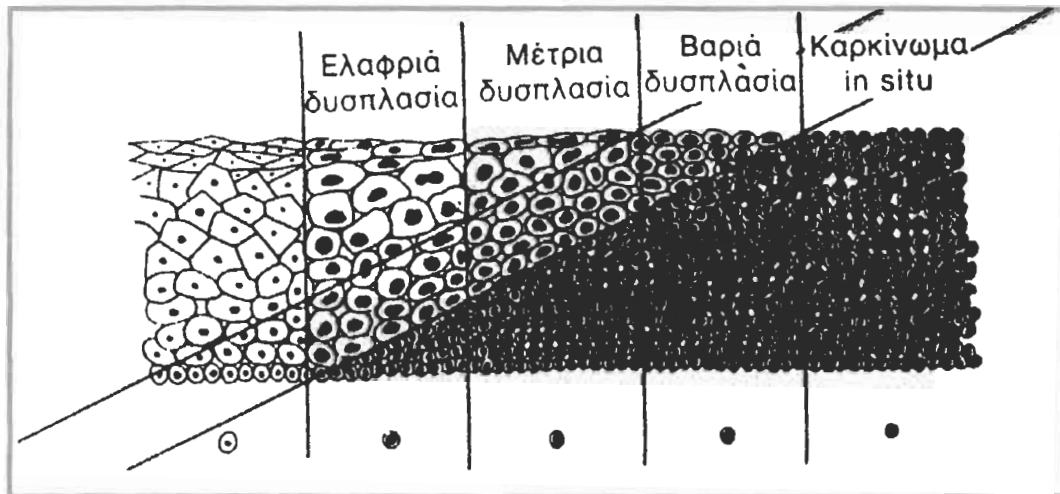
## 2.2 ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι κατά τα σημερινά δεδομένα, η τρίτη πιο κοινή κακοήθεια στις γυναίκες, έπειτα από τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου, ενώ τα προηγούμενα χρόνια κατείχε τη δεύτερη θέση. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου 2% από όλες τις γυναίκες πάνω από τα 40 χρόνια έχουν 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. Υπολογίζεται ότι η διαφορά που υπάρχει μεταξύ τους είναι περίπου 10 χρόνια. Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί πολύ σπάνια ακόμη και στη δεύτερη δεκαετία της ζωής και καμιά φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Στο μεγαλύτερο ποσοστό (90%) ο καρκίνος του τραχήλου προέρχεται από το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο της έξω επιφάνειας της ενδοκολπικής μοίρας (επιθηλίωμα), σε 7% των περιπτώσεων είναι αδενοκαρκίνωμα και προέρχεται από το μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο του αυλού και τους αδένες του, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό καλύπτεται από μεικτές μορφές ή αδιαφοροποίητες.

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν ανιχνεύεται σε γυναίκες παρθένας. Επίσης ένας παράγων πολύ ουσιαστικός είναι η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής. Γυναίκες που είχαν πριν το 18 έτος της

ηλικίας τους έχουν τριπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας από γυναίκες που είχαν σεξουαλική επαφή μετά το 18 έτος.



Βαθμοί δυσπλασίας τραχηλικών επιθηλίων

Κακή υγιεινή των γεννητικών οργάνων και πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι είναι μια άλλη αιτιολογική παράμετρος του καρκίνου του τραχήλου. Λοιμώξεις από τριχομονάδες ή χλαμύδια είναι επίσης προδιαθεσικός παράγων. Άλλες λοιμώξεις, όπως ο έρπης των γεννητικών οργάνων ή ο ιός των κονδυλωμάτων HPV 16 και 18 έχουν ενοχοποιηθεί για προκαρκινωματώδη κατάσταση.<sup>9</sup>

Για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αναφέρουμε την εξαιρετική διαφορά συχνότητας στις ΗΠΑ μεταξύ των Πορτορικανών, Νέγρων, λευκών και Εβραίων γυναικών. Η συχνότητα είναι αντίστοιχα 120 περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου επί 100 χιλιάδων Πορτορικανών, 50 για τις νέγρες, 20 για τις λευκές και 4 για τις Εβραίες. Επικαλούνται λόγους υγιεινής (εάν υπάρχουν βακτηρίδια στον κόλπο σχηματίζονται οι νιτροζαμίνες που είναι καρκινογόνες ) και της γυναίκας και του άντρα.<sup>10</sup>

Οι γυναίκες εκείνων που εργάζονται στα πετρέλαια έχουν δέκα φορές περισσότερους καρκίνους του τραχήλου σε σχέση με τις γυναίκες των άλλων επαγγελματιών και οι πρόωρες σεξουαλικές σχέσεις ευνοούν αυτόν τον καρκίνο. Σήμερα μιλάμε για χάπι, εφηβεία.

Οι κοπέλες που χρησιμοποιούν χάπι ή βρίσκονται στην εφηβεία είναι από τις αμερικάνικες στατιστικές, που αναφέρουν μια αύξηση περίπου πέντε φορές των καρκίνων του τραχήλου στα τελευταία χρόνια, γι' αυτό θεωρείται ότι πρέπει να αρχίζει νωρίτερα το P 3p-τεστ, από τα 18-20 χρόνια, αντί για τα 30 όπως συμβουλευόταν πάντα.

Και οι διαζευγμένες γυναίκες παρουσιάζουν συχνά καρκίνο του τραχήλου, ίσως λόγω στρες.<sup>8</sup>

### **3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ**

#### 3.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.

Η βιβλιογραφία γύρω από το θέμα που αφορά την αιτιολογία και την παθογένεση του καρκίνου του ενδομητρίου είναι τεράστια, πολύπλοκη, αντιφατική και συγκεχυμένη γι' αυτό κάθε προσπάθεια διερεύνησης του όγκου των πληροφοριών που υπάρχουν στη βιβλιογραφία για διευκρίνιση του θέματος, αναγκαστικά επηρεάζεται από την προσωπική τοποθέτηση του ερευνητή.

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που υπολογίζονται ότι επηρεάζουν την ανάπτυξη ή συμμετέχουν στην ανάπτυξη καρκίνου του ενδομητρίου είναι:

1. Η ιδιοσυστασία της γυναίκας
  - παχυσαρκία
  - η μη τεκνοποίηση
2. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες
3. Το περιβάλλον
4. Το ορμονικό υπόστρωμα της γυναίκας
  - η καθυστερημένη εμμηνόπαυση
5. Η κατάχρηση ορισμένων φαρμάκων και ιδιαίτερα ορμονών
  - η πρόσφατη λήψη ταμοξιφαίνης (ΤΑΜΑ)
  - η λήψη αντισυλληπτικού χαπιού
  - η εξωγενής λήψη υψηλών δόσεων οιστρογόνων.
6. Ο σακχαρώδης διαβήτης
7. Η κληρονομική προδιάθεση<sup>11</sup>

<b>Πίνακας 1:</b> Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του ενδομητρίου.	
Παράγοντες κινδύνου	Σχετικός κίνδυνος (RR)
Παχυσακρία	1,9 – 11
Τόκος (Πολυτόκος/Ατοκος)	1 – 3
Καθυστερημένη εμμηνόπαυση	1,7 – 2,4
Σακχαρώδης διαβήτης	1,3 – 2,8
Εξωγενής χορήγηση οιστρογόνων	1,6 – 12
Λήψη ταμοξιφαιρίνης (TAM)	1 – 2,3
Λήψη αντισυλληπτικού χαπιού	0,1 – 1

### 3.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Υπό βιολογική έννοια τα αίτια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, όπως και όλων των καρκίνων του σώματος, είναι άγνωστα. Πάντως ορισμένες συνθήκες συνδέονται τόσο στενά μ'αυτούς, ώστε δύναται να θεωρηθούν ως αιτιολογικοί παράγοντες.

Όλες οι μελέτες συμφωνούν ότι ο κίνδυνος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αυξάνεται:

1. Με το γάμο ή με την έναρξη σεξουαλικής ζωής σε μικρή ηλικία(κάτω των 20 ετών).

Από μελέτες φαίνεται ότι οι ηλικίες μεταξύ 15-20 ετών είναι επιρρεπείς για μεταγενέστερο καρκίνο, όταν η πρώτη συνουσία και με συνέχιση έχει αρχίσει κατά αυτήν την ηλικία.

Από τα λίγα παραπάνω που αναφέρθηκαν, προκύπτει ότι είναι πολύ πιθανόν να μην αποτελεί σημαντικό γεγονός η τεκνοποιία αυτή

καθ'εαυτή, αλλά πολύ περισσότερο η σεξουαλική έκθεση σε μικρή ηλικία.<sup>12</sup>

Επιπλέον εμφανίζεται σε γυναίκες οι οποίες:

2. Έχουν προσβληθεί από ορισμένες νόσους, όπως η μόλυνση από τον ιό του έρπητα τύπου 2.
3. Βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή μετά από μεταμόσχευση οργάνων.
4. Τέλος, γυναίκες των οποίων η μητέρα πήρε το φάρμακο διαιθυλοσιλβαστρόλη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η μέση ηλικία προσβολής από διηθητικό CA τραχήλου είναι τα 45 χρόνια. Σε νεώτερες ηλικίες είναι σπάνιος.<sup>10</sup>



## **4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ, ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.**

Ο καρκίνος του ενδομητρίου μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα και να θεραπευτεί σε ποσοστό πάνω από 90%. Είναι καρκίνος που εμφανίζεται συνήθως μετά την εμμηνόπαυση σε γυναίκες 50 έως 65 χρόνων. Για το λόγο αυτό εάν η περίοδος, έχει σταματήσει πάνω από ένα χρόνο και εμφανιστεί ξανά αίμα από τον κόλπο, η γυναίκα πρέπει να συμβουλευτεί αμέσως γυναικολόγο.

Η διάγνωσή του ωστόσο στηρίζεται και στα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα.

### **-Κλινικά ευρήματα.**

Με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση θα διαπιστώσουμε διόγκωση της μήτρας, ανάλογα με το χρόνο που πέρασε από την αρχή της πάθησης. Μεγάλη μήτρα σημαίνει κακή πρόγνωση. Για την εκτίμηση του μεγέθους της μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τη τοιχωμάτων μητρομήλη με μεγάλη προσοχή, γιατί υπάρχει κίνδυνος διάτρησης των της μήτρας.

### **-Εργαστηριακά ευρήματα.**

Αυτά που θα μας βοηθήσουν στη διάγνωση είναι:

1. Ο κυτταρολογικός έλεγχος επιχρισμάτων του κόλπου, του τραχήλου και του ενδομητρίου. Τα τελευταία θα τα πάρουμε με αναρρόφηση, που γίνεται με τη βοήθεια εύκαμπτου σωλήνα ή με έκπλυση της ενδομήτριας κοιλότητας. Τέτοια εξέταση βοηθάει σε συχνότητα 85%.

2. Η διαγνωστική απόξεση του ενδομητρίου, που αποτελεί τη πιο αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδο και που εκτελείται με μεγάλη προσοχή, για τον κίνδυνο διάτρησης του εύθρυπτου τοιχώματος της μήτρας. Η απόξεση πρέπει να εκτελείται με τη μορφή της γραμμοειδούς απόξεσης με το ξέστρο του Novak. Υπάρχει κίνδυνος να διαφύγει από το υλικό της απόξεσης η πάσχουσα περιοχή του ενδομητρίου.

Για τον καλύτερο ιστολογικό έλεγχο πρέπει να γίνεται πρώτα απόξεση του ενδοτραχήλου και μετά του ενδομητρίου και τα ξέσματα να φυλάγονται ξεχωριστά. Με τον ιστολογικό έλεγχο μπορούμε να προσδιορίσουμε και το βαθμό διαφοροποίησης του καρκίνου, που έχει μεγάλη σημασία, γιατί, όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός διαφοροποίησης τόσο συχνότερες είναι οι πνευλικές και αορτικές μεταστάσεις.

Αν ο ιστολογικός έλεγχος αποβεί αρνητικός, αυτό δε σημαίνει, πως δεν υπάρχει καρκίνος, γι' αυτό, επιβάλλεται η εκτέλεση διαγνωστικής απόξεσης μετά τρίμηνο.

3. Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι που μας βοηθάνε στη σταδιοποίηση του καρκίνου του σώματος της μήτρας, είναι η υπερηχογραφία (μεικτή ανομοιογενής εικόνα), η κυστεοσκόπηση, η λεμφαγγειο-λεμφαδενογραφία, η ακτινογραφία των πνευμόνων, το σπινθηρογράφημά του και των οστών.

Διαφορική διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου θα γίνει από τους καλοήθεις πολύποδες, την αδενωματώδη υπερπλασία, τη φυματίωση, το ινομύωμα, το χοριοκαρκίνωμα και από τα νεοπλάσματα της ωοθήκης.<sup>13,14</sup>

Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι εύκολη, με κύριο σύμπτωμα την κολπική αιμόρροια μετά τη σεξουαλική επαφή. Αιμόρροια όμως μπορεί να εκδηλωθεί σε ακαθόριστα μεσοδιαστήματα, όπως επίσης και ως κύριο σύμπτωμα μετά την εμμηνόπαυση.

Ασθενείς με προχωρημένη νόσο μπορεί να παρουσιάζουν δύσσομη κολπική υπερέκκριση, απώλεια βάρους και απόφραξη των ουροφόρων οδών. Η κλινική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει την ψηλάφηση των υπερκλειδίων και βουβωνικών, για τον αποκλεισμό μεταστατικής νόσου. Η κολπική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει προσεκτική και λεπτομερή επισκόπηση του τραχήλου και ολόκληρου του κόλπου, για να καθοριστεί με ακρίβεια η έκταση της νόσου. Η δακτυλική επισκόπηση συνήθως δίδει την αίσθηση «σκληρίας» και διόγκωσης του τραχήλου, ενώ η εξέταση από το ορθό θεωρείται σπουδαία στον καθορισμό του μεγέθους του τραχήλου και της επέκτασης της νόσου στα παραμήτρια. Όταν η διόγκωση στην κλινική εξέταση είναι εμφανής, τότε η λήψη βιοψίας στα εξωτερικά ιατρεία μπορεί να επιβεβαιώσει την κλινική διάγνωση.<sup>15</sup>

Στις περιπτώσεις που υπάρχουν ενδείξεις διηθητικού καρκίνου στο τεστ Παπανικολάου και ο τράχηλος εμφανίζεται φυσιολογικώς στη γυναικολογική εξέταση, τότε η κολποσκόπηση και οι κολποσκοπικά κατευθυνόμενες βιοψίες βοηθούν στη διάγνωση και εξαλείφουν την ανάγκη εκτέλεσης κωνοειδούς εκτομής.<sup>5</sup>

**Πίνακας 2.** Εργαστηριακές εξετάσεις.

<b>Απαραίτητος έλεγχος</b>	<b>Συνιστώμενος έλεγχος</b>
Αιματολογικός έλεγχος	Αξονική τομογραφία κοιλίας
Βιοχημικές εξετάσεις	Καρκινικός δείκτης CA 125
Ακτινογραφία Θώρακα	ΥΧΓ έσω γεννητικών οργάνων
ΗΚΓ	Test Pap
<b>Προαιρετικός έλεγχος αναλόγως συμπτωμάτων/ευρημάτων</b>	
Ενδοφλέβια πνευμογραφία	Βαριούχος υποκλυσμός
Κολonosκόπηση, MRI	Σπινθηρογραφήματα
Μαστογραφία	

## 4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Στην κλινική εξέταση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, περιλαμβάνονται:

1. Ο κυτταρολογικός έλεγχος των επιχρισμάτων με τη μέθοδο Παπανικολάου σε ασυμπτωματικό στάδιο.
2. Ο έλεγχος για την ανεύρεση καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου, γιατί αυτό βρέθηκε στον ορό του αίματος σε περίπτωση καρκίνου, ανεξάρτητα από το στάδιό του. Τον ίδιο έλεγχο μπορούμε να κάνουμε, για να ελέγξουμε τα θεραπευτικά μας αποτελέσματα, γιατί σε περίπτωση υποτροπής της πάθησης, αυτό επανεμφανίζεται.
3. Τον έλεγχο του νεοπλασματικού αντιγόνου TA4, που βρίσκεται ραδιοανοσολογικά στα καρκινικά κύτταρα του πλακώδες επιθηλίου.<sup>16</sup>

### –Άλλες μέθοδοι είναι:

- Η κολποτραχηλοσκόπηση ύστερα από δοκιμασία Schiller.
- Η πρωκτοσκόπηση, όταν υπάρχουν συμπτώματα από το ορθό.
- Η λεμφαγγειο-λεμφαδενογραφία, για να εκτιμήσουμε την έκταση της πάθησης.
- Η υπερηχογράφηση και η αξονική τομογραφία για την εκτίμηση της έκτασης της πάθησης.<sup>17</sup>

## 4.2 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- Γενική αίματος
- Βιοχημικός έλεγχος ηπατικής λειτουργίας
- Βιοχημικός έλεγχος νεφρικής λειτουργίας
- Πρέπει να μετράμε τα επίπεδα στον ορό του αντιγόνου για το επιθηλιακό καρκίνωμα (scca), καθώς και τα επίπεδα του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (cea). Το (cea) είναι αυξημένο στο 20% των αντίστοιχων περιπτώσεων. Αν και το cea και το scca δεν είναι αρκετά ακριβείς μέθοδοι ώστε να χρησιμοποιούνται για πληθυσμιακό έλεγχο, εντούτοις είναι χρήσιμα για να παρακολουθούμε την ανταπόκριση στη θεραπεία και να ανευρίσκουμε ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου.<sup>18</sup>

## 4.3 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

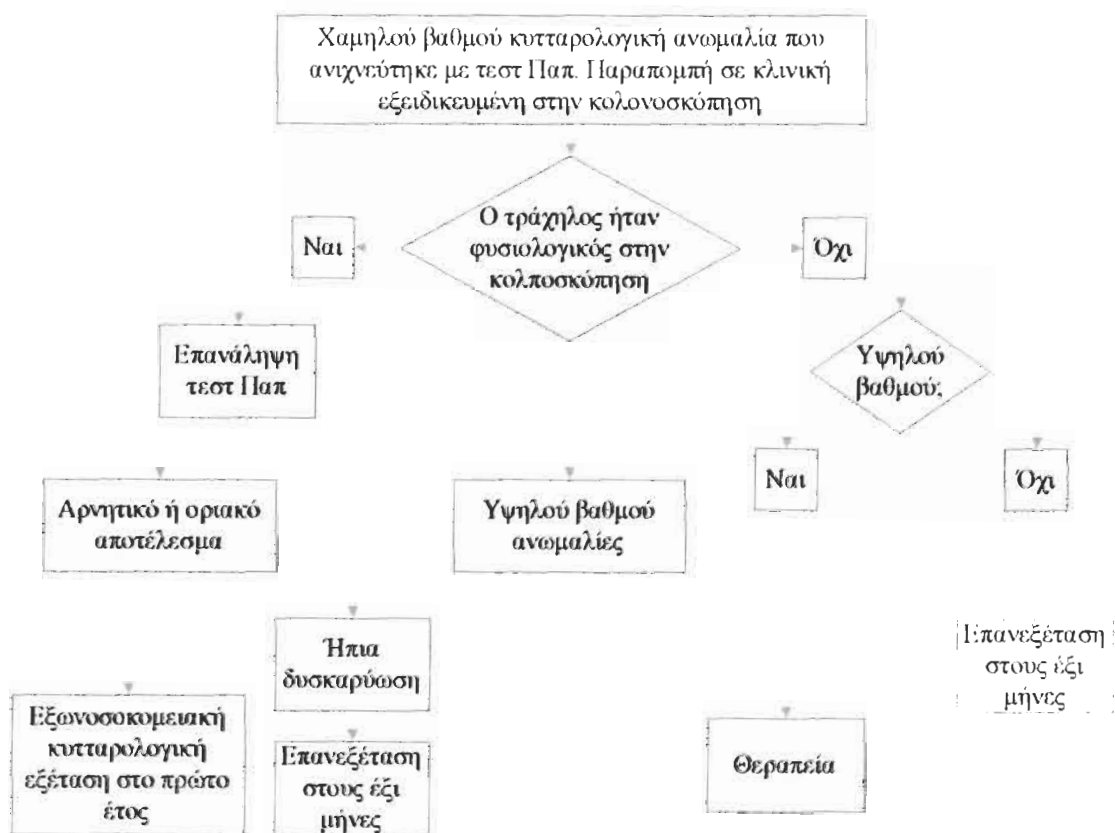
- Ακτινογραφία θώρακος, σπονδυλικής στήλης και της πυέλου, για την ανεύρεση μεταστάσεων.
- Αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες κοιλίας και πυέλου.<sup>19</sup>

## 4.4 ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΒΙΟΨΙΑ

- Κυστεοσκόπηση που σε περίπτωση προσβολής της ουροδόχου κύστεως θα βρούμε φυσαλιδώδες οίδημα.

- Σιγμοειδοσκόπηση
- Όλες οι γυναίκες με παθολογικό κατά Παπανικολάου επίχρισμα ή άλλες τραχηλικές βλάβες πρέπει να υφίστανται κολπική εξέταση με κολποσκόπιο. Το εν λόγω όργανο μπορεί να μεγεθύνει το τράχηλο από 7,5 έως 15 φορές.
- Η οριστική διάγνωση τίθεται με τη βιοψία. Τα πρώιμα στάδια του καρκίνου διαγιγνώσκονται μερικές φορές με ευρεία βιοψία του τραχήλου. Η παραπάνω μέθοδος πρέπει να χρησιμοποιείται όταν η κολποσκόπηση αδυνατεί να προσδιορίσει αν υπάρχει και το επίχρισμα είναι παθολογικό, όταν η βιοψία μέσω κολποσκοπίου δεν ερμηνεύει ικανοποιητικά τα παθολογικά κύτταρα που ανεβρέθησαν με το τεστ Παπανικολάου, όταν η απλή βιοψία δείχνει στοιχεία μικροδιήθησης (πρώιμη διήθηση) ή όταν με την απόδειξη του τραχήλου διαπιστωθεί ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία.<sup>5</sup>
- Είναι ανώδυνη
- Είναι αναίμακτη
- Είναι σύντομη
- Μπορεί να γίνει και στο εξωτερικό ιατρείο.<sup>2</sup>

Πρωτόκολλα παρακολούθησης μετά από παραπομπή σε γυναικολογική κλινική εξειδικευμένη στην κολποσκόπηση για θεραπεία ασθενών με χαμηλού βαθμού ανωμαλίες<sup>1,4</sup>.





## 5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

### 5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ.

Το πρώιμο σύμπτωμα του καρκίνου του ενδομητρίου είναι η κολπική υπερέκκριση που στην αρχή είναι ορώδης και σύντομα γίνεται οροαιματηρή. Αργότερα εμφανίζεται μικρή αλλά συχνά επαναλαμβανόμενη κολπική αιμόρροια. Μεγάλη αιμορραγία της μορφής της έκδηλης μητρορραγίας δεν είναι συχνή στα αρχικά στάδια της νόσου αλλά εμφανίζεται σε προχωρημένα στάδια εξέλιξής της ή στην περίπτωση που μαζί με τον καρκίνο της μήτρας υπάρχουν και ινομυώματα, πράγμα που δεν είναι σπάνιο.

Σε προχωρημένα στάδια, όταν ο όγκος νεκρωθεί ή μολυνθεί η κολπική υπερέκκριση γίνεται δύσοσμη, πυώδης και πυοαιματηρή.<sup>17</sup>

Εκτός από την κολπική οροαιματηρή υπερέκκριση και την κολπική αιμόρροια μπορεί καμιά φορά, ιδιαίτερα σε προχωρημένα στάδια της νόσου, να εκδηλωθούν ελαφροί περιοδικοί υπογαστρικοί πόνοι ή αίσθημα βάρους της κοιλίας που οφείλεται σε συστολές που κάνει η μήτρα για να αποβάλλει κάτι από το περιεχόμενο της όπως νεκρωμένες μάζες του όγκου και αιματοπήγματα<sup>19</sup>

Υπογαστρικοί πόνοι μπορεί ακόμα να εκδηλωθούν από την παρουσία φλεγμονής της μήτρας, των σαλπίνγων και των ωοθηκών ή και από επέκταση του νεοπλάσματος στους παρακείμενους ιστούς και το περιτόναιο.

