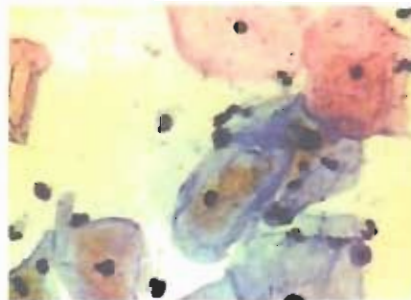


**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΩΝ**

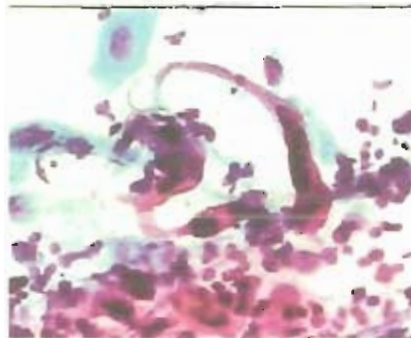
**ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΘΕΜΑ

***ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ***



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΦΙΔΑΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΣΜΑΡΑΓΔΩ ΚΑΠΑΤΣΩΡΗ

ΠΑΤΡΑ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2003

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	
I.1.- ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΗΤΡΑΣ – ΤΡΑΧΗΛΟΥ	8
I.2.- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	17
I.3.- ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	20
I.4.- ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	
ΙΙ.1.- ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	26
ΙΙ.2.- ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	28
ΙΙ.3.- ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	
ΙΙΙ.1.- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV	
ΙV.1.- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	34
ΙV.2.- ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	41
ΙV.3.- ΣΤΑΔΙΑ	42
ΙV.4.- ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	46
V.1.- ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	47
V.2.- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	52
V.3.- ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	56
V.4.- ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΣΤΑΔΙΟ	56
V.5.- ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	63
V.6.- ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	64

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

VI.1.- ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	70
VI.2.- ΡΟΛΟΣ ΚΙ ΕΥΘΥΝΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ	71
VI.3.- ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	74
VI.4.- ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ – ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	81
VI.5.- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	86
VI.5.1.- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ	87
VI.5.2.- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ	92
VI.5.3.- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ	93
VI.6.1.- ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	98
VI.6.2.- ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	100

VI.7.- ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	109
VI.8.- ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ – ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	112
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	
ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	118
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Α ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	119 121
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	125
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	127

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην εποχή μας, χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, οι περισσότερες σοβαρές και απειλητικές για την ζωή αρρώστιες έχουν αλλάξει την πρόγνωση και το μέλλον αυτών των ανθρώπων, που δε βρίσκονται άμεσα αντιμέτωποι με το θάνατο, αλλά μαθαίνουν να ζουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα με την αρρώστιά τους. Παράλληλα, όμως, ένα μεγάλο μέρος της ζωής τους εξαρτάται από γιατρούς, νοσοκομεία και θεραπείες.

Στη συνέχεια θα ασχοληθούμε με μια από τις περισσότερο απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, τον καρκίνο, μια ασθένεια που στο μυαλό του περισσότερου κόσμου είναι ταυτισμένη με το θάνατο. Ο καρκίνος δεν αποτελεί μονάχα οργανικό φαινόμενο, αλλά έχει σημαντικές κοινωνικές διαστάσεις καθώς προβάλλονται πάνω σ' αυτήν την «κακή αρρώστια» προβλήματα μιας κοινωνίας που δεν προέρχονται απ' τον χώρο της ιατρικής. Άλλωστε σε κάθε επιδημία ή σοβαρή ασθένεια που – κατά καιρούς – απείλησε μεγάλους πληθυσμούς αποδόθηκε μια μεταφορική και συμβολική διάσταση ανεξάρτητη από τις βιολογικές της διαστάσεις.

Θα υπάρχει σίγουρα κάποια φορά που θα έχετε ακούσει στο δελτίο ειδήσεων την έκφραση «Η εκστρατεία κατά του καρκίνου.....» και θα έχετε σταματήσει την αλλαγή των διαφόρων τηλεοπτικών σταθμών για να ενημερωθείτε για τις τελευταίες εξελίξεις γύρω απ' αυτή τη φοβερή ασθένεια.

Είναι γεγονός ότι η σύγχρονη ιατρική έχει την τάση να αντιμετωπίζει τον καρκίνο σαν έναν «πόλεμο», έναν «αγώνα» ενάντια σε άγνωστες αιτίες που «εισβάλλουν» και «προσβάλλουν» τον ανθρώπινο οργανισμό. Με τη βοήθεια «επιθετικής θεραπείας» το προσωπικό υγείας αποβλέπει να «καταπολεμήσει» την ασθένεια και να κερδίσει την «μάχη με το θάνατο». Σε αυτόν τον πόλεμο κατά της ασθένειας, όλες οι θυσίες είναι αποδεκτές και η κοινωνία θεωρεί χρέος της να δίνει χρήματα για έρευνα, διάγνωση και θεραπεία. Οι μεταφορικές, λοιπόν, διαστάσεις μιας πολεμικής εκστρατείας σ' αυτήν την ασθένεια, τη μυθοποιεί αυτόματα και κατ' επέκταση στιγματίζουν τους ασθενείς. Οι άρρωστοι δεν υποφέρουν από την αρρώστια

μονάχα. αλλά και από το στίγμα που τους ακολουθεί και τους προσδιορίζει ως ανεπιθύμητους, ενόχους, επικίνδυνους.

Στη χώρα μας, δυστυχώς, πολλοί πιστεύουν ακόμη ότι ο καρκίνος είναι μεταδοτικός, κληρονομικός, ανίατος. Αυτές οι λανθασμένες αντιλήψεις προσδιορίζουν και την απορριπτική στάση του κόσμου απέναντι σ' αυτούς τους αρρώστους, που από τη μια μεριά θεωρούνται «θύματα της μοίρας» και απ' την άλλη αντιμετωπίζονται ως «απειλητικοί εχθροί» επειδή ανακινούν μες τον υγιή πληθυσμό αισθήματα άγχους, φόβου, αδυναμίας, θλίψης και απόγνωσης.

Ο καρκίνος λοιπόν δεν αποτελεί ούτε τιμωρία, ούτε κατάρα. ούτε θανατική καταδίκη. Ίσως όταν μπορέσουμε να τον κατανοήσουμε και να τον θεραπεύσουμε, να γίνει στην συνείδηση του περισσότερου κόσμου κοινή και όχι τραυματική ασθένεια.

Ως τότε εκείνο που έχουμε ευθύνη να κάνουμε, ως λειτουργοί υγείας, είναι να επεξεργαζόμαστε τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις μας, καθώς και τις προκαταλήψεις μας, ώστε να απελευθερώσουμε τους ασθενείς που φροντίζουμε από την ενοχή, το στίγμα και την ντροπή.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος τραχήλου μήτρας, αποτελεί το συχνότερο κακοήθη όγκο του γυναικείου γεννητικού συστήματος, αλλά η συχνότητά του ποικίλλει από χώρα σε χώρα και εμφανίζει σημαντική μείωση στις περιοχές που υπάρχει συστηματική εκστρατεία για πρόωρη διάγνωση και εκρίζωση του καρκίνου in situ.

Ο όγκος στο 95% των περιπτώσεων είναι καρκίνος των κυττάρων του πλακώδους επιθηλίου, ενώ το υπόλοιπο 5% είναι αδenoκαρκίνωμα. Η περιοχή ανάπτυξης του καρκίνου δεν έχει σχέση με τον ιστολογικό τύπο. Αυτός συνήθως ξεκινά από το σημείο εκείνο που το πλακώδες επιθήλιο μεταπίπτει σε κυλινδρικό. Το 20% των καρκίνων του πλακώδους επιθηλίου εντοπίζονται μέσα στον τραχηλικό σωλήνα, ενώ το αδenoκαρκίνωμα μερικές φορές προέρχεται απ' τους αδένες που βρίσκονται κοντά στο εξωτερικό στόμιο.

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

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

Τη συγκεκριμένη νόσο θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε στα παρακάτω κεφάλαια. Θα δώσουμε όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αιτιοπαθογένεια, την επιδημιολογία, τη θεραπεία, την πρόγνωση. Μελετάμε το συγκεκριμένο τύπο καρκίνου λόγω του γεγονότος ότι προλαμβάνεται και αυτό είναι το ισχυρότερο όπλο απέναντι στην ασθένεια. Κατανοώντας τη σφαιρικότερα θα μπορέσουμε να προσφέρουμε στις γυναίκες που νοσούν, την καταλληλότερη και κατ' επέκταση αποτελεσματικότερη νοσηλευτική φροντίδα⁽¹⁾.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Ι.1.- ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΗΤΡΑΣ – ΤΡΑΧΗΛΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι εκείνο το σύστημα του οργανισμού της, που της εξασφαλίζει την αναπαραγωγή και την διαιώνιση του είδους.

Η φύση άγνωστο για ποιο λόγο, έπαιξε η αποστολή του να' ναι περιορισμένη. Να μπορεί να πραγματοποιηθεί από την ήβη ως την εμμηνόπαυση και για λίγες μόνο ημέρες, εκείνες, που εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις της συνάντησης μεταξύ ωαρίου και σπερματοζωαρίου.

Τα όργανα, που αποτελούν το γεννητικό σύστημα της γυναίκας τα διακρίνουν σε εξωτερικά και εσωτερικά. Όριο ανάμεσα τους ο παρθενικός υμένας⁽²⁾.

Η μήτρα, την οποία θα περιγράψουμε παρακάτω και ειδικό μέρος αυτής θ' αναλύσουμε εκτενέστερα, ανήκει στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας, μαζί με τον κόλπο ή κολεό, τις σάλπιγγες ή ωαγωγούς και τις ωοθήκες.

Ι.1.1.- ΜΗΤΡΑ

Η μήτρα είναι κοίλο, μυώδες όργανο, απιοειδούς σχήματος ευρισκόμενη μέσα στην ελάσσονα πύελο, τοποθετημένη μεταξύ ουροδόχου κύστης και ορθού, στηρίζεται πάνω στον κολεό και σκεπάζεται από εντερικές έλικες. Η χρησιμότητά της έγκειται στην ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου σε έμβρυο και την εξώθησή του στην διάρκεια του τοκετού. Το μήκος της κυμαίνεται μεταξύ 6 – 8 cm και το βάρος από 50 – 60 gm^{(3) - (4)}.

Από περιγραφική άποψη χωρίζεται σε τρία τμήματα, που είναι: ο πυθμένας (προς τα εμπρός και άνω), το σώμα και ο τράχηλος, που είναι το κατώτερο τμήμα και προβάλλει στο βάθος του κόλπου. Μεταξύ σώματος και τραχήλου παρεμβάλλεται μια στενότερη περιοχή, που ονομάζεται ισθμός της μήτρας⁽⁴⁾.

ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο τράχηλος είναι το κατώτερο μέρος της μήτρας. Ο τραχηλικός σωλήνας έχει σχήμα ατρακτοειδές και χαρακτηρίζεται από ιδιόμορφες πτυχές (λατινικά ονομάζεται arborvitae). Η λειτουργία του είναι να παρέχει αλκαλική έκκριση, απαραίτητη για την διείσδυση του σπέρματος και να ενεργεί σα σφιγκτήρας σε περίπτωση εγκυμοσύνης.

Ο ισθμός της μήτρας, όπως προαναφέρθηκε, είναι το τμήμα εκείνο που καλύπτει μερικά χιλιοστά το ανώτερο τμήμα του τραχήλου. Το κάτω μέρος του τραχήλου εισέρχεται εντός του κόλπου έτσι, ώστε να διακρίνονται δύο μέρη: το υπερκολπικό και το ενδοκολπικό. Ο αυλός του τραχήλου (ενδοτράχηλος) οδηγεί προς τα πάνω στην ενδομήτρια κοιλότητα με το εσωτερικό στόμιο και προς τα κάτω στην κολπική κοιλότητα με το εξωτερικό στόμιο.

Το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου στις άτεκνες γυναίκες είναι στρογγυλό, ενώ σ' αυτές που γέννησαν ή υπέστην επεμβάσεις στην κοιλότητα της μήτρας, εμφανίζεται σαν εγκάρσια σχισμή.

Η φορά του τραχήλου είναι ανάλογη με την θέση της μήτρας. Έτσι ο τράχηλος φέρεται προς τα κάτω και πίσω, σχηματίζοντας σχεδόν ορθή γωνία με τον άξονα του κόλπου. Η θέση αυτή είναι η φυσιολογική «πρόσθια κάμψη» ως μήτρας. Στη θέση αυτή η μήτρα παρουσιάζει δύο επιφάνειες, μια μπρος και μια πίσω και δύο χείλη στα πλάγια. Η μπρος επιφάνεια γέρνει προς τα κάτω και έρχεται σε σχέση με την ουροδόχο κύστη.

Η πίσω επιφάνεια βλέπει και προς τα πάνω κι έρχεται σε σχέση πίσω με το ορθό και πάνω με έλικες του λεπτού εντέρου^{(1),(2),(3),(5)}.

1.1.2.- ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΜΗΤΡΑΣ – ΤΡΑΧΗΛΟΥ

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

α) **Πλατύς σύνδεσμοι.** Δύο πτυχές του περιτοναίου που συνδέουν τα δύο χείλη της μήτρας με το πλάγιο τοίχωμα της πυέλου.

β) **Στρογγυλοί σύνδεσμοι.** Δύο ταινίες, οι οποίες εκφύονται εκατέρωθεν του πυθμένα της μήτρας και μέσω των δύο πετάλων του πλατύ συνδέσμου φτάνουν στα μέσα στόμια του βουβωνικού πόρου. Αφού διασχίσουν τον βουβωνικό πόρο καταλήγουν στα μεγάλα χείλη του αιδοίου.

γ) **Ευθυμητρικοί ή ιερομητρικοί σύνδεσμοι.** Οι σύνδεσμοι αυτοί στηρίζουν επίσης τη μήτρα μαζί με τους στρογγυλούς συνδέσμους στην κανονική τοπογραφική της θέση. Αποτελούνται από συνδετικό ιστό και λείες μυϊκές ίνες. Εκφύονται εκατέρωθεν μεταξύ του 3ου και 4ου ιερού σπονδύλου. φέρονται λοξά προς τα εμπρός και καταφύονται ισοϋψώς προς τον ισθμό της μήτρας, στην οπίσθια επιφάνειά της. κατά τη συνένωσή τους αυτή σχηματίζουν το μητριάιο όγκωμα και ανεγείρουν το περιτόναιο δημιουργώντας μια πτυχή, με την οποία το ευθυμήτριο κόλπωμα διαφείται στην άνω και κάτω μοίρα, η οποία είναι και ο **οπίσθιος χώρος του Douglas**, πολύ σημαντικός από κλινικής και χειρουργικής πλευράς. Οι σύνδεσμοι και το περιτόναιο στηρίζουν τη μήτρα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε όταν η γυναίκα βρίσκεται σε όρθια στάση, να εμφανίζεται φυσιολογικά σε **πρόσθια κλίση και κάμψη**.

δ) **Παραμήτριος.** Συνδετικός ιστός που περιβάλλει τη μήτρα ειδικά γύρω απ' τον τράχηλο, και προχωρεί και στα πλάγια μεταξύ των δύο πετάλων και πλατιών συνδέσμων.

Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τρεις χιτώνες που είναι απ' έξω προς τα μέσα:

1.- Ο **ορογόνος ή περιμήτριο**, που προέρχεται από το περιτόναιο.

2.- Ο **μυϊκός χιτώνας ή μυομήτριο**, είναι ο πιο παχύς απ' τους χιτώνες της μήτρας, και αποτελείται από τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών, η αναλογία του μυός προς το συνδετικό ιστό αντιστρέφεται, καθώς πλησιάζουμε τον τράχηλο. Ο τράχηλος σχεδόν ολόκληρος αποτελείται από ινώδη ιστό.

α) Την έξω που περιλαμβάνει κυρίως επιμήκεις ίνες.

β) Την μέση που είναι η πιο παχιά και περιλαμβάνει εγκάρσιες, επιμήκεις και λοξές ίνες και

γ) Την έσω που περιλαμβάνει επιμήκεις κι εγκάρσιες ίνες.

3.- Ο βλεννογόνος ή ενδομήτριο, που περιλαμβάνει:

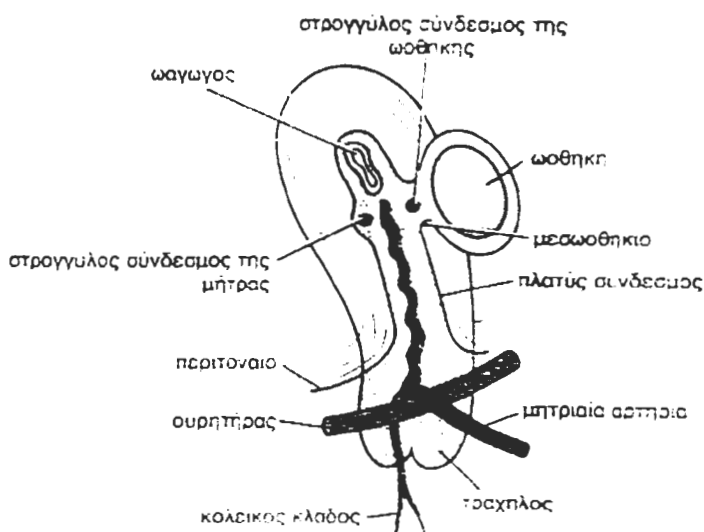
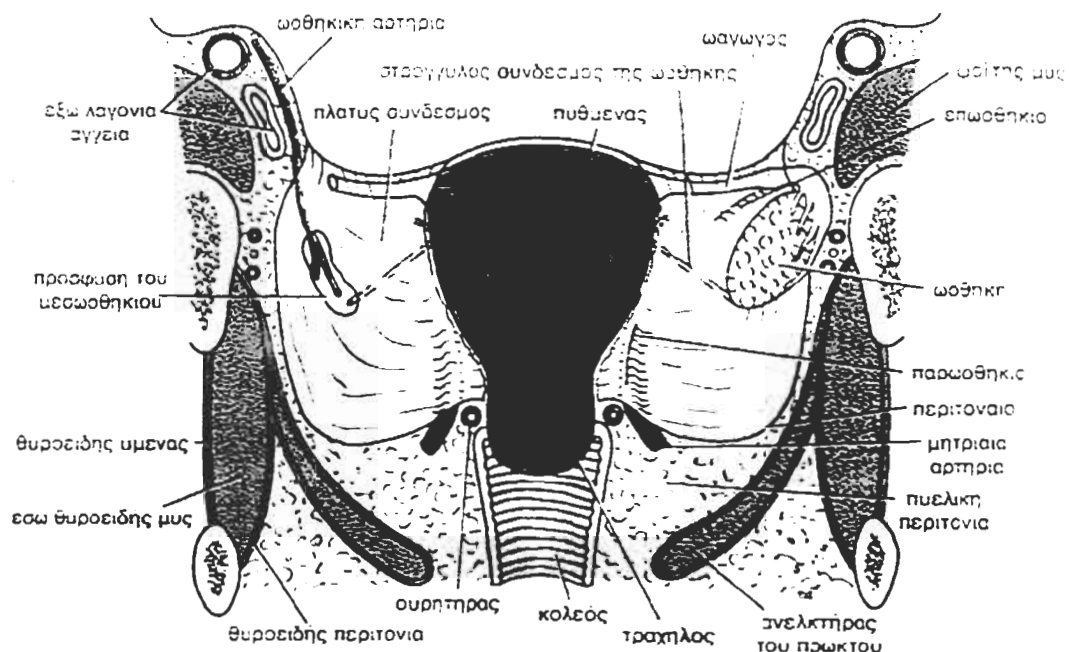
α) Επιθήλιο μονόστιβο σωληνώδες, κροσσωτό, εκτός απ' το έξω στόμιο που είναι πολύστιβο. Το επιθήλιο αυτό καλύπτει τον τράχηλο και τις φοινικοειδείς πτυχές.

β) Χόριο

γ) Αδένες σωληνοειδείς που καλύπτονται και αυτοί από μονόστιβο κροσσωτό επιθήλιο και παράγουν γλυκογόνο στο σώμα και βλέννα στον τράχηλο.

Οι πυθμένες των αδένων μπαίνουν μέσα στο μυομήτριο και απ' αυτούς ξαναγεννιέται το ενδομήτριο κάθε μήνα μετά την καταστροφή που κατά την διάρκεια της εμμήνου ροής.

Οι αρτηρίες της μήτρας είναι δύο μητριαίες που προέρχονται από τις έσω λαγόνιες, και φτάνουν στη μήτρα απ' τα πλάγια, μέσα στους πλατύς συνδέσμους. Οι φλέβες της μήτρας σχηματίζουν ένα πλέγμα γύρω απ' τις μητριαίες αρτηρίες και καταλήγουν στις έσω λαγόνιες και τις έσω σπερματικές φλέβες. Η νεύρωση της μήτρας προέρχεται απ' το μητροκολεϊκό και ωοθηκικό πλέγμα που σχηματίζονται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες (Εικ. 1)^{(1),(3),(5)}.



Εικ. 1. (Ανω) Μετωπιαία διατομή της πυέλου. Διακρίνονται η μήτρα, οι πλατείς σύνδεσμοι και η δεξιά ωθήκη (οπίσθια άποψη). Η αριστερή ωθήκη και μέρος του αριστερού ωαγωγού έχουν αφαιρεθεί (Κατω): Πλάγια άποψη της μήτρας. Σημειώστε τις δομές που βρίσκονται μέσα στον πλατύ σύνδεσμο.

1.1.3.- ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ – ΜΗΤΡΑΣ

Η φυσιολογική αναπαραγωγική ηλικία στη γυναίκα χαρακτηρίζεται από μηνιαίες ρυθμικές μεταβολές του ρυθμού της έκκρισης των γεννητικών ορμονών και των αντίστοιχων μεταβολών στις ωθήκες, καθώς και στα γεννητικά όργανα. Η ρυθμική αυτή αλληλουχία ονομάζεται γεννητικός κύκλος

της γυναίκας (ή απλά εμμηνορρυσιακός κύκλος). Η διάρκεια του κύκλου είναι κατά μέσο όρο 28 μέρες. Μπορεί όμως να περιορίζεται σε 20 μέρες είτε και να επιμηκύνεται ως και 43 μέρες ακόμα και σε απόλυτα φυσιολογικές γυναίκες.

Τα δύο σημαντικά αποτελέσματα του γεννητικού κύκλου της γυναίκας είναι: **Πρώτο**, μόνο ένα ώριμο ωάριο εκβάλλετε φυσιολογικά από τις ωοθήκες κάθε μήνα, με αποτέλεσμα μόνο ένα έμβρυο να είναι δυνατό ν' αρχίζει ν' αναπτύσσεται σε κάθε κύηση. **Δεύτερο**, το ενδομήτριο στη μήτρα προετοιμάζεται για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου κατά τον κατάλληλο χρόνο του μηνιαίου κύκλου⁽⁶⁾.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

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

Παραγωγική φάση. Η φάση αυτή βρίσκεται κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων ορμονών των ωοθηκών. Αρχίζει μετά την λήξη της εμμηνορρυσίας και τελειώνει με την ωοθυλακιορρηξία.

Η παραγωγική φάση διακρίνεται στην αρχόμενη (από την 4^η – 9^η ημέρα) και στην προχωρημένη (από την 9^η – 13^η ημέρα).

Αρχόμενη. Σ' αυτή το ενδομήτριο είναι λεπτό, αποτελείται από κυβοειδή κύτταρα και ευθείς αδένες, χωρίς εκκριτική δραστηριότητα. Οι σπειροειδείς αρτηρίες αρχίζουν ν' αναπτύσσουν τους τελικούς τους κλάδους, παρατηρούνται λίγες μιτώσεις στο στρώμα και στο αδενικό επιθήλιο και αυξάνονται οι πυρηνοπρωτεΐνες. Το πάχος του ενδομητρίου φτάνει τα 1 – 2 χιλ.

Προχωρημένη. Σ' αυτή το ενδομήτριο παχύνεται και οι τελικές απολήξεις των αγγείων, επειδή μεγαλώνουν με ταχύτερο ρυθμό απ' ό,τι η ανάπτυξη του ενδομητρίου, αναγκάζονται να πάρουν ελικοειδή πορεία. Μεγαλώνουν, επίσης, οι ενδομήτριοι αδένες, παράγεται αλκαλική φωσφατάση και παρατηρούνται πολλές μιτώσεις. Το πάχος του ενδομητρίου φτάνει τα 3 – 5 χιλ.

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

Η εκκριτική φάση αρχίζει με την ωοθυλακιορρηξία και τελειώνει με την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Τη διακρίνουμε στην αρχόμενη (14^η – 19^η ημέρα), τη μέση (20^η – 24^η ημέρα) και την προχωρημένη (25^η – 27^η ημέρα) εκκριτική φάση.

Αρχόμενη. Σ' αυτή τη φάση οι αδένες του ενδομητρίου μεγαλώνουν ακόμη περισσότερο απ' ό,τι στην παραγωγική φάση, παίρνουν ελικοειδή πορεία, παράγουν γλυκογόνο και το ενδομήτριο εμφανίζεται οιδηματώδες.

Μέση. Σ' αυτή τη φάση οι αυλοί των ενδομήτριων αδένων γεμίζουν με γλυκογόνο, που στην αρχόμενη φάση βρισκόταν κάτω από τους πυρήνες των κυττάρων, αλλά τώρα έφτασε στην επιφάνειά τους. Οι σπειροειδείς αρτηρίες γίνονται μεγαλύτερες και ελικοειδείς.

Προχωρημένη. Σ' αυτή τη φάση οι αδένες γίνονται περισσότερο πτυχωτοί και το γλυκογόνο είναι άφθονο. Τα κύτταρα του υποστρώματος παθαίνουν φθαρτοειδή μετατροπή, το πρωτόπλασμα των κυττάρων διηθείται από πολυμορφοπύρνα κύτταρα και οι σπειροειδείς αρτηρίες αναπτύσσονται τόσο, ώστε να σχηματίζουν φλεβώδεις κόλπους. Το ενδομήτριο στη φάση αυτή γίνεται διπλάσιο από το ενδομήτριο της παραγωγικής φάσης, δηλαδή 5 – 7 χιλ. και διακρίνεται σε τρεις στιβάδες: α) τη βασική που αποτελεί το 1/4 του πάχους του, και περιέχει αδένες, αγγεία και στρώμα χωρίς καμία ορμονική επίδραση, β) την σπογγώδη στιβάδα, στη μέση, που καταλαμβάνει το μισό πάχος του και αποτελείται από διευρυμένους αδένες, οιδηματώδες στρώμα και ελικοειδή αγγεία και γ) τη συμπαγή στιβάδα, που χαρακτηρίζεται από τα φθαρτοειδή κύτταρα του υποστρώματος, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους και την κάνουν συμπαγή. Οι πόροι των αδένων την διελαύνουν στενωμένοι και τα αγγεία κάτω από το επιθήλιο είναι συμφορημένα.

Στην εκκριτική φάση, εκτός από την έκκριση της προγεστερόνης και των οιστρογόνων ορμονών, εκκρίνεται κατά ώσεις και η προλακτίνη.

Η εκκριτική φάση του ενδομητρίου, σε αντίθεση με την παραγωγική, είναι χρονικά πάντοτε σταθερή. Κρατάει 14 ημέρες, γιατί τόση είναι η ζωή του ωχρού σωματίου, αν δεν συμβεί σύλληψη.

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

Την απόπτωση αυτή της λειτουργικής στιβάδας τη χαρακτηρίζουμε ως εμμηνορρυσία και την αποδίδουμε σε απότομη αύξηση της λυσοσωματικής δραστηριότητας των κυττάρων του ενδομητρίου και σε απελευθέρωση μεγάλης ποσότητας όξινων υδρολασών. Μερικά από τα ένζυμα, που απελευθερώνονται, συμβάλλουν στην βιοσύνθεση των προσταγλανδινών, θρομβοξάνης A_2 και προστακυκλίνης.

Άλλη βιοχημική μεταβολή του ενδομητρίου, που συμβάλλει στην απόπτωσή του, είναι η χαρακτηριστική ελάττωση των βλεννοπολυσακχαριτών του χώρου, που βρίσκεται γύρω από τα αγγεία. Έτσι, ο συνδετικός ιστός, που υποστηρίζει τα αγγεία, χαλαρώνει.

Την έναρξη, όμως, της αιμορραγίας την προκαλεί η ρυθμική σύσπαση και διαστολή της βασικής μοίρας των σπειροειδών αρτηριών, που συνεπάγεται ισχαιμία και νέκρωση της περιοχής, που αιματώνεται από αυτές. Η σύσπαση αυτή συμβαίνει με άγνωστο μηχανισμό. Η αιμορραγία σταματάει με θρόμβωση των άκρων των αρτηριών, με αγγειοσύσπαση και με τη δημιουργία νέου αγγειακού δικτύου.

Τα συστατικά της εμμηνορρυσίας αποτελούνται από στοιχεία ιστών της λειτουργικής στιβάδας του ενδομητρίου, αγγειακό δίκτυο των τελικών σπειροειδών αρτηριών, αίμα (αρτηριακό 75%, φλεβικό 25%), βλέννα και επιθηλιακά κύτταρα από τον ενδοτράχηλο και τον κόλπο.

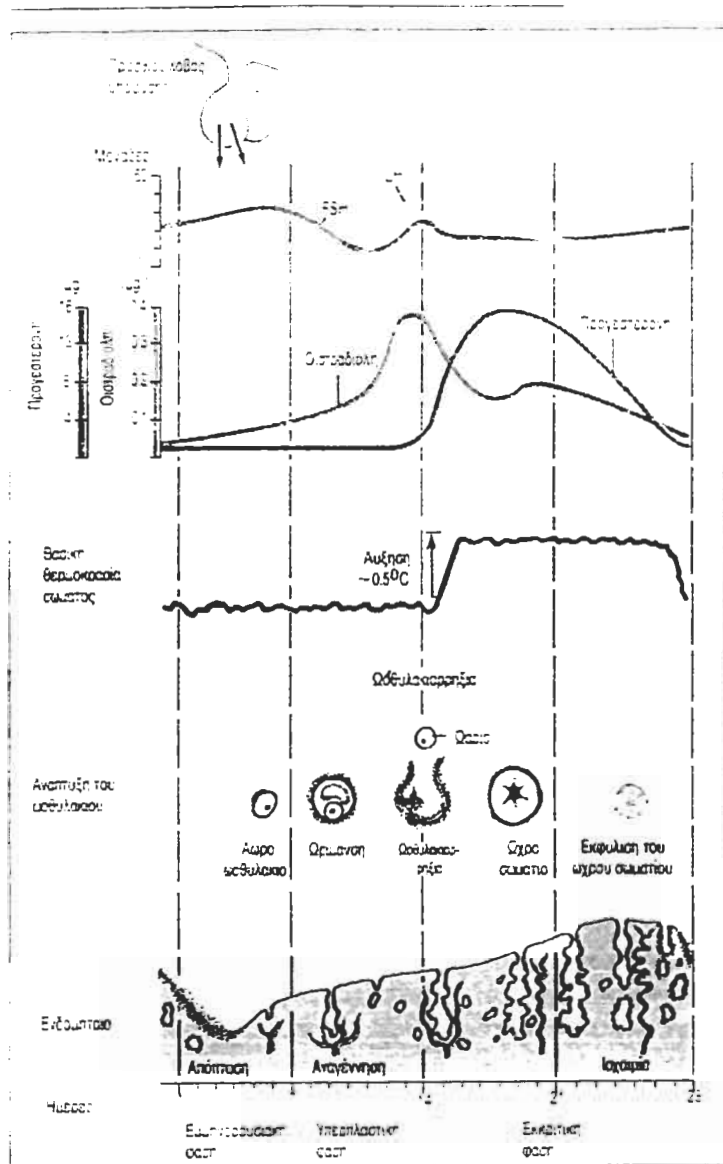
Το αίμα της εμμηνορρυσίας δεν πήζει, γιατί έχει μεγάλη ινωδόλυτική δραστηριότητα και διαλύει τα πήγματα. Μόνο σε μεγάλη αιμορραγία δυνατό να πήξει.

Η εμμηνορρυσία εμφανίζεται ανάμεσα στο 12^ο – 18^ο έτος της ηλικίας της γυναίκας. Ο χρόνος εμφάνισής της εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως την κληρονομικότητα, τη φυλή, το κλίμα, την ιδιοσυγκρασία, τον τρόπο διαβίωσης, τις ασθένειες κλπ.

Στην Ελλάδα, στις περισσότερες γυναίκες, αρχίζει ανάμεσα στο 11^ο – 13^ο έτος της ηλικίας και σταματάει ανάμεσα στο 45^ο – 50^ο έτος. Το χρονικό αυτό διάστημα το ονομάσαμε γενετησιακή ηλικία.

Η εμμηνορρυσία έρχεται, τις περισσότερες φορές, κάθε 28 ημέρες, κρατάει 3 – 5 ημέρες και η γυναίκα στη διάρκειά της χάνει 50 – 60 γρ. αίματος. Η ποσότητα, όμως, όλων των στοιχείων της εμμηνορρυσίας ανέρχεται σε 100 – 300 γραμ.

Μετά την απόπτωση της λειτουργικής στιβάδας του ενδομητρίου, διατηρούνται κάτω από αυτή στρώματα, που αποτελούν την βασική στιβάδα. Από αυτά τα στρώματα, και ειδικότερα από τους πυθμένες των αδένων, ξεκινάει η αναγέννηση του ενδομητρίου για τον επόμενο ενδομήτριο κύκλο⁽⁴⁾ (Εικ. 2).



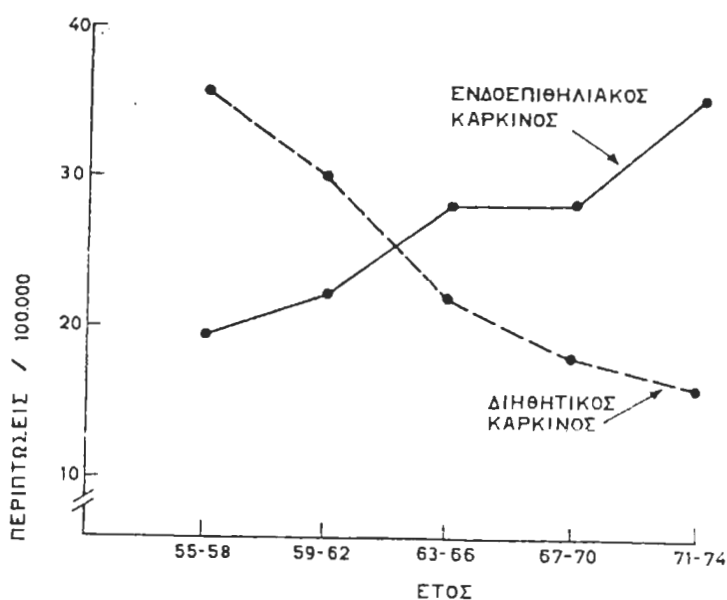
Α. Καταμήνιος κύκλος γυναίκας

1.2.- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι παγκόσμια ο δεύτερος σε συχνότητα και θνητότητα καρκίνος που αφορά τις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού. Κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται περίπου 13.500 νέες περιπτώσεις επιθετικά καρκίνων του τραχήλου της μήτρας, ενώ υπάρχουν τουλάχιστον 50.000 νέες περιπτώσεις πρόδρομης μορφής, όπου τα καρκινικά κύτταρα περιορίζονται στην επιφάνεια του τραχήλου. Σε μερικές δε απ' αυτές αποτελεί την συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35 – 45 ετών.

Στις αναπτυγμένες χώρες η ευρεία εφαρμογή, κατά την τελευταία πεντηκονταετία, του προληπτικού ελέγχου του πληθυσμού με την περιοδική εφαρμογή της απλής γυναικολογικής εξέτασης και της κυτταρολογικής εξέτασης του κολποτραχηλικού επιχρίσματος, ελάττωσε ουσιαστικά τη συχνότητα και θνησιμότητα εκ της νόσου^{(7),(8)}.

Οι Kίwι και συνεργάτες δημοσίευσαν το 1978 μια μελέτη – ανασκόπηση, η οποία αφορούσε τα περιστατικά με νεοπλασία τραχήλου μήτρας στην περιοχή του Toledo (Ohio) κατά το διάστημα 1955 – 1974. Στο σχήμα 1 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης. Είναι εμφανής η πτώση της συχνότητας των ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών. Οι μεταβολές αυτές συμβάδιζαν με την σταδιακή αύξηση της συχνότητας ελέγχου ρουτίνας του πληθυσμού με τεστ Παπανικολάου. Η θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου μειώθηκε κατά 61% στην υπό μελέτη εικοσαετία.



Σχήμα 1. Περιστατικά με ενδοεπιθηλιακό και διηθητικό καρκίνο στην 20ετία 1955-1974 (Cancer 1978, 42:2439).

Σήμερα οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν στο ότι οι ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του τραχήλου της μήτρας (Cervical Intraepithelial Neoplasia – CIN) παρουσιάζουν επιδημιολογικούς χαρακτήρες σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος, το οποίο εξελίσσεται αργότερα σε διηθητικό καρκίνο. Η εξέλιξη αυτή είναι βαθμιαία (CIN I – CIN II – CIN III – Ενδοεπιθηλιακός καρκίνος – Μικροδιηθητικός – Διηθητικός) και στα αρχικά

στάδια (CIN I, CIN II) είναι δυνητικά αναστρέψιμη. Οι Kinlen και Spriggs μελέτησαν 52 γυναίκες, οι οποίες είχαν δυσκαρυωτικά κύτταρα στο τεστ Παπανικολάου, 2 χρόνια πριν τη μελέτη, αλλά για κάποιο λόγο δεν προσήλθαν μετά το τεστ για παρακολούθηση. Δέκα από αυτές τις γυναίκες (19%) βρέθηκαν με διηθητική νόσο, ενώ 19 ασθενείς (37%), όταν επανήλθαν δεν είχαν καμιά παθολογία στον τράχηλο. Σε μια άλλη μελέτη οι Champion και συνεργάστες παρακολούθησαν 100 γυναίκες με ελαφρά δυσπλασία (CIN I). Σε διάστημα 2 ετών, 26% εξελίχθηκαν σε CIN III, ενώ σε 11 περιπτώσεις οι βλάβες υποχώρησαν εντελώς. Από αυτές τις 11 ασθενείς, οι 4 εμφάνισαν αργότερα πάλι ελαφρά δυσπλασία. Οι McIndoe και συνεργάτες αναφέρουν ότι 22% από 131 γυναίκες με CIN III ανέπτυξαν διηθητικό καρκίνο στα επόμενα χρόνια (μεταξύ 3 και 10 ετών).

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

Επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν αυξημένη επίπτωση της νόσου σε πληθυσμούς χαμηλής κοινωνικο – οικονομικής στάθμης καθώς επίσης σε γυναίκες με πρώιμη έναρξη γενετήσιας επαφής μεγάλο αριθμό ερωτικών συντρόφων, πολύτοτες και καπνίστριες. Είναι πλέον τεκμηριωμένο σήμερα ότι ο καρκίνος τραχήλου μήτρας σχετίζεται με τους ογκογενετικά υψηλού κινδύνου τύπους 16 και 18 του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV 16 και 18)

Για τα στοιχεία όμως αυτά, που υφίστανται επιδημιολογικά θα αναφερθούμε εκτενέστερα σε επόμενο κεφάλαιο (βλέπε Κεφ. II₁ – II₂), διότι συνδέονται άμεσα με την αιτιοπαθογένεια της νόσου, με σκοπό την σφαιρικότερη κατανόηση του αντικειμένου.

1.3.- ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Για να γίνουν κατανοητός στη συνέχεια οι μορφές της διαδικασίας της τραχηλικής νεοπλασίας, είναι απαραίτητο να θυμηθούμε ορισμένα παθολογοανατομικά στοιχεία:

1.- Υπερπλασία είναι η αύξηση του αριθμού φυσιολογικά κυττάρων, που είναι αναστρέψιμη, π.χ. το επιθήλιο του μαστικού αδένου στην εγκυμοσύνη.

2.- Μεταπλάσια είναι η αντικατάσταση ενός τύπου και καλά διαφοροποιημένων κυττάρων από ένα άλλο τύπο, που είναι αναστρέψιμη, όπως π.χ. τα κυλινδρικά κύτταρα του ενδοτραχήλου από πλακώδη του τραχήλου.

3.- Δυσπλασία είναι η ποικιλία στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων, που συνοδεύεται από απώλεια της φυσιολογικής δομής και αύξηση του αριθμού των κυττάρων που είναι αναστρέψιμη, όπως η αποδιοργάνωση και πάχυνση του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας μετά από τραχηλίτιδα.

4.- Αναπλασία είναι η μεγαλύτερη αύξηση της ποικιλίας στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων απ' ό,τι στη δυσπλασία και η ύπαρξη υπερχρωματικών πυρήνων και πυρηνοκινήσιων, που δεν είναι αναστρέψιμη και παρατηρείται στις κακοήθεις νεοπλασίες⁽²⁾.

Η μελέτη της παθογένειας των προδιηθητικών αλλοιώσεων του τραχήλου έχει επικεντρωθεί στη ζώνη μετάπλασης ή ζώνης μετάπτωσης (transformation zone) του τραχηλικού επιθηλίου. Κατά κανόνα μέχρι την εμμηναρχή το μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο που επαλείφει τον ειδοτράχηλο επεκτείνεται και καλύπτει τμήμα του ορατού εξωτραχήλου, γύρω απ' το έξω τραχηλικό στόμιο (περιστομιακή ερυθρότητα, εκτοπία, εκτροπία, αρχικό κυλινδρικό επιθήλιο εξωτραχήλου).

Αμέσως μετά την εμμηναρχή η επίδραση ορμονικών παραγόντων, αλλαγής του ΡΗ ή φλεγμονωδών αιτιών έχει σαν αποτέλεσμα την έναρξη της απόλυτα φυσιολογικής διαδικασίας της πλακώδους μετάπλασης. Τη βαθμιαία δηλαδή αντικατάσταση του περιστομιακού κυλινδρικού επιθηλίου από ένα

μεταπλαστικό επιθήλιο. το οποίο στην πλήρη του ωριμότητα περί το 40^ο έτος της ηλικίας είναι ένα πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο.

Η διαδικασία αυτή λαμβάνει χώρα είτε κατά τόπους ή από την περιφέρεια προς το κέντρο, με την ενεργοποίηση πολυδύναμων αρχεγόνων ή εφεδρικών κυττάρων. Η ζωή αυτή του μεταπλαστικού επιθηλίου στη φάση του σχηματισμού της ενέχει ιδιαίτερη σημασία, καθόσον στο δυναμικά εξελισσόμενο αυτό επιθήλιο η επίδραση ογκογενετικών παραγόντων έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία αλλοιώσεων που κατά κανόνα προηγούνται του διηθητικού καρκίνου (Πίνακας 1).

Πίνακας 1.1. Προ-διηθητικές αλλοιώσεις τραχηλικού επιθηλίου		
WHO (World Health Organisation)	CIN (Cervical Intraepi- thelial Neoplasia)	Σύστημα Bethesda
Επίφορο δυσπλασία	CIN I	L-SIL (low grade squa- mous intraepithelial le- sion) - Χαμηλού βαθμού
Μέτρια δυσπλασία	CIN II	Ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση
Βαρείο δυσπλασία	CIN III	H-SIL (high grade squa- mous intra-epithelial lesion) - Υψηλού βαθμού
Καρκίνωμα ενδο- επιθηλιακό (in situ)		ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση

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

Η αντίληψη ότι σε μεγάλο ποσοστό οι ενδοεπιθηλιακές αυτές αλλοιώσεις προηγούνται του διηθητικού καρκίνου έχει σήμερα τεκμηριωθεί. Εντούτοις σημαντικό επίσης ποσοστό παραμένει στο ίδιο επίπεδο ή υποστρέφει αυτομάτως. Δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα απόλυτα καθορισμένοι προγνωστικοί παράγοντες που να προμηνύουν σε ποιες περιπτώσεις το CIN θα παραμείνει στάσιμο και σε ποιες θα εξελιχθεί σε βαρύτερο βαθμό. Η μέση

ηλικία πάντως ασθενών με CIN II – III προηγείται 10 – 15 χρόνια της μέσης ηλικίας ασθενών με διηθητικό καρκίνωμα⁽⁸⁾.

Συνοπτικά λοιπόν, CIN I, στα άνω 2/3 του πλακώδους επιθηλίου υπάρχει πολύστιβο επιθήλιο, δηλαδή φυσιολογικό, ενώ στο κάτω 1/3 παρατηρούνται κύτταρα με υψηλή πυρηνοπρωτοπλασματική σχέση.

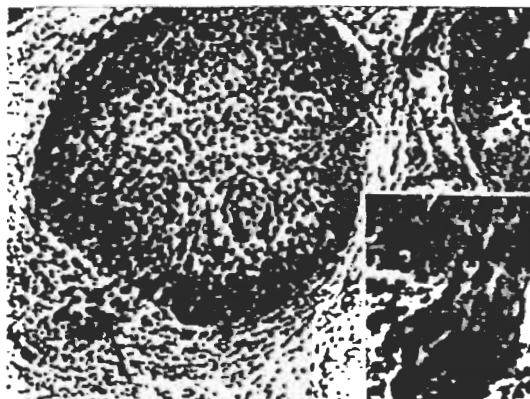
Στον CIN II το άνω 1/3 του πλακώδους επιθηλίου, εμφανίζει σταδιοποίηση και ωρίμανση, ενώ τα βασικά κύτταρα καταλαμβάνουν το υπόλοιπο μισό του επιθηλίου⁽¹⁾.

Στον CIN III ή προδιηθητικό καρκίνωμα ή καρκίνωμα in situ (cis)⁽¹⁰⁾, απαντάται μια βλάβη που περιλαμβάνει άτυπα κύτταρα και πυρήνες σ' όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου και αυξημένη την σχέση πυρήνα/κυτταροπλάσματος. Η διάγνωση πάντως του καρκινώματος in Situ (ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα) δεν είναι εύκολη, διότι με αυτή τη μορφή μπορεί να παραμείνει 8 – 10 χρόνια και είναι ασυμπτωματικός. Το καρκίνωμα in Situ έχει θεωρηθεί σαν τον πρόδρομο στάδιο του διηθητικού καρκίνου⁽¹¹⁾.

I.4.- ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

➤ Μικροδιηθητικό εκ Πλακώδους Επιθηλίου καρκίνωμα

Το μικροδιηθητικό καρκίνωμα αποτελεί ένα πρώιμο στάδιο στο φάσμα του καρκίνου του τραχήλου και χαρακτηρίζεται από ελάχιστη διήθηση του στρώματος από νεοπλασματικά κύτταρα (Εικ. 3).



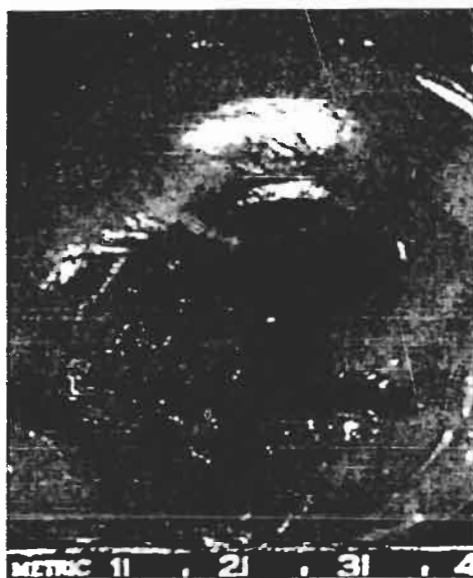
ΕΙΚ. 3 Μικροδιηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του τραχήλου που εμφανίζει καρκίνωμα in situ σε ένα επιθηλιακό αδένιο, το οποίο έχει διασπαστεί βασική μεμβράνη βλάστη και διηθεί το στρώμα. (Εν55το) Μεγάλη μείωση της μικροδιηθητικής εστίας

Σχεδόν το 7% των βιοψιών που αφαιρούνται για καρκίνωμα in Situ εμφανίζουν εστίες μικροδιηθητικού καρκίνου. Μικρές αθροίσεις κυττάρων μέσα στο στρώμα εμφανίζουν τ' ακόλουθα χαρακτηριστικά.

- Διήθηση σε βάθος λιγότερο από 3 mm κάτω απ' την βασική μεμβράνη⁽¹²⁾, με την μορφή βελονών ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο⁽²⁾.
- Απουσία αγγειακής διήθησης
- Απουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων.

➤ Διηθητικό εκ Πλακώδους Επιθηλίου καρκίνωμα

Μακροσκοπικός ο καρκίνος του τραχήλου συνήθως εμφανίζεται ως μια κοκκιώδης διαβρωμένη αλλοίωση χωρίς σαφή όρια ή ως μια οζώδης εξωφυτική μάζα (Εικ. 4).



Εικόνα 4. Καρκίνος από πλακώδες επιθήλιο. Ο τραχήλος παρακτορίζεται από την πίεση ενός εξωφωτικού εξεγκλωμμένου θ-ανδροκυτταρικού καρκινώματος

Κατά τη μικροσκοπική εξέταση η πλειονότητα των όγκων αποτελείται από φωλιές (συμπαγείς αθροίσεις) μεγάλων καρκινικών κυττάρων τα οποία διαφοροποιούνται προς πλακώδη. Κατά τρόπους υπάρχουν μεμονωμένα καρκινικά κύτταρα που παρουσιάζουν κερατινοποίηση. Οι περισσότεροι από τους υπόλοιπους καρκίνους εμφανίζουν φωλιές κερατινοποιημένων κυττάρων που είναι οργανωμένα σε συγκεντρωτικούς στροβιλοειδείς σχηματισμούς στο

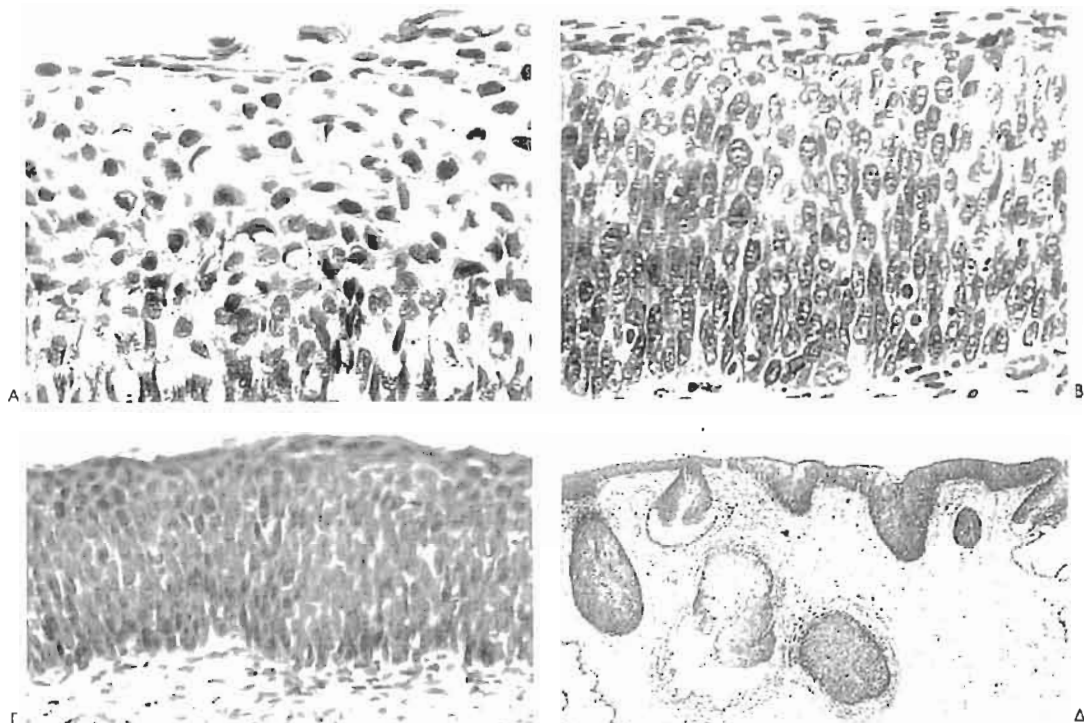
κέντρο των οποίων διακρίνεται κερατίνη. Οι σχηματισμοί αυτοί ονομάζονται «μαργαριταροειδή σωματίδια κερατίνης»⁽¹²⁾.

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

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

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

γ) Σε χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνωμα, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στον τρίτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζονται βαθυχρωματικά, δεν έχουν μεσοκυττάριας γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις παραπάνω από 4⁽²⁾ (Εικ. 5 – Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας).



Εικόνα 5. Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας (CIN). Α. CIN-1. Το επιθήλιο του τραχήλου εμφανίζει έντονη κυτταρική ατυπία στο βασικό 1/3 (κατώτερο τριτημόριο). Μερικά κύτταρα στα ανώτερα 2/3 (βύο τριτημόρια) του επιθηλίου εμφανίζουν ατυπικούς πυρήνες, αλλά όλα έχουν κυτταροπλασματική διαφοροποίηση. Β. CIN-2 με CIN-3. Τα κατώτερα 2/3 του επιθηλίου εμφανίζουν έντονη κυτταρική ατυπία. Παρόλο που η κυτταρική διαφοροποίηση παρατηρείται στο ανώτερο 1/3 (τριτημόριο) του επιθηλίου είναι λιγότερο εμφανής από εκείνη του CIN-1. Γ. CIN-3 (καρκίνωμα in situ). Τα κακοήγη κύτταρα βρίσκονται σε όλα τα πάχος του επιθηλίου. Δ. CIN-3. Το καρκίνωμα in situ αντικαθιστά πλήρως ή μερικώς το κυλινδρικό επιθήλιο των ενδοτραχηλικών αδένων.

➤ Αδενοκαρκίνωμα

Τα τελευταία 30 έτη έχει παρατηρηθεί αύξηση στην εμφάνιση του αδενοκαρκινώματος του τραχήλου, και κατ' επέκταση του AIS (αδενοκαρκίνωμα in Situ), που θεωρείται η πρόδρομη μορφή του⁽¹³⁾.

Το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου προέρχεται από τα αδενικά στοιχεία του τραχήλου. Αποτελείται από υψηλά κυλινδρικά εκκριτικά κύτταρα διευθετημένα σε αδενωματούδεις σχηματισμούς. Παρατηρούνται κύτταρα σε με ποικίλο μέγεθος και ανώμαλο σχήμα, χαρακτηριστικά άφθονη βλέννα, καθώς και βαθυχρωματικούς πυρήνες, που αποτελούν κοινό χαρακτηριστικό όλων των καρκινικών κυττάρων⁽¹⁰⁾.

Το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου αντιπροσωπεύει το 10 – 15% των καρκινωμάτων και διακρίνεται και αυτό σε καλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης. Η ετερογένεια των όγκων αυτών είναι ιδιαίτερα πλούσια με συχνότερο εκπρόσωπο το βλενώδες αδενοκαρκίνωμα. Δύο ομότυποι αυτού είναι το σωληνοθηλώδες και το αν και σπάνιο ιδιαίτερα επιθετικό και πολύ

κακής πρόγνωσης adenoma malignum. ή αδενοκαρκίνωμα ελάχιστης απόκλισης⁽⁵⁾.

- Από του άλλους ιστολογικούς τύπους υπάρχουν τέσσερις σπάνιοι τύποι καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, το μικροκυτταρικό καρκίνωμα, το αδenoπλακώδες καρκίνωμα, το νεοροενδοκρινικό καρκίνωμα και το τραχηλικό σάρκωμα που έχουν πολύ φτωχή πρόγνωση^{(6), (7)}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

II.1.- ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η μετατροπή ενός φυσιολογικού κυττάρου σε καρκινικό είναι ένα πολυσταδιακό φαινόμενο, σύνθετο και δυστυχώς ακόμη όχι πλήρως γνωστό. Προκειμένου ένα κύτταρο να μετατραπεί σε καρκινικό, αρχικά υφίσταται ορισμένες αλλαγές στο γονιδιακό του υλικό και μετατρέπεται σε κύτταρο με αυξημένη τη δυνατότητα μιτωτικής διαίρεσης. Αυτό συνήθως αναφέρεται ως μνημένο κύτταρο (initiated cell). Στην ουσία σημαίνει ότι το κύτταρο αυτό απέκτησε εγγενώς την ικανότητα να διαιρεθεί περισσότερες φορές απ' ό,τι στη φυσιολογική κατάσταση θα συνέβαινε.