Σε πολύ προχωρημένα στάδια της νόσου εμφανίζεται συνήθως και δευτεροπαθής αναιμία και γενική καχεξία του οργανισμού.<sup>20</sup>

Γυναίκες που λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης δεν συνηθίζεται να υποβάλλονται σε διαγνωστική απόξεση (ΔΑ) πριν την

έναρξη της θεραπείας. Απαραίτητη όμως είναι και στην ομάδα αυτή η έγκαιρη διερεύνηση ανώμαλης ενδιάμεσης αιμορραγίας.

Η δύσοσμη υπερέκκριση από τον κόλπο και το άλγος στο υπογάστριο ή την οσφύ, μπορεί να αποτελούν συμπτώματα προχωρημένης νόσου.<sup>3</sup>

## 5.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ

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

Μικρή ανώμαλη αιμορραγία (μητρορραγία) προκαλείται είδη στο αρχικό διηθητικό στάδιο και ιδίως κατά τη γυναικολογική εξέταση και κατά τη συνουσία. Η διάγνωση δε, διαφεύγει της προσοχής του γιατρού στο στάδιο αυτό, αλλά δυστυχώς οι άρρωστες προσέρχονται συνηθέστερα πολύ αργά, όταν η νέκρωση και η φλεγμονή έχουν επεκταθεί και συνοδεύονται κλινικώς από πυαιματηρή δύσοσμη έκκριση ή καμιά φορά και από άφθονη αιμορραγία.<sup>19</sup>

Ο πόνος εμφανίζεται αργότερα και οφείλεται σε επέκταση της φλεγμονής προς την κοιλότητα της μήτρας, με ταυτόχρονη απόφραξη του τραχηλικού αυλού (πυόμητρα), ή σε μεγάλη επέκταση του όγκου προς τα πυελικά τοιχώματα. Στην περίπτωση αυτή ο πόνος γίνεται βασανιστικός και επίμονος, λόγω της διήθησης των νεύρων και των οστών, και είτε παραμένει τοπικός ή επεκτείνεται προς τα κάτω άκρα. Στην τελευταία

περίπτωση ο πόνος οφείλεται στην προσβολή του οσφυοϊερού κλάδου της ρίζας του τέταρτου οσφυϊκού νεύρου.<sup>20</sup>

Λεμφική απόφραξη με οίδημα των κάτω άκρων μη ανατάξιμο μπορεί να προκαλέσει η προσβολή των λεμφικών οδών. Σε προσβολή του εντέρου επέρχονται διάρροια και αιμορραγία από το ορθό.

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

Η καχεξία είναι χαρακτηριστική των προχωρημένων σταδίων του καρκινώματος του τραχήλου. Η άρρωστη εμφανίζει στην περίπτωση αυτή απώλεια βάρους και αναιμία, χαμηλή πυρετική κίνηση λόγω της παρατεινόμενης φλεγμονής και δείχνει εξασθενημένη και φοβισμένη, για να καταλήξει τελικώς στο θάνατο εν μέσω επεισοδιακών αιμορραγιών, μεγάλης αναιμίας και καθολικής καχεξίας.<sup>21,22</sup>

Γενικά η συμπτωματολογία των καρκινωμάτων των γεννητικών οργάνων της γυναίκας δεν είναι πολύ ειδική για τις παθήσεις αυτές. Πρόδρομα συμπτώματα παρουσιάζονται σπάνια και συχνά το πρώτο σύμπτωμα είναι σημείο ήδη προχωρημένης νόσου. Για το λόγο αυτό είναι ακόμη πιο επιτακτική η ανάγκη για προληπτικές εξετάσεις των γυναικών χωρίς παθολογικά συμπτώματα, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν και επιβαρυντικοί παράγοντες.<sup>23,24</sup>

## 6.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

### 6.1 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου εξαρτάται από το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση. Επειδή το 85-90% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται στα στάδια I και II, η χειρουργική θεραπεία είναι η κύρια, καθιερωμένη αγωγή. Εξάλλου η χειρουργική-ιστολογική σταδιοποίηση που ισχύει σήμερα (από το 1988) μας επιτρέπει ακριβέστερη εκτίμηση της πραγματικής έκτασης της νόσου. Έτσι αποδείχθηκε ότι στο 25% των ασθενών κλινικού σταδίου I, η νόσος έχει ήδη ξεφύγει εκτός « σώματος μήτρας », ενώ σε ένα ποσοστό ασθενών που είχαν από την κλασματική απόξεση χαρακτηριστεί σταδίου II, δεν βρέθηκε επινέμηση του τραχήλου στο χειρουργικό παρασκεύασμα. Επίσης συγκριτικές μελέτες απέδειξαν ότι, η άλλοτε εφαρμοσθείσα προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, δεν βελτιώνει την επιβίωση των ασθενών, ενώ επηρεάζει την ορθή εκτίμηση κατά τη χειρουργική σταδιοποίηση, διότι δίδει ψευδή εικόνα, όσον αφορά π.χ. το βάθος διηθήσεως του μυομητρίου.<sup>25</sup>

Ειδικότερα σε στάδιο I και βαθμό διαφοροποίησεως υψηλό (Grade I) η θεραπεία είναι απλή ολική υστερεκτομία μετά των εξαρτημάτων, με περιμετρική τομή κόλπου μήκους 1cm τουλάχιστον. Δίδεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε να μην τρυπηθεί ή συνθλιβεί η μήτρα από λαβίδες Museux, ώστε να αποφευχθεί διασπορά της νόσου από άτεχνους χειρισμούς. Ουδεμία συμπληρωματική θεραπεία απαιτείται στο 95% των περιπτώσεων, εφ'όσον η νόσος δεν διηθεί το μυομήτριο, η δε πιθανότητα να υπάρχει επινέμηση λεμφαδένων ή να εμφανισθεί τοπική υποτροπή στο κοιλικό κολόβωμα είναι μόνον 5% . Σε σπάνιες

περιπτώσεις όπου η νόσος διηθεί πέραν του 50% του πάχους του μυομητρίου, προστίθεται μετεγχειρητικά εξωτερική ακτινοβολία της πυέλου. Αυτό πιστεύεται ότι δεν προσφέρει σε επιβίωση αλλά μειώνει την πιθανότητα υποτροπής της νόσου ενδοπυελικά.

Οι αρχές της θεραπείας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι οι ίδιες με τη θεραπεία οποιασδήποτε άλλης νεοπλασίας και συνίστανται στην αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας και την αντιμετώπιση των πιθανών σημείων επέκτασης της νόσου. Οι δύο βασικοί τρόποι πρωτογενούς θεραπείας της νόσου είναι η χειρουργική θεραπεία και η ακτινική. Από τους δύο αυτούς τρόπους θεραπείας, η ακτινική μπορεί να εφαρμοσθεί σε όλα τα στάδια του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας, ενώ η χειρουργική θεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί μόνο στο στάδιο I της νόσου είναι περίπου η ίδια, ανεξάρτητα του αν η θεραπεία είναι χειρουργική, ακτινική ή συνδυασμός και των δύο αυτών μεθόδων.<sup>3</sup>

Ως πλεονέκτημα της χειρουργικής θεραπείας θεωρείται η διατήρηση των ωοθηκών σε νεότερες γυναίκες, όπου η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει ίνωση του κόλπου και δυσπαρευνία. Το επιθήλιο επίσης του κόλπου αντιδρά καλύτερα στην επίδραση εξωγενώς χορηγούμενων οιστρογόνων, μετά τη χειρουργική θεραπεία, παρά μετά την ακτινοθεραπεία.<sup>21</sup>

Η ολική κοιλιακή υστερεκτομή με δειγματοληψία λεμφαδένων αποτελεί τη βασική θεραπεία για όλα τα στάδια, όπου είναι εφικτό.

<p><b>Στάδιο I (χαμηλού κινδύνου)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;1/2 διήθηση μυομητρίου</li> <li>• Βαθμού διαφοροποίησης 1 ή 2</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Όχι περαιτέρω θεραπεία μετά τη χειρουργική σταδιοποίηση</p>	<p><b>Στάδιο I (υψηλού κινδύνου)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;1/2 διήθηση μυομητρίου</li> <li>• Βαθμού διαφοροποίησης 3</li> <li>• Λεμφική ή αγγειακή διήθηση</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Μετεγχειρητική ακτινοβολία πυελική (4.000-5.000cGy)</p>
<p><b>Στάδιο II</b></p> <p>Πυελική ακτινοβολία ακολουθούμενη από ολική κοιλιακή υστερεκτομή μετά εξαρτημάτων άμφω και δειγματοληψία λεμφαδένων</p>	<p><b>Στάδιο III</b></p> <p><b>α)</b> Αν μετά την πρωτοπαθή χειρουργική αντιμετώπιση δεν υπάρχει μακροσκοπικώς υπολειπόμενη νόσος, τότε χορηγείται μετεγχειρητική πυελική ακτινοθεραπεία.</p> <p><b>β)</b> Αν υπάρχει μακροσκοπικώς υπολειπόμενη νόσος μετά πρωτοπαθή χειρουργική αντιμετώπιση → Taxol/Carboplatin και Ακτινοβολία</p> <p><b>γ)</b> Προχωρημένη νόσος ακατάλληλη για χειρουργική αντιμετώπιση → Χημειοθεραπεία +/- Ακτινοθεραπεία</p>
<p><b>Στάδιο IV</b></p> <p>Παρηγορητική ακτινοθεραπεία +/- Χημειοθεραπεία +/- Ορμονοθεραπεία</p>	

## 7.ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Σε όλες τις μελέτες αλλά και σε νεώτερες, αναγνωρίστηκαν τα ιστοπαθολογικά εκείνα χαρακτηριστικά που καθορίζουν την πιθανότητα εξωμητρικής εντόπισης της νόσου, την πιθανότητα υποτροπής και την επιβίωση.<sup>22</sup>

**Οι προγνωστικοί αυτοί παράγοντες είναι:**

Ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά	Μοριακοί δείκτες
Ιστολογικός τύπος	Πλοειδισμός
Ιστολογική διαφοροποίηση (grade)	Γονιδιακοί δείκτες
Στάδιο	(p-53, HER-2/neu, bcl-2, e-fms)
Βάθος διήθησης (M)	Δείκτες Πόλ/μού
Μεταστάσεις στις ωοθήκες	(Mib-1, pcna)
Μεταστάσεις σε λεμφαδένες	Ορμονικοί υποδοχείς
Κυτταρολογική περιτοναίου	
Διήθηση αιμοφ./λεμφ.αγγείων (LVSI)	
Μέγεθος όγκου	
Ηλικία	

Η πρόγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι άριστη, εάν διαγνωστεί σε αρχικό στάδιο. Αν ο καρκίνος περιορίζεται μόνο στον τράχηλο και σε αυτό το στάδιο παραμένει για αρκετά χρόνια πριν αναπτυχθεί η θεραπεία προσφέρει πλήρη ίαση στη γυναίκα δηλαδή **5/ετή επιβίωση 100%**.

Επομένως, όλες οι γυναίκες μετά την ηλικία των 20-25 ετών ή καλύτερα με την έναρξη των ερωτικών τους επαφών, συνιστάται να κάνουν ένα πρώτο Pap-test, το οποίο μπορούν να επαναλαμβάνουν κάθε ένα με δύο χρόνια.

**Η θεραπεία προκαρκινικών σταδίων είναι απλή, ασφαλής, συχνά μη ακρωτηριαστική και συνήθως οδηγεί στην πλήρη ίαση.<sup>23</sup>**

Ως παράγοντες που σχετίζονται με την πρόγνωση της νόσου έχουν αναφερθεί τόσο αυτοί που σχετίζονται με την ασθενή όσο και με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του όγκου.

Έτσι η φυσική κατάσταση της ασθενούς, η ηλικία, η παρουσία αναιμίας και συραιμίας, η μικροαγγειοπάθεια, έχουν αναφερθεί ότι δημιουργούν δυσμενείς συνθήκες επιβαρυντικές της εξέλιξης της.

Όσον αφορά τη μικροσκοπική ή μακροσκοπική μορφολογία του όγκου παράγοντες που επηρεάζουν δυσμενώς την εξέλιξη της νόσου είναι το προχωρημένο στάδιο (κατά FIGO) της νόσου το αυξημένο βάθος διήθησης του στρώματος, το αυξημένο μέγεθος του όγκου, η παρουσία νόσου στα εγχειρητικά όρια του παρασκευάσματος.

Ο ιστολογικός τύπος και βαθμός διαφοροποίησης της νόσου επηρεάζουν άμεσα την πρόγνωση και το ελεύθερο νόσου διάστημα.<sup>7</sup>



## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται από τους Νοσηλευτές μεγάλη αύξηση όσον αφορά τους προσβληθέντες ασθενείς από επάρατο νόσο. Ο αριθμός αυτός ανεβαίνει σε μεγάλα ποσοστά κάθε χρόνο και ιδίως σε γυναίκες ασθενείς που προσβλήθηκαν από την νόσο στα γεννητικά όργανα.

Οι απόψεις για το θέμα ποικίλλουν από εποχή σε εποχή και από νοσηλευτή σε νοσηλευτή. Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή, 100 χρόνια πριν, παρατηρούμε ότι η εξέλιξη βοήθησε στην πιο γρήγορη και πιο ανώδυνη αντιμετώπιση του καρκίνου, σε ότι σχετίζεται με τη νόσο που προσβάλλει το ενδομήτριο και τον τράχηλο. Αυτό βεβαίως απαίτησε την ομαδική και κοινή αρωγή όλων των ατόμων που ήταν γνώστες του αντικειμένου και φυσικά τη συγκατάθεση κάποιων προσβληθέντων.

Ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται η εξέλιξη του καρκίνου και κυρίως, ανάλογα σε πιο σημείο της μήτρας εντοπίζεται, από νοσηλευτές άποψης εφαρμόζονται κάποιες προληπτικές παρεμβάσεις, τρόποι αντιμετώπισης και αποκατάστασης πλέον της νόσου.

## 1. ΠΡΟΛΗΨΗ (ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ - ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ - ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ) – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η πρόληψη της ασθένειας αποτελεί αναμφισβήτητα το καλύτερο μέσο για την εξασφάλιση της υγείας απ' ό,τι η περίθαλψη και η αποκατάσταση. Σ' ένα οργανωμένο σύστημα υγείας πρωταρχική θέση έχει η ΠΦΥ, της οποίας στόχοι είναι η πρόληψη της ασθένειας και η προαγωγή της υγείας.

Σκοπός της πρόληψης είναι ο εντοπισμός και η κατανόηση των κινδύνων υγείας που παρουσιάζονται στο ανθρώπινο περιβάλλον, η λήψη μέτρων για την απομάκρυνση των κινδύνων αυτών και η αξιοποίηση όλων των περιβαλλοντικών παραγόντων που έχουν ευνοϊκές επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό με στόχο την ενίσχυση της άμυνας του οργανισμού και την προαγωγή υγείας με όλα τα διαθέσιμα μέσα. Σκοπός της περίθαλψης είναι να συνδυάσει την όσο τον δυνατόν πιο έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας και την ταχεία και αποτελεσματική θεραπεία του ασθενή με τα καλύτερα διαθέσιμα μέσα, καθώς και την αποκατάσταση της δυνατότητας του για εργασία και δημιουργική δράση.<sup>25</sup>

Οι παραπάνω σκοποί επιτυγχάνονται με τις βαθμίδες πρόληψης οι οποίες είναι η πρωτογενής, η δευτερογενής αλλά και η τριτογενής.

Στην πρωτογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια εξουδετέρωσης ή αποφυγής επίδρασης του αιτιολογικού παράγοντα. Σκοπός της είναι να αποτραπεί η βλαβερή ή έστω η ανεπιθύμητη διεργασία. Παραδείγματα πρωτογενούς πρόληψης αποτελούν οι εμβολιασμοί, η αντικαπνιστική εκστρατεία, η αντισύλληψη, η αγωγή πρόληψης ατυχημάτων, η αγωγή στοματικής υγιεινής κλπ. Ευνόητο είναι ότι για να υπάρξει πρωτογενής

πρόληψη πρέπει να είναι γνωστοί οι αιτιολογικοί ή έστω προδιαθεσικοί παράγοντες.<sup>13,14</sup>

Στη δευτερογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια έγκαιρης διάγνωσης της νόσου, πριν δηλαδή εμφανιστούν τα κλινικά συμπτώματα της νόσου και πριν ολοκληρωθεί η νοσογόνος αλληλουχία, έτσι ώστε να υπάρχει δυνατότητα θεραπείας. Σε αυτή τη φάση η νοσηρή διεργασία έχει αρχίσει έστω και σε κυτταρικό επίπεδο. Παραδείγματα δευτερογενούς πρόληψης είναι ο κυτταρολογικός έλεγχος Παπανικολάου, η (αυτό) εξέταση του μαστού, το πολυφασικό check-up, η ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα κλπ.

Στη τριτογενή πρόληψη η νοσογόνος αλληλουχία έχει ολοκληρωθεί και αυτός είναι ένας λόγος για τον οποίο πολλοί υγιεινολόγοι δεν την αναφέρουν. Σ' αυτό το επίπεδο γίνεται πρόληψη των επιπλοκών της νόσου ή αναπηριών που μπορεί να προκύψουν από ένα οξύ ή χρόνια πρόβλημα υγείας. Της τριτογενούς πρόληψης άπτεται η αποκατάσταση των ασθενών. Ο ΠΟΥ ορίζει ότι η αποκατάσταση περιλαμβάνει όλα εκείνα τα μέτρα που αποσκοπούν στη μείωση των αρνητικών επιδράσεων ενός προβλήματος υγείας, ώστε το άτομο να επιτύχει την κοινωνική του επανένταξη. Ο ρόλος της αποκατάστασης είναι να προλάβει περαιτέρω επέκταση της οποιασδήποτε δυσλειτουργίας, να διατηρήσει τις υπάρχουσες ικανότητες του ατόμου και να το βοηθήσει να επανακτήσει το υψηλότερο δυνατό λειτουργικό επίπεδο μέσα στο πλαίσιο της υφιστάμενης κατάστασης.<sup>11,18</sup>

## 2. Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η νοσηλευτική μέσα από το χρόνο εξελίχθηκε από ένα ιδιαίτερο τεχνικό επάγγελμα σε επιστήμη. Αντικείμενο της νοσηλευτικής επιστήμης είναι ο άνθρωπος και συγκεκριμένα η υγεία του με την ευρύτερη έννοια, όπως αυτή έχει ορισθεί από τον ΠΟΥ. Μέσα από τους ορισμούς που έχουν κατά καιρούς δοθεί στη νοσηλευτική, οι στόχοι της καθορίζονται σαφώς και είναι

- Η προαγωγή της ευεξίας
- Η πρόληψη της ασθένειας
- Η αποκατάσταση της υγείας
- Η διευκόλυνση της επιτυχούς αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας.

Επειδή στο χώρο των υπηρεσιών υγείας η νοσηλευτική κατέχει ένα μεγάλο μέρος, έτσι και στην ΠΦΥ καταλαμβάνει το μερίδιο που τις αναλογεί και προσφέρει τις υπηρεσίες της. Οι νοσηλευτές πρωταρχικά προάγουν την υγεία διδάσκοντας και αποτελώντας παράδειγμα με τη δική τους συμπεριφορά.<sup>18,25</sup>

### **Τέτοιες δραστηριότητες περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:**

- Εκπαιδευτικά προγράμματα σε τομείς όπως η προγεννητική φροντίδα σε εγκύους, προγράμματα διακοπής καπνίσματος και σεμινάρια μείωσης του άγχους.

- Κοινωνικά προγράμματα και πηγές τα οποία ενθαρρύνουν τον υγιεινό τρόπο ζωής και περιλαμβάνουν τμήματα αεροβικής γυμναστικής, κολύμβησης και προγράμματα σωματικής αγωγής.
- Ενημέρωση σχετικά με τη διατροφή, την άσκηση και γενικά τις υγιεινές συνθήκες διαβίωσης.
- Αξιολόγηση της υγείας σε ιδρύματα, ιατρεία, κοινωνικά κέντρα, διαπίστωση αναγκών και πιθανότητα νόσησης.
- Το σχεδιασμό, τη διδασκαλία και την ολοκλήρωση προγραμμάτων αποκατάστασης ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- Τη συμμετοχή σε προγράμματα ψυχικής υγείας και προγράμματα απεξάρτησης.<sup>11</sup>

### **3. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ.**

Ο προληπτικός έλεγχος του πληθυσμού για την ανίχνευση καρκίνου του ενδομητρίου σε ασυμπτωματικές γυναίκες ακόμη και σε ομάδες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου (σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών ή γυναίκες υπό θεραπεία με ταμοξιφαιρίνη, ή γυναίκες που λαμβάνουν εξωγενώς υψηλές δόσεις οιστρογόνων κλπ.) δεν διακρίνεται σκόπιμη γιατί δεν πληρούνται τα απαραίτητα κριτήρια. Τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν τη σκοπιμότητα και αποτελεσματικότητα του προληπτικού ελέγχου προϋποθέτουν η νόσος να είναι θανατηφόρος αν δεν ανιχνευθεί έγκαιρα, η αναγνώριση προκαρκινικών αλλοιώσεων ακριβής, να είναι ανώδυνη και φθηνή, η αξιοπιστία των αντισωμάτων διαγνωστικών μεθόδων υψηλή, το χρονικό διάστημα εξέλιξης της νόσου μακρύ και η θεραπεία των μη διηθητικών βλαβών αποτελεσματική. Στον καρκίνο του ενδομητρίου δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις αυτές, γιατί:<sup>26,27</sup>

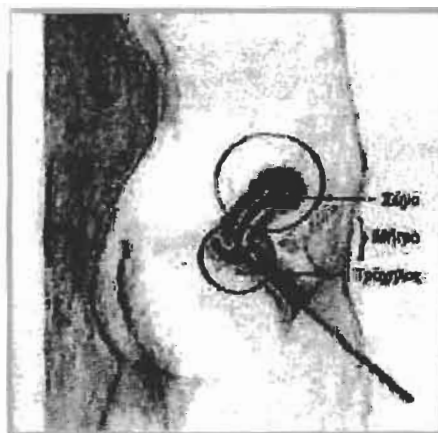
1. Η νόσος συνήθως δίνει πρώιμα ενδείξεις που οδηγούν στην έγκαιρη διάγνωση σε αρχικά στάδια. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται με την ανεύρεση του 75% των περιπτώσεων σε στάδιο I.

2. Η θεραπεία είναι αποτελεσματική σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών και η εννιαετής επιβίωση στο στάδιο I κυμαίνεται από 79-94% ανάλογα με την ιστολογική διαφοροποίηση των κυττάρων του όγκου.

3. Η πρόδρομη αλλοίωση είναι η άτυπη υπερπλασία του ενδομητρίου, βλάβη που δεν είναι εύκολο να διαγνωσθεί σε ασυμπτωματικές γυναίκες.

4. Η ακριβέστερη μέθοδος διάγνωσης, η κλασματική απόξεση του ενδομητρίου, απαιτεί γενική αναισθησία, είναι αιματηρή και έχει υψηλό οικονομικό, ψυχολογικό και σωματικό κόστος.