- Οι ανθρώπινοι ιοί των Θηλωμάτων (human papillomaviruses ή HPV's) προκαλούν καλοήθεις όγκους στο πλακώδες επιθήλιο στην επιδερμίδα, την στοματική κοιλότητα και το γεννητικό σύστημα. Ένας τύπος HPV που περιλαμβάνει τους ιούς HPV – 16 και HPV – 18 συνδέεται με την ανάπτυξη κακοήθους νεοπλασίας ειδικά στον τράχηλο της μήτρας⁽¹⁴⁾. Υπάρχουν λοιπόν πολλές ενδείξεις σύμφωνα μ' αυτό ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συγκαταλέγεται στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Για να γίνει κατανοητή η σχέση του HPV με τις ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του τραχήλου θα πρέπει να αναφερθούν ορισμένα στοιχεία σχετικά με τον ιό HPV που αποτελεί σήμερα την πιο διαδεδομένη σεξουαλικά νόσο.

Το 1987 στις Η.Π.Α. υπολογίστηκε ότι το 2% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού είχε φλεγμονή από HPV, δηλαδή οξυτενή κονδυλώματα.

Ένα άλλο 4% είχε κυτταρολογικά ευρήματα φλεγμονής από HPV. Μέχρι στιγμής έχουν απομονωθεί περίπου 70 στελέχη του ιού και τουλάχιστον 20 σχετίζονται με την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Σε μια πρόσφατη μελέτη από 22 χώρες και 32 Νοσοκομεία σε περισσότερες από 1000 ασθενείς με καρκίνο τραχήλου μήτρας η ύπαρξη HPV διαπιστώθηκε στο 93% των ασθενών. Αυτή η μελέτη εδραιώνει την πεποίθηση ότι ο HPV αποτελεί έναν απ' τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες για τους περισσότερους – αλλά όχι όλους – καρκίνους τραχήλου της μήτρας⁽¹⁵⁾.

Ο ιός προσβάλλει τους ιστούς της κατώτερης γεννητικής οδού και μπορεί να προκαλέσει είτε κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων είτε ήπια, μέτρια ή σοβαρή δυσπλασία καθώς και καρκινώματα *in Situ*⁽⁷⁾ (Εικ. 6).

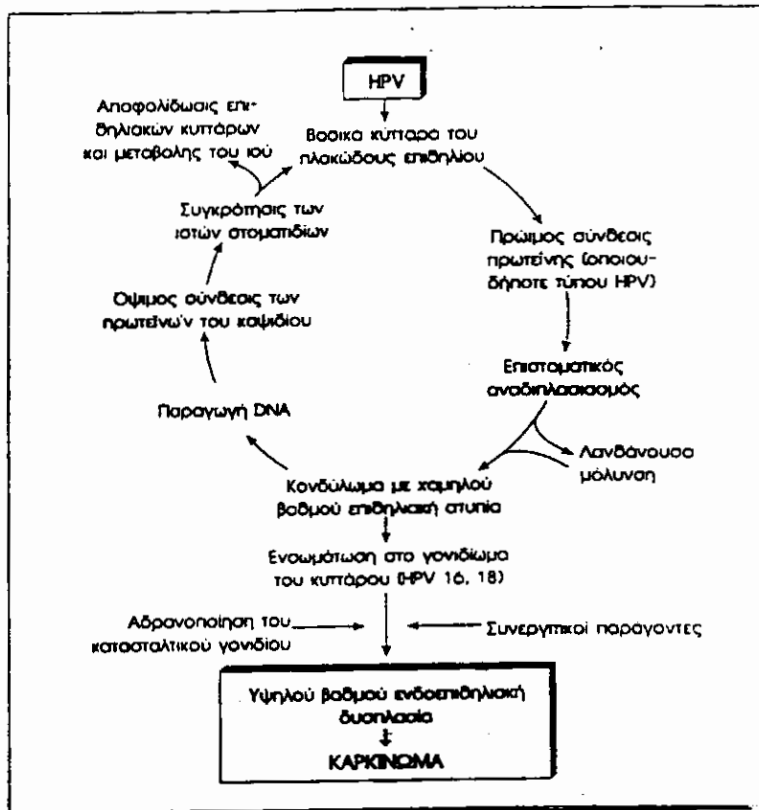


Εικ. 6. Χαρακτηριστική εικόνα κονδυλώματος. Κοιλοκυτταρα

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων είναι ο μόνος παθογόνος μικροοργανισμός, ο οποίος αδιαμφισβήτητα έχει σχέση με την αιτιολογία και παθογένεση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Πρέπει να αναφέρουμε και τον ιό του απλού έρπητα, τύπου 2 (HSV – 2), που φαίνεται να δρα συνεργικά με τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων.

Για τους υπόλοιπους παθογόνους μικροοργανισμούς όπως τον ερπητοϊό Epstein – Barr (EBV), τα χλαμύδια, την τριχομονάδα, το μυκόπλασμα και τον μεγάλο κυτταρικό ιό (CMV), τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι περιορισμένα

και αντικρουόμενα και δεν παρέχουν επαρκή στοιχεία για εμπλοκή τους στην καρκινογένεση⁽¹⁴⁾ (Εικ. 7).



Εικόνα 7. Ο ρόλος του ιού των κονδυλωμάτων του ανθρώπου (human papillomavirus - HPV) στην παθογένεια της νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας.

II.2.- ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αλληπάλληλες κατά καιρούς μελέτες έχουν αναλύσει τους προδιαθεσικούς παράγοντες (κινδύνους) υπεύθυνους για την ανάπτυξη προδιηθητικών και διηθητικών αλλοιώσεων του τραχήλου. Έτσι ως επιβαρυντικοί παράγοντες υψηλού κινδύνου καθορίστηκαν διάφοροι δείκτες γενετήσια συμπεριφοράς, όπως:

1.- Η σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας, δηλαδή μεγάλος αριθμός ερωτικών συντρόφων, μικρή ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής και πρώτης κύησης, υψηλός αριθμός κύσεων.

2.- Γυναίκες, οι ερωτικοί σύντροφοι των οποίων έχουν ή είχαν κονδυλώματα στο πέος, είχαν πολλές ερωτικές συντρόφους ή ερωτικές συντρόφους που έπασχαν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

3.- Τη φυλή στην οποία ανήκει η γυναίκα. διότι βρέθηκε πως, ενώ η συχνότητά τους στις Ισραηλινές είναι 6: 100.000, στις Αφρικανές είναι 50: 100.000 και πως αυτή είναι μεγαλύτερη στη μαύρη φυλή από ό.τι στη λευκή. Φαίνεται πως κι αυτές οι διαφορές πρέπει ν' αποδοθούν στην σεξουαλική συμπεριφορά των διάφορων λαών.

Επίσης θετική συσχέτιση βρέθηκε με την:

1.- Καταστολή του ανοσολογικού συστήματος λόγω λήψεως κορτικοστεροειδών, μεταμόσχευσης νεφρού, χημειοθεραπείας για άλλο καρκίνο ή AIDS.

2.- Χαμηλή κοινωνικοοικονομική στάθμη, ίσως γιατί η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής γίνεται νωρίς ή γιατί στερούνται προληπτικού ελέγχου.

3.- Το κάπνισμα. Η διακοπή του ελαττώνει τον κίνδυνο, αλλά παραμένει μεγαλύτερος από τις μη καπνίστριες.

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

Η επίδραση των αντισυλληπτικών στον τράχηλο παραμένει ασαφής λόγω της πιθανής επίδρασης α) του καπνίσματος, β) της σεξουαλικής ζωής και γ) της συχνότητας του κυτταρολογικού ελέγχου.

5.- Η χορήγηση διαιθυλστυλβεστρούλης στις μητέρες των ασθενών κατά τη διάρκεια της κύησής τους, σχετίζεται με τον διαυγοκυτταρικό τύπο καρκίνου^{(2), (7), (8), (10), (15)}.

Δεν πιστεύεται πλέον ότι η περιτομή μειώνει τον κίνδυνο ν' αναπτυχθεί καρκίνος του τραχήλου της μήτρας⁽⁷⁾.

III.3.- ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Στα προηγούμενα μέρη του κεφαλαίου, αναφέραμε τους περισσότερο υπεύθυνους αιτιολογικούς παράγοντες και τους παράγοντες κινδύνου

ανάπτυξης κακοήθειας. Στην ουσία όμως των πραγμάτων η αιτία της καρκινογένεσης παραμένει άγνωστη.

Για το λόγο αυτό τις τελευταίες δεκαετίες, η θεωρία που αφορά τη σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικού στρες και ανάπτυξης καρκίνου έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα, με πολλούς ερευνητές να υποστηρίζουν το ενδεχόμενο μιας πραγματικά άμεσης σχέσης.

Έχει επανειλημμένως αναφερθεί ότι δεν μπορεί ν' αγνοηθεί το γεγονός ότι η κατάθλιψη πολλές φορές αποτελεί προάγγελο καρκίνου. Επιπρόσθετα στα τέλη του περασμένου αιώνα, ο Herbert Snow παρουσίασε στο βιβλίο του «Ο καρκίνος και η εξέλιξή του» μια μελέτη 250 ασθενών που είχαν νοσηλευτεί στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο του Λονδίνου κατά το διάστημα μιας δεκαετίας. Ο Snow επισήμανε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών (63%) που απέφεραν από καρκίνο μήτρας και μαστού είχαν χάσει ένα στενό συγγενή στο άμεσο παρελθόν. Ο Evans, ψυχαναλυτής της Σχολής του Jung, στο βιβλίο του «Μια ψυχολογική μελέτη του καρκίνου», κατέληξε επίσης στο συμπέρασμα ότι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή μιας στενής συναισθηματικής σχέσης είναι δυνατόν να ενέχεται για ανάπτυξη καρκίνου.

Ο κορυφαίος ερευνητής Eysenck υποστήριξε την ύπαρξη πιθανής διαδικασίας αιτιακού χαρακτήρα, που ερμηνεύει πως η αλληλεπίδραση στρες και προσωπικότητας θα μπορούσε να οδηγήσει στην ανάπτυξη καρκίνου. Βάσει της διαδικασίας αυτής προκύπτει ότι η επίδραση των στρεσογόνων καταστάσεων στην προσωπικότητα έχει αποτέλεσμα τη δημιουργία αισθημάτων απελπισίας, αδιεξόδου και κατάθλιψης που προκαλούν επίσης και ορμονικές αντιδράσεις.

Αυτές οι ορμονικές αντιδράσεις, με την σειρά τους, συντείνουν σε ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος, που επιτρέπει σε καρκίνους υπολανθάνουσα μορφή ν' αναπτυχθούν.

Πριν από μερικά μόλις χρόνια έγινε προσπάθεια προσδιορισμού του τύπου προσωπικότητας που θεωρείται ότι έχει προδιάθεση για ανάπτυξη καρκίνου. Αυτή είναι η προσωπικότητα τύπου C, δηλαδή προσωπικότητα με τάση εμφάνισης καρκίνου.

Ο Gross σε μια εκτεταμένη ανασκόπηση σχετικών ερευνών διαπίστωσε ότι σε 18 ξεχωριστές μελέτες η καταστολή των συναισθημάτων παρουσιάστηκε ως παράγοντας κινδύνου για καρκινογένεση. Γενικά το άτομο με τέτοιου είδους προσωπικότητα χαρακτηρίζεται ήρεμο, συγκαταβατικό και με σταθερή τάση να καταπιέζει τα συναισθήματά του/της, τα οποία διαφορετικά θα διατάρασσαν την ήπια κοινωνική του/της συμπεριφορά. Υποστηρίζεται ότι το άτομο με προσωπικότητα επιρρεπή σε εκδήλωση καρκίνου δυσκολεύεται ιδιαίτερα να εξωτερικεύσει το θυμό, την ένταση ή την ανησυχία του/της και παρουσιάζεται ως ήρεμο, φιλικό, αγαπητό και παθητικό.

Οι μελέτες των διάσημων στο χώρο ερευνητών Thomas και LeShan αποτελούν δύο από τις πρώτες και πιο σημαντικές έρευνες στον τομέα αυτό. Η προδρομική, διάρκειας 40 ετών, μελέτη τη Thomas με δείγμα φοιτητών Ιατρικής που αποφοίτησαν από το Πανεπιστήμιου John Hopkins μεταξύ 1948 και 1968 παρέχει χρήσιμη πληροφορία για τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των φοιτητών που αργότερα ανέπτυξαν καρκίνο σε σύγκριση μ' εκείνους που εκδήλωσαν άλλες ασθένειες. Η Thomas ξεκίνησε την έρευνά της με σκοπό την εξέταση της προδιαθεσικής συμπεριφοράς σε στεφανιαία νόσο και δεν είχε υποπτευθεί την πιθανή σχέση μεταξύ τύπου προσωπικότητας και καρκίνου.

Παρατηρήθηκε, λοιπόν, ότι οι φοιτητές που ανέπτυξαν αργότερα καρκίνο ήταν κυρίως μοναχικά άτομα που δυσκολεύονταν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους επαρκώς και διατηρούσαν κάποιας μορφής συναισθηματική απόσταση με τους γονείς τους κατά την παιδική τους ηλικία.

Ειδικότερα, η Thomas διαπίστωσε ότι οι μοναχικοί τύποι ήταν 16 φορές πιο πιθανό να αναπτύξουν καρκίνο, συγκριτικά με όσους εξωτερικεύαν τα συναισθήματά τους.

Η μακρόχρονη αυτή μελέτη βασίστηκε σε λεπτομερείς συνεντεύξεις, που τον οδήγησαν να καθορίσει τέσσερα χαρακτηριστικά – κλειδιά της προσωπικότητας που συνήθως σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου, συγκεκριμένα:

- Έντονο στρες
- Δυσκολία εξωτερικεύσης αισθημάτων εχθρότητας

- Αδιέξοδο και απελπισία
- Απώλεια αγαπημένου προσώπου πριν από τη διάγνωση.

Ύστερα από επτά έτη μεγάλης κλίμακας, επιδημιολογική έρευνα, στην οποία ο LeShan διερεύνησε τη σημασία της απώλειας μιας σημαντικής σχέσης, διαπίστωσε ότι οι χήρου/ες και διαζευμένοι/ες παρουσίασαν τα υψηλότερα ποσοστά θνητότητας, ενώ αντιθέτως οι έγγαμοι/ες και αδésμευτοι/ες τα χαμηλότερα, όπως άλλωστε είχε ήδη προβλέψει.

Ομοίως, σε άλλη έρευνα που διεξήχθη από τον Muslim και τους συνεργάτες του, διαπιστώθηκε ότι μεταξύ 165 γυναικών που συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο γεγονότων ζωής πριν από τη διάγνωση και για τις οποίες υπήρχε υποψία για καρκίνο μαστού, εκείνες που είχαν χάσει ένα αγαπημένο πρόσωπο παρουσίασαν κακοήθη όγκο.

Την ίδια ακριβώς περίοδο, οι Schmale και Iker διακινώντας ψυχολογικά τεστ και λαμβάνοντας συνεντεύξεις από γυναίκες με θετικό Pap τεστ, ήταν σε θέση να προβλέψουν ποιες από αυτές θα ανέπτυσαν καρκίνο του τραχήλου, κρίνοντας από τα σημαντικά γεγονότα της ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΙΙΙ.1.- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η μέση ηλικία προσβολής της γυναίκας από διηθητικό καρκίνο του τραχήλου είναι η ηλικία των 45 ετών και από προδιηθητικό των 30 ετών.

Η πάθηση στο προδιηθητικό στάδιο ή στο καρκίνωμα insitu που προηγείται του διηθητικού καρκινώματος, είναι ασυμπτωματική, διαρκεί πολλά χρόνια και ανακαλύπτεται συνήθως κατά την κυτταρολογική κατά Παπανικολάου εξέταση και την βιοψία του τραχήλου. Στα μεταγενέστερα στάδια του διηθητικού καρκινώματος, όταν σχηματισθεί εξέλκωση, εμφανίζονται διαδοχικά μητρορραγία, πόνος, συμπτώματα απ' τα προσβαλλόμενα γειτονικά όργανα και προϊούσα καχεξία.

- **Μικρή ανώμαλη αιμορραγία (μητρορραγία)** προκαλείται ήδη στο αρχικό διηθητικό στάδιο και ιδίως κατά την γυναικολογική εξέταση και κατά την συνουσία. Η διάγνωση δε διαφεύγει της προσοχής του γιατρού

στο στάδιο αυτό, αλλά δυστυχώς οι άρρωστες προσέρχονται συνηθέστερα πολύ αργά όταν η νέκρωση και η φλεγμονή έχουν επεκταθεί και συνοδεύονται κλινικώς από πυοαιματηρή δύσοσμη έκκριση ή καμιά φορά από άφθονη αιμορραγία.

- Ο πόνος εμφανίζεται αργότερα και οφείλεται σε επέκταση της φλεγμονής προς την κοιλότητα της μήτρας, με ταυτόχρονη απόφραξη του τραχηλικού αυλού (πύομητρα), ή σε μεγάλη επέκταση του όγκου προς τα πυελικά τοιχώματα. Στην περίπτωση αυτή ο πόνος γίνεται βασανιστικός κι επίμονος, λόγω της διήθησης των νεύρων και των οστών, και είτε παραμένει τοπικός ή επεκτείνεται προς τα κάτω άκρα. Στην τελευταία περίπτωση ο πόνος οφείλεται στην προσβολή του οσφυοϊερού κλάδου της ρίζας του 4^{ου} οσφυϊκού νεύρου (O₄).

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

- Σε **προσβολή του εντέρου** επέρχονται τεινεσμός, διάρροια και αιμορραγία απ' το ορθό.

- Με την **προσβολή της ουροδόχου κύστης** προκαλείται συχνοουρία και μερικές φορές αιματουρία, αλλά και ακράτεια των ούρων. εάν σχηματισθεί συρίγγιο. Η ουραιμία από ουρητηρική απόφραξη ή ανιούσα φλεγμονή μπορεί ν' αποτελέσει το τελικό αίτιο θάνατο.

- 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 στον θάνατο εν μέσω επεισοδιακών αιμορραγιών, μεγάλης αναιμίας και καθολικής καχεξίας⁽¹⁰⁾.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η κακοήθης εξαλλαγή είναι στις πολύ αρχικές μορφές ελάχιστα εμφανής και δίνει κατά την ψηλάφηση και την επισκόπηση την εντύπωση

απλής διάβρωσης. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται μια μικρή οζώδης περιοχή ή και μικρό έλκος.

Ο τράχηλος εμφανίζεται μετά τα αρχικά στάδια σκληρός και καθηλωμένος απ' τους διηθημένους κολπικούς θόλους. Ο όγκος σε μεταγενέστερα στάδια αποκτά την μορφή ελκωτικής, εξωφυτικής, ενδοφυτικής ή ενδοτραχηλικής και πολυποειδούς μάζας. Στην ελκωτική μορφή η αρχική διήθηση αντικαθίσταται στο 33% των περιπτώσεων μερικώς ή στο σύνολό της, από ένα κρατήρα με μαλακό και εύθρυπτο ιστό στη βάση και τα χείλη του, που εύκολα αιμορραγεί κατά την ψηλάφηση. Ο τράχηλος έχει σύσταση σκληρή και είναι ατρακτοειδώς διογκωμένος. Συχνότερα, στο 28% των περιπτώσεων, παρατηρείται προς τον κόλπο μια εξωφυτική ή πολυποειδής «ανθοκραμβοειδής» μάζα, η οποία είναι εξίσου εύθρυπτη και σύντομα υφίσταται νέκρωση και δευτερογενή λοίμωξη, με συνέπειες την αιμορραγία και τη δύσοσμη κολπική έκκριση.

Στα προχωρημένα στάδια του καρκινώματος του τραχήλου μπορεί να ψηλαφηθούν διογκωμένοι υπερκλειδίοι και βουβωνικοί λεμφαδένες. Χαρακτηριστική είναι η σκληρή διήθηση στα παραμήτρια. Η παρουσία οιδήματος που αφήνει εντύπωση είναι δηλωτική ετερόπλευρης επέκτασης στο πυελικό τοίχωμα⁽¹⁰⁾.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

IV.1.- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

IV.1α.- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η τοπογραφική θέση του τραχήλου της μήτρας καθιστά αυτόν εύκολο στον έλεγχο της ενδοκολπικής του μοίρας. Έτσι προκειμένου να διαγνώσουμε τον καρκίνο του, προβαίνουμε στις παρακάτω εξετάσεις.

Η κλινική εξέταση του γυναικολόγου περιλαμβάνει την λήψη του ιστορικού, την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

α.- Ιστορικό

Η λήψη λεπτομερέστατου ιστορικού από τις άρρωστες με γυναικολογικές παθήσεις είναι απαραίτητη και δύσκολη.

Απαραίτητη είναι, γιατί βοηθάει πολύ στην διάγνωση της πάθησης, και δύσκολη, γιατί οι πάσχουσες, πολλές φορές παρεμβάλουν δυσχέρειες στη συγκέντρωση πληροφοριών μας.

Η συμπλήρωση και των πρώτων ακόμη στοιχείων του ιστορικού, όπως είναι το επώνυμο, το όνομα, το όνομα του πατέρα κλπ. πρέπει να γίνεται με ύφος όχι ανακριτικό, αλλά να δείχνει, πως, μέσα απ' αυτά που θα πληροφορηθούμε, θα μπορέσουμε να την βοηθήσουμε καλύτερα στην επίλυση του προβλήματός της.

Η προσεκτική λήψη του ιστορικού οδηγεί στο εξεταστήριο, τις περισσότερες φορές, με έτοιμη την πιθανή διάγνωση. Οι πληροφορίες, που μας ενδιαφέρουν απ' το ιστορικό της άρρωστης είναι συνοπτικά οι παρακάτω.

1.- Ηλικία. Μας ενδιαφέρει ιδιαίτερα η ηλικία της ασθενούς, διότι οι ώριμες γυναίκες, οι γυναίκες της κλιμακτηρικής ηλικίας και οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι αυτές που ενδέχεται ν' αναπτύξουν ή ήδη ν' αντιμετωπίζουν καρκίνο τραχήλου μήτρας.

2.- Επάγγελμα: Κάποτε το είδος της εργασίας σφραγίζει το γεννητικό σύστημα της γυναίκας και συνηγορεί στην ανάπτυξη καρκίνου, όπως συμβαίνει σε προσωπικό ραδιολογικών και ακτινολογικών εργαστηρίων, εργοστασίων που παράγουν τοξικά προϊόντα κλπ.

3.- Κληρονομικό αναμνηστικό. Το κληρονομικό αναμνηστικό μας ενδιαφέρει, γιατί απ' αυτό θα εξακριβώσουμε αν στενοί της συγγενείς αρρώστησαν από καρκίνο του γεννητικού συστήματος (ειδικότερα καρκίνο τραχήλου) καθώς επίσης και από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ιός HPV).

4.- Ατομικό αναμνηστικό. Απ' αυτό μας ενδιαφέρουν ιδιαίτερα παθήσεις που πέρασε ή περνάει, εγχειρήσεις που έκανε και τα φάρμακα που παίρνει.

5.- Μαιευτικό αναμνηστικό. Απ' αυτό μας ενδιαφέρουν τα χρόνια του έγγαμου βίου, τα παιδιά που γέννησε, η ηλικία πρώτης κύησης, διότι όπως έχει προαναφερθεί (βλέπε Κεφ. II₂), τα στοιχεία αυτά πιθανολογούνται ως προδιαθεσικοί παράγοντες.

6.- **Εμμηνορρυσία.** Είναι απαραίτητο να πληροφορηθούμε πότε ήρθε η πρώτη και πότε ήταν η τελευταία εμμηνορρυσία, το ρυθμό της, τη διάρκεια της, την ποσότητά της, τα συμπτώματα, που τη συνοδεύουν κλπ.

7.- **Σεξουαλική ζωή.** Η διερεύνησή της απαιτεί λεπτότητα χειρισμών. Μας ενδιαφέρει η συχνότητα της συνουσίας, τα αντισυλληπτικά μέτρα που παίρνει κλπ.

8.- **Βλαβερές συνήθειες.** Για παράδειγμα πρέπει να ελέγχεται η κατάχρηση καπνίσματος, διότι θεωρείται επίσης παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης κακοήθειας στον τράχηλο της μήτρας.

9.- **Παρούσα κατάσταση.** Αυτή αναφέρεται στην αιτία της επίσκεψης και μας ενδιαφέρει περισσότερο. Αν από την αρχή δεν αναφέρει η γυναίκα πως ήρθε για προληπτικό έλεγχο, τότε, τις περισσότερες φορές, τα συμπτώματα που θα την οδηγήσουν στο γιατρό (κολπική – δύσοσμη υπερέκκριση, αιμορραγία ασυνήθης, πόνος κ.α.) δίνουν στοιχεία υποψίας ύπαρξης καρκίνου τραχήλου της μήτρας⁽²⁾.

β.- Επισκόπηση

Στις περισσότερες γυναίκες που έχουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν αποκαλύπτεται κάτι το παθολογικό κατά την κλινική εξέταση.

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

Σε καρκίνωμα προχωρημένου σταδίου, η πάθηση κάνει την εμφάνισή της με την μορφή ψευδοδιάβρωσης, ανώμαλης εξέλκωσης, που μοιάζει με ανθοκράμβη (κουνουπίδι), αν πρόκειται για εξωφυτική μορφή του. Αν, όμως, πρόκειται για ενδοφυτική μορφή, τότε ο τράχηλος εμφανίζεται παχύς και μοιάζει με βαρέλι. Η ψευδοδιάβρωση, η εξέλκωση και η εξωφυτική του μορφή εύκολα αιμορραγούν και, όσο προχωρεί η διήθηση, οι ιστοί γίνονται περισσότερο εύθρυπτοι και αιμορραγούν περισσότερο⁽²⁾.

γ.- Ψηλάφηση

- Προσεκτική εξέταση του αιδοίου, της ουρήθρας και του κόλπου.

- Εξέταση των βουβωνικών και υπερκλειδίων λεμφαδένων για πιθανή ανεύρεση κάποιας διόγκωσης.
- Εξέταση της κοιλιάς για ενδεχόμενη διόγκωση του ήπατος, ψηλάφηση κάποιας μάζας ή ύπαρξη συλλογής υγρού (ασκιτής).
- Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση απ' τον κόλπο ή το ορθό, θα ψηλαφηθεί, η καρκινωματούδης μάζα, όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική, όσο και προχωρημένη ενδοφυτική, και την περιορισμένης κινητικότητας μήτρα, γιατί αυτή καθηλώθηκε απ' την διήθηση^{(2), (7)}.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1.- Αιματολογικές εξετάσεις

- Γενική Αίματος
- Βιοχημικός έλεγχος ηπατικής λειτουργίας
- Βιοχημικός έλεγχος νεφρικής λειτουργίας
- Μέτρηση των επιπέδων στον ορό του αντιγόνου για το επιθηλιακό καρκίνωμα (SCCA) καθώς και τα επίπεδα του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA). Το SCCA βρίσκεται αυξημένο στο 50% όλων των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το CEA είναι αυξημένο στο 20% των αντίστοιχων περιπτώσεων. Αν και το CEA και το SCCA δεν είναι αρκετά ακριβείς μέθοδοι ώστε να χρησιμοποιούνται για πληθυσμιακό έλεγχο, εντούτοις είναι χρήσιμα για να παρακολουθούμε την ανταπόκριση στη θεραπεία και να ανευρίσκουμε ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου⁽⁷⁾.

2.- Απεικονιστικές μέθοδοι

- Ακτινογραφία θώρακος, σπονδυλικής στήλης και της πυέλου, για τον έλεγχο μεταστάσεων
- Υπερηχογράφημα, αξονική και μαγνητική τομογραφία, για την εκτίμηση της έκτασης της πάθησης (CI, NRI).
- Πυελογραφία, για τον έλεγχο των ουρητήρων και νεφρών^{(2), (7)}

3.- Ενδοσκοπηση και βιοψία

α) Κυτταρολογικός έλεγχος (test Pap)

Τον κυτταρολογικό έλεγχο των επιχρισμάτων του τραχήλου με την μέθοδο Παπανικολάου σε ασυμπτωματικό στάδιο. Η αξία της δοκιμασίας αυτής αμφισβητήθηκε από ορισμένους, αλλά, όταν αυτή εκτελείται τακτικά, τόσο η συχνότητα της διήθησης όσο και η θνησιμότητα της άρρωστης ελαττώνεται.

Η λήψη των επιχρισμάτων γίνεται από τα κύτταρα του οπισθίου κοιλικού θόλου, της επιφάνειας του τραχήλου και του ενδοτραχήλου.