5. Η διαγνωστική ακρίβεια των αντισωμάτων μεθόδων προληπτικού ελέγχου (διακολπικό υπερηχογράφημα, κυτταρολογική εκπλύματος ενδομητρικής κοιλότητας κλπ.) δεν είναι ικανοποιητική για τον προληπτικό έλεγχο ασυμπτωματικών γυναικών. Σε μια πρόσφατη δημοσιευμένη εργασία των Tsuda και συν μελετήθηκαν 600 γυναίκες 44-87 χρόνων. Όλες υποβλήθηκαν σε διακολπικό υπερηχογράφημα (ΔΥΧΓ) κυτταρολογική εξέταση του εκπλύματος του ενδομητρίου και σύγκριση των ευρημάτων με τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης των ξεσμάτων του ενδομητρίου. Σε 10% των ασθενών η λήψη κυτταρολογικής ήταν ανέφικτη, λόγω στένωσης του τραχηλικού σωλήνα. Στις 544 γυναίκες που αναλύθηκαν τελικά, η ευαισθησία του ΔΥΧΓ, με μέγιστο πάχος ενδομητρίου <4mm, ήταν 97,4% και η ειδικότητα 75,7%. Τα αντίστοιχα μεγέθη για την κυτταρολογική ήταν 78,6% και 95,4%.<sup>10</sup>



## 4. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μια νόσος που θεραπεύεται. Πάνω από το 80% των γυναικών στις οποίες ο καρκίνος διαγνώστηκε σε ένα πρώιμο στάδιο θεραπεύονται πλήρως.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συνδέεται με τη σεξουαλική συμπεριφορά. Η νόσος σχετίζεται με έναν ιό που μπορεί να μεταδοθεί κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

Έτσι όσο περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους έχει μια γυναίκα τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος να της μεταδοθεί ο ιός. Η έναρξη της σεξουαλικής επαφής σε μικρή ηλικία, πριν την πλήρη ανάπτυξη του τραχήλου της μήτρας, μπορεί επίσης να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Βέβαια η σεξουαλική συμπεριφορά αποτελεί ένα μέρος του πιθανού κινδύνου. Είναι πολύ πιθανόν να παρεμβαίνουν στην αιτιολογία του και άλλοι παράγοντες.<sup>28</sup>

Το κάπνισμα επίσης αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας.

***Για να μειώσετε τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και για να ανακαλύψετε έγκαιρα έναν όγκο που μόλις έχει αρχίσει να δημιουργείται:***

- Χρησιμοποιήστε αντισυλληπτικές μεθόδους που προστατεύουν, όπως το διάφραγμα ή το ανδρικό προφυλακτικό και το γυναικείο προφυλακτικό που εμποδίζουν την μετάδοση ιών και μικροβίων κατά την ερωτική επαφή.



- Κάντε σε τακτά διαστήματα το τεστ Παπανικολάου, ιδίως αν βρίσκεστε στην ηλικία μεταξύ 20 και 70 ετών. Με το τεστ Παπανικολάου μπορεί να διαγνωστεί ένας καρκίνος σε πολύ πρώιμο στάδιο, και να ανακαλυφθούν κύτταρα που μπορεί αργότερα να μετατραπούν σε καρκινικά.<sup>29</sup>

Το τεστ Παπανικολάου είναι μια απλή εξέταση, κατά την οποία ο γιατρός με μια μικρή σπάτουλα που περνάει μέσα από τον κόλπο, παίρνει κύτταρα από τον τραχήλο της μήτρας.

Η εξέταση είναι ανώδυνη και διαρκεί μόλις λίγα λεπτά. Το τεστ Παπανικολάου συνίσταται σε όλες τις γυναίκες που έχουν σεξουαλικές επαφές. Το πρώτο τεστ γίνεται γύρω στην ηλικία των 20 ετών ή και νωρίτερα αν η σεξουαλική ζωή της γυναίκας έχει αρχίσει ήδη νωρίτερα. Το τεστ επαναλαμβάνεται μια φορά ένα χρόνο μέχρι την ηλικία των 70 ετών.

Στην Ελλάδα, περίπου 1.000 γυναίκες κάθε χρόνο εμφανίζουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του ενδομητρίου και οι περισσότερες από αυτές δεν είχαν κάνει ποτέ τεστ Παπανικολάου.<sup>28</sup>



## 5. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Παρ' ότι γνωρίζουμε ότι ο καρκίνος επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες και η διατροφή είναι ένας από τους κυριότερους, αντιλαμβανόμαστε ότι υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ καρκίνου και διατροφής. Μπορεί μάλιστα να θεωρηθεί ως ο κυριότερος παράγοντας όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου. Εκτός, όμως, από την πρόληψη, η διατροφή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη θεραπεία ορισμένων μορφών καρκίνου όσο και υποστηρικτικά σε διάφορες άλλες θεραπευτικές μεθόδους, όπως στην ακτινοθεραπεία ή τη χημειοθεραπεία.<sup>30</sup>

*Διατροφικά στοιχεία που πιθανότατα βοηθούν στην πρόληψη του καρκίνου<sup>31</sup>:*

ΣΕΛΗΝΙΟ	ΘΕΙΑΜΙΝΗ
ΒΙΤΑΜΙΝΗ Ε	ΝΙΑΣΙΝΗ
ΒΙΤΑΜΙΝΗ Α	ΜΑΓΓΑΝΙΟ
ΒΙΤΑΜΙΝΗ C	ΜΑΓΝΗΣΙΟ
ΒΙΤΑΜΙΝΗ B <sub>6</sub>	ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΣ
ΒΙΤΑΜΙΝΗ D	L-ΜΕΘΕΙΟΝΙΝΗ
L-ΚΥΣΤΕΪΝΗ	

### Τροφές που πιθανότατα βοηθούν στην πρόληψη του καρκίνου.

1. Πράσινα λαχανικά και λαχανικά κίτρινου και πορτοκαλί χρώματος.
2. Λάχανο, Μπρόκολο, κουνουπίδι.
3. Ντομάτες
4. Φράουλες
5. Μήλα
6. Καρότα
7. Σκόρδο
8. Γιαούρτι
9. Ψάρια και μουρουνέλαιο
10. Φυτικές ίνες<sup>32</sup>

### Διατροφή για την πρόληψη του καρκίνου

Λίπος	20-25%	Ζωικό λίπος λιγότερο από το 1/3. Τουλάχιστον 10-15% Ω-3 λιπαρά (λίπος από ψάρια). Για καρκίνο μαστού, εντέρου και προστάτη, λίπος 15-20%
Πρωτεΐνες	10%	Το 50% φυτικές πρωτεΐνες
Υδατάνθρακες	60-65%	Κυρίως από λαχανικά και δημητριακά <sup>33</sup>

**Τροφές που πιθανότατα αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου.**

1. Υπερβολικά ζωικό λίπος και κεκορεσμένα λιπαρά
2. Ψωραλέντα
3. Καρύδια και σπόροι που έχουν αποθηκευτεί για μεγάλο χρονικό διάστημα σε υγρό και δροσερό περιβάλλον
4. Καμμένη ή καπνιστή ζωική πρωτεΐνη
5. Ζάχαρη
6. Καφές
7. Νιτρικό και νιτρώδες άλας (συντηρητικά τροφών)
8. Αλκοόλ
9. Χρωστικές τροφών
10. Χοληστερόλη
11. Ραφινάρισμένες τροφές
12. Λευκό αλεύρι<sup>34</sup>

## **6. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ – ΣΚΟΠΟΙ.**

Ως αναφορά την αντιμετώπιση, τους σκοπούς και την αποκατάσταση της νόσου του ενδομητρίου και του τραχήλου εκτιμάται η κατάσταση της άρρωστης σύμφωνα με,

### ***1.ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ***

- α) Ηλικία
- β) Εμμηνορροϊκό, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό
- γ) Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου
- δ) Ατομικές υγιεινές συνήθειες

### ***2.ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ***

Η πυελική εξέταση θα ανακαλύψει,

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

### 3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

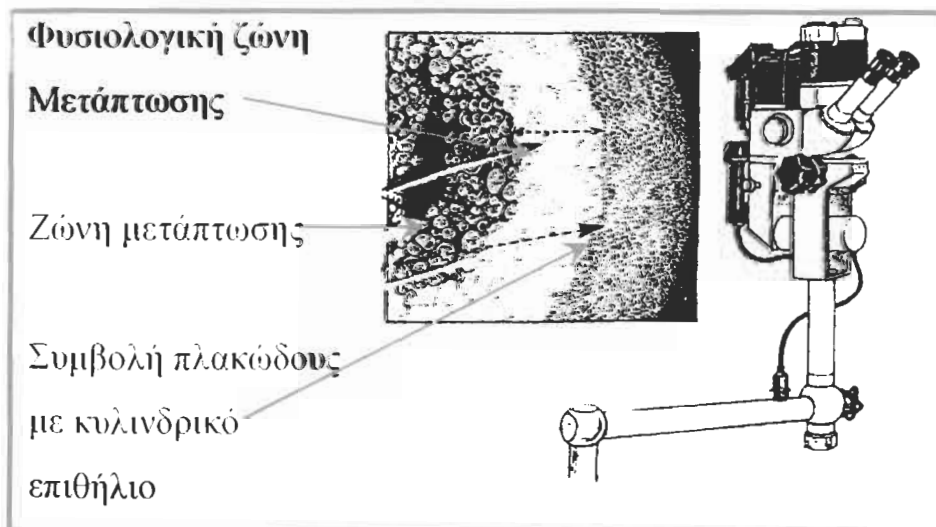
α) Κολποσκόπηση, καμία υποψία ή άτυπες αλλοιώσεις.

-Κολποσκόπηση σημαίνει, δίοφθαλμη επισκόπηση του τραχήλου σε μεγέθυνση.<sup>35</sup>

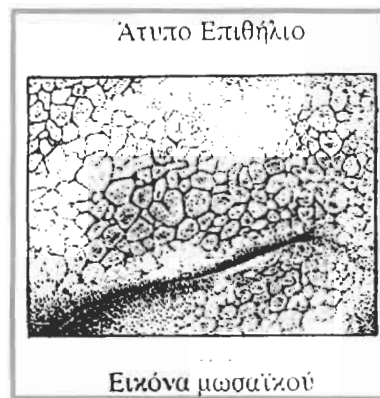
Ο κολποσκόπος αναγνωρίζει δύο είδη επιθηλίων, το ‘μητρικό’ που δύναται να είναι πλακώδες ή κυλινδρικό και το μεταπλαστικό πλακώδες επιθήλιο που προέρχεται από τη φυσιολογική ζώνη μετάπτωσης.

Η ζώνη μετάπτωσης βρίσκεται μεταξύ του τραχηλικού σωλήνα και της συμβολής του πλακώδους με το κυλινδρικό επιθήλιο.

Κατά τη γέννηση η ζώνη αυτή καλύπτεται με κυλινδρικό επιθήλιο και στα τρία στάδια που συμπίπτουν με τη μεγαλύτερη οιστρογονική διέγερση-περιγεννητική περίοδος, εμμηναρχή και πρώτη εγκυμοσύνη και εκτίθεται ιδιαίτερα στην πλακώδη μετάπλαση, που είναι δυνατό να καταλήξει στη δυσπλασία.<sup>36</sup>



Πριν από την εξέταση με το κολποσκόπιο, ο τράχηλος καθαρίζεται με οξικό οξύ. Κάθε εστία που εμφανίζει κυτταροβρίθεια και λαμβάνει λευκό χρώμα, απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Το άτυπο επιθήλιο είναι δυνατό να εμφανίζει εικόνα μωσαϊκού ή κεραμιδιού, λόγω της διάταξης των επιθηλιακών τριχοειδών. Ο έμπειρος κολποσκόπος μπορεί να εντοπίσει τις ύποπτες περιοχές με μεγάλη ακρίβεια και να λάβει πολλές βιοψίες χωρίς να προκαλέσει τραυματισμό.<sup>27</sup>



- β) Δοκιμασία SCHILLER, ο υγιής ιστός λαμβάνει το χαρακτηριστικό βαθύ καφέ χρώμα ενώ η καρκινική περιοχή παραμένει αχρωμάτιστη.
- γ) Προηγούμενα ευρήματα Pap-test
- δ) Βιοψία τραχήλου ή ενδομητρίου.

### Περίπτωση κωνοειδούς βιοψίας του τραχήλου

Αυτό σημαίνει αφαίρεση σε σχήμα κώνου του μεγαλύτερου τμήματος του τραχηλικού σωλήνα. Η επέμβαση αυτή απαιτείται, όταν τα τραχηλικά επιχρίσματα επανειλημμένα παρουσιάζουν κακοήθη ή δυσκαρυωτικά κύτταρα ή όταν η απ'ευθείας κολποσκοπική βιοψία δεν είναι ικανοποιητική.

(Μικρού βαθμού δυσπλασία μπορεί να επανέλθει στο φυσιολογικό).

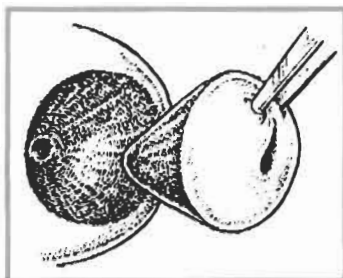
### ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Αυτή επιτρέπει ιστολογικά τη διαφορική διάγνωση μεταξύ του διηθητικού, του μικρο-διηθητικού και της ενδο-επιθηλιακής νόσου.

## ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1.Υψηλό ποσοστό άμεσων επιπλοκών-αιμορραγία, λοίμωξη στένωση τραχήλου.

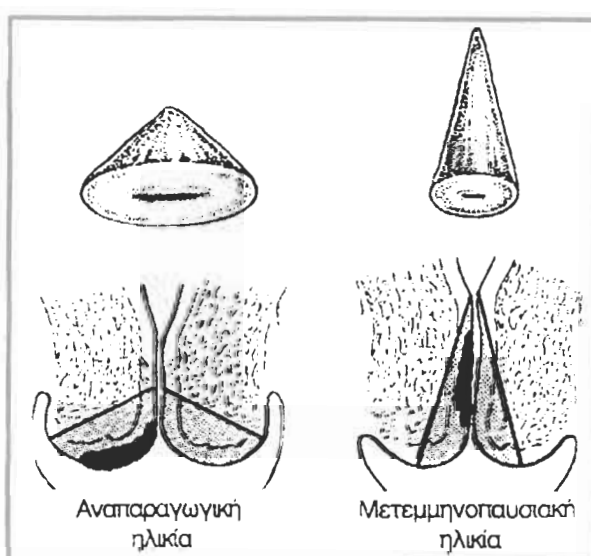
2. Τάση για αυτόματη έκτρωση στις επόμενες κύσεις.



Η προκαταρκτική κολποσκόπηση θεωρείται απαραίτητη. Ο κολποσκόπος εντοπίζει τα όρια της βλάβης με αποτέλεσμα η βιοψία να γίνεται σε μικρότερη έκταση και να είναι λιγότερο τραυματική.<sup>37</sup>

Μετά την κωνοειδή βιοψία μπορεί να γίνει κρυσπηξία για τον έλεγχο της αιμορραγίας.

Αν η κολποσκόπηση δεν είναι εφικτή, οι λόγοι που επηρεάζουν την έκταση της βιοψίας είναι δυνατό να τροποποιηθούν ανάλογα με την ηλικία της ασθενούς, καθώς και από την επιθυμία της για μια μελλοντική εγκυμοσύνη.





## ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

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

## ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

### **ΑΜΕΣΟΙ**

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

### **ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ**

- α) Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου.
- β) Μείωση κινδύνου υποτροπής.<sup>38</sup>

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

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

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

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

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

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

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

Ο στόχος της Νοσηλευτικής αποβλέπει στην παροχή ανθρωπιστικής φροντίδας στον καρκινοπαθή ασθενή και την οικογένεια του, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη νόσο και τη θεραπεία, ώστε να μπορέσει ο άρρωστος να συμμετέχει ικανοποιητικά στις δραστηριότητες της ζωής.<sup>14</sup>

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

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

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

Οι νοσηλευτές σχεδιάζουν τις νοσηλευτικές τους παρεμβάσεις με πλήρη γνώση των αναφερόμενων μεταβλητών. Στη συνέχεια, αξιολογούν το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή, το αλλάζουν ή το τροποποιούν με στόχο τη παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου, τον έλεγχο των επιπλοκών και την προώθηση του ασθενή προς την αυτοφροντίδα και την αποκατάσταση.<sup>36</sup>

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

- στην παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου
- στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και της οικογένειας
- στο τρόπο αντιμετώπισης της νόσου από τον ασθενή
- στον έλεγχο των συμπτωμάτων
- στους προστατευτικούς μηχανισμούς του ασθενή.<sup>14</sup>

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

Πρωταρχική θέση στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς έχει το αναπόφευκτο ερώτημα,

«Πρέπει ή δεν πρέπει να ενημερωθεί ο άρρωστος για τη φύση και τη σοβαρότητα της πάθησής του;»

Στη λήψη μιας τόσο δύσκολης απόφασης όσο αυτή, θα παίξουν ρόλο πολλοί και διάφοροι παράγοντες (π.χ. μορφωτικό επίπεδο) και θ' αποφασισθεί σε συνεργασία με τους θεράποντες γιατρούς και το στενό οικογενειακό περιβάλλον.<sup>39</sup>

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το καθήκον που έχει η νοσηλεύτρια ν' αντιμετωπίζει τον ασθενή ακριβώς ίδια με τους άλλους πάσχοντες και ν' αποφεύγει κάθε ενέργεια που μπορεί να θεωρηθεί σαν ιδιαίτερη περιποίηση από συμπόνια και οίκτο για την κατάσταση του. Ειδικότερα η **νοσηλευτική φροντίδα** σ' ένα καρκινοπαθή περιλαμβάνει:

- Ενίσχυση του διαιτολογίου με γεύματα μεγάλης θερμιδικής αξίας, πλούσια σε λευκώματα, έτσι ώστε ν' ανακτήσει και διατηρήσει τις σωματικές του δυνάμεις που τόσο θα χρειαστεί στο μέλλον
- Στη διάρκεια όλων των νοσηλειών να μην εκθέτουμε ποτέ τον άρρωστο στους άλλους αρρώστους
- Βοηθάμε τον άρρωστο ν' αναπτύξει το αίσθημα αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του
- Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο σικώνεται από το κρεβάτι, όταν το επιτρέπει η κατάσταση του
- Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε προγράμματα εργασιοθεραπείας που υπάρχουν στο νοσοκομείο έτσι ώστε να ξεχνά τα προβλήματα που δημιουργούνται από την πάθησή του

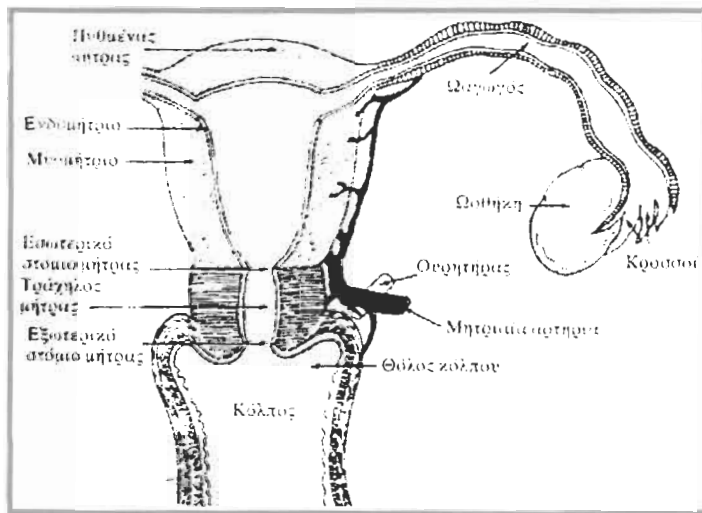
- Σε περίπτωση αλλαγής εμφάνισης λόγω κάποιας θεραπείας (πέσιμο μαλλιών), που επηρεάζουν την ιδέα που έχει ο άρρωστος για την πάθησή του, η νοσηλεύτρια αποδέχεται και αυτή τις μεταβολές αυτές και προσπαθεί να τον συμβιβάσει με τις ήδη υπάρχουσες καταστάσεις. Η διαδικασία αυτή αποδοχής της νέας εμφάνισης του παίρνει αρκετό χρόνο, τόσο για τον ίδιο τον άρρωστο, όσο και για τους γνωστούς του.<sup>40</sup>

Η χρησιμοποίηση πρόσθετων και η δραστηριοποίηση του αρρώστου τον βοηθούν να το δεχθεί καλύτερα.

- Σε περίπτωση ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας επιβάλλεται η συνεχής παρακολούθηση για τον εντοπισμό των παρενεργειών της εφαρμοζόμενης αγωγής (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, δερματίτιδες, λευκοπενία)
- Αναφέρει στο γιατρό κάποια συμπτώματα που παρατηρεί στον άρρωστο π.χ. (πυρετό, βήχα, απόχρεμψη, αιμορραγία).
- Η σωματική καθαριότητα ελέγχεται από τη νοσηλεύτρια, ενώ σε ανήμπορους αρρώστους γίνεται λουτρό καθαριότητας από το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Η ψυχαγωγία έχει θέση και αυτή στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας, περιλαμβάνει δε (ανάγνωση βιβλίων-περιοδικών, τηλεόραση κλπ.)
- Ο πόνος στον καρκίνο αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση παυσίπονων. Την ένταση του πόνου την επηρεάζει όμως και το άγχος και το στρες. Γι'αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για την ανακούφιση του αρρώστου

απ'όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων

- Η καταθλιπτική διάθεση που προκύπτει σε πολλούς καρκινοπαθείς αρρώστους αντιμετωπίζεται με το σωστό πλησίασμα, με κατανόηση στο πρόβλημα του από μέρος της νοσηλεύτριας. Διαθέτει περισσότερο χρόνο να καθίσει κοντά του και να τον αφήσει να εκφράσει τα αισθήματα του.<sup>41,42</sup>



Τα γυναικεία γεννητικά όργανα.

## 7.ΠΑΡΕΜΠΟΔΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

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

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και των οικείων του για την έγκαιρη εφαρμογή του διαγνωστικού ελέγχου στον καθορισμένο χρόνο ή όταν προκύψει ανάγκη και νωρίτερα, συμβάλλει στην εντόπιση των προειδοποιητικών σημείων και κατά συνέπεια στην αντιμετώπιση και αναστολή της εξέλιξης της νόσου. Περιγράφονται προσεγγίσεις που βοηθούν στην εντόπιση του καρκίνου.<sup>39,43</sup>

ΘΕΣΗ	ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
<b>Μαστός</b>	Οζίδιο ή πάχυνση του μαζικού αδένου	Μηνιαία αυτοεξέταση, Μαστογραφία
<b>Δέρμα</b>	Φλεγμονή που επιμένει, εξαλλαγή σπίλου	Ετήσιος έλεγχος, βιοψία
<b>Μήτρα</b>	Ασυνήθιστη αιμορραγία ή έκκριμα	Ετήσιος έλεγχος, pap-test



## 8. ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΤΟΥ.

Η πληροφόρηση είναι ο καταλύτης στη λήψη των αποφάσεων και στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Η ζωή του ανθρώπου είναι μια δυναμική διεργασία, η οποία συγκεντρώνει πληροφορίες μέσω των αισθήσεων, τις επεξεργάζεται, τις ερμηνεύει και ενεργεί ανάλογα.

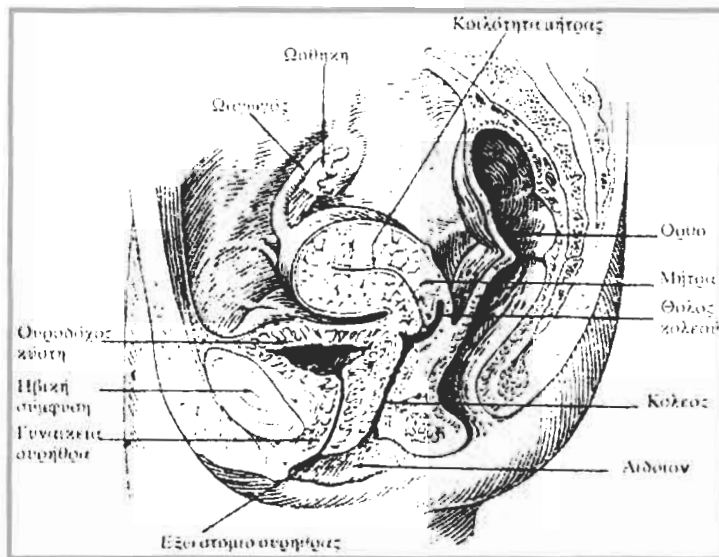
Στη νοσηλευτική φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών, πρωταρχικός ρόλος των νοσηλευτών είναι η πληροφόρηση του ασθενή και των συγγενών του σχετικά με την αιτιολογία της νόσου, τις εκδηλώσεις της, το θεραπευτικό σχήμα, τις παρενέργειες, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, τα εφαρμοζόμενα προληπτικά μέτρα, τη χρησιμοποίηση των κοινοτικών πόρων κ.ά.