Ο κυτταρολογικός έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου δεν αποτελεί διαγνωστική, αλλά ανιχνευτική μέθοδο. Η οριστική διάγνωση θα τεθεί μετά ιστολογικό έλεγχο της ύποπτης περιοχής. Μόνο η ύπαρξη σωρών καρκινωματώδων κυττάρων δυνατό να διαγνώσει τον καρκίνο⁽¹⁾.

Σε περίπτωση δυσκαρίωσης παρατηρείται διαταραχή του πυρήνα του κυττάρου· υπάρχουν 3 κατηγορίες επιχρισμάτων ανάλογα με τον βαθμό της διαταραχής του πυρήνα:

1.- Αρνητικό – χωρίς σημεία CIN ή μερική αλλαγή στο μέγεθος του πυρήνα, ελαφρά υπερχρωμία, πολυμορφοπύρηνα.

2.- Υποπτο – (αμφίβολο, άτυπο, δυσκαρυωτικό). Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει κάποιος βαθμός κυτταρικής ατυπίας (CIN1), που είναι δυνατό να επανέλθει στη φυσιολογική κατάσταση.

3.- Θετικό – Υπάρχουν εμφανώς ανώμαλα κύτταρα που υποδηλώνουν την πιθανότητα της κακοήθους επεξεργασίας (CIN2 ή CIN3)⁽¹⁾.

Στο μη διηθητικόπλακώδες καρκίνωμα παρατηρούνται αδιαφοροποίητα βασικά κύτταρα με ανώμαλο πυρήνα. Η στιβάδωση απουσιάζει, γιατί καλύπτουν όλο το πάχος του επιθηλίου.

Στο διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα τα κύτταρα διακρίνονται σε καλά διαφοροποιημένα (πολύμορφα άτυπα κύτταρα, χωρίς κρεατινίνη και με μεγάλο πυρήνα) και σε αδιαφοροποίητα (μικρά ανώμαλα κύτταρα με πυρήνα, που καταλαμβάνει ολόκληρο το κύτταρο).

Στο αδενοκαρκίνωμα τα κύτταρα έχουν μεγάλο πυρήνα και σ' αυτά, που δεν είναι εκκριτικά, η σχέση πυρήνα – πρωτοπλάσματος αλλάζει σημαντικά.

Σε διηθητική βλάβη, σε συχνότητα 4 – 6% είναι δυνατό το επίχρισμα να είναι ψεύτικα αρνητικό, γιατί υπάρχουν πολλά φλεγμονώδη κύτταρα⁽²⁾.

Ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων σε οποιοδήποτε επίχρισμα πιθανόν να είναι:

Φυσιολογικό	90%	HPV ή CIN1	3 – 5%
Φλεγμονώδες ή μη κατάλληλο	3 – 5%	CIN2 ή CIN3	1 – 3%

(4)

Το test – Pap πρέπει ν' αρχίζει να εκτελείται, από τότε που αρχίζει η σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας, και να σταματάει στην ηλικία των 65 ετών, όταν μέσα στα τρία προηγούμενα χρόνια έβγαине αρνητικό.

Την κλασσική διαίρεση των κυτταρολογικών ευρημάτων σε πέντε κατηγορίες, ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (WHO), διέυρνε χαρακτηρίζοντας την κατηγορία I ως φυσιολογική, την κατηγορία II ως ατυπία (ειδική φλεγμονή ή όχι), την κατηγορία III ως δυσπλασία, που την ξεχωρίζει σε ελαφρά (CIN I), μέτρια (CIN II), σοβαρή (CIN III), την κατηγορία IV ως καρκίνωμα *in situ* και την κατηγορία V ως διηθητικό καρκίνωμα πλακώδους επιθηλίου και αδενοκαρκίνωμα.

Σύμφωνα με την διαίρεση του Νοσοκομείου της Αμερικής Bethesda, η κατηγορία I κατά Παπανικολάου αντιστοιχεί σε φυσιολογικό επίχρισμα, η κατηγορία II σε αντιδραστικές αλλοιώσεις, η κατηγορία III σε άτυπα κύτταρα άγνωστης σημασίας και σε ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις χαμηλού βαθμού (και HPV), και υψηλού βαθμού, κατηγορία IV σε αλλοιώσεις υψηλού βαθμού και η κατηγορία V σε διηθητικό καρκίνωμα πλακώδους επιθηλίου και αδενοκαρκίνωμα⁽²⁾.

β) Τραχηλοσκόπηση – Δοκιμασία Schiller

Ο Hinselmann το 1929 εισήγαγε την μέθοδο της τραχηλοσκόπησης. Συνίσταται στην παρατήρηση μέσω ειδικού οργάνου με μεγεθυντικούς φακούς της επιφάνειας του τραχήλου σε 10πλάσια μεγέθυνση, υπό κατάλληλο φωτισμό⁽¹⁷⁾.

Η δοκιμασία Schiller, στην οποία χρησιμοποιείται διάλυμα Lugol (1% ιώδιο και 2% ιωδιούχο κάλιο), που έχει την ιδιότητα να βάφει καφεκίτρινα τα φυσιολογικά κύτταρα του τραχήλου και να αφήνει άβαφα τα παθολογικά, γιατί δε περιέχουν γλυκογόνο. Η δοκιμασία Schiller μας βοηθάει να εντοπίσουμε την πάσχουσα περιοχή, προκειμένου να εκτελέσουμε ιστολογινία του τραχήλου, που θα δώσει την τελική διάγνωση.

Στην τραχηλοσκόπηση χρησιμοποιούμε διάλυμα οξικού οξέος 3%, που καθαρίζει τον τράχηλο και ρευστοποιεί την βλέννα που ελέγχουμε με αυτή, τη ζώη μετάπτωσης του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου στο επιθήλιο του ενδοτραχήλου, όπου συμβαίνει η πλακώδης μεταπλασία, και αναζητάμε την ύπαρξη λευκοπλακίας, διάστιξης, μωσαϊκού, άτυπης αγγείωσης, εκτοπίας και καρκίνου στη διηθητική του μορφή. Σ' αυτόν διαπιστώνεται η ύπαρξη κιτρινωπού επιθηλίου με περιοχές, που στο άγγιγμά τους αιμορραγούν. εξελκώσεις με χείλη λευκά από το οξικό οξύ, έντονο μωσαϊκό, αγγεία σε σχήμα κόμματος κλπ.

Τα τραχηλικά ευρήματα, ανάλογα με την μορφή της βλάβης, βαθμολογούνται από 0 – 2, εκτιμώντας τα όρια της αλλοίωσης το χρώμα, τα αγγεία και την απόχρωση του ιωδίου⁽¹⁾. Έτσι σύμφωνα με την σύγχρονη διεθνή κολποσκοπική ορολογία διακρίνονται τα ευρήματα σε φυσιολογικά ή μη φυσιολογικά

(Πίνακας 2).

Κολποσκοπικά ευρήματα (διεθνής κολποσκοπική ορολογία 1978)

A. Φυσιολογικά

Τυπικό πλακώδες επιθήλιο

Κυλινδρικό επιθήλιο (εκτοπία)

Ζώνη μετατροπής (επικάλυψη κυλινδρικού από πλακώδες επιθήλιο)

B. Μη φυσιολογικά

Άτυπη ζώνη μετατροπής

Εικόνα μωσαϊκού

Στικτή εικόνα

Λευκοπλακία (Υπερκεράτωση)

«Λευκό επιθήλιο» μετά επίδραση οξικού οξέος

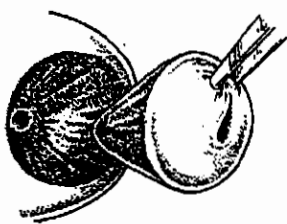
Άτυπη πορεία αγγείων

Υποψία διηθητικού καρκινώματος

γ) Κυστεοσκόπηση, σε περίπτωση προσβολής της ουροδόχου κύστης, θα βρούμε φυσαλιδώδες άδημα ή διήθηση.

δ) Σιγμοειδοσκόπηση, όταν υπάρχουν συμπτώματα από τον ορθό.

ε) Κωνοειδής εκτομή του τραχήλου. Αυτό σημαίνει αφαίρεση σε σχήμα κώνου του μεγαλύτερου τμήματος του τραχηλικού σωλήνα. Η μέθοδος αυτή πρέπει να χρησιμοποιείται όταν η τραχηλοσκόπηση αδυνατεί να προσδιορίσει αν υπάρχει καρκίνος, όταν δεν υπάρχουν εμφανείς βλάβες στον τράχηλο 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 σημεία μικροδιήθησης (πρώιμη διήθηση) ή όταν με την απόξεση του τραχήλου διαπιστωθεί ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία^{(1), (7)}. (Εικ. 8 Κωνοειδής εκτομή του τραχήλου).



Εικ. 8.

IV.2.- ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η βιοψία είναι απαραίτητη για την ιστολογική επιβεβαίωση της πάθησης, αλλά σε πολύ λίγες περιπτώσεις υπάρχει αμφιβολία.

Αν ο όγκος βρίσκεται στα αρχικά του στάδια, θα πρέπει να αφαιρείται μαζί με τμήματα φυσιολογικού ιστού και να συνοδεύεται από σχεδιάγραμμα, το οποίο θα δείχνει στον παθολογοανατόμο το σημείο που έγινε η βιοψία.

Το τεμάχιο της βιοψίας δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερο από εκείνο που απαιτείται και η κωνοειδής βιοψία δεν εκτελείται αν υπάρχει σαφής ένδειξη κακοήθους όγκου.

Αν το έξω στόμιο του τραχήλου είναι προσιτό θα πρέπει να γίνεται απόξεση. Μερικές φορές αυτή που φαίνεται οριστικά κακοήθης βλάβη, αποδεικνύεται τελικά καλοήθης.

Η τραχηλίτιδα με εκτοπία είναι η συχνότερη βλάβη του τραχήλου κι αν είναι εξωφορική, είναι δυνατό να γίνει ακόμη περισσότερο παραπλανητική.

Οι βλενωδείς τραχηλικοί πολύποδες αν μολυνθούν μπορεί να παρουσιάσουν μια πολύ ύποπτη εμφάνιση.

Διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται επίσης και από την φυματίωση του τραχήλου. Σχεδόν πάντοτε υπάρχει ιστορικό φυματίωσης των γεννητικών οργάνων.

Το πρωτοπαθές συφιλιδικό έλκος είναι δυνατό να εμφανιστεί στον τράχηλο εξελκωμένο και σκληρό και να δώσει μια ύποπτη εικόνα.

Θα πρέπει, τέλος, ο καρκίνος τραχήλου μήτρας να διαφοροδιαγνωστεί από την αδένωση και από το νεκρωμένο έμμισχο υποβλεννογόνο ινομύωμα, που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο⁽¹⁸⁾.

IV.3.- ΣΤΑΔΙΑ

Η σταδιοποίηση του γυναικολογικού καρκίνου είναι μια προσπάθεια καθορισμού της επεκτάσεως ενός καρκίνου. Με τον τρόπο αυτόν είναι δυνατή, επιστημονικώς, η σύγκριση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων διαφόρων κέντρων και θεραπειών. Τα τρία κύρια συστήματα σταδιοποίησης είναι της FICO, της Κοινής Αμερικανικής Ενώσεως δια τον Καρκίνο και της Διεθνούς Ενώσεως κατά του Καρκίνου.

Οι στατιστικές καρκίνου του Αμερικανικού Κολεγίου Χειρουργών ακολουθούν το σύστημα της Ηνωμένης Αμερικανικής Ενώσεως δια τον Καρκίνο με το σύστημα TNM (Tumor, Nodes, Metastases). Η επιστημονική κοινότητα, όμως, χρησιμοποιεί εις την βιβλιογραφία και τις στατιστικές της το σύστημα FIGO, και αυτό χρησιμοποιείται για να ευκολύνεται η σύγκριση των διεθνών δεδομένων. Η σταδιοποίηση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου με το σύστημα της FIGO αναγνωρίζεται μόνο με κλινική εκτίμηση. Άλλοι γυναικολογικοί καρκίνοι σταδιοποιούνται χειρουργικώς. Η σημερινή ορολογία της σταδιοποίησης του καρκίνου του τραχήλου έγινε αποδεκτή κατά το 1994. Προσεκτική κλινική εξέταση πρέπει να γίνεται σε κάθε ασθενή από πεπειραμένο κλινικό και ενίοτε υπό νάρκωση. Η προ θεραπείας εκτίμησης της

ασθενούς με καρκίνο του τραχήλου συχνά είναι επωφελής, εάν γίνει από μαιευτήρα – γυναικολόγο με αξιόλογο χειρουργική εκπαίδευση και πείρα και αποδεδειγμένη ικανότητα, ως και από γυναικολόγο ογκολόγο. Η εξέτασης μπορεί να γίνει υπό νάρκωση επ’ ευκαιρία άλλης επεμβάσεως απαιτούσης νάρκωση. Άπαξ και γίνει η σταδιοποίηση δεν πρέπει να τροποποιηθεί ακόμη και αν αλλάξουν τα ευρήματα ή υπάρξει υποτροπή της νόσου.

Λόγω του υποκειμενικού στοιχείου που υπεισέρχεται σε κάθε κλινική εκτίμηση θεωρείται αναγκαία η εξέταση από τρεις τουλάχιστον έμπειρους στο θέμα γυναικολόγους. Ο έλεγχος της ασθενούς πριν από οποιαδήποτε θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να περιλαμβάνει και παρακλινικές εξετάσεις αποδεκτές από την FIGO για τη σταδιοποίηση της νόσου, όπως: συνήθεις εξετάσεις αίματος, σύρων, ακτινογραφία θώρακος, έλεγχο ουροποιητικού συστήματος (ενδοφλέβιος πυελογραφία κυστεοσκόπηση), έλεγχο οροσιγκοειδούς (βαριούχος υποκλυσμός ή ορθοσιγκοειδοσκόπηση). Επίσης εφόσον κριθούν αναγκαίες, κολποσκόπηση, απόξεση ενδοτραχήλου και κωνοειδής εκτομή του τραχήλου. Εξετάσεις των οποίων τα δεδομένα δυνατόν να ληφθούν υπόψη για το σχεδιασμό της Θεραπευτικής αντιμετώπισης, αλλά δε μπορούν να επηρεάσουν την σταδιοποίηση είναι λεμφαγγειογραφία (για την εκτίμηση της λεμφογενούς διασποράς) αξονική ή μαγνητική τομογραφία (για την εκτίμηση του μεγέθους του όγκου, την επέκταση στους παραμητρικούς ιστούς και την κατάσταση των λεμφαδένων), ανοσοσπινθηρογράφημα, τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, αγγειογραφία, υστεροσκόπηση, λαπαροσκόπηση.

Η ισχύουσα σήμερα σταδιοποίηση της FIGO (1994) περιγράφεται στον Πίνακα 3 που ακολουθεί.

Στάδιο 0	Καρκίνωμα in situ τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία βαθμού III
Στάδιο I	Το καρκίνωμα εντοπίζεται αποκλειστικώς εις τον τράχηλον (επέκτασις εις το όωμα δεν υπολογίζεται)
Ia	Διήθητικό καρκίνωμα που διαγιγνώσκεται μόνο μικροσκοπικώς. Όλες οι μακροσκοπικώς ορατές βλάβες ακόμη και με επιφανειακή διήθησι ταξινομούνται ως μεγίστου βάθους 5 χιλιοστών και εις οριζόντιαν επέκτασιν όχι μεγαλύτερα των 7 χιλιοστών. Το βάθος της διήθησεως δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 5 χιλιοστά από την βασική γραμμή του επιθηλίου του αρχικού ιστού επιφανείως ή αδενικού. Η επένεμσις σγγειακών χώρων φλεβιδών ή λεμφικίων, δεν πρέπει να αλλάξει την σταδιοποίησι.
Ia1	Η διήθησις του στρώματος δεν είναι μεγαλύτερα των 3 χιλιοστών εις βάθος και η επέκτασις όχι μεγαλύτερα των 7 χιλιοστών.
Ia2	Η διήθησις του στρώματος είναι μεγαλύτερα των 3 χιλιοστών αλλά δεν υπερβαίνει τα 5 χιλιοστά με έκτασις όχι μεγαλύτερα των 7 χιλιοστών.
Iβ	Κλινικώς ορατές βλάβες αποκλειστικώς τραχηλικής εντοπίσεως ή μη κλινικώς ορατές αλλά μεγαλύτερες του σταδίου Ia.
Iβ1	Κλινικώς ορατάί βλάβαι όχι μεγαλύτεραι των 4 εκατοστών.
Iβ2	Κλινικώς ορατάί βλάβαι μεγαλύτεραι των 4 εκατοστών.
Στάδιο II	Το καρκίνωμα του τραχήλου επεκτείνεται πέραν της μήτρας, αλλά όχι μέχρι των τοιχωμάτων της πυέλου ούτε μέχρι του κατώτερου τρίτου του κόλπου.
IIa	Χωρίς εμφανή διήθησι παραμητρίων.
IIβ	Με εμφανή διήθησι παραμητρίου.
Στάδιο III	Το καρκίνωμα έχει επεκταθεί μέχρι του τοιχώματος της πυέλου. Εις την δοκτυλικήν εξέτασιν δεν υπάρχει ελεύθερος καρκινώδης διήθησεως χώρος μεταξύ του όγκου και του τοιχώματος της πυέλου. Ο όγκος έχει διηθήσει το κατώτερο τριτημόριον του κόλπου. Όλες οι περιπτώσεις με υδρονέφρωσι ή μη λειτουργικό νεφρό συμπεριλαμβάνονται, εκτός εάν ήτο γνωστό ότι οφείλεται εις άλλο λόγο.
IIIa	Ο όγκος διηθεί το κατώτερο τριτημόριον του κόλπου, χωρίς επέκτασις στο τοίχωμα της πυέλου.
IIIβ	Επέκτασις εις το τοίχωμα της πυέλου ή υδρονέφρωσις ή νεφρική οιγή.
Στάδιο IV	Ο όγκος επεκτείνεται πέραν της μικράς λεκάνης ή έχει βάσει βιοψίας διηθήσει το επιθήλιο της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού. Φυσαλιδώδες οίδημα της ουροδόχου κύστεως χωρίς κωκρινική διήθησι δεν επιτρέπει την κατάταξι της περιπτώσεως εις το στάδιο IV.
IVa	Επέκτασις του όγκου εις παρακείμενα όργανα, κύστη ή ορθό ή υμφοτέρμ.
IVβ	Επέκτασις εις απομακρυσμένα όργανα.

Benedet JL, et al. J. Epidemiol Biostat 2001; 6:7-43

Η χειρουργική σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου προτάθηκε κατά καιρούς από σημαντικούς ερευνητές. Αποσκοπεί στην άντληση πληροφοριών για την κατάσταση των λεμφαδένων (πυελικών ή παραορτικών) μέσω χειρουργικής διερεύνησης και ως εκ τούτου τον ακριβέστερο σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Δεν θεωρείται επίσημα αποδεκτή από τη FIGO μέθοδος σταδιοποίησης της νόσου. Πρόσφατα η χρησιμοποίηση της χειρουργικής λαπαροσκόπησης από εξειδικευμένα πρόσωπα υπόσχεται ελάττωση των επιπλοκών εφαρμογής της μεθόδου.

IV.4.- ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

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

Τοπική επέκταση («κατά συνέχεια ιστού»). Η πρώτη άμεση επέκταση του όγκου γίνεται, όταν το ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα (καρκίνωμα in situ)

διηθήσει τη βασική μεμβράνη του επιθηλίου και διεισδύσει σε ελάχιστο βάθος (3 χιλ.) στους υποκείμενους ιστούς (στάδιο Ia ή μικροδιηθητικό καρκίνωμα).

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

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

Η προς τα πλάγια επέκταση στο παραμήτριο και στους πλατείς συνδέσμους δίνει συμπτώματα και αντικειμενικά ευρήματα χρόνιας ενδοπυελικής φλεγμονής, ενώ αργότερα καθηλώνει τον τράχηλο και σε μεταγενέστερα στάδια αποφράζει τους ουρητήρες⁽¹⁰⁾.

Λεμφογενής μετάσταση: μπορεί να επέλθει αμέσως μετά την διήθηση της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου, όταν ο όγκος αρχίζει να προσβάλλει τους τελικούς λεπτούς κλάδους των τοιχωματικών λεμφικών αγγείων. Η παραπέρα λεμφική μετάσταση, κατά μήκος των λεμφικών αγγείων που παροχετεύουν τον τράχηλο, μπορεί να επέλθει ταχύτερα σε σχέση με τα μεταγενέστερα στάδια της τοπικής «κατά συνέχεια ιστού» επέκτασης. Με την διείσδυση στο λεμφικό δίκτυο προσβάλλονται οι παρατραχηλικοί λεμφαδένες και στη συνέχεια εμπλέκονται οι θυρεοειδείς, οι λαγόνιοι λεμφαδένες (έσω και έξω), οι ιεροί προς τα πίσω και οι παρα – αορτικοί λεμφαδένες προς τα πάνω. Σε μερικές περιπτώσεις οι ομάδες αυτές των αδένων μπορούν να παρακαμφθούν και να προσβληθούν απευθείας οι αορτικοί λεμφαδένες⁽¹⁰⁾.

Αιματογενής μετάσταση. Η αιματογενής μετάσταση σε απομακρυσμένους ιστούς είναι εξαιρετικά σπάνια και επέρχεται σε μεταγενέστερα στάδια της νόσου, ιδίως στην αναπλαστική της μορφή. Συνηθέστερες είναι η οστική, η εγκεφαλική και η πνευμονική μετάσταση. Είναι σπανιότερη στο πλακώδες καρκίνωμα και περισσότερο συχνή στο αδενοκαρκίνωμα ή άλλους ιστολογικούς τύπους (μικροκυτταρικό)^{(8),(10)}.

Κολπική εμφύτευση. Είναι δυνατή αν και οι μεμονωμένες κολπικές μεταστάσεις μπορούν να αποδοθούν σε λεμφική επέκταση⁽¹⁰⁾.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Οι στόχοι της θεραπείας του καρκίνου τραχήλου μήτρα είναι ίαση ή παρηγορητική αντιμετώπιση. Από τη στιγμή που η διάγνωση του καρκίνου θεωρείται βέβαιη το βασικό ερώτημα του θεράποντος είναι: είναι η ασθενής ιάσιμη; Η απάντηση στο ερώτημα αυτό θα καθορίσει το είδος και το μέγεθος της θεραπευτικής αγωγής.

Κριτήρια επιλογής για την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει ν' αποτελούν: η έκτασης της νόσου, η ηλικία, η γενική κατάσταση καθώς και η παρουσία και η φύση οποιασδήποτε συνυπάρχουσας παθολογικής κατάστασης. Ο λεπτομερής και πλήρης κλινικο – εργαστηριακός έλεγχος σε συνδυασμό με την εκτίμηση και από κοινού απόφαση των μελών ενός έμπειρου ογκολογικού συμβουλίου θα απαγορεύσει τη δέουσα θεραπευτική αντιμετώπιση. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί σ' όλα τα στάδια. Η χειρουργική θεραπεία περιορίζεται στα αρχικά στάδια της νόσου.

Επιπλέον η χειρουργική θεραπεία με την ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος δίνει τη δυνατότητα πιο αντικειμενικής εκτίμησης των διαφόρων προγνωστικών παραγόντων που ανακύπτουν. Η ακτινοθεραπεία όμως έχει τη δυνατότητα καταστροφής μικροσκοπικής νόσου και πέραν των ορίων της χειρουργικής επέμβασης. Επίσης η

χειρουργική θεραπεία προτιμάται σε περίπτωση κύησης, αν συνυπάρχει φλεγμονώδης πάθηση του εντέρου, αν έχει προηγηθεί ακτινοβολία για άλλη νόσο, επί συνύπαρξης ινομυωμάτων ή εξαρτηματικού όγκου και τέλος βάσει της ψυχοσύνθεσης της ασθενούς και κατόπιν επιλογής της^{(7), (8)}.

V.1.- ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στόχος της ακτινοθεραπευτικής αγωγής στην ογκολογία είναι η χορήγηση σε ένα συγκεκριμένο όγκο νεοπλάσματος μια επακριβώς προσδιοριζόμενης δόσης ακτινοβολίας, με ακτίνες X ή γάμμα, με την οποία μπορεί να προκληθεί η μέγιστη κατά το δυνατό καταστροφή της νεοπλασίας με ελάχιστη βλάβη του γύρω ιστούς (ακτινοθεραπευτικός δείκτης Ph. Rubin).

Η ακτινοβολία μεταφέρει ενέργεια με την μορφή ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων (φωτονίων) στα ηλεκτρόνια των ιστών, καθώς διατρέχει το σώμα και προκαλεί ιοντισμό (ιονισμό), ελευθερώνει δηλαδή τα ηλεκτρόνια του βιολογικού υλικού, τα οποία κινούνται με μεγάλες ταχύτητες και καταστρέφουν ή βλάπτουν τα κύτταρα. Η ενέργεια αυτή, που ονομάζεται *έμμεση δράση της ακτινοβολίας*, προκαλείται από τις ακτίνες X και γάμμα και έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή ελεύθερων ριζών (ενεργοποιημένες μορφές οξυγόνου), οι οποίες και βλάπτουν τους κυτταρικούς στόχους.

Από τη δράση της ιονίζουσας ακτινοβολίας, προσβάλλονται ευκολότερα τα αναπαραγόμενα και ελάχιστα διαφοροποιημένα κύτταρα κατά τη διάρκεια τη μιτωτικής τους διαίρεσης, όπως είναι τα κύτταρα των κακοηθών όγκων, αλλά και του μυελού των οστών, την σπλήνα, του ενδοθηλίου των αγγείων και του εντερικού επιθηλίου.

Οι σπουδαιότεροι στόχοι της ιονίζουσας ακτινοβολίας είναι οι κυτταρικές μεμβράνες και το DNA των χρωματοσωμάτων. Κατά συνέπεια, τα βιολογικά αποτελέσματα της ακτινοβολίας στα κύτταρα περιλαμβάνουν την αναστολή της κυτταρικής διαίρεσης, τη μετάλλαξη των χρωματοσωμάτων και τη γονιδιακή μετάλλαξη. Η ακτινοθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αποσκοπεί στην έναρξη μιας διαδικασίας επούλωσης. Μια ικανοποιητική δόση ιονίζουσας ακτινοβολίας προσλαμβάνεται από τον όγκο

και τους περιβάλλοντες ιστούς, με κατάτμηση και διανομή σε όλη την πύελο, ούτως ώστε ο όγκος να καταστραφεί, αλλά η φυσιολογική λειτουργία και η δυνατότητα epούλωσης των παρακείμενων ιστών να μην διαταχθεί.

Όσο πιο κακοήθης είναι ένας όγκος, τόσο πιο ευαίσθητος είναι, αλλά έχει περισσότερες πιθανότητες να υποτροπιάσει. Αντίθετα, εμφανίζει μεγάλη αντίσταση στην ακτινοβολία όσο πιο ανοξικός είναι, όσο δηλαδή πιο περιορισμένη αγγείωση παρουσιάζει. Με την ακτινοβολία, η ωθητική λειτουργία καταστρέφεται και μπορεί να χρειασθεί κάποια θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα.

Η επιτυχία της ακτινοθεραπείας βασίζεται σε τρεις παράγοντες: 1) τα καρκινικά κύτταρα είναι περισσότερο ευαίσθητα στην ιονίζουσα ακτινοβολία από τα υγιή, 2) ο υγιής ιστός έχει μεγαλύτερη δυνατότητα epούλωσης από ότι ο κακοήθης και 3) η ασθενής βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση.

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

Αποτελεί θεμελιώδη αρχή η εξατομίκευση της ακτινοθεραπευτικής τακτικής σε σχέση με τους χαρακτήρες του όγκου και τη συγκεκριμένη ασθενή. Θα πρέπει πάντως να εκτιμηθούν στοιχεία που σχετίζονται με την ανοχή στην ακτινοβολία των φυσιολογικών ιστών της πύελο και οι οποίοι θα προσλάβουν υψηλά ποσοστά ακτινοβολίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ο κολπικός βλεννογόμος, σαν παράδειγμα, στην περιοχή των θόλων ανέχεται 20.000 – 50.000 cGy, ενώ αντιθέτως οι έλικες του λεπτού εντέρου ανέχονται μέγιστη δόση 4.000 – 4.200 cGy, όταν αυτό βρίσκεται μέσα στην πύελο. Η ανοχή του λεπτού εντέρου περιορίζεται στα 2.500 cGy όταν ακτινοβολείται ολόκληρη η κοιλιά (βασική αρχή της ακτινοθεραπείας η ανοχή του φυσιολογικού ιστού κάθε οργάνου είναι αντιστρόφως ανάλογη του μεγέθους του οργάνου που ακτινοβολείται).

Οι πηγές ακτινοβολίας, που χρησιμοποιούνται σήμερα στην ακτινοθεραπεία, είναι δύο τύπων: οι πηγές εξωτερικής δέσμης (εξωτερική ακτινοβολία ή τηλεθεραπεία) και οι πηγές εσωτερικής ακτινοβολίας ή τοπικής εφαρμογής στους ιστούς (βραχυθεραπεία).

V.1.1.- ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Οι πηγές εξωτερικής ακτινοβολίας ή τηλεθεραπείας παράγουν μια δέσμη, που εκλύεται σε κάποια απόσταση από το δέρμα της άρρωστης, και κατά συνέπεια παρέχουν μια ομοιομερή δοσολογία σε μεγάλο όγκο ιστού, όπως είναι π.χ. η πύελος. Ως πηγές εξωτερικής δέσμης σε γυναικολογικές αρρώστιες χρησιμοποιούνται σήμερα οι γραμμικοί επιταχυντές megavoltage ή supervoltage (με υψηλή διαφορά ηλεκτρικού δυναμικού) ή τα βητατρόνια και τα γαμματρόνια.

Η εξωτερική ακτινοβολία ολόκληρης της πύελου (ή τηλεθεραπεία) συνδυάζεται συνήθως με την βραχυθεραπεία, σε δόσεις κυμαινόμενες μεταξύ 4.000 – 5.000 cGy. Οι συσκευές Megavoltage (με υψηλής ενέργειας σκληρή και μικρού σχετικά μήκους κύματος ακτινοβολία) έχουν το μεγάλο πλεονέκτημα της ομαλής κατανομής της δόσης στην πύελο και ελάχιστης απορρόφησης από το δέρμα. Χρησιμοποιούνται μονάδες Κοβαλτίου, γραμμικός επιταχυντής και Befatron. Στα προχωρημένα στάδια του καρκίνου του τραχήλου όταν αποφασίζεται ακτινοθεραπεία η εξωτερική ακτινοβολία προηγείται της βραχυθεραπείας. Η συνολική δόση κατατέμενεται σε ημερήσιες δόσεις (30 – 40 cGy) για πέντε φορές την εβδομάδα. Ένα μήνα μετά το πέρας της πλήρους εξωτερικής ακτινοβολίας ο όγκος της νόσου περιορίζεται περισσότερο προς το κέντρο της πύελου. Η συμπληρωματική εφαρμογή της βραχυθεραπείας, συνήθως με κατάτμηση των δόσεων, αποσκοπεί στο να αυξήσει τη συνολική δόση της ακτινοβολίας στο κέντρο του όγκου όπου η ακτινευαισθησία είναι ελαττωμένη και ταυτόχρονα να μην υπερβεί τα όρια ανοχής της ουροδόχου κύστης και του εντέρου. Ο μεταστατικός καρκίνος των παραορτικών λεμφαδένων συνήθως αντιμετωπίζεται με εξωτερική ακτινοβολία.

V.1.2.- ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ

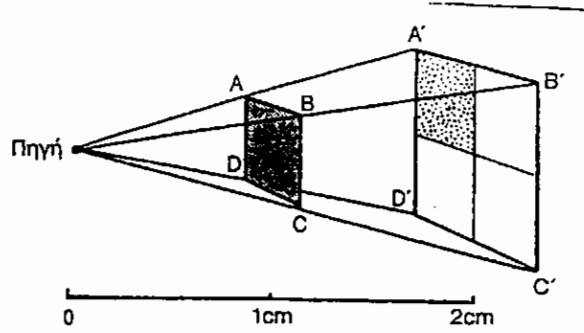
Ο όρος βραχυθεραπεία είναι ενδεικτικός της θεραπείας, κατά την οποία οι πηγές ακτινοβολίας τοποθετούνται σε «βραχεία» απόσταση από τους ιστούς/στόχους της θεραπείας.

Η βραχυθεραπεία διακρίνεται σε ενδοκοιλοτική και σε διάμεση ή ενδοϊστική. Κατ' αναλογία, οι πηγές ακτινοβολίας εισάγονται μέσα στους ενδοκοιλοτικούς εφαρμοστές ή σε ενδοϊστικούς υποδοχείς (βελόνες), που τοποθετούνται μέσα στους ιστούς/στόχους.

1.- Ενδοκοιλοτική βραχυθεραπεία. Χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις που ο όγκος είναι κοντά σε μια κοιλότητα του σώματος, στην οποία μπορεί να εισαχθεί κάποιος ενδοκοιλοτικός εφαρμοστής (όπως ο εφαρμοστής Fletcher – Suit). Τα ισότοπα, που συνηθέστερα χρησιμοποιούνται στους ενδοκοιλοτικούς εφαρμοστές είναι το κέσιο 137 και το ιρίδιο 192, αλλά πολλοί ακτινοθεραπευτές εξακολουθούν να χρησιμοποιούν και το ράδιο.

Στο καρκίνωμα του τραχήλου το ράδιο ή ένα από τα τεχνητά ραδιοϊσότοπα εισάγονται στη μητριαία κοιλότητα και στους κολπικούς θόλους με τον ενδοκοιλοτικό εφαρμοστή, με στόχο την καταστροφή του πρωτογενούς όγκου και μέρους της πυελικής επέκτασής του. οι ακτίνες β συγκρατούνται με το μεταλλικό κάλυμα/προπέτασμα, στο οποίο περιέχεται το ραδιοϊσότοπο. Βεβαίως, το έντερο και η ουροδόχος κύστη πρέπει να προστατεύονται με ταμπόν από γάζες.

Μειονέκτημα της μεθόδου είναι ότι, όσο αυξάνει η απόσταση από την πηγή ακτινοβολίας τόσο πέφτει και η ένταση της ακτινοβολίας. Η ελάττωση της έντασης της ακτινοβολίας είναι αντιστρόφως ανάλογη του τετραγώνου της απόστασης από την πηγή (Εικ. 9).



Εικόνα 9 Η ένταση της ακτινοβολίας είναι αντιστρόφως ανάλογη του τετραγώνου της απόστασης από την πηγή (Govan).

2.- Ενδοϊστική ή διάμεση βραχυθεραπεία. Το ραδιενεργό υλικό εμφυτεύεται εγχειρητικά με τους ενδοϊστικούς υποδοχείς ή βελόνες ή καθετήρες (Syed perineal templates) στον τράχηλο και στα παραμήτρια ή απευθείας μέσα στον καρκινικό ιστό, με διαρκή ή με αφαιρούμενα εμφυτεύματα. Στα διαρκή εμφυτεύματα χρησιμοποιούνται τα ραδιενεργά ισότοπα ιώδιο 125 και χρυσός 198, και στα αφαιρούμενα το ιρίδιο 192. η ενδοϊστική βραχυθεραπεία χρησιμοποιείται για ογκώδεις ή ασυμμετρικές βλάβες, που δεν είναι δυνατό να θεραπευθούν με τον κλασικό ενδοκοιολογικό εφαρμοστή.

Η δόση της βραχυθεραπείας εκφράζεται σε Grays [$1 \text{ cGy (centi Gray) = 1 rad}$] ή σε χιλιογραμμάρια ωρών ισοδυνάμου του Ra (mg h Ra E_2 ή απλώς mgh). Δύο ανατομικά σημεία αναφοράς χρησιμοποιούνται όπου ο προσδιορισμός της δόσης μπορεί να συσχετισθεί με τα κλινικά αποτελέσματα. Το σημείο A σε απόσταση 2 cm προς τα έξω και άνω του έξω τραχηλικού στομίου και αντιστοιχεί στο εγγύς παραμήτριο και το σημείο B σε απόσταση 3 cm προς τα έξω του σημείου A και αντιστοιχεί στο πυελικό τοίχωμα. Αποτελούν τα δύο σημεία ένα σκελετό για το σχεδιασμό της θεραπείας. Το συνολικό ποσόν από τις χορηγούμενες δόσεις ακτινοβολίας που απαιτείται για τον κεντρικό έλεγχο του όγκου ανέρχεται στα 6.000 – 9.500 cGy στο σημείο A και 6.500 cGy στο σημείο B, εξαρτωμένου τούτου από το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου και το βαθμό διήθησης των παραμητρικών ιστών και του πυελικού τοιχώματος.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση ακτινοθεραπευτικά απαιτεί πολύ μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας, διότι οι τύποι καρκίνου τραχήλου μήτρας είναι ιδιαίτερα ανθεκτικοί στην ακτινοβολία^{(1), (8), (10)}.

V.2.- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Λόγω του γεγονότος ότι η ακτινοθεραπεία είναι προσιτή και σχετικά αποτελεσματική με ελάχιστους κινδύνους, πρέπει απαραίτητα να δικαιολογηθεί η προσφυγή στη χειρουργική επέμβαση. Αυτή μπορεί να προσφέρεται σα τη μοναδική θεραπεία ή να γίνεται για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της ακτινοθεραπείας. Οποιοσδήποτε κι αν είναι ο λόγος, η εκτέλεση της χειρουργικής επέμβασης απαιτεί την ύπαρξη των παρακάτω προϋποθέσεων:

1.- Ο γυναικολόγος οφείλει να είναι εξειδικευμένος και ιδιαίτερα έμπειρος στη ριζική επέμβαση και να εργάζεται σε νοσοκομείο που παρέχει υψηλό επίπεδο κλινικών και εργαστηριακών μέσων.

2.- Η ασθενής να είναι «κατάλληλη για χειρουργείο» - σε καλή γενική κατάσταση, όχι υπέρβαση και ιδιαίτερος ηλικιωμένη.

3.- Ο όγκος πρέπει να είναι «εγχειρήσιμος» - να μην είναι καθηλωμένος στο πυελικό τοίχωμα. Αν ο όγκος είναι εγχειρήσιμος εκτιμάται τελικά απ' τον χειρουργικό μετά τη διάνοιξη της κοιλιάς.

4.- Η ασθενής πρέπει να καταπονιστεί με τις απαιτούμενες πληροφορίες, ώστε να μπορεί να επιλέξει μεταξύ χειρουργικής επέμβασης και της ακτινοθεραπείας. Αν αυτή έχει σεξουαλική δραστηριότητα, θα πρέπει να γνωρίζει ότι η ριζική επέμβαση περιλαμβάνει και την εκτομή του κόλπου.

Η επέμβαση αυτή επιβάλλεται σε μερικές ασθενείς όπως:

α) όταν ο όγκος έχει αποδειχθεί ακτινοάντοχος

β) ο όγκος έχει διηθήσει την ουροδόχο κύστη ή το ορθό⁽¹⁸⁾.

V.2.1.- ΚΡΥΟΠΗΞΙΑ

Οι ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και το καρκίνωμα *in situ* μπορούν ν' αντιμετωπισθούν με καταστροφή της ζώνης μετάπτωσης στην οποία

αναπτύσσονται. Αυτή πρέπει να γίνει σε βάθος 7 χιλ. τουλάχιστον, για να καταστραφούν οι δυσπλαστικές εστίες στους αδένες. Προϋπόθεση αποτελεί η καλή εκτίμηση της έκτασης της βλάβης και της βαρύτητας για να μη διαφύγει απ' την προσοχή διηθητικός καρκίνος.

Η καταστροφή της ζώνης μετάπτωσης μπορεί εκτός από την κρυοχειρουργική να πραγματοποιηθεί και με ηλεκτροκαυτηρίαση με διαθερμία, στην οποία η διαθερμία κάτω από γενική νάρκωση θα καταστρέφει τον ιστό σε βάθος 7 – 8 mm, και με εξάχνωση με ακτίνες laser (CO₂ laser). Η συσκευή αυτή εκπέμπει πολύ ισχυρές ηλεκτρομαγνητικές ακτινοβολίες που προκαλούν εξάχνωση του ιστού σε βάθος 7 – 9 mm. Δύναται να χρησιμοποιηθεί με μεγάλη ακρίβεια και προκαλεί ελαφρό τραυματισμό. Η διάμετρος της ακτίνας laser στο σημείο της εστίας της είναι 1,8 mm.

Η κρυοπηξία έχει το μειονέκτημα του μη ελέγχου του βάθους της καταστροφής και αντενδείκνυται σε βλάβες ιδιαίτερα εκτεταμένες. Η κρυοπηξία αποφεύγεται από τους περισσότερους και προτιμάται η εκτομή της βλάβης^{(1), (2)}.

V.2.2.- ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ

Τη συγκεκριμένη επέμβαση την έχουμε αναφέρει και σε διαγνωστική μέθοδο, αλλά συνίσταται και σε θεραπευτική αγωγή σε σοβαρή δυσπλασία του επιθηλίου του τραχήλου και στο καρκίνωμα *in situ* σε νέες γυναίκες, για να μη τις στερήσουμε από τη μήτρα τους. Η κωνοειδής εκτομή επιβάλλει, όχι μόνο την εξαίρεση τμήματος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου αλλά και του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου. Κατά την επέμβαση πρέπει να εκτελείται απόξεση του ενδομητρίου για τον έλεγχο του.

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

Επειδή, η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι προκαλεί αιμορραγία, στις ημέρες μας χρησιμοποιούμε ακτίνες laser, γιατί μ' αυτές η εκτομή είναι εύκολη και αναίμακτη. Νεότερη μέθοδο αποτελεί η εκτομή της ζώνης μετάπτωσης με αγκύλη διαθερμίας (LLETZ = Large Loop Excision of Transformation Zone)⁽²⁾.

V.2.3.- ΡΙΖΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΑ

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

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

Η τύπου I απλή ολική υστερεκτομή αποσκοπεί στην ικανοποιητική αφαίρεση όλου του τραχηλικού ιστού. Εκτελείται σε περιπτώσεις ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας και σε διηθητικό καρκίνο σταδίου I_{A1}. Επίσης μετά προεγχειρητική ακτινοθεραπεία με ογκώδη νόσο από πλακώδες καρκίνωμα ή αδenoκαρκίνωμα.

Η τύπου II είναι μια εκτεταμένη υστερεκτομία (ονομάζεται και τροποποιημένη ριζική υστερεκτομία) αποσκοπεί στην αφαίρεση περισσότερου παρατραχηλικού ιστού με ικανοποιητική διατήρηση της αιμάτωσης του ουρητήρα και της ουροδόχου κύστης. Συνδυάζεται με πυελική λεμφαδενεκτομία κατά κανόνα. Το τελικό τμήμα του ουρητήρα απλώς απελευθερώνεται από την παρατραχηλική του θέση, χωρίς να αποκόπτεται από το «κανάλι» του (άνω τμήμα κυστεομητρικού ή κυστεοτραχηλικού

πυελικού). Η μητριαία αρτηρία αποκόπτεται στο σημείο διασταύρωσής με τον ουρητήρα πάνω από το «κανάλι» του. Εφαρμόζεται σε καρκίνο σταδίου I_{B2} και σε μικρές υποτροπές που περιορίζονται στον τράχηλο. Πρόσφατες μελέτες προτείνουν την επέμβαση αυτή και στα στάδια I_{B1} καθώς και στο II_A με μικρό μέγεθος όγκου.

Στον τύπο III ριζική υστεροεκτομή η εξαίρεση των παραμητρικών και παρακολπικών ιστών είναι ριζική, οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι εξαιρούνται από το πλάγιο πυελικό τοίχωμα και συναφαιρείται το 1/4 του κόλπου περίπου. Συνδυάζεται πάντοτε με πυελική λεμφαδενεκτομία. Η επέμβαση αυτή ενδείκνυται στα στάδια I_{B1}, I_{B2} και II_A.

Ο τύπος IV και V ριζικές υστεροεκτομίες είναι επεμβάσεις που εκτελούνται σε περιπτώσεις κεντρικής υποτροπής της νόσου προς τα πρόσθια (τύπου IV) και όταν η νόσος καταλαμβάνει τμήμα της κύστης ή και του τελικού τμήματος του ουρητήρα. Έχουν ουσιαστικά αντικατασταθεί από την πρόσθια εξεντέρωση λόγω του υψηλού ποσοστού εμφάνισης ουρολογικών συριγγίων μετεγχειρητικά⁽⁸⁾.

V.2.4.- ΠΥΕΛΙΚΗ ΕΞΑΝΤΕΡΩΣΗ

Αν υπάρχει διήθηση της ουροδόχου κύστης ή του ορθού ή και των δύο, τότε τα όργανα αυτά αφαιρούνται μαζί με εκείνα του γεννητικού σωλήνα και των πυελικών λεμφαδένων.

Πρόσθια Εξεντέρωση. Η ουροδόχος κύστη διηθείται συχνότερα από το ορθό. Η εκτομή της ουροδόχου κύστης απαλλάσσει το χειρουργικό από τη δυσκολία της αποκόλλησης των ουρητήρων, αλλά θα πρέπει να γίνει εκτροπή των ούρων.

Οπίσθια Εξεντέρωση. Η επέμβαση αυτή είναι περισσότερο αποδεκτή από την ασθενή και περιλαμβάνει μόνο μια κολοστομία, αλλά ενδείκνυται σπάνια.

Ολική Εξεντέρωση. Στην περίπτωση αυτή εκτελείται κολοστομία και εκτροπή των ούρων. Πρόκειται όμως για μια βαριά επέμβαση.

V.3.- ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της λειτουργίας τους και της αναπαραγωγής τους. Η χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων στη θεραπεία της κακοήθους νόσου αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία δεκαετία και αυτή η τάση συνεχίζεται.

Για να εφαρμοσθεί η χημειοθεραπεία πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις, κυρίως:

1.- Να έχει ελεγχθεί η κατάσταση του μυελού των οστών.

2.- Να μην υπάρχουν λοιμώξεις (η καταπολέμησή τους πρέπει να προηγηθεί).

3.- Να είναι καλή η λειτουργία των νεφρών και του ήπατος.

Ο ρόλος της συστηματικής χημειοθεραπείας στη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου είναι πολύ περιορισμένος. Έχει χρησιμοποιηθεί προς της ακτινοθεραπείας ή της χειρουργικής θεραπείας (neoadjuvant), ταυτόχρονα με την ακτινοθεραπεία (chemoradiation), συμπληρωματικά μετά την κύρια θεραπεία (adjuvant) και επί συστηματικής νόσησης σαν μόνη θεραπευτική αντιμετώπιση^{(20), (21)}.

Αυτός ο τρόπος θεραπείας μελετάται σήμερα για γυναίκες υψηλού κινδύνου, για υποτροπιάζουσα νόσο ή για γυναίκες που εμφανίζουν πολλαπλές μεταστάσεις στους λεμφαδένες της πύελου ή τους παρααορτικούς. Τα φάρμακα, που χρησιμοποιούμε, είναι: σισπλατίνη (Cisplatin, Phatinol, Platamine), βινκριστίνη (vincristin), μιτομυκίνη (Mitomycin), μεθοτρεξάτη (Methotrexate), ιφωσφαμίδη (Holoxan) κ.λπ. Οι σχετικές μελέτες σχετικά με χημειοθεραπεία στον καρκίνο τραχήλου μήτρας είναι πολύ πρόσφατες και δεν είναι δυνατόν να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας^{(1), (2)}.

V.4.- ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΣΤΑΔΙΟ

Στάδιο το καρκίνωμα in situ (ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα).

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

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

ΣΤΑΔΙΟ 0 (Αδενοκαρκίνωμα)

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

Αν οι γυναίκες θέλουν να διατηρήσουν την ικανότητα τεκνοποίησης, η νόσος θεραπεύεται με κωνοειδή εκτομή, εφόσον βέβαια δεν υπάρχει καμιά ένδειξη νόσου στα όρια του ιστού που αφαιρείται χειρουργικά. Ακόμα όμως και σ' αυτήν την περίπτωση, ένα αδενοκαρκίνωμα *in situ* η ένα διηθητικό αδενοκαρκίνωμα μπορεί να προσβάλει και τη βάση του τραχήλου, παρότι τα όρια της κωνοειδούς εκτομής περιείχαν φυσιολογικό ιστό.

Για τις γυναίκες που έχουν συμπληρώσει την τεκνοποίηση, η θεραπεία εκλογής είναι η απλή υστερεκτομή⁽¹⁾.

ΣΤΑΔΙΟ Ια – Ια1 – Ια2

Η κωνοειδής εκτομή πρέπει να αποτελεί την αρχική αντιμετώπιση ασθενών με πιθανή μικροδιηθητική βλάβη εκ του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου. Εάν η προσεκτική ιστολογική εξέταση καταδεικνύει ότι το εύρος

της βλάβης είναι μικρότερο των 7 mm, το βάθος διήθησης δεν υπερβαίνει τα 3 mm, τα όρια εκτομής είναι υγιή και δεν υπάρχει διήθηση αγγείων – λεμφαγγείων, τότε η κωνοειδής εκτομή θεωρείται και θεραπευτική. Σε ασθενείς που δεν επιθυμούν την διατήρηση της αναπαραγωγικής τους ικανότητας η απλή ολική υστερεκτομία (κολπική ή κοιλιακή) θεωρείται επαρκής. Το ποσοστό λεμφαδενικών μεταστάσεων στο στάδιο I_{A1} είναι μικρότερο του 1% και κατά τι μεγαλύτερο αν υπάρχει διήθηση αγγείων – λεμφαγγείων. Εάν τα όρια εκτομής του κώνου δεν είναι υγιή επιβάλλεται συμπληρωματική κωνοειδής εκτομή. Όλοι οι ασθενείς με θετικά για διηθητική νόσο όρια διατομής κατατάσσονται στο στάδιο IB και δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται συντηρητικά.

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

Το χρονικό διάστημα 1990 – 1995 διεξήχθη μελέτη με σκοπό την ανασκόπηση των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου μήτρας που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά από το Τμήμα Παθολογίας Τραχήλου και το Τμήμα Γυναικολογικής Ογκολογικής της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Κατά το χρονικό διάστημα της μελέτης αναγνωρίστηκαν 42 περιπτώσεις μικροδιηθητικού Ca (Στάδιο Ia). Σε 2 περιπτώσεις η βλάβη ήταν αδενόCa, σε 1 ήταν αδeno – πλακώδες Ca και στις υπόλοιπες 39 ήταν πλακώδες Ca.

Η κυτταρολογία, με βάση την οποία έγινε η παραπομπή ήταν επιμένουσες ήπιες δυσκαρυωτικές αλλοιώσεις για 15 μήνες σε 1 περίπτωση, μέτριες δυσκαρυωτικές αλλοιώσεις σε 10 περιπτώσεις, σοβαρές δυσκαρυωτικές αλλοιώσεις σε 26 περιπτώσεις (σε 2 εκ των οποίων αναφέρονταν σοβαρές δυσκαρυωτικές αλλοιώσεις αδενικού επιθηλίου) και σε 5 περιπτώσεις τα κυτταρολογικά ευρήματα συνιστούσαν πιθανή διήθηση. Ικανοποιητική κολποσκόπηση υπήρξε σε 36 περιπτώσεις, με κολποσκοπική

εντύπωση υψηλόβαθμης αλλοίωσης σε 16 περιπτώσεις και υποψία μικροδιήθησης σε 20 περιπτώσεις. Μη ικανοποιητική ήταν η κολποσκόπηση στις υπόλοιπες 6 περιπτώσεις.

Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος της κωνοειδούς εκτομής έδειξε βάθος διήθησης μεταξύ 3 και 5 mm και πλάτος < 7 mm (FIGO IA2) σε 7 περιπτώσεις. Αγγειακή ή λεμφαγγειακή συμμετοχή αναφέρθηκε σε 4 περιπτώσεις. Και στις 7 αυτές περιπτώσεις έγινε ριζική υστεροεκτομή. Σε 1 από τις 7 αυτές περιπτώσεις, στην οποία είχε αναφερθεί στο αρχικό παρασκεύασμα βάθος διήθησης 4 mm με λεμφαγγειακή συμμετοχή, υπήρξαν μεταστατικές εντοπίσεις στους πνευλικούς λεμφαδένες. Σε καμία περίπτωση δεν υπήρξε υπολειμματική νόσος στον τράχηλο.

Τρεις γυναίκες στις οποίες το βάθος διήθησης ήταν < 3 mm, αλλά υπήρχε συμμετοχή αγγείων ή λεμφαγγείων στο αρχικό παρασκεύασμα, υποβλήθηκαν επίσης σε ριζική υστερεκτομή, χωρίς να υπάρξει υπολειμματική ή μεταστατική νόσος. Τρεις γυναίκες με στάδιο IA1 (1 με αδενική βλάβη και 1 με ιστολογική διάγνωση πιθανούς ατελούς εκτομής ενδοπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN) στα όρια του παρασκευάσματος) υποβλήθηκαν σε ολική υστερεκτομή, κυρίως λόγω δικής τους επιθυμίας μετά την ενημέρωση που τους έγινε. Σε καμία περίπτωση δεν υπήρξε υπολειμματική νόσος και ο επιλεκτικός λεμφαδενικός καθαρισμός ήταν αρνητικός και στις 3 περιπτώσεις.

Στις 7 περιπτώσεις υπήρξε ιστολογική διάγνωση πιθανούς ατελούς εκτομής CIN στα όρια του παρασκευάσματος, και σε 5 από τις περιπτώσεις αυτές έγινε, άμεσα μετεγχειρητικά, και δεύτερη loop κωνοειδής εκτομή. Σε 1 περίπτωση βρέθηκε στο δεύτερο παρασκεύασμα αδενική ατυπία με καθαρά όρια εκτομής και σε 1 άλλη περίπτωση διαπιστώθηκε υπολειμματικό CIN II.

Συνολικά 13 γυναίκες υποβλήθηκαν σε υστερεκτομή. Όλες αυτές οι γυναίκες συμπλήρωσαν τουλάχιστον 25 μήνες παρακολούθησης (median = 44 μήνες, εύρος 25 – 80 μήνες).

Η παρακολούθηση στις περιπτώσεις αυτές έγινε με κυτταρολογία και κολποσκόπηση κάθε 4 μήνες τα 2 πρώτα χρόνια και κάθε 6 μήνες στη συνέχεια, με σκοπό την συμπλήρωση 10 ετών παρακολούθησης.

Η κολποσκόπηση ήταν ικανοποιητική κατά τον πρώτο μεταχειρητικό έλεγχο σε 93% των περιπτώσεων και σε καμία περίπτωση δεν υπήρξε κυτταρολογική ή/και κολποσκοπική υποψία υπολειμματικής νόσου ή υποτροπής.

Μεταξύ των 29 γυναικών που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, οι 19 έχουν μείνει έγκυες μέχρι σήμερα. Μια γυναίκα επιθυμούσε διακοπή της κύησης και 1 άλλη είχε αυτόματη έκτρωση στις 9 εβδομάδες κύησης. Σε 1 γυναίκα, η οποία είχε υποβληθεί σε δύο loop κωνοειδείς εκτομές, έγινε προφυλακτική περιίδεση τραχήλου. Τρεις γυναίκες έχουν γεννήσει από δύο φορές μέχρι σήμερα, 14 από μία φορά, εκ των οποίων 4 με καισαρική τομή. Όλες γέννησαν ζώντα νεογνά εκ των οποίων 1 πρόωρα στις 34 εβδομάδες κύησης⁽²²⁾.

ΣΤΑΔΙΟ Ιβ

Οι βλάβες είναι μεγαλύτερες από αυτές του σταδίου Ια2 αλλά εξακολουθούν να περιορίζονται στον τράχηλο.

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

Συνήθως οι μικρής έκτασης βλάβες αντιμετωπίζονται χειρουργικά, ενώ οι μεγάλοι όγκοι με ακτινοβολία. Οι μεταστάσεις στους πυελικούς λεμφαδένες αντιμετωπίζονται συνήθως με ακτινοθεραπεία πύελου επί πέντε εβδομάδες, αφού προηγηθεί χειρουργική επέμβαση.

Οι μεγάλες βλάβες που περιορίζονται στον τράχηλο αντιμετωπίζονται με εξωτερική ακτινοβολία πέντε ημέρες την εβδομάδα και επί πέντε

εβδομάδες. Έπειτα από δύο εβδομάδες εισάγεται ραδιενεργό καίσιο και έξι εβδομάδες αργότερα ακολουθεί υστερεκτομή και χειρουργική σταδιοποίηση.

ΣΤΑΔΙΟ IIα

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

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

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

ΣΤΑΔΙΟ IIβ

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

Θεραπεία εκλογής. Εφαρμόζεται εξωτερική ακτινοθεραπεία σε διακεκομμένες δόσεις επί πέντε εβδομάδες και ακολουθεί εισαγωγή ραδιενεργού καισίου δύο φορές, σε διάστημα 36 έως 48 ωρών.