Πολλές φορές η συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου και των συγγενών του είναι ασταθής, με αποτέλεσμα να εξασθενεί τη δυνατότητά τους να ζητήσουν και να διατηρήσουν τις πληροφορίες που τους παρέχονται. Ιδιαίτερα, τα άτομα που κατέχονται από υπερβολική ανησυχία, δεν είναι σε θέση να ακούσουν και να κατανοήσουν τη διδασκαλία. Ενδέχεται μάλιστα η διδασκαλία σ' αυτή τη φάση, να λειτουργήσει αρνητικά, να αυξήσει το επίπεδο του άγχους και να ελαττώσει τη δεκτικότητα για μάθηση.<sup>40,44</sup>

Καταστάσεις που εμποδίζουν τη διδασκαλία και πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα από τους νοσηλευτές είναι, ο πόνος, η σύγχυση και η μεταβολή της ψυχικής λειτουργίας.

Σημαντικοί συντελεστές για την επιτυχία της διαπαιδαγώγησης των ατόμων είναι η πνευματική κατάσταση και η ψυχική σταθερότητα.

Κατά συνέπεια, οι αναφερόμενες οντότητες πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται πριν από τη διαδικασία της διαπαιδαγώγησης.



Οβελιαία διατομή γυναικείας πυέλου. Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας.

## 9. ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Για τους περισσότερους ανθρώπους η λέξη καρκίνος δημιουργεί πανικό, stress και πραγματική κρίση. Ελάχιστα άτομα στο άκουσμα της αρχικής διάγνωσης της νόσου κατάφεραν να διατηρήσουν ψυχραιμία και αυτοσυγκράτηση.

Ο καρκίνος ταυτίζεται συνήθως με την απώλεια της ζωής, της υγείας, των μελών του σώματος, της ψυχολογικής λειτουργίας, της προσωπικής εμφάνισης, της αυτοεκτίμησης, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τους ρόλους και την απώλεια της εργασίας.

Μερικές από τις αναφερόμενες εμπειρίες συναντώνται σε πολλά χρόνια νοσήματα. Όμως στους ασθενείς με καρκίνο ενδέχεται να παρουσιαστούν όλες και να διαταράξουν την ψυχολογική ισορροπία των ασθενών.<sup>45</sup>

Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική ισορροπία του καρκινοπαθούς είναι,

1. Η σοβαρότητα της νόσου και η θεραπεία
2. Η χρονική διάρκεια και οι επιπλοκές της νόσου
3. Η αξία της απώλειας του οργάνου
4. Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης του ασθενή
5. Οι διαθέσιμες πηγές

Σε σχέση με τους αναφερόμενους παράγοντες, η αξιολόγηση του ασθενή και των συγγενών του παρέχουν στους νοσηλευτές τις αναγκαίες γνώσεις να αναγνωρίζουν τις αιτίες που δημιουργούν το stress, αλλά και την ικανότητα των ατόμων να προσαρμοστούν σ' αυτούς.

Στη συνέχεια, αναφέρονται νοσηλευτικές παρεμβάσεις που βοηθούν τα άτομα να πετύχουν ικανοποιητική προσαρμοστικότητα στη νόσο, όπως,

1. Χρησιμοποίηση των μηχανισμών αντιμετώπισης του ασθενή που στο παρελθόν είχαν αποδειχτεί αποτελεσματικοί.
2. Ενθάρρυνση του ασθενή για αλλαγή συμπεριφοράς και πρόταση τεχνικών που βοηθούν στη λύση των προβλημάτων
3. Τροποποίηση των προβλημάτων, όπου είναι δυνατόν, για να διευκολυνθεί η λύση τους (π.χ. χρησιμοποίηση προσθέσεων)
4. Εφαρμογή στρατηγικών που συμβάλλουν στην αναστολή της κρίσης
5. Διευκόλυνση των διαδικασιών που σχετίζονται με τη χρησιμοποίηση των πηγών.<sup>46</sup>

## 10. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.
- Ενημέρωση της αρρώστου και της οικογένειάς της. Απαραίτητη συγκατάθεση του συζύγου για την τεχνική στείρωση και τη διακοπή κύησης, αν η άρρωστη είναι έγκυος.
- Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης.
- Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο.
- Εξέταση αιμοσφαιρίνης
- Προσδιορισμός ομάδας αίματος
- Εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση
- Ενδοφλέβια πυελογραφία
- Ακτινογραφία θώρακα.<sup>14,19</sup>

## 11. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- α) Εκτίμηση, ζωτικά σημεία, πόνο προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, κοιλική εκροή, παροχέτευση τραύματος
- β) Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους π.χ. αιμορραγία
- γ) Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών
- δ) Πρόληψη λοίμωξης
- ε) Έγκαιρη έγερση της αρρώστου
- στ) Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία (προφυλακτικά)
- ζ) Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο.<sup>23,32,47</sup>

## 12. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ανάλογα με τις περιπτώσεις έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα μηχανήματα, υλικά και τεχνικές, ακτίνες-Χ σε επιταχυνόμενη μορφή για την εξωτερική ακτινοβολία, χρησιμοποιώντας το Βήτατρον, ράδιο και τεχνητά ισότοπα, όπως το Κοβάλτιο 60, το Καίσιο 137, και άλλα για την εσωτερική ακτινοβολία του όγκου. Οι τεχνικές συνεχώς βελτιώνονται. Το έντερο είναι πολύ ευαίσθητο στην ακτινοβολία και η νέκρωση του ορθού καθώς και η δημιουργία συριγγίου είναι πολύ γνωστές επιπλοκές οι οποίες σήμερα παρατηρούνται σπάνια. Η συχνότητα του συριγγίου δεν υπερβαίνει σήμερα το 1% και παρατηρείται σχεδόν αποκλειστικά στα Κλινικά Στάδια III και IV.<sup>21</sup>

### ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### **ΦΥΣΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

1. Η αναιμία πρέπει να διορθώνεται. Το χαμηλό επίπεδο της αιμοσφαιρίνης αυξάνει την ανοξία του όγκου και τον καθιστά λιγότερο ακτινοευαίσθητο.
2. Η τοπική φλεγμονή πρέπει να θεραπεύεται και αν υπάρχει πυοσάλπιγγα, επιβάλλεται η χειρουργική αφαίρεσή της.
3. Η νεφρική λειτουργία πρέπει να εκτιμηθεί κατάλληλα και απαιτείται ενδοφλέβια πυελογραφία για να αποκλειστεί η συμμετοχή του ουρητήρα.
4. Η ακτινογραφία της οστεΐνης πυέλου εκτελείται για να αποκλειστούν οι τυχόν μεταστάσεις, αν και αυτές είναι σπάνιες στα αρχικά στάδια του καρκίνου του τραχήλου.<sup>48</sup>

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

«Καρκίνος» είναι ακόμα μια φοβερή λέξη, αλλά η ασθενής που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία είναι πολύ πιθανό να μάθει ότι πάσχει από καρκίνο και θα πρέπει να προετοιμαστεί γι'αυτή την αποκάλυψη. Στην ασθενή θα πρέπει να περιγραφούν οι δύο τρόποι της ακτινοβολίας και να ειπωθεί ότι ο όγκος που έχει μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη σύγχρονη ακτινοθεραπεία. Επίσης θα πρέπει να γνωρίζει τις παρενέργειες που είναι δυνατό να παρατηρηθούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας καθώς και το χρόνο παραμονής της στο νοσοκομείο. Η ασθενής που έχει σεξουαλική δραστηριότητα σε οποιαδήποτε ηλικία και αν βρίσκεται, θα πρέπει να ενημερωθεί ότι η συνουσία θα είναι εφικτή στο μέλλον, αλλά θα απουσιάζει η έμμηνος ρήση και ότι οι άλλες παρενέργειες που θα προέρχονται από την έλλειψη της ωοθηκικής λειτουργίας, θα αντιμετωπιστούν με ορμονική θεραπεία υποκατάστασης.<sup>49,50</sup>

Παρ' ότι η θεραπεία θα βρίσκεται στα χέρια των ειδικών ογκολόγων, ο γυναικολόγος θα πρέπει να λαμβάνει μέρος στις συζητήσεις που αφορούν την αντιμετώπιση και να παρευρίσκεται όταν απαιτούνται επεξηγήσεις στην ασθενή. Ο πρώτος θα πληροφορήσει το γυναικολόγο, ο οποίος δυνατό να κληθεί για να αντιμετωπίσει τις παρενέργειες της θεραπείας. Ο δεύτερος που ήδη είναι γνωστός στην ασθενή θα αυξήσει την εμπιστοσύνη της ασθενούς με την παρουσία του.<sup>51</sup>



## 13. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η Νοσηλευτική φροντίδα σχετίζεται άμεσα με τη νοσηλευτική διεργασία, σύμφωνα με την οποία εκτιμάται ο ασθενής σε διάφορα στάδια.

**Νοσηλευτική διεργασία** είναι η εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου εκτίμησης των αναγκών του αρρώστου, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της.

**Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι,**

α) νοσηλευτική εκτίμηση

β) νοσηλευτική διάγνωση

γ) προγραμματισμός νοσηλείας

δ) εφαρμογή νοσηλείας

ε) αξιολόγηση αποτελεσμάτων

στ) Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη φροντίδα του αρρώστου, η προώθηση της ανάρρωσης, η αποκατάσταση της υγείας και η προαγωγή αυτής.<sup>46,52</sup>

### ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η νοσηλευτική εκτίμηση είναι προμελετημένη οργανωμένη συστηματική συλλογή δεδομένων που αποσκοπεί,

- στην εκτίμηση της κατάστασης υγείας του αρρώστου και του επιθυμητού επιπέδου αυτής
- στην αναγνώριση παραγόντων κινδύνου για την υγεία του

- στην εξακρίβωση των διαταραχών και προβλημάτων του αρρώστου, της υγείας και της αντίδρασης προς αυτά, καθώς και προς όλες τις νοσηλευτικές και ιατρικές παρεμβάσεις που ήδη εφαρμόστηκαν
- επισήμανση των δυνατοτήτων και των συνήθων τρόπων αντιμετώπισης των δυσκολιών από τον άρρωστο
- εκτίμηση της οικογένειας, των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας και άλλων σχετικών παραγόντων του περιβάλλοντος.<sup>47,53</sup>

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Νοσηλευτική διάγνωση είναι η διατύπωση υπαρκτού ή επικείμενου προβλήματος υγείας συγκεκριμένου αρρώστου, με την αιτιολογία και τα υποστηρικτικά δεδομένα για την ύπαρξη του.