Πειραματική

- Ακτινοθεραπεία χορηγούμενη ταυτόχρονα με χημειοθεραπεία (cisplatin + 5 – fluorouracil + mitomycin – C ή bleomycin + mitomycin – C).

- Αξιολογούνται τα αποτελέσματα από τη διάμεση ακτινοθεραπεία με περιοδική εμφύτευση στον όγκο ραδιενεργού ιριδίου.
- Επίσης μελετάται η υπερθερμία, μια μέθοδος όπου χρησιμοποιείται ακτινοθεραπεία και θερμότητα.

ΣΤΑΔΙΟ IIIα ή IIIβ

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

Θεραπεία εκλογής. Η καθιερωμένη θεραπεία συνίσταται σε εξωτερική ακτινοβολία και στην συνέχεια τοποθέτηση ραδιενεργού καισίου δύο φορές.

Πειραματική. Όπως και στο στάδιο IIβ.

ΣΤΑΔΙΟ IVα

Στο στάδιο IV ορίζεται όταν ο καρκίνος έχει διασπαρθεί σε απομακρυσμένα όργανα πέρα της πυέλου ή έχει προσβάλει την ουροδόχο κύστη ή το ορθό. Το στάδιο IVα σημαίνει ότι έχει αποδειχθεί με βιοψία η διήθηση είτε της ουροδόχου κύστης είτε του ορθού.

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

Πειραματική. Ακτινοθεραπεία με ταυτόχρονη χημειοθεραπεία.

ΣΤΑΔΙΟ IVβ

Στο στάδιο αυτό υπάρχει διασπορά σε απομακρυσμένα όργανα.

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

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

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

Πειραματική. Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην καθιερωμένη θεραπεία έχουν δοκιμαστεί σε διαφορετικούς συνδυασμούς και δόσεις.

Παρακολούθηση θεραπείας: Οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται κάθε 6 με 12 μήνες. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει:

- Κλινική εξέταση
- Μέτρηση επιπέδων του 5 – ΗΙΑΑ των ούρων εικοσιτετραώρου
- Μέτρηση των επιπέδων της σεροτονίνης του ορού
- Ακτινογραφία θώρακα
- Αξονική τομογραφία κοιλιάς, αν είναι απαραίτητη^{(7), (8)}.

V.5.- ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Η 5ετής επιβίωση μετά από θεραπευτική αντιμετώπιση γενικά του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας υπολογίζεται – σύμφωνα με την διεθνή στατιστική των ετών 1969 – 1972 – σε 55,7%. Σε ειδικά κέντρα το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 60 – 70%. Όσον αφορά στα μεμονωμένα στάδια της νόσου και τα ποσοστά της 5ετούς επιβίωσης – ανεξάρτητα από τον τρόπο θεραπείας – αναφέρονται οι εξής μέσες τιμές:

Στάδιο 0	100%
Στάδιο I	80%
Στάδιο II	59%
Στάδιο III	31%
Στάδιο IV	8%

Ενδεικτικά αναφέρονται επίσης τα αποτελέσματα της πενταετούς επιβίωσης από το M.D. Anderson Hospital USA, τα οποία υπολογίσθηκαν μετά θεραπευτική αντιμετώπιση 2000 ασθενών (1977).

Στάδιο I	91,5%
Στάδιο IIa	83,5%
Στάδιο IIb	66,5%
Στάδιο IIIa	45,0%
Στάδιο IIIb	36,0%
Στάδιο IV	14%

Εξαιρέση, σε σχέση με το επιδερμοειδές ή το αδενοκαρκίνωμα, αποτελεί το αδеноπλακώδες καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, το οποίο, σχεδόν ανεξάρτητα από το στάδιο επέκτασης, παρουσιάζει συνήθως μια ταχύτατη εξέλιξη και ως εκ τούτου έχει τη χειρότερη πρόγνωση.

Ένας άλλος τέλος ενδιαφέρων παράγοντας, ο οποίος φαίνεται να επηρεάζει την πρόγνωση της νόσου μετά από τη διενέργεια της ακτινοθεραπείας, είναι η χορήγηση κατά τη διάρκεια αυτής ουσιών οι οποίες δρουν ως «ακτινοευασθητοποιητές» των καρκινικών κυττάρων. Ως τέτοια ουσία φέρεται η υδροξουρία, η οποία αναστέλλει τη σύνθεση DNA στη S – φάση της κυτταρικής διαίρεσης και έτσι επιτρέπει την καταστροφή των κυττάρων αυτών μέσω της ακτινοβολίας στη σχετικά ακτινοευαίσθητη αυτή φάση. Έχουν περιγραφεί βελτιώσεις της πενταετούς επιβίωσης ασθενών με καρκίνωμα τραχήλου σταδίου IIb από 53% σε 94% (!), χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες (κυριότερη η λευκοπενία).

Ανάλογη δράση «ακτινοευαισθητοποιητού» φέρεται να εξασκεί και η ετρονιδαζόλη, όταν χορηγείται σε προχωρημένα στάδια καρκινωμάτων του αιδοίου ή του κόλπου, επίσης χωρίς μεγάλες παρενέργειες⁽¹⁷⁾.

V.6.- ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Μεταξύ 2,7 και 3,5% των περιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου παρατηρούνται εις εγκύους. Η διάγνωσης διηθητικού καρκίνου κατά την κύηση αποτελεί θεραπευτικό δίλημμα. Ευτυχώς ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας σπάνια είναι αίτιον μητρικής θνησιμότητας. Η επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου σταδίου I είναι υψηλή, ανεξαρτήτως χρόνου διαγνώσεως κατά την εγκυμοσύνη, με ποσοστά επιβιώσεως τελευταίως δημοσιευθέντα 85 – 95%. Η γενική επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο τραχήλου στην κύηση ανεξαρτήτως σταδίου είναι 80%.

Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται προσοχή τόσο στην μητέρα όσο και στο κύημα. Η πρόπουσα θεραπεία επηρεάζεται από ηθικές, πολιτιστικές και θρησκευτικές αντιλήψεις, αναλόγως εάν η μητέρα επιθυμεί συνέχιση της κύησεως, μετά πλήρη ενημέρωση και συγκατάθεσή της στο σχεδιαζόμενο σχέδιο θεραπείας και εις τα εξ αυτού αναμενόμενα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η πλήρης ενημέρωσης είναι πολύπλευρη από ιατρούς πολλών ειδικοτήτων.

Οι θεραπευτικές προτάσεις σε ασθενή με διηθητικό καρκίνο πρέπει να εξατομικεύονται σε σχέση με το στάδιο, το μέγεθος της βλάβης και την επιθυμία κύησεως. Έγκυοι έχουν 3,1 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν στάδιο I νόσο από μη εγκύους. Σε τελευταία ανασκόπηση επιβεβαιούται το εύρημα ότι στην πλειοψηφία των εγκύων η βλάβη είναι σταδίου I. το 76% έχουν στάδιο Ib και το 78% επιδερμοειδούς κυτταρικού τύπου ιστολογική μορφή. Η κύηση προσφέρει ιδεώδη ευκαιρία για τον έλεγχο του τραχήλου της μήτρας.

Ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου είναι δυνατόν να επιλέξουν διακοπή της εγκυμοσύνης ή συνέχιση αυτής. Εκείνες με προχωρημένη εγκυμοσύνη κατά τον χρόνο της διαγνώσεως ίσως προτιμήσουν την αναβολή της θεραπείας. Εάν συνεχίσουν την εγκυμοσύνη, συνίσταται η

εξέτασης δια την ωριμότητα του αναπνευστικού του κηήματος με εξέταση του αμνιακού υγρού και να ληφθεί υπ' όψιν τόσο η δυνατότης υποστηρίξεως ενός πρόωρου νεογνού, όσον και τα μειονεκτήματα της πρόωρου μαιεύσεως και των εξ αυτής βραχυπροθέσμων αλλά και μακροπροθέσμων κινδύνων. Και εις αυτές ακόμη τις ασθενείς με πρώιμους βλάβες του τραχήλου πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι και μικρά καθυστέρησης της θεραπείας ενέχει κάποιο μη προσδιοριζόμενο κίνδυνο, πιθανώς μικρό, περαιτέρω επεκτάσεως της νόσου. Η αναμονή, όμως, δια την ωριμότητα του κηήματος έχει ευεργετικό αποτέλεσμα δια το κηήμα. Εις όλες τις μελέτες, όπου η θεραπεία άργησε με σκοπό την ωρίμανση του κηήματος και τη βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος, δεν διεπιστώθη αύξησης του κινδύνου επεκτάσεως της νόσου δυναμένη να προσδιορισθεί.

Μελετήθηκαν 77 ασθενείς σε πρώιμες βλάβες που καθυστέρησαν την θεραπεία για 1 – 40 εβδομάδες. Η συχνότητα υποτροπών ήταν 5% (4 εις τις 77), παρόμοιο με το ποσοστό μη εγκύων ασθενών. Ο τρόπος μαιεύσεως των ασθενών είναι σημείο διαφωνίας. Ασθενείς με μικρό κυτταρικό όγκο κακοήθων κυττάρων και με πρώιμα στάδια βλάβης ίσως να είναι υποψήφιοι κολπικής μαιεύσεως. Το κατά πόσον ο κολπικός τοκετός ευνοεί την διασπορά της νόσου είναι άγνωστο. Είναι καλύτερον η ασθενής να γεννήσει με καισαρική τομή κατά το προγραμματισμένο χειρουργείο ριζικής υστερεκτομής και ο κολπικός τοκετός να προτιμηθεί για ασθενείς με προδιηθητικές καταστάσεις, ή σταδίου Ια ασθενείς, όπου έχει προγραμματισθεί θεραπεία με διατήρηση της περαιτέρω γονιμότητας. Εξ ενστίκτου θα πρέπει να αποφευχθεί ο κολπικός τοκετός εις μεγάλες εξωφυτικές αιμορραγούσες βλάβες του τραχήλου, και για τον κίνδυνο εμποδίου κατά την μαιεύση και την πρόοδο του τοκετού, όσο και για τον κίνδυνο κατακλυσμιαίας ανεξέλεγκτης αιμορραγίας, που θα απαιτείται επείγουσα υστερεκτομή υπό λιγότερο ευνοϊκές συνθήκες προγραμματισμένου χειρουργείου.

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία περιλαμβάνει 10 περιπτώσεις μεταστάσεως καρκινικών κυττάρων στη θέση της επισιοτομής. Πάντοτε πρέπει να εξετάζεται η επισιοτομή. Η θεραπεία των μεταστάσεων αυτών απαιτεί τοπική εκτομή και

εν συνεχεία ακτινοβολία. Η ριζική υστερεκτομή μετά λεμφαδενεκτομής δια στάδια Ia2 με IIa καρκίνου του τραχήλου κατά την εγκυμοσύνη έχει αποδεδειγμένως χαμηλή νοσηρότητα, υψηλά ποσοστά επιβιώσεως και την ευκαιρία διατηρήσεως των ωοθηκών. Το συνυπάρχον εκ της κυήσεως οίδημα και χαλαρότητας των ιστών βοηθάει στην καλύτερα τεχνικώς πλάνα διαχωρισμού των ιστών που ευκολύνουν την επέμβαση.

Σε ριζική καισαρική υστερεκτομή προτιμάται η κλασσική τομή της μήτρας. Αμφοτερόπλευρη καθήλωση των ωοθηκών είναι σωστή κίνηση κατά την επέμβαση, εις περίπτωση καθ' ην θα χρειασθεί επικουρική ακτινοβολία σε ασθενείς με υψηλού κινδύνου ιστοπαθολογικά ευρήματα μετεγχειρητικός. Τα αποτελέσματα στις μελετηθείσες συγκριτικές περιπτώσεις μεταξύ της ριζικής σε έγκυο και σε μη έγκυο δείχνουν μεγαλύτερα απώλεια αίματος σε έγκυο, αλλά όχι με σημαντική αύξηση των μεταγγίσεως, ή σε περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές ή νοσηρότητα. Η επιβεβαίωση ήταν 97% σε εγκύους και 90% στις μάρτυρες με μέσο όρο παρακολουθήσεως τους 140 μήνες.

Οι περισσότερες έγκυες στις οποίες σχεδιάζεται ριζική χειρουργική θεραπεία θα ωφεληθούν περισσότερο από αυτήν παρά από την ακτινοθεραπεία, δοθείσης και της διατηρήσεως των ωοθηκών και της μετά ακτινοβολία ινώδους συρρικνώσεως του κόλπου. Έγκυες με στάδιο IIβ ή μεγαλύτερο και ασθενείς μη κατάλληλοι ή αρνούμενοι χειρουργείο πρέπει να υποβληθούν σε πλήρη θεραπεία με ακτινοβολία. Οι ασθενείς με προχωρημένα στάδια που προτιμούν την αναβολή της θεραπείας μέχρι ωριμάνσεως του κυήματος πρέπει να έχουν αποδεδειγμένη πνευμονική ωριμότητα κυήματος προς της κλασσικής καισαρικής τομής με την οποία θα γεννήσουν το τέκνο τους και θα πρέπει να αρχίσουν ακτινοθεραπεία αμέσως με την παλινδρόμηση της μήτρας. Αφαίρεση των λεμφογαγγλίων της πυέλου και παρααορτικών μπορεί να γίνει κατά το χρόνο της καισαρικής τομής προς διευκόλυνση της σχεδιαζόμενης θεραπείας. Κατά τον σχεδιασμό της ακτινοθεραπείας των εγκύων με καρκίνο του τραχήλου απαιτείται προσεκτική προσαρμογή εις τις φυσιολογικές αλλοιώσεις των ανατομικών δεδομένων λόγω της κυήσεως.

Ασθενείς που θα προχωρήσουν σε ακτινοθεραπεία μετά την διακοπή της κυήσεως πρέπει να αρχίσουν με εξωτερική ακτινοβολία. Είναι σύνηθες να αποβάλουν αυτομάτως όταν η εξωτερική ακτινοβολία ανέλθει στα 4.000 cGy εξωτερικής ακτινοβολίας. Σε μία μελέτη, όμως, το 27% εκ των 45 ασθενών δεν απέβαλε και χρειάστηκε εν συνεχεία χειρουργική διακοπή της εγκυμοσύνης⁽¹⁹⁾.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

VI.1.- ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Η Διάγνωση του καρκίνου προκαλεί έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, οι οποίες βιώνονται τόσο σ' ένα ατομικό όσο και στο επίπεδο της οικογένειας, η οποία βρίσκεται αντιμέτωπη με την πιθανή απώλεια της ζωής του ατόμου που μόλις διαγνώστηκε και την απώλεια κάποιας ισορροπίας που χαρακτήριζε την ίδια την οικογένεια.

Μια εξαντλητική αρρώστια, κυρίως μια αρρώστια που ο ασθενής απειλείται με την απώλεια ενός μέρους του σώματός του ή την αλλοίωση της λειτουργίας ενός οργάνου του – και ο καρκίνος είναι συνήθως μια τέτοια αρρώστια – δημιουργεί άγχος πένθος, θλίψη και κατάθλιψη. Ξεσπάσματα θυμού και συναισθήματα μειονεκτικότητας και αναπηρίας, αδικαιολόγητη εξαρτητικότητα και ανημπόρια, εμποδίζουν την φυσιολογική λειτουργία του ατόμου και επιδρούν άσχημα στο περιβάλλον του, κάτι που έχει δυσάρεστο αντίκτυπο στον ίδιο.

Οι περισσότεροι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο φοβούνται να μιλήσουν γι' αυτό στο περιβάλλον τους γιατί ο καρκίνος θέτει σε κίνδυνο την κοινωνική, την επαγγελματική, την προσωπική ζωή. Οι κοινωνικές προκαταλήψεις έχουν συχνά ως αποτέλεσμα τον κοινωνικό αποκλεισμό και την απομόνωση. Στις Η.Π.Α. για να προστατευθούν οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο από τον κοινωνικό αποκλεισμό ένας ομοσπονδιακός νόμος, το διάταγμα του 1966, για την ελευθερία της πληροφόρησης συμπεριλαμβάνει τη νοσηλεία τους στα ζητήματα που εξαιρούνται από την αποκάλυψη, γιατί το να έρθουν στο φως θα μπορούσε να θεωρηθεί «αδικαιολόγητη εισβολή στον ιδιωτικό χώρο του προσώπου». Επιπλέον το μεγαλύτερο αντικαρκινικό νοσοκομείο ταχυδρομεί την τρέχουσα αλληλογραφία και τους λογαριασμούς προς τους εξωτερικούς ασθενείς σε φακέλους χωρίς ένδειξη αποστολέα.

Καθώς λοιπόν γύρω από τον καρκίνο οι κοινωνικές προκαταλήψεις έχουν επιβάλλει ένα καθεστώς σιωπής το άτομο υποφέρει χωρίς να μπορεί να εκφραστεί. Είναι πολύ σημαντικό για κάθε επαγγελματία υγείας να γνωρίζει τη γνωστική αυτή διάσταση της νόσου που επηρεάζει τα συναισθήματα του

ατόμου. την αντίδραση του απέναντι στην θεραπευτική της αντιμετώπιση, τις προσδοκίες και τις ανάγκες του. Εξίσου σημαντικό είναι να βρίσκεται σε επαφή με τις δικές του προκαταλήψεις γιατί αυτές είναι που σε ένα υποσυνείδητο επίπεδο καθορίζουν τον τρόπο που αντιμετωπίζει τους ασθενείς. Η γνώση αυτή μπορεί να τον βοηθήσει να έρθει κοντά στον ασθενή, να κατανοήσει καλύτερα τις ανάγκες και τους φόβους του, να εδραιώσει μια σχέση εμπιστοσύνης και ουσιαστικής επικοινωνίας. Μια σχέση αυτή της μορφής είναι ότι χρειάζεται ο ασθενής για να εκφράσει τους βαθύτερους φόβους και τις ανάγκες και δίνει την δυνατότητα στο νοσηλευτή να παρέμβει για να ανακουφίσει και τον ψυχικό πόνο του ασθενή που τις περισσότερες φορές είναι παραγνωρισμένος.

Ο νοσηλευτής λοιπόν πρέπει να έχει τα απαραίτητα εφόδια για να υποστηρίζει τον άρρωστο και την οικογένειά του στις φυσικές, συγκινησιακές, κοινωνικές πολιτισμικές και πνευματικές κρίσεις. Για να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα ο νοσηλευτής παρέχει ρεαλιστική υποστήριξη χρησιμοποιώντας πρότυπα πρακτικής και νοσηλευτική διεργασία ως βάση της φροντίδας^{(20), (27), (28)}.

VI.2.- ΡΟΛΟΣ ΚΙ ΕΥΘΥΝΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

Ο νοσηλευτής βρίσκεται σε μοναδική θέση προκειμένου να διδάξει τις άρρωστες για τις φυσιολογικές λειτουργικές διεργασίες έμμηνης ρύσης και εμμηνόπαυσης, καθώς επίσης και σημεία κινδύνου που θα πρέπει κάθε γυναίκα ν' αναφέρει σ' έναν επιστήμονα υγείας, όπως κηλίδες, ανώμαλη ή μεγάλη αιμορραγία ή οποιαδήποτε αιμορραγία μετά την εμμηνόπαυση.

Η γυναικολογικά άρρωστη χρειάζεται συχνά κατανόηση εξαιτίας των υποκείμενων συγκινησιακών, καθώς επίσης και φυσικών της προβλημάτων. Μια γυναίκα μπορεί να απεχθάνεται κάθε αναφορά στο ουρογεννητικό της σύστημα, επειδή αισθάνεται ότι είναι ύποπτη για αμφίβολες κοινωνικές και σεξουαλικές συνήθειες.

Επειδή οι γυναικολογικές καταστάσεις είναι συχνά πολύ προσωπικής και ιδιωτικής φύσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να σέβεται την εμπιστευτικότητων πληροφοριών της ασθενούς. Αυτές οι πληροφορίες πρέπει να επικοινωνούνται μόνο σε εκείνους που άμεσα εμπλέκονται στη φροντίδα υγείας της άρρωστης.

VI.2.1.- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ – ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (Τεστ Παπανικολάου)

Η λήψη κολπικού και τραχηλικού εκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου γίνεται με χρήση στείλεου, πιπέτας ή ξύλινης σπάτουλας. Με το ένα άκρο της σπάτουλας Ayre λαμβάνεται ένα παχύ δέρμα κολπικού εκκρίματος απ' τον οπίσθιο θόλο και επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα. Στη συνέχεια, το μακρύτερο τμήμα του άλλου άκρου της σπάτουλας τοποθετείται στον τραχηλικό στόμιο και η σπάτουλα περιστρέφεται κατά έναν πλήρη κύκλο. Έτσι λαμβάνεται ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα τραχήλου εκκρίματος και επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα.

- Η Δοκιμασία Schiller στηρίζεται στην ιδιότητα που έχει το γλυκογόνο να απορροφά ιώδιο. Η ύποπτη περιοχή του τραχήλου επαλείφεται με διάλυμα ιωδίου 2%.

- Η κολποσκόπηση, όπως έχει προαναφερθεί είναι μια στερεοσκοπική εξέταση και γίνεται με χρήση κολποσκοπίου, που είναι διόφθαλμο όργανο με φωτεινή πηγή (βλ. Κεφ. 4^ο).

Όλες οι παραπάνω εξετάσεις διενεργούνται με τον ίδιο τρόπο.

α.- Ετοιμασία της ασθενούς.

α₁- Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Η ασθενής χρειάζεται ενθάρρυνση, κατανόηση και επιδέξιο χειρισμό τόσο των συγκινησιακών όσο και των φυσικών της προβλημάτων.

α₂- Παροχή συμβουλών στην ασθενή για αποφυγή συνουσίας και κολπικής πλύσης 24 ώρες πριν από την εξέταση, για την λήψη του κολπικού δείγματος.

α₃.- Παρότρυνση της ασθενούς για κένωση της κύστης και του εντέρου πριν από την εξέταση. γιατί έτσι εξασφαλίζεται χαλάρωση των περινεϊκών ιστών.

α₄.- Αποφυγή υπερβολικής έκθεσης της ασθενούς. Η ασθενής τοποθετείται σε θέση λιθεκτομής, σε ύπτια θέση με τα γόνατα και τα ισχία σε κάμψη και απαγωγή και τους γλουτούς στο χεῖλος εξεταστικού τραπεζιού. Τα πόδια ακουμπούν πάνω σε ειδικά στηρίγματα. Η ασθενής καλύπτεται μ' ένα σεντόνι τοποθετημένο διαγώνια. Η μία γωνία βρίσκεται πάνω στο θώρακα και η αντίθετή της στην ηβική χώρα. Κάθε μια από τις άλλες γωνίες τυλίγεται γύρω απ' το κάτω άκρο.

α₅.- Ενθαρρύνουμε την ασθενή να είναι ήρεμη, να χαλαρώσει και να αναπνέει βαθιά.

α₆.- Εξασφάλιση του κατάλληλου φωτισμού και των απαραίτητων αντικειμένων για τις διάφορες εξετάσεις.

α₇.- Καθαρισμός περινεϊκής χώρας από εκκρίσεις και λιπαντική ουσία, μετά το τέλος της εξέτασης.

α₈.- Τοποθέτηση της ασθενούς σε άνετη θέση, μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης.

α₉.- Επίλυση των αποριών της ασθενούς και διασαφήνισης των ιατρικών οδηγιών.

α₁₀.- Μετά τη δοκιμασία Schiller συστήνεται στην ασθενή να φορέει μια σερβιέτα για μερικές ώρες, ώστε ν' αποφευχθεί η χρώση των εσωρούχων της.

α₁₁.- Μετά την κολποσκόπηση τοποθετείται ένα ταμπόν στον κόλπο για απορρόφηση των εκκριμάτων. Το ταμπόν αφαιρείται 5 – 6 ώρες μετά⁽²⁹⁾.

VI.2.2.- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ – ΒΙΟΨΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Η βιοψία τραχήλου είναι προτιμότερο να γίνεται σε χρόνο που ο τράχηλος έχει τη λιγότερη αιμάτωση (συνήθως μια εβδομάδα μετά το τέλος της έμμηνης ρύσης).

α.- Ετοιμασία της ασθενούς.

α₁.- Εξηγείται στην άρρωστη η φύση της διαδικασίας.

α₂.- Τοποθετείται σε θέση λιθεκτομής και καλύπτεται.

α₃.- Ενημερώνεται ότι δε θα της γίνει καμιά αναισθησία, γιατί ο τραχήλος δεν έχει υποδοχείς πόνου.

β.- Διαδικασία

Μετά την τοποθέτηση του κολποδιαστολέα στον κόλπο και την κανονική αποκάλυψη του τραχήλου, ο χειρουργός, με χρήση ειδικών λαβίδων βιοψίας, παίρνει ένα τεμάχιο τραχηλικού ιστού. Το τεμάχιο αυτό τοποθετείται σε φορμόλη 10% και αποστέλλεται στο εργαστήριο, αφού προηγουμένως επισημανθεί. Σε περίπτωση αιμορραγίας γίνεται ραφή και πωματισμός για αιμόσταση.

γ.- Μετέπειτα φροντίδα της ασθενούς

γ₁.- Προτού φύγει η ασθενής απαραίτητο είναι να ξεκουραστεί για λίγο μετά την διαδικασία.

γ₂.- Δίνονται στην ασθενή οδηγίες.

- Να αποφεύγει να σηκώνει βαριά αντικείμενα για 24 ώρες
- Ο πωματισμός μπορεί να μείνει στη θέση του για 12 – 24 ώρες, ανάλογα με την οδηγία του γιατρού.
- Ενδέχεται να παρατηρηθεί κάποια αιμορραγία. Αν η αιμορραγία αυτή είναι περισσότερη από ό,τι σε μια φυσιολογική έμμηνη ρύση, πρέπει ν' αναφερθεί αμέσως στο γιατρό.
- Να πάρει ειδικότερες οδηγίες από το γιατρό σχετικά με τις πλύσεις και τις σεξουαλικές της επαφές (αποφεύγονται για αρκετές εβδομάδες μετά την βιοψία)⁽²⁹⁾.

VI.3.- ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

«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' αυτήν 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 την σύγχρονη ακτινοθεραπεία. Επίσης θα πρέπει να γνωρίζει τις παρενέργειες που είναι

δυνατόν να παρατηρηθούν κατά την διάρκεια της θεραπείας, καθώς και τον 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 ρύση και ότι οι άλλες παρενέργειες που θα προέρχονται από την έλλειψη της ωοθηκικής λειτουργίας, θα αντιμετωπιστούν με ορμονική θεραπεία υποκατάστασης.

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.

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από την στιγμή που ο νοσηλευτής (-ια) θα έρθει σε επαφή με την ασθενή του. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη τους, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην άρρωστη ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας (-τη) που νοσηλεύει ασθενή στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρεται (1) στην ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία, (2) στην προετοιμασία και βοήθεια της άρρωστης για τη θεραπεία, (3) στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό της και (4) την ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά και μετά την θεραπεία.

A.- ΕΝΔΟΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

a.- Ετοιμασία της ασθενούς για εφαρμογή καισίου.

a₁.- Ο γιατρός εξηγεί στην ασθενή τους λόγους που καθιστούν απαραίτητη αυτή την θεραπεία. Η νοσηλεύτρια επεξηγεί ή απαντά σε κάθε ερώτηση της άρρωστης.

α₂- Η άρρωστη ετοιμάζεται για διάφορες προκαταρκτικές εξετάσεις όπως εξετάσεις αίματος, βιοψίες, ακτινογραφία θώρακα και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

α₃- Ετοιμασία της ασθενούς για διαδικασία προφόρτισης.

β- Νοσηλευτική αγωγή μετά την τοποθέτηση του καισίου.

Μετά την τοποθέτηση του ραδιοϊσοτόπου η ασθενής έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα.

Σημεία που θα βοηθήσουν την νοσηλεύτρια στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό τους και τους άλλους νοσηλευτική φροντίδα στην άρρωστη που της έχει εφαρμοσθεί θωρακισμένο ή μη θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής:

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί, τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη), τον τρόπο χορήγησης (απ' το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά, ενδοιστικά), την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, το σημείο εφαρμογής και τον αριθμό των ημερών που η άρρωστη πρέπει ν' απομονωθεί.

- Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και τον ιστό που ακτινοβολείται.

- Ο νοσηλευτής ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, της.

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

β₁- Τοποθέτηση της άρρωστης σε ύπτια θέση με το άνω μέρος του κρεβατιού ανυψωμένο κατά 30°

β₂- Λήψη μέτρων για την μείωση του πόνου

1.- Υποστήριξη των μελών του σώματος, με μαξιλάρια, αν χρειάζεται να διατηρηθεί κάποια συγκεκριμένη θέση.

2.- Ενίσχυση με φαρμακολογικά μέτρα ανακούφισης του πόνου (π.χ. μαλάξεις στη ράχη, αλλαγές θέσης όταν είναι επιτρεπτό, τεχνικές χαλάρωσης.

ήσυχη συνομιλία, ξεκούραστο περιβάλλον, προσέχοντας πάντα να τηρούνται τα όρια ασφάλειας που προαναφέραμε σχετικά με τον χρόνο και την ασφάλεια.

3.- Τοποθέτηση στην κλίνη στρώμα εναλλασσόμενης πίεσης για να μειωθεί η δυσφορία λόγω των περιορισμών της κινητικότητας.

4.- Χορήγηση παυσίπονων κατόπιν ιατρικής εντολής.

β₃.-Λήψη μέτρων για την αύξηση της κινητικότητας στα επιτρεπτά όρια.

1.- Καθοδήγηση ασθενούς στην εκτέλεση ασκήσεων που μπορούν να γίνουν στο κρεβάτι χωρίς να επηρεάζουν την θέση του εμφυτεύματος.

2.- Ενθάρρυνση της συμμετοχής στις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης, στο ρυθμό που επιτρέπεται. Τονίστε στην ασθενή ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα βοηθήσει μόνο με τις απαραίτητες πράξεις υγιεινής που η ασθενής δεν μπορεί να πραγματοποιήσει μόνη της. Η ανάληψη μικρών ευθυνών θα βοηθήσει την άρρωστη να ξεπεράσει το φόβο και το άγχος της σχετικά με την μέθοδο αυτή της θεραπείας της.

β₄.- Χορήγηση διαίτας μικρού υπολείμματος, για αποφυγή κινήσεων του εντέρου που μπορεί να παρεκτοπίσουν τους υποδοχείς.

Β₅.- Συχνή επιθεώρηση καθετήρα, για εξασφάλιση συνεχούς λειτουργίας του. Μια διατεταγμένη κύστη πλησιάζει την περιοχή ραδιενέργειας, με αποτέλεσμα ακτινικό έγκαυμα βαριάς μορφής.

Β₆.- Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση του οργανισμού στη ραδιενέργεια, όπως ναυτία έμετοι, αύξηση θερμοκρασίας.

Β₇.- Ενθάρρυνση της ασθενούς να τρώει. Χορήγηση μικρών και συχνών γεμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιων σε λεύκωμα. Ελκυστικό σερβίρισμα για διέγερση της όρεξης.

Β₈.- Χορήγηση χυμών με βιταμίνη C, για προαγωγή της επιδιόρθωσης των ιστών.

γ.- Αφαίρεση καισίου

γ₁.- Ειδοποίηση ακτινοθεραπευτικού τμήματος, όταν είναι ώρα για αφαίρεση καισίου.

γ₂- Εξασφάλιση αποστειρωμένων γαντιών, ειδικών λαβίδων με μακρά σκέλη και μεγάλες λεκάνες.

γ₃- Έλεγχος του διαγράμματος για τον αριθμό υποδοχέων που εφαρμόστηκαν, ώστε να συμφωνούν με τους υποδοχείς που θα αφαιρεθούν.

γ₄- Εφαρμογή όλων των προφυλακτικών μέτρων ραδίου στο χειρισμό και μεταφορά του καισίου στο τμήμα ακτινοθεραπείας.

γ₅- Λήψη δείγματος ούρων πριν την αφαίρεση του καθετήρα. Χορήγηση καθαρτικού υποκλυσμού μετά την αφαίρεση του καισίου και πριν από την έγερση της ασθενούς απ' το κρεβάτι.

δ.- Φροντίδα της άρρωστης μετά την ακτινοβολία

δ₁- Καθοδήγηση της σωστής τεχνικής κολπικών πλύσεων αν είναι απαραίτητο για να καθαριστεί ο κόλπος και να μειωθεί η φλεγμονή.

δ₂- Ενημέρωση της άρρωστης ότι τα ροδόχροα προς καφέ κολπικά εκκρίματα είναι φυσιολογικά για 7 – 10 μέρες μετά την αφαίρεση του εμφυτεύματος.

δ₃- Καθοδήγηση της ασθενούς ν' απέχει από τη χρήση ταμπόν και ν' αλλάζει σερβιέτες κάθε 4 ώρες.

δ₄- Παρατήρηση σημείων και συμπτωμάτων (ναυτία, έμετοι) πιθανής εμφάνισης μετά από χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας.

δ₅- Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που υποδηλώνουν ακτινική βλάβη του εντέρου (διάρροια, τεινεσμός)· αναφορά τους μόλις εμφανιστούν.

δ₆- Τονισμός της σπουδαιότητας ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα για 6 μήνες για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας στον όγκο. 5 – 8% των γυναικών που παρακολουθούνται για την θεραπεία ειδικού καρκίνου, μπορεί ν' αναπτύξουν άλλους πρωτοπαθείς καρκίνους. Γι' αυτό το λόγο, η μετέπειτα ιατρική παρακολούθηση είναι βασικής σημασίας, ακόμα κι αν η άρρωστη είναι ασυμπτωματική.

δ₇- Αν η ασθενής είναι σεξουαλικά ενεργός:

1.- Εξηγούμε ότι μπορεί να έχει ξανά σεξουαλικές επαφές σε 2 – 3 εβδομάδες.

2.- Η χρήση προφυλακτικού απ' τον σεξουαλικό σύντροφο θα αποτρέψει την καυστική αίσθηση που μπορεί να εμφανισθεί όταν το σπέρμα έρχεται σε επαφή με τον εύθραυστο κολπικό ιστό^{(18), (29), (30), (31)}.

B.- ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ειδοτραχηλική ακτινοβολία χρησιμοποιείται μόνο στο πιο πρώιμο μικροδιηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου μήτρας. Σε περισσότερο προχωρημένα στάδια της νόσου χρησιμοποιείται η εξωτερική ακτινοβολία. Μονάδες γραμμικών επιταχυντών και κοβαλτίου – 60 ελευθερώνουν υψηλές δόσεις ακτινοβολίας βαθιά μέσα στην πύελο, σε μια προσπάθεια ν' ανασταλεί η επέκταση του καρκίνου μέσω του λεμφικού συστήματος. Η θεραπεία εξατομικεύεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου και των αντιδράσεων της άρρωστης στην ακτινοβολία.

Για την προετοιμασία και την βοήθεια της ασθενούς στην οποία πρόκειται να εφαρμοσθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.

α.- Ετοιμασία της ασθενούς.

α₁.- Αξιολόγηση της ασθενούς σχετικά με το πώς αντιλαμβάνεται το είδος αυτό της θεραπείας και την ενημερώνει πάντα σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό:

1.- Διατήρηση της ηρεμίας της ασθενούς και πληροφόρηση σχετικά με το πώς ενεργεί η εξωτερική ακτινοθεραπεία.

2.- Ενθάρρυνση της άρρωστης να εκφράσει οποιαδήποτε απορία σχετικά με τις ειδικές παρενέργειες και την επίπτωσή τους στον τρόπο ζωής της. Τα ερωτήματα είναι συνήθως τα εξής:

- Πονάει η ακτινοθεραπεία;
- Τι θα πρέπει να κάνω κατά το διάστημα της θεραπείας;
- Θα είμαι μόνη κατά τη διάρκειά της;
- Αν δεν αισθάνομαι καλά κι έχω ανάγκη από βοήθεια τι θα κάνω;

3.- Ο νοσηλευτής πρέπει να πληροφορήσει την ασθενή ότι θα βρίσκεται μόνη στο δωμάτιο κατά την διάρκεια των πρώτων λεπτών της θεραπείας, αλλά

θα παρακολουθείται συνεχώς· εξηγούμε ότι θα μπορεί να επικοινωνεί με σύστημα επικοινωνίας.

α₂.- Διαβεβαίωση της άρρωστης ότι το σώμα, τα σωματικά υγρά και τα ρούχα της δεν θα' ναι ραδιενεργά.

α₃.- Η νοσηλεύτρια βεβαιώνεται πως η άρρωστη έχει κατανοήσει ότι δεν πρέπει να βγάλει το σήμα, που καθορίζει το ακριβές σημείο, που θα γίνει η θεραπεία.

α₄.- Η περιοχή της ακτινοβολίας,

- Διατηρείται στεγνή

- Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Αποφεύγεται η τριβή κατά το στέγνωμα της περιοχής

- Αποφυγή οποιουδήποτε προϊόντος (αλοιφή, πούδρα, λοσιόν) χωρίς ιατρική εντολή στο σημείο αυτό.

- Τόσο κατά την θεραπεία, όσο και μετά απ' αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας.

- Αποτριχώνεται μόνο με ξυριστική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο.

α₅.- Το διαιτολόγιο της ασθενούς πρέπει να' ναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

α₆.- Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνη και επιστρέφει στο θάλαμό της.

α₇.- Ο νοσηλευτής προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων απ' την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί την ασθενή για ναυτία, εμέτους ή άλλη αντίδραση ώστε να την διαγνώσει έγκαιρα και να επέμβει άμεσα και κατάλληλα^{(29), (30), (31)}.

VI.4.- ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Προβλήματα ασθενούς

Φαινόμενα γενικής αντίδρασης:

- **Δυσφορία:** Ναυτία και έμετος. Η ασθενής που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία είναι δυνατό να παρουσιάσει ναυτία και εμέτους λόγω της έμμεσης διέγερσης του κέντρου του εμέτου, σαν αποτέλεσμα του σπλαχνικού ερεθισμού από την φλεγμονή του γαστρεντερικού σωλήνα.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει:

1.- Να ενθαρρύνει την ασθενή να παίρνει βαθιές, βραδείες αναπνοές όταν αισθάνεται ναυτία

2.- Να γίνεται σωστή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο

3.- Αν η ναυτία είναι σοβαρή να βάλει τον ασθενή σε δίαιτα υδρική ή ελαφριά

4.- Καθοδηγεί την ασθενή να αποφεύγει τροφές και υγρά για 3 ώρες πριν και μετά την ακτινοθεραπεία

5.- Προσφέρει μικρά, συχνά γεύματα και ενθαρρύνει την άρρωστη να λαμβάνει αρκετή ποσότητα υγρών, για την ικανοποιητική ενυδάτωσή της λόγω των εμέτων

6.- Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγεί αντιεμετικά (αυτά χορηγούνται 1 – 2 ώρες πριν την ακτινοθεραπεία και κάθε 4 – 6 ώρες, για κάθε 12 ώρες μετά την θεραπεία)

7.- Σημειώνει τις αντιδράσεις της ασθενούς

- **Δυσφορία: Ακτινοδερματίτιδα – κνησμός**

Σχετίζεται με ξηροδερμία λόγω μειωμένης λειτουργίας των σμηγματογόνων και ιδρωτοποιών αδένων που βρίσκονται στο πεδίο της ακτινοθεραπείας.

1.- Εκτίμηση του δέρματος της περιοχής του περινέου για ξηροδερμία και κνησμό

2.- Αποφυγή χρήσης ερεθιστικών μέσων. τοποθέτηση υγρών επιθεμάτων στην περιοχή του κνησμού

3.- Καθορισμός της περιοχής με χλιαρό νερό και ουδέτερο σαπούνι

4.- Στέγνωμα του δέρματος με ήπιες κινήσεις βεβαιωνόμαστε ότι έχει στεγνώσει καλά

5.- Τοποθέτηση στην περιοχή ουδέτερων αμυλούχων αλοιφών μετά από ιατρική εντολή

6.- Ενθάρρυνση της ασθενούς να αποφύγει στενά ρούχα που αυξάνουν τον ερεθισμό

7.- Χορήγηση αντισταμινικών μετά ιατρικής εντολής. Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία

• **Διάρροια**

Η πρωκτίτιδα, διάρροια, τεινεσμός εμφανίζονται αρκετά συχνά για την πλήρη εξαφάνισή τους απαιτούνται αρκετοί μήνες.

1.- Εκτίμηση των συνηθειών κενώσεως της ασθενούς

2.- Καθοδήγηση της ασθενούς να αποφεύγει τροφές/υγρά που ερεθίζουν ή διεγείρουν το φλεγμαίον έντερο: α) τροφές πλούσιες σε ίνες (δημητριακά, φρούτα, λαχανικά), β) τροφές που παράγουν αέρια (λάχανο, φασόλια, κρεμμύδια, κουνουπίδι), γ) πικάντικες ή υπερβολικά ζεστές ή κρύες τροφές, δ) τροφές πλούσιες σε λακτόζη (γαλακτοκομικά προϊόντα), ε) τροφές πλούσιες σε λίπος.

3.- Αποθάρρυνση του καπνίσματος (η νικοτίνη έχει διεγερτική επίδραση στο γαστρεντερικό σωλήνα)

4.- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων μετά ιατρικής εντολής

Φάρμακα που αυξάνουν τον όγκο κοπράνων (πολυανθρακόφιλο ασβέστιο, ψύλλιο) για ν' απορροφηθεί στο έντερο, με αποτέλεσμα στο έντερο περισσότερο σχηματισμένα κόπρανα.

- **Αίσθημα κόπωσης**

Η ασθενής που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία είναι δυνατόν να παρουσιάσει σημάδια καταβολής δυνάμεων. Το φαινόμενο αυτό είναι πολυπαραγοντικό σχετίζεται με:

α) Τη συγκέντρωση προϊόντων κυτταρικής αποδόμησης λόγω της ταχείας καταστροφής των καρκινικών και φυσιολογικών κυττάρων που έχουν εκτεθεί στην ακτινοβολία

β) Φόβο, άγχος και κατάθλιψη

γ) Υποθρεψία

Μπροστά σ' αυτό το πρόβλημα ο νοσηλευτής πρέπει να:

1.- Πληροφορήσει την ασθενή ότι το αίσθημα της επίμονης κόπωσης είναι αναμενόμενο, σαν αποτέλεσμα της υποκείμενης νόσου και σαν παρενέργεια της θεραπείας

2.- Ελαχιστοποιήσει την δραστηριότητα και το θόρυβο του περιβάλλοντος

3.- Βοηθήσει την ασθενή στις δραστηριότητες της ατομικής της φροντίδας

4.- Λάβει μέτρα διευκόλυνσης του ύπνου

5.- Ενεργήσει ώστε να διατηρηθεί επαρκής κατάσταση θρέψης

6.- Ενθαρρύνει την ασθενή να διατηρεί την πρόσληψη τουλάχιστον 2.500 ml υγρών ημερησίως για διευκόλυνση της αποβολής των προϊόντων της κυτταρικής αποδόμησης.

- **Επιλοκές ακτινοθεραπείας – Νοσηλευτική αντιμετώπιση**

- **Υποτροπή: κολπικός θόλος**

α) Εκτίμηση

- **Υποπτο Pap – test (κλάση III)**

• Η ορθική και η κολπική ψηλάφηση αποκαλύπτουν όγκο στο παραμήτρια

• Βαθιά βιοψία του θόλου του κόλπου αποκαλύπτει διεισδυτικό και μεταστατικό καρκίνωμα.

β) Παρέμβαση

1.- Ενημέρωση της ασθενούς. Ετοιμασία για πυελική ακτινοθεραπεία

2.- Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης κατά τη διάρκεια των συνεδρίων της ακτινοθεραπείας, για μείωση του άγχους (Βλ. κεφ. 6.3.).

3.- Εκτίμηση κακουχίας, ναυτίας ερεθισμού δέρματος, όπως προαναφέρθηκε

4.- Παραπομπή σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες

5.- παρότρυνση για συχνή κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση

• Υποτροπή: Κύστη

α) Εκτίμηση

• Πόνος, δυσχέρεια

• Αιματουρία

β) Παρέμβαση

1.- Ετοιμασία της άρρωστης για παραπέρα έλεγχο π.χ. ενδοφλέβια πυελογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, ηπατικά ένζυμα, βαριούχο αποκλυσμό

2.- Ετοιμασία της άρρωστης για πυελική εξαντέρωση

• Μετάσταση στην σπονδυλική στήλη

α) Εκτίμηση

• Πόνος στη ράχη

• Απώλεια βάρους, κόπωση

• Κατάθλιψη απογοήτευση

β) Παρέμβαση

• Ετοιμασία ασθενούς για χημειοθεραπεία

• Διατήρηση θρεπτικής και υγιεινής κατάστασης

• Διδασκαλία σχετικά με το σκοπό, τη διαδικασία, τα αποτελέσματα και τις παρενέργειες θεραπείας

• Παροχή συμβουλών και συγκινησιακή υποστήριξη

• Μείωση της δυσχέρειας λόγω των παρενεργειών της χημειοθεραπείας (βλ. εκτενέστερα Κεφ. VI.6.2)

• Μείωση κινδύνου λοίμωξης

- Παρακολούθηση για εμφάνιση σημείων που δηλώνουν μη ανοχή στο φάρμακο

Στην ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται στην αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου μήτρας οι επιπλοκές συνδέονται, όπως είδαμε με μετάσταση της νόσου. Διάφορες όψιμες επιπλοκές όπως πυόμητρα, ισχαιμική νέκρωση, και αυτόματο κάταγμα του μηριαίου οστού, είναι ιδιαίτερα σπάνιες και αντιμετωπίζονται ανάλογα^{(18), (20), (29), (30), (31)}.

- **Διδασκαλία ασθενούς και οικογένειας σχετικά με:**
 - Το σκοπό και την εναλλακτική της επέμβασης
 - Προεγχειρητικές διαδικασίες (βλ. VI 5.1)
 - Μεταβολές στο σωματικό είδωλο, στην αποχετευτική και σεξουαλική λειτουργία
 - Αλλαγές στην ρουτίνα των καθημερινών δραστηριοτήτων
 - Εκτίμηση συγκινησιακής σταθερότητας, οικογενειακής υποστήριξης, οικονομικής κατάστασης, ευκολιών και δυνατοτήτων για φροντίδα στο σπίτι και αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι
 - Προετοιμασία εντέρου για χειρουργείο με χορήγηση αντιβιοτικού, υπακτικού, υποκλυσμού και ετοιμασία κοιλιάς
 - Τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής για μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης
 - Αξιολόγηση της άμεσης μετεγχειρητικής κατάστασης: μεταβολές καρδιακής λειτουργίας, σημεία shock, νεφρική λειτουργία
 - Βοήθεια άρρωστης ώστε ν' αποδεχθεί το αλλαγμένο σωματικό είδωλο
 - Μέτρα για μείωση πόνου, άγχους και δυσχέρειας
 - Μετεγχειρητική διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας, που αφορά τις αλλαγές του τραύματος και τη φροντίδα ουρητηροστομίας
 - Εξασφάλιση συνέχισης της φροντίδας και υποστήριξης κατά την περίοδο ανάρρωσης

- Αναφορά στις ανάλογες υπηρεσίες για μετανοσοκομειακή παρακολούθηση.
- Παροχή συμβουλών σχετικά με την σεξουαλική λειτουργία και τα νέα προβλήματα.

VI.5.- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ - ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τις τελευταίες δεκαετίες σημειώθηκαν καταπληκτικές πρόοδοι στη χειρουργική παρέμβαση και στην μετεγχειρητική φροντίδα. Σ' αυτό συνετέλεσαν πολλοί παράγοντες. Κατανοήθηκε η φύση ορισμένων παθήσεων. Αναγνωρίστηκε η σπουδαιότητα του ρόλου της υδατοηλεκτρικής, οξεοβασικής και θρεπτικής ισορροπίας στην αντιμετώπιση του χειρουργικού αρρώστου. Βελτιώθηκαν τα εργαλεία, οι συσκευές και τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται στις επεμβάσεις. Προόδευσε η Αναισθησιολογία. Καταπολεμήθηκαν αποτελεσματικά οι λοιμώξεις.

Σήμερα πολλοί άρρωστοι που προγραμματίζονται για χειρουργείο κάνουν τις διαγνωστικές εξετάσεις και την προεγχειρητική ετοιμασία προτού εισαχθούν στο νοσοκομείο. Επίσης, φεύγουν απ' το νοσοκομείο γρηγορότερα, αυξάνοντας έτσι την ανάγκη για διδασκαλία, κατ' οίκο φροντίδα υγείας και προετοιμασία για αυτοφροντίδα.

Όλες αυτές οι αλλαγές απαιτούν ένα χειρουργικό νοσηλευτή που να γνωρίζει όλη την περιεγχειρητική φροντίδα του χειρουργικού ασθενούς. Η ευθύνη του νοσηλευτού είναι ακόμη μεγαλύτερη απέναντι σ' έναν ογκολογικό ασθενή, διότι σε καμία άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του ατόμου, όπως υπάρχει στον καρκίνο. Οι ασθενείς αυτοί εκτός του φόβου του «χειρουργείου» φοβούνται μη χάσουν τον αυτοέλεγχο και την αξιοπρέπειά τους. Πέρα απ' αυτό το γεγονός οι ογκολογικοί ασθενείς αντιμετωπίζονται όπως όλοι οι χειρουργικοί ασθενείς, ο νοσηλευτής ανταποκρίνεται στις απορίες, τις αγωνίες και τις ανάγκες του, δίνοντας μεγαλύτερη βαρύτητα στις ελπίδες του.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της θεραπείας του καρκίνου τραχήλου μήτρας είναι η κωνική εκτομή του τραχήλου που εφαρμόζεται στο μικροδιηθητικό καρκίνωμα, η απλή υστερεκτομή που περιλαμβάνει την αφαίρεση μήτρας και τραχήλου και την ριζική υστερεκτομή που περιλαμβάνει την ολική αφαίρεση της μήτρας με τα εξαρτήματά της, την αφαίρεση του άνω ημίσεως του κόλπου, του παραμητρικού λίπους και του συνδετικού ιστού μαζί με τα λεμφογάγγλια, καθώς και του παρακολπικού, παρακυστικού και παραορθικού ιστού.

Ο όρος περιεγχειρητική νοσηλευτική χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ευρεία ποικιλία των νοσηλευτικών λειτουργιών που συνδέονται με την χειρουργική εμπειρία της ασθενούς και περιλαμβάνει τρεις φάσεις: προεγχειρητική, τη διεγχειρητική και τη μετεγχειρητική φάση^{(20), (29)}.

VI.5.1.- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ

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

1.- Προεγχειρητική ψυχοκοινωνική εκτίμηση και παρεμβάσεις

α) Η νοσηλεύτρια ερμηνεύει τον όρο «υστερεκτομή» μόνο με τις απαραίτητες διευκρινίσεις στην άρρωστη και την οικογένειά της. εξασφάλιση συγκατάθεσης συζύγου για την τεχνητή στείρωση και την διακοπή της κύησης. σε περίπτωση που η ασθενής είναι έγκυος.

β) Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων αυτής της άρρωστης, όπως ο φόβος αποχωρισμού από τα οικεία πρόσωπα. Μια τέτοια ασθενής πιθανότητα να είναι μητέρα και το άγχος των οικογενειακών της ευθυνών να επιβαρύνει την ήδη υπάρχουσα κατάσταση. Μπορεί να έχει επίσης οικονομικά προβλήματα και επαγγελματικές υποχρεώσεις. Η νοσηλεύτρια πέραν των προσωπικών συμβουλών προς την ασθενή οφείλει να συνεργαστεί με

κοινωνικό λειτουργικό προκειμένου να λυθούν τα παραπάνω προβλήματα, αν δεν υπάρχει άλλος τρόπος.

γ) Επιπλέον των παραπάνω φόβων η ασθενής μπορεί να βιώνει το φόβο της νάρκωσης. Στην επικοινωνία της με την ασθενή, η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθήσει στη διόρθωση λαθεμένων αντιλήψεων και πληροφοριών, ενώ η επίσκεψη του αναισθησιολόγου και του νοσηλευτή του χειρουργείου, την προηγούμενη της χειρουργικής επέμβασης, εγκαθιστά επιπρόσθετη εμπιστοσύνη. Τον φόβο του αγνώστου, που είναι συχνά ο πιο ενοχλητικός φόβος. Η ασθενής πιθανόν ν' ανησυχεί ότι δεν της έχουν αποκαλυφθεί όλα σχετικά με την σοβαρότητα της κατάστασης, με την μεταχειρητική θεραπεία και τη συνουσία. Η νοσηλεύτρια πρέπει να τις παράσχει τις κατάλληλες συμβουλές που αφορούν την σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα, κατά περίπτωση.

δ) Υποστήριξη της ασθενούς κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων. Μερικές γυναίκες είναι ικανές να αποδεχθούν την υστερεκτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου τους και τις σεξουαλικές τους ανάγκες. Άλλες διατηρούν αμφιβολίες για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψή τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Άλλες πάλι μπορεί να παρουσιάζουν κατάθλιψη και άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, αν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη.

ε) Παροχή ευκαιριών στην ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.

Η νοσηλεύτρια, εξαιτίας της εγγύτητάς της με την άρρωστη, είναι το άτομο στο οποίο, αυτή εμπιστεύεται τους φόβους και τα προβλήματά της. Η νοσηλεύτρια, με τη σειρά της θα πρέπει να δημιουργεί όλες τις προϋποθέσεις που βοηθούν την ασθενή να εκφράζει τις σκέψεις της και να πληροφορεί το χειρουργό για τους φόβους της, ώστε μαζί να την προετοιμάζουν για την χειρουργική εμπειρία.

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

- Βοηθά στη μείωση του άγχους
- Μειώνει τη δόση της επέμβασης και των αναλγητικών μετά από αυτή.
- Συμβάλλει στην πιο γρήγορη σταθεροποίηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσης μετά την επέμβαση
- Μειώνει την επίπτωση λοίμωξης
- Ενθαρρύνει το άτομο να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο στην ανάρρωσή του
- Επιταχύνει την ανάρρωση και την έξοδο απ' το νοσοκομείο^{(20), (29)}

2.- Φυσική νοσηλευτική εκτίμηση και παρεμβάσεις

α) Η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει το ιστορικό υγείας της ασθενούς. Πληροφορίες σχετικά με την ηλικία, τη συζυγική κατάσταση, το εμμηνορυσιακό, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό της ασθενούς, τις ατομικές υγιεινές της συνήθειες, προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα, συμπτώματα έρπης, της χρήση κολλικών αντιβιοτικών, την τελευταία ημερομηνία του Pap – test και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου.

β) **Σωματική τόνωση.** Η θρεπτική κατάσταση συσχετίζεται άμεσα με την καλύτερη αντιμετώπιση του χειρουργικού stress. Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Η ασθενής λόγω απώλειας αίματος, ιδρώτα και εμέτων πιθανόν να χάσει υγρά. Η διατήρηση της υδατοηλεκτρικής ισορροπίας είναι εξίσου σημαντική και η ενυδάτωση κύριο μέλημα του νοσηλευτή.

γ) Πρέπει να πραγματοποιηθούν διάφορες ιατρικές εξετάσεις για την εκτίμηση της φυσικής κατάστασης της ασθενούς και ενδεχομένης επέκτασης της νόσου.

- Εξετάσεις αίματος, γενική αίματος (λευκά – ερυθρά)
- Εξέταση αιμοσφαιρίνης για έγκαιρη διάγνωση αναιμίας και κατάλληλη αντιμετώπισή της

- Προσδιορισμός ομάδας αίματος και Rhesus αίματος με σκοπό την εξασφάλιση αίματος σε περίπτωση μετάγγισης
- Εξέταση ηλεκτροκαρδιογραφήματος
- Ενδοφλέβια πυελογραφία. Για την επαρκή απομάκρυνση από το σώμα φαρμάκων, αναισθητικών μέσων, άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού και τοξινών είναι απαραίτητη η καλή λειτουργία του ήπατος και των νεφρών και η σωστή αποβολή των υγρών. Σε περίπτωση άλλωστε προχωρημένου σταδίου καρκίνου τραχήλου μήτρας, οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί.
- Ακτινογραφία θώρακα για εκτίμηση της αναπνευστικής κατάστασης της άρρωστης. Η ασθενής θεωρείται έτοιμη για χειρουργείο μόνο όταν εξασφαλιστεί η άριστη δυνατή αναπνευστική λειτουργία. Το κάπνισμα διακόπτεται 4 – 6 εβδομάδες πριν από την επέμβαση.