Οι συνιστώσες της νοσηλευτικής διάγνωσης είναι,

- η κατάσταση υγείας του ατόμου ή πρόβλημα υγείας
- οι συσχετιζόμενοι παράγοντες ή αιτιολογία
- τα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά<sup>46</sup>

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Ο προγραμματισμός περιλαμβάνει,

- ιεράρχηση των προβλημάτων του αρρώστου
- διατύπωση νοσηλευτικών σκοπών για την πρόληψη, μείωση, ή εξάλειψη των προβλημάτων που εξακριβώθηκαν
- προσδιορισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων προς την εκπλήρωση των τεθέντων σκοπών

- καθορισμό κριτηρίων αξιολόγησης και αποτελεσμάτων
- συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένεια του ανάλογα με την ετοιμότητα και την ικανότητά τους για συμμετοχή στον προγραμματισμό.<sup>54</sup>

## ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Οι νοσηλευτικές πράξεις ή παρεμβάσεις έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά,

- σχετίζονται με τις γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών, έχουν σκοπό και επιστημονική βάση
- προσαρμόζονται στο νοσηλευόμενο άτομο, δηλαδή επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις, τις αξίες, την ηλικία, την κατάσταση υγείας του και το περιβάλλον
- είναι ασφαλείς γιατί νοσηλευτές και άρρωστοι χρειάζονται να παίρνουν προφυλακτικά μέτρα για την πρόληψη βλαβών στην υγεία
- περιλαμβάνονται όλο και περισσότερα στοιχεία διδασκαλίας, θεραπευτικού διαλόγου, ψυχολογικής υποστήριξης και ανακούφισης
- εφαρμόζονται κατά τρόπο ολιστικό
- μεταβιβάζουν σεβασμό προς την αξιοπρέπεια του αρρώστου και ενισχύουν την αυτοεκτίμηση του
- ενθαρρύνουν την ενεργητική συμμετοχή του αρρώστου στην εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων, όσο το επιτρέπει η υγεία του

- όσες απορρέουν από ιατρική οδηγία-εξαρτημένες νοσηλευτικές πράξεις-πρέπει να διεκπεραιώνονται με ακρίβεια
- για όλες τις νοσηλευτικές πράξεις υπεύθυνοι και υπόλογοι είναι οι νοσηλευτές.<sup>32,35</sup>

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Κανόνες αξιολόγησης:

- προγραμματίζεται
- γίνεται βάσει των αντικειμενικών σκοπών της φροντίδας
- είναι αντικειμενική
- υποβάλλεται σε επαλήθευση
- αποτελεί ομαδική νοσηλευτική προσπάθεια
- είναι συγκεκριμένη, δηλαδή εντοπίζει θετικά σημεία και αδυναμίες, επιτυχίες και παραλείψεις
- παρέχει ποσοτικές μετρήσεις
- προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες.<sup>26,29,39,55,48</sup>

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ή ΕΠΙΛΟΓΟΣ ή ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

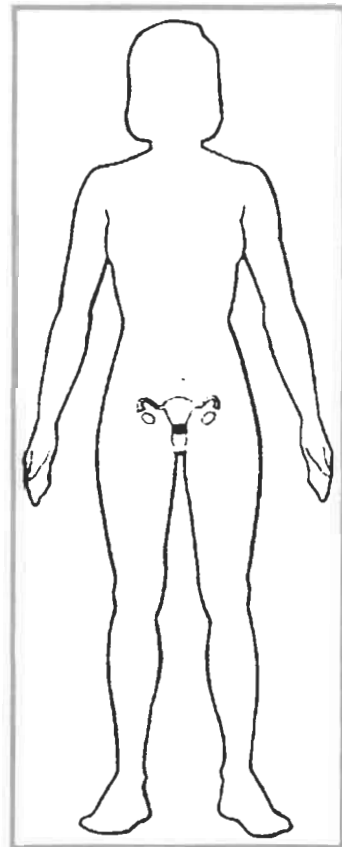
Συμπερασματικά ο καρκίνος της μήτρας είναι μια νόσος που προσβάλλει όλο και μεγαλύτερο αριθμό γυναικών στην εποχή μας. Είναι πιθανόν να προκύψει σε οποιαδήποτε ηλικία και τις περισσότερες φορές χωρίς συμπτώματα που να επιβεβαιώνουν την εμφάνισή του, όπως προαναφέρθηκε.

Αναντίρρητα δεχόμαστε ότι η εποχή μας μαστίζεται από την επάρατο αυτή νόσο και παρατηρείται μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας ανά έτη. Παρ'όλο που η επιστήμη και η τεχνολογία εξελίσσονται σε σημαντικό βαθμό, όπου δίνεται η δυνατότητα να αντιμετωπιστεί ο καρκίνος σε μεγάλο ποσοστό.

Πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου, κατέχει ο νοσηλευτής του οποίου κύριο μέλημα είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η πρόληψη.

Κρίνεται αναγκαίο λοιπόν ο νοσηλευτής σύμφωνα με τις γνώσεις και την ευσυνειδησία που θα πρέπει να τον διακατέχει, να ενημερώνει συνεχώς, όσο αυτό γίνεται εφικτό από τη δουλειά του, το γυναικείο πληθυσμό για να προλαμβάνει τη νόσο και να μειώνει τη θνησιμότητα.

Για την έγκαιρη και σωστή πρόληψη, υπάρχουν ειδικές εξετάσεις, όπως είναι οι αιματολογικές, οι βιοχημικές, η κολποσκόπηση, το test Παπανικολάου, η ενδοφλέβια πυελογραφία και η μαστογραφία, σύμφωνα με τις οποίες γίνεται η διάγνωση και κατ' επέκταση η αντιμετώπιση της νόσου.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μαχαλάς Σ. – Διακομανώλης Ε.: Επιτομή Μαιευτική και Γυναικολογία.
2. Παπανικολάου.: «Γυναικολογία», Αθήνα 1994, Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος κ. Παρισσιανός- Μαρία Τρ. Παρισσιανού».
3. [htt: // users. otenet. gr/cervix.htm](http://users.otenet.gr/cervix.htm) copyright 2001.
4. [w.w.w. Gyn. Gr](http://www.gyn.gr) copyright 2001.
5. Dr. Ιωάννης Δ. Σπηλιώτης.: (χειρουργός διδάκτωρ Ιατρικής σχολής Πανεπιστημίου Πατρών), «Ο καρκίνος», «Από την άγνοια..... στο φόβο», Πάτρα 1999, Εκδόσεις: Αχαϊκές.
6. [w.w.w. 20hdosia. edu.](http://www.20hdosia.edu) Gr Copyright 2001
7. [w.w.w. Computing. gr](http://www.computing.gr) Copyright 2001
8. Μανταλενάκης Σέργιος Ι.: (καθηγητής- Διευθυντής Α΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής κλινικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης), Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Αθήνα 1985, Επιστημονικές εκδόσεις: Παρισσιανός Τρ.
9. Papanikolaou G.N. Atlas of Exfoliative cytology, Mass 1956, Harvard university Press Cambridge.

10. Louros N.C. Definition of radicality and qualifications of the surgeon in gynecological cancersurgery j intern Fed Gynecology, October 1968.

11. w.w.w.Altavistagr.Copyright 2001

12. w.w.w. healthlink.com.cy Copyright 2001

13. Λιαρόπουλος Λ.: Οργάνωση υπηρεσιών υγείας, Σημειώσεις διδασκαλίας τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1993.

14. Μπούτης Λάζαρος, Παπαχαραλάμπους Νίκος, Τριχόπουλος Δημήτριος: Συντακτική επιτροπή, Παπαϊωάννου Αναξαγόρας: Συντονιστής, «Εθνικό συμβούλιο ογκολογίας», ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, Αθήνα 1981.

15. Jones.H.W.III. Treatment of adenocarcinoma of the Endometriom. Obstetrical and Gynecological survey, May 1980.

16. Κουτήφαρης Β.: Γυναικολογία, Αθήνα 1980.

17. Άννα Σαχίνη-Καρδάση.: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες, Β΄ Έκδοση 2<sup>ος</sup> τόμος, Αθήνα 2002, Εκδόσεις: «Βήτα medical Arts».

18. w.w.w. cancer. society. gr copyright 2001

19. Τριχόπουλος Α., Τριχόπουλος Δ.: Προληπτική Ιατρική, Αθήνα 1986, Εκδόσεις: Παρισιανός Τρ.

20. Leavel H, Clark E. E. Preventive medicine for the doctor in the community, New York 1965, 3<sup>rd</sup> ed. Mc Graw Hill.
21. Παπανικολάου Νίκος.: Γυναικολογική-Ογκολογία, Θεσσαλονίκη 1987.
22. WHO. international classification of impairments, disabilities and handicaps, Geneva 1980
23. Ξωμεριτάκη Ε.Η.: Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία., Αθήνα 2001.
24. [http://www.redcross.gr/greek/health\\_gr\\_2.html](http://www.redcross.gr/greek/health_gr_2.html)  
copyright 2001
25. woman's Health (περιοδικό): Τεύχος 3, Αθήνα Μάιος-Ιούνιος 2001, Επιστημονικές εκδόσεις Ε.Π.Ε.
26. WHO-unicef. Health care: Joint Report, International conference on Primary Health care, USSR Geneva-New York September 1978.
27. Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης Μ.: Οργάνωση και διοίκηση ενός κέντρου αποκατάστασης στην Ελλάδα, Μεταπτυχιακή διπλωματική, Αθήνα 2001.
28. Σίσκου Ο.: Στελέχωση κέντρου αποκατάστασης, Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Αθήνα 2001.
29. Καλογερόπουλος Αχ.: ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, Βασικά θέματα, Γενική γυναικολογία, Γυναικολογική Ογκολογία, Ενδοκρινολογία



αναπαραγωγής, Σύγχρονα ειδικά θέματα, Θεσσαλονίκη 1996, Εκδόσεις: university studio Press.

**30.** Κασκαρέλης Δ.Β.: Μαιευτική και Γυναικολογία, Αθήνα 1976.

**31.** L loyd-Luke. cancer chemotherapy fundamental concepts and recent advances, London 1975.

**32.** Πεκτασίδης Δ.-Δημόπουλος Μ.Α.: «Γυναικολογική ογκολογία», Αθήνα 2001, Εκδόσεις: Πασχαλίδης.

**33.** Πλατή Χ.: «ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στον καρκίνο του μαστού», Αθήνα 1989.

**34.** Μπεσπέας Στ.: (συντονιστής). Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα: Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση καρκινοπαθούς, Αθήνα 1991.

**35.** Παπαδημητρίου Κ.Σ.: Ειδική Παθολογική Ανατομική (Συστηματική παθολογία), 1990, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

**36.** Taylor (-Lillis C-Le Mone P.): «Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής», Τόμος Ι, Αθήνα 2002, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

**37.** Καλογιάννη Α. Κ.: Τριμηνιαία έκδοση περιοδικού, τμήματος νοσηλευτικής, Α.Τ.Ε.Ι Αθήνας, Νοέμβριος 2004.

**38.** Fox H.: Aetiology and pathology of endometrial cancer, 1976.

39. Μανταλενάκης Σ. Ι.: Σύναψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Β΄ Έκδοση, Αθήνα 1990, Ιατρικές Εκδόσεις «Λίτσας».
40. Πρεβεδουράκης Κ. Σουμπλής Α., Παπαθανασίου Τ.: (Επιστημονικοί εκδότες), Επίκαιρα θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Τόμος Ι, Αθήνα 1977, Εκδόσεις Κοβάνης Χ. , Πρεβεδουράκης Κ.
41. Κουτήφαρης Β. Χ.: Άτλας Γυναικολογίας, Αθήνα 1982.
42. Παπανικολάου Ν.: Γυναικολογία, Γ΄ Έκδοση, Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γ. Παρισιανός».
43. Παπαλουτάς Α. Χ.: Εγχειρίδια Γυναικολογίας και Μαιευτικής, 1991, University Studio Press.
44. Govan – Hart – Callander. Μετάφραση και επιμέλεια Σαρρή Γ. (γυναικολόγου, μαιευτήρα, χειρουργού), Γυναικολογία (εικονογραφημένη), Νέα Έκδοση, Αθήνα 1998, Εκδότης: Δημήτριος Γιαννακόπουλος.
45. Μανταλενάκης Σ. – Γεωργαδάκη Γ. – Βακιάνη Καλπακτσίδου Μ. Μπόντης Ι.: Ενδομητριάκος σωματικός όγκος, 1981.
46. Διονύσιος Ι. Αραβαντινός.: Παθολογία της Γυναίκας, Αθήνα 1985, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιανός .
47. [www.iatroclub.gr](http://www.iatroclub.gr) copyright 2001
48. Τσίκου Ν. – Καραγεωργοπούλου – Γραβάνη Σ.: Πρακτική άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ, 1996, Εκδόσεις " Έλλην "

49. Malin Dollinger – Ernest Rosebaum – Greg Cable.: «Ο καρκίνος», 1993, Εκδόσεις Κάτοπτρο.

50. <http://www.iatroclub.gr/if/if20.htm>

51. Patrick Quillin.: Healing Nutrients Vintage Books, April 1989, Editor, PhD-RD-Marty Asher.

52. Παπαλουκάς Α. Χ.: Γυναικολογική Ογκολογία, Θεσσαλονίκη 1988, Εκδόσεις: university studio press

53. Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ευρώπη κατά του καρκίνου», 2004.

54. Χατζησεβαστού-Λουκίδου Χ. Μπουλή-Καλαχάνη Α. Μαλακά-Ζαφειρίου Χ. (Εισηγητές): Περίπτωση νεογνού με τριπλοειδία, Πρακτικά 3<sup>ου</sup> Βορειοελλαδικού Ιατρικού Συνεδρίου, Τόμος Β', Θεσσαλονίκη 1988.

55. BMJ: ABC of Nutrition 1999