δ) Η νοσηλεύτρια διδάσκει την ασθενή τον τρόπο αναπνευστικών και κοιλιακών ασκήσεων με σκοπό την προαγωγή αερισμού των πνευμόνων για πρόληψη μετεγχειρητικής βρογχοπνευμονίας και ατελεκτασίας

ε) Ο νοσηλευτής ετοιμάζει το εγχειρητικό πεδίο. Αυτό εξασφαλίζεται με λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος απ' το ακάθαρτο δέρμα. Η προετοιμασία του δέρματος περιλαμβάνει και την αποτρίχωση.

στ) **Καθαρισμός υποκλυσμός.** Συνήθως γίνονται δυο υποκλύσμοι. ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες προ της επεμβάσεως. Ο καθορισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει:

- Στην αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι
- Την ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων

1.- Κολπική πλύση με αντισηπτικό σε κολπική υστερεκτομή (σπάνια σε κοιλιακή υστερεκτομή) γίνεται συνήθως το προηγούμενο βράδυ της επεμβάσεως κατόπιν ιατρικής εντολής.

1α.- Χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.

3.- Άμεσες προεγχειρητικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Το πρωινό της ημέρας του χειρουργείου ο νοσηλευτής (-ια) συμπληρώνει την προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς. Ρωτά την ασθενή αν έχει κάποια απορία, συνεχίζει να παρατηρεί για σημεία άγχους και ενημερώνει αυτήν και τους συγγενείς της για οποιαδήποτε καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης.

Για την ασφάλεια της ασθενούς κατά τη διάρκεια της επέμβασης η νοσηλεύτρια ακολουθεί τα γενικά μέτρα κάθε χειρουργικού ασθενούς.

α) **Καταγράφει τα ζωτικά της σημεία.** Εξαιτίας άγχους αναμένεται κάποια αύξηση στην αρτηριακή πίεση και στη συχνότητα του σφυγμού. Μεγάλες, ωστόσο διαφορές απ' τις φυσιολογικές ή συνήθειες για την ασθενή τιμές, πρέπει ν' αναφέρονται στο χειρουργό.

β) Ελέγχει την ταινία αναγνώρισης για να βεβαιωθεί ότι είναι ευανάγνωστη, ακριβής και καλά στερεωμένη.

γ) Επισκοπεί το εγχειρητικό πεδίο για ολοκλήρωση της προετοιμασίας του.

δ) Επαληθεύει ότι η ασθενής δεν έφαγε τις τελευταίες ώρες και ότι δεν πήρε υγρά για τουλάχιστον τέσσερις ώρες.

ε) Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης. Μερικά και καταγράφει την ώρα και το ποσό των ούρων.

στ) Αφαιρεί το χρώμα, σε περίπτωση που τα νύχια της ασθενούς είναι βαμμένα, για να είναι δυνατός ο έλεγχός τους για κυάνωση στο χειρουργείο και μετά την επέμβαση.

ι) Βοηθά την ασθενή να φορέσει τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο. Αφαιρούνται τυχόν κοσμήματα, καταγράφονται και φυλάσσονται.

ια) Χορηγεί τα προαναισθητικά φάρμακα, την ακριβή (συνήθως μισή ώρα πριν) και την καθορισμένη ώρα. Μετά την προνάρκωση, η νοσηλεύτρια εξασφαλίζει στην ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό^{(20), (29), (32)}.

VI.5.2.- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ

Από τη στιγμή που η ασθενής μεταφέρεται στο δωμάτιο αναισθησίας, την ευθύνη για την φροντίδα της αναλαμβάνει η χειρουργική ομάδα.

Η χειρουργική ομάδα αποτελείται από ειδικά εκπαιδευμένα άτομα που εργάζονται μαζί, συντονισμένα, για την ευημερία και ασφάλεια της άρρωστης. Ο χειρουργός αποφασίζει για τον τύπο της επέμβασης (Werthein, Schanta) και πρέπει να' ναι συνεχώς ενήμερος για αλλαγές στις μεταβαλλόμενες λειτουργικές ανάγκες του ατόμου.

Ο αναισθησιολόγος εξαλείφει τον πόνο και προάγει την χαλάρωση μέσω αναισθησίας. Επιπλέον πρέπει α) να διατηρεί τον αεραγωγό του αρρώστου, β) να εξασφαλίζει ανταλλαγή αερίων, γ) να χορηγεί αίμα, υγρά και φάρμακα ανάλογα με τις ανάγκες, δ) να παρακολουθεί στενά την κυκλοφορία και αναπνοή της ασθενούς και ε) να ενημερώνει αμέσως το χειρουργό για οποιαδήποτε επιπλοκή.

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας ενεργεί ως διαχειριστής του χειρουργείου, προάγει την ασφάλεια και καλύπτει τις ανάγκες υγείας της ασθενούς με α) εξασφάλιση καθαρού περιβάλλοντος και σωστής θερμοκρασίας και φωτισμού, β) έλεγχο της λειτουργίας εξοπλισμού (αναρροφητήρες, διαθερμίες) και σύνδεσής του με άσηπτα εξαρτήματά του, γ) εξασφάλιση εφοδίων και υλικού, δ) στενή παρακολούθηση ώστε να εφαρμόζεται συνεχώς η άσηπτη τεχνική, ε) ζύγιση και μέτρηση των μεγάλων γαζών, στ) επικοινωνία με ακτινολογικό τμήμα και εργαστήρια, αν το ζητήσει ο χειρουργός, ι) ετοιμασία και αποστολή στο παθολογοανατομικό τμήμα δείγματος που αφαιρέθηκε για εξέταση (βιοψία).

Ο πλυμένος νοσηλευτής παίρνει άμεσα μέρος στην επέμβαση. Ετοιμάζει τα άσηπτα χειρουργικά τραπέζια, με όλα τα απαραίτητα γενικά και ειδικά εργαλεία, ράμματα, βελόνες, γάζες. Μετρά όλα τα προαναφερθέντα αντικείμενα, προτού ο χειρουργός κλείσει το τραύμα.

Η θέση στην οποία τοποθετείται η ασθενής στο χειρουργικό κρεβάτι εξαρτάται από το είδος της χειρουργικής επέμβασης (θέση λιθεκτομής, θέση

Trendelenburg) και από τη φυσική κατάσταση της ασθενούς. Γενικά πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

- Η ασθενής πρέπει να' ναι στην ανετότερη δυνατή θέση
- Το εγχειρητικό πεδίο πρέπει να' ναι επαρκώς εκτεθειμένο
- Δεν πρέπει να εμποδίζεται η αιματική παροχή
- Δεν πρέπει να εμποδίζεται η αναπνευστική λειτουργία
- Πρέπει να προστατεύονται τα νεύρα από περιττή πίεση
- Αν η ασθενής είναι σε διέγερση, χρειάζεται ήπιο περιορισμό πριν

από την αναισθησία.

Μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης η ασθενής θα μεταφερθεί στο δωμάτιο ανάνηψης στο οποίο και θα παραμείνει ως και την πλήρη ανάνηψή της, δηλαδή μέχρις ότου έχει σταθερή αρτηριακή πίεση, επαρκή αναπνευστική λειτουργία και λογικό επίπεδο συνείδησης⁽²⁰⁾.

VI.5.3.- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ

Η μετεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς αποτελεί σοβαρή, ίσως τη σοβαρότερη απασχόληση του νοσηλευτού. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συντελέσει:

- α) Στην προστασία της ασθενούς στις διάφορες φάσεις ανάνηψης
- β) Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης ως ασθενούς
- γ) Στην ανακούφιση της από ενοχλήματα
- δ) Στην πρόληψη επιπλοκών και

ε) Στην βοήθεια της ασθενούς, για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική της κατάσταση

Η μετεγχειρητική φροντίδα και η ευθύνη του νοσηλευτή αρχίζει από την στιγμή που η ασθενής θα μεταφερθεί από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή της. Ο ρόλος του νοσηλευτή σ' αυτή τη φάση είναι πολυπαραγοντικός γι' αυτό και ιδιαίτερα δύσκολος.

1.- Ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίσει για την σωστή θέση της ασθενούς στο κρεβάτι. Η λαθεμένη στάση του αρρώστου στο κρεβάτι μπορεί να επιφέρει

πλήθος επιπλοκών απ' όλα τα συστήματα. Η ύπτια θέση, χωρίς μαξιλάρι και το κεφάλι στο πλάι, χρησιμοποιείται αμέσως μετά την εγχείρηση για διευκόλυνση αποβολής εκκρίσεως της στοματικής κοιλότητας και απελευθέρωση του αεραγωγού. Ο νοσηλευτής θα φροντίσει να παραμείνει η ασθενής στη θέση αυτή μέχρις ότου ανανήψει εντελώς. Αργότερα τοποθετείται σε «ανάρροπη» θέση. Αποφεύγεται η τοποθέτηση της ασθενούς σε υψηλή Fowler θέση, καθώς και πίεσης κάτω από τα γόνατα, για πρόληψη στάσης του αίματος.

2.- Λήψη ζωτικών σημείων και εκτίμηση αυτών βάσει του ατομικού ως ιστορικού που ήδη γνωρίζει τιμές και τις συνήθειες ενδείξεις της ασθενούς.

3.- Ακριβή μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

4.- Έλεγχο της σύνδεσης της παροχέτευσης του τραύματος

5.- Έλεγχο κολπικής εκροής, και εκτίμηση αυτούς (οσμή, σύσταση, χρώμα) για παρατήρηση πιθανών παθολογικών ευρημάτων.

6.- Έλεγχο και φροντίδα του τραύματος με σκοπό την γρήγορη επούλωση και την πρόληψη λοίμωξης αυτού.

7.- Αντιμετώπιση του πόνου. Ο πόνος είναι μια από τις πιο πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα. Ο νοσηλευτής για ν' ανακουφίσει την ασθενή από τον πόνο, προσπαθεί να την προστατεύσει από έμετο ή βήχα και όταν υπάρχει μεγάλη ανάγκη χορηγεί αναλγητικά μετά ιατρικής εντολής. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα, οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Οι εκκρίσεις κατακρατούνται στο βρογχικό δέντρο, με κίνδυνο ατελεκτασία και πνευμονία.

8.- Αντιμετώπιση εμέτου, πρόληψη εισρόφησης. Σήμερα βέβαια η χρήση νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων έχει ελαττώσει κατά πολύ την εμφάνιση του.

9.- Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης. Ο νοσηλευτής πρέπει να εξαλείψει οποιοδήποτε στοιχείο προκαλεί ανησυχία – δυσφορία στην ασθενή, όπως βρεγμένο επιδεσμικό υλικό του τραύματος, επίσχεση ούρων, μετεωρισμός, αϋπνία. Ο νοσηλευτής οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο

ελάχιστο. να βοηθήσει την άρρωστη ν' απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο της ύπνο με απασχόληση.

10.- Έγκαιρη έγερση της ασθενούς για πρόληψη επιπλοκών

11.- Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία (προφυλακτικά)

12.- Στενή παρακολούθηση της ασθενούς για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.

Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κοιλιακή υστερεκτομή, είναι κυρίως δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων (ουρητηρικό συρίγγιο).

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

2.- **Αιμορραγία.** Αν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο της αιμόσταση. Η άρρωστη παρακολουθείται στενά, γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μην χρειαστεί χειρουργική επέμβαση. Ο νοσηλευτής τοποθετεί το σημείο αν είναι δυνατόν και το καλύπτει με γάζα. Ο νοσηλευτής τοποθετεί τον ασθενή σε θέση καταπληξίας (Shock θέση ύπτια, τα πόδια ανυψωμένα κατά 30°).

3.- **Λοίμωξη.** Για τις περισσότερες λοιμώξεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος. Άλλοι μικροοργανισμοί είναι το κολοβακτηρίδιο, η ψευδομονάδα και ο στρεπτόκοκκος. Ο νοσηλευτής παρατηρεί σημεία φλεγμονής, πόνο, οίδημα, ερυθρότητα. Η συχνότητα των σφίξεων της ασθενούς αυξάνει και η θερμοκρασία ανεβαίνει θεραπευτικά και αντιμετωπίζεται με διάνοιξη.

4.- Πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων από την κύστη (οφείλονται στη γειτονιά της κύστης με την χειρουργική περιοχή). Ο νοσηλευτής:

α) Παρακολουθεί και καταγράφει προσλαμβανόμενα κι αποβαλλόμενα υγρά· χορηγεί τα υγρά παρεντερικά σύμφωνα πάντα με την ιατρική οδηγία.

β) Τοποθετεί μόνιμο καθετήρα, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεφρών μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Δύναται να τοποθετηθεί και υπερηβικός καθετήρας λήψη όλων των απαραίτητων μέτρων για αποφυγή ουρολοίμωξης, λόγω καθετήρα.

γ) Αφαίρεση του καθετήρα, με οδηγία του γιατρού, μετά από 5 ημέρες.

δ) Καθετηριασμός της κύστης, αν η άρρωστη δεν έχει καθετήρα και δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.

ε) Η άρρωστη καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει ουρολοίμωξη.

5.- Δυσφορία λόγω κοιλιακής διάτασης.

α) Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμη στο χειρουργείο.

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

γ) Ο νοσηλευτής μπορεί να ακροαστεί την κοιλιά για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού. Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός.

6.- Πρόληψη

α) Ο νοσηλευτής οφείλει ν' αλλάζει το σημείο φλεβοκέντησης τακτικά για πρόληψη της φλεβίτιδας

β) Υπολογισμός του αίματος που χάνεται με την ζύγιση των γαζών αμέσως μετά την αφαίρεσή τους· σύγκριση βρεγμένων και στεγνών γαζών· η διαφορά του βάρους θα είναι το αίμα που χάνεται

γ) Αναζήτηση σημείου Homon (ευαισθησία και πόνος στην γαστροκνημία κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού)

δ) Ο νοσηλευτής πρέπει να επισκοπεί τα κάτω άκρα της ασθενούς για παρουσία κιρσών· χρήση ελαστικών καλτσών ως μέσο προφύλαξης απ' τη θρομβοφλεβίτιδα και για την προαγωγή της κυκλοφορίας. Σε περίπτωση που η ασθενής παρουσιάσει σημεία θρομβοφλεβίτιδας, ο νοσηλευτής συνιστά πλήρη

ανάπαυση, ανύψωση του άκρου αν είναι δυνατή και εφαρμογή θερμών επιθεμάτων. Χορηγείται αντιπηκτική αγωγή κατόπι ιατρικής οδηγίας. Τα ίδια μέτρα λαμβάνει ο νοσηλευτής και σε περίπτωση πνευμονικής εμβολής.

7.- Πρόληψη και αντιμετώπιση αναπνευστικών επιπλοκών

Σε περίπτωση ατελεκτασίας ο νοσηλευτής:

α) Προσφέρει βοήθεια στην άρρωστη να αλλάζει θέση κάθε 2 ώρες και ενθάρρυνση και παίρνει βαθιές αναπνοές

β) Συστήνει στην ασθενή διακοπή του καπνίσματος τουλάχιστον για 7 – 10 μέρες

γ) Αποφεύγει τη χρήση φαρμάκων ηρεμιστικών, όπως έχουμε προαναφέρει που καταστέλλουν το αντανακλαστικό του βήχα

δ) Φροντίζει για τη σωστή ενυδάτωση της ασθενούς που έχει σαν αποτέλεσμα τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων.

Σχεδιασμός εξόδους απ' το νοσοκομείο – Διδασκαλία

- Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα
- Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή

- Παροχή συμβουλών στην άρρωστη

- Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα (για ένα μήνα μέχρι 6 εβδομάδες) ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή άνοδος κλίμακας, για πρόληψη διάσπασης του τραύματος. Η οδήγηση αυτοκινήτου μπορεί να καθυστερήσει για 3 εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πεντάλ του φρένου μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλιά.

- Να ασκείται και να αποφεύγει το παρατεταμένο κάθισμα, εξαιτίας της πιθανότητας να λιμνάσει το αίμα στην πύελο και να δημιουργηθούν θρομβοεμβολές.

- Να αποφεύγεται η συνουσία 6 – 8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.

- Παροχή εξηγήσεων στην ασθενή ότι η κοιλιακή έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι

φυσιολογική και ότι η ποσότητά της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει.

- Ενημέρωση της άρρωστης για πιθανή εμφάνιση «αισθήματος κόπωσης» κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι· γι' αυτόν τον λόγο, δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.

- Βοήθεια της άρρωστης στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σ' ένα μήνα.

- Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματική της δραστηριοτήτων μόνο με οδηγία του γιατρού· θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας. τις ανάγκες για εργασία κλπ

- Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά, αλλά δεν διαρκούν πολύ.

- Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινοκοεργαστηριακού ελέγχου για πέντε χρόνια^{(20), (29), (32)}.

VI.6.1.- ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν:

1.- Από το στόμα

2.- Ενδοαγγειακά (ενδοφλέβια, ενδαρτηριακά)

3.- Ενδομυϊκά

4.- Με έγχυση στο νεόπλασμα

5.- Με έγχυση σε κοιλότητα (ενδοϋπεζωκοτική, ενδοπεριτοναϊκή, ενδορραχιαία κ.α.).

Στη συνέχεια αναφέρονται γενικές οδηγίες, που πρέπει να εφαρμόζονται κατά το χειρισμό των φαρμάκων αυτών.

1.- Προετοιμασία

1.1.- Κατά την διάλυση ή άλλο χειρισμό του φαρμάκου χρησιμοποιούνται ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος.

1.2.- Αν διάλυμα φαρμάκου έλθει σε επαφή με το δέρμα ή βλεννογόνο πλύνεται η περιοχή με άφθονο νερό.

1.3.- Αν κατά λάθος, διάλυμα φαρμάκου μπει στο μάτι εκτός από το μέτρο 1.2., πρέπει το άτομο να επισκεφθεί οφθαλμίατρο.

2.- Αρχίζει η έγχυση (προκειμένου για ενδοφλέβια χορήγηση) με το υγρό χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο.

3.- Το σημείο της εγχύσεως προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.

4.- Αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που είχε προηγούμενα χρησιμοποιηθεί.

5.- Μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο, παρακολουθείται η περιοχή της φλεβοκέντησης για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνο, ερυθρότητα). Αν το υγρό πάει ενδοφλέβια αρχίζει η έγχυση του φαρμάκου.

6.- Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκέντησης για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο της φλεβοκέντησης.

7.- Μόλις παρατηρηθούν τα πιο πάνω συμπτώματα διακόπτεται η έγχυση του φαρμάκου, διατηρείται η φλέβα ανοικτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνεται ο γιατρός.

8.- Ενημερώνεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πως πρέπει να αναφέρουν αμέσως πόνο, ερυθρότητα, ή οίδημα κοντά στο σημείο της ένεσης κατά ή μετά την θεραπεία.

9.- Η περίπτωση υποδόριας (έξω από την φλέβα) έγχυσης του φαρμάκου, αντιμετωπίζεται σύμφωνα με την διαδικασία που καθορίζεται για το συγκεκριμένο φάρμακο προκειμένου να προληφθεί ή να περιοριστεί η βλάβη των ιστών από την επίδραση του φαρμάκου.

10.- Μετά την έγχυση του φαρμάκου ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται.

11.- Γίνεται η αναγραφή της νοσηλείας με τη διαδικασία που ακολουθείται στο ίδρυμα.

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας

1.- Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει ο άρρωστος και η οικογένειά του) προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

2.- Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

3.- Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου ώστε να αποδεχτεί να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

4.- Προσφέρεται στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για την χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.

5.- Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.α. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας⁽³⁰⁾.

VI.6.2.- ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Τα κυτταροστατικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στον καρκίνο και κατ' επέκταση στον καρκίνο τραχήλου μήτρας δεν διακρίνουν το φυσιολογικό από το καρκινικό κύτταρο και επομένως μπορεί να παρατηρηθούν ορισμένες παρενέργειες και τοξικά φαινόμενα από την χρήση τους. Τα φάρμακα έχουν

την μεγαλύτερη επίδραση σε ταχέως πολλαπλασιαζόμενα καρκινικά και ουσιολογικά κύτταρα (π.χ. μυελός των οστών, δέρμα, θύλακοι των τριχών, βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα). Επειδή τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν δρουν εκλεκτικά μόνο στα καρκινικά, αλλά και στα φυσιολογικά κύτταρα (ιδίως σε αυτά με ταχύ πολλαπλασιασμό), η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία είναι πραγματικά μια πρόκληση.

Οι κυριότεροι λοιπόν στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η διατήρηση της άνεσης, η πρόληψη των επιπλοκών και η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την χημειοθεραπεία, της αναμενόμενες παρενέργειες και τα τοξικά φαινόμενα που θα πρέπει να αναφερθούν. Η νοσηλεύτρια διαδραματίζει επίσης κύριο ρόλο στη βοήθεια του ασθενούς και των σημαντικών γι' αυτόν προσώπων, στην αντιμετώπιση των τρεχουσών και μελλοντικών διαταραχών της σωματικής εικόνας, του τρόπου ζωής και των ρόλων, ως συνέπεια του καρκίνου και της χημειοθεραπείας.

Νοσηλευτική παρέμβαση

1.- Προετοιμασία της άρρωστης με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει την ασθενή ν' αναφέρει το άγχος και το φόβο της, πολύ σημαντικό είναι ν' αποσαφηνίσει τις λανθασμένες αντιλήψεις που έχει η ασθενής σχετικά με τον τρόπο δράσης των φαρμάκων, τις αναμενόμενες παρενέργειες και την δυνητική φαρμακευτική τοξικότητα.

2.- Σε περίπτωση γαστρεντερικών διαταραχών (ναυτία, έμετοι, διάρροια) η νοσηλεύτρια

α) Παρακολουθεί την συχνότητα των εμετών, τον χαρακτήρα και την ποσότητα, την ανορεξία που πιθανό να έχει η ασθενής και την θρέψη της.

β) Λαμβάνει μέτρα πρόληψης:

1.- Χορηγεί αντιεμετικά φάρμακα

2.- Χορηγεί τα ενδοφλέβια κυτταροστατικά αργά, εκτός αν υπάρχει αντείδειξη, έτσι ώστε να μειωθεί η διέγερση του κέντρου του εμετού.

3.- Καλό είναι, αν βέβαια είναι εφικτό να χορηγεί τα κυτταροστατικά τη νύχτα, έτσι ώστε να κοιμάται η ασθενής και να έχει λιγότερη ναυτία.

4.- Δίνονται κομμάτια μικρού πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία. ενισχύει η νοσηλεύτρια την άρρωστη να φάει λίγη φρυγανιά.

5.- Ενθαρρύνει την ασθενή να αναπνέει αργά και βαθιά όπου αισθάνεται ναυτία.

γ) Φροντίζει για τη στοματική υγιεινή κάθε δύο ώρες μετά από κάθε εμετό

δ) Προσφέρει μικρά, συχνά γεύματα· καθοδήγηση της ασθενούς να μασά τις τροφές αργά

ε) Καθοδηγεί την ασθενή να αποφεύγει ερεθιστικές τροφές για το γαστρικό βλεννογόνο

στ) Σε περίπτωση διάρροιας η νοσηλεύτρια χορηγεί φάρμακα αντιδιαρροϊκά και αλλάζει το σχήμα χημειοθεραπείας (Κεφ. VI.5.3).

3.- Σε περίπτωση στοματίτιδας η νοσηλεύτρια

α) Ενημερώνει την ασθενή να ξεπλένει το στόμα της συχνά με ζεστό φυσιολογικό ορό, με σόδα φαγητού και νερό ή με διάλυμα μαγειρικού αλατιού.

β) Συμβουλεύει την άρρωστη να προτιμά μαλακή οδοντόβουρτσα για την καθημερινή στοματική υγιεινή

γ) Ότι καλό θα ήταν να λιπαίνει συχνά τα χείλη της με βαζελίνη ή ανάλογα προϊόντα

δ) Φροντίζει για την σωστή ενυδάτωση της ασθενούς

ε) Ενθαρρύνει την ασθενή να μην καπνίζει (το κάπνισμα ερεθίζει και ξηραίνει το βλεννογόνο)

στ) Συμβουλευείται τον ιατρό όσον αφορά την χορήγηση αντιμικροβιακού φαρμάκου

ι) Ενημερώνει τον θεράποντα ιατρό σε περίπτωση που τα σημεία και συμπτώματα της στοματίτιδας επιμένουν ή επιδεινώνονται.

4.1.- Σε περίπτωση διαταραχών λόγω καταστολής του μυελού των οστών παρατηρείται λευκοπενία – αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων. Η νοσηλεύτρια:

α) Εκτιμά και αναφέρει συμπτώματα λοίμωξης:

1.- Αύξηση της συνήθους θερμοκρασίας της ασθενούς

2.- Ρίγος

3.- Αύξηση του αριθμού των σφίξεων

4.- Παθολογικοί αναπνευστικοί ήχοι

5.- Θολά, δύσοσμα ούρα

6.- Παράπονα του ασθενούς για συχνουρία, έπειξη ή καύσος κατά την ούρηση

7.- Παρουσία πυοσφαιρίων, μικροβίων και/ή νιτρωδών στα ούρα

8.- Αίσθηση θερμότητα, πόνο, ερυθρότητα, οίδημα ή ασύνηθες έκκριμα σε οποιαδήποτε περιοχή του σώματος

9.- Παράπονα του ασθενούς για αυξανόμενη αδυναμία και κόπωση

10.- Αύξηση του αριθμού και μεταβολές του τύπου των λευκών αιμοσφαιρίων

β) Παρακολουθεί τα λευκά αιμοσφαίρια και τον λευκοκυτταρικό τύπο. Σε απότομη πτώση των λευκών ($< 1000/\text{mm}^3$) διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός

γ) Λαμβάνει δείγματα για καλλιέργεια (π.χ. ούρα, κοιλικό επίχρισμα, στοματικό επίχρισμα, πτύελα, αίμα) σύμφωνα με την ιατρική εντολή και αναφέρει τυχόν θετικά αποτελέσματα

δ) Λαμβάνει μέτρα μείωσης του κινδύνου λοίμωξης:

1.- Προστατεύει την ασθενή από άλλα άτομα με λοίμωξη και από άτομα που προηγουμένως έχουν εμβολιασθεί

2.- Πράττει καλή και σχολαστική ατομική καθαριότητα

3.- Διατηρεί πρόσληψη 2500 ml υγρών ημερησίως εκτός αν υπάρχει αντένδειξη

4.- Ενεργεί ώστε να υπάρχει επαρκής θρέψη

5.- Προλαμβάνει ή περιορίζει τη στοματίτιδα με καλό καθαρισμό της στοματικής κοιλότητας

6.- Ενεργεί ώστε να προληφθεί οποιαδήποτε λύση της συνέχειας του δέρματος, σε περίπτωση όμως διακοπής της συνέχειας του δέρματος· καθαρίζει

την περιοχή προσεκτικά με αντισηπτικό διάλυμα, τουλάχιστον δύο φορές ημερησίως ή σύμφωνα με τις εντολές

7.- Εφαρμόζει μέτρα πρόληψης της δυσκοιλιότητας (π.χ. ενθαρρύνεται η ασθενής να αφοδεύει όταν αισθάνεται έπαιξη, ενθαρρύνεται η πρόσληψη τροφών πλούσιων σε ίνες) έτσι ώστε να προληφθεί τραυματισμός του βλεννογόνου του ορθού από τα σκληρά κόπρανα. Μετά τη χρήση τουαλέτας πλένεται και στεγνώνεται καλά η περιοχή του πρωκτού.

8.- Αλλάζει τη συσκευή ενδοφλέβιας έγχυσης της ασθενούς κάθε 24 ώρες

9.- Εφαρμόζει τεχνική απομόνωσης όταν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων πέσει πολύ χαμηλά.

4.2.- Θρομβοπενία

Σε περίπτωση θρομβοκυτταροπενίας προκύπτει αιμορραγική κατάσταση για το λόγο αυτό η νοσηλεύτρια φροντίζει για την:

α) Εκτίμηση και αναφορά σημείων και συμπτωμάτων ασυνήθους αιμορραγίας (πετέχιες, πορφύρα ή εκχυμώσεις, αιμορραγία από τα ούλα, αιμόπτυση, ασυνήθεις αρθραλγίες, εμφανής ή μη εμφανής απώλεια αίματος στα κόπρανα, ούρα ή εμέσματα, ανησυχία σύγχυση, μείωση της αρτηριακής πίεσης και αύξηση των σφίξεων).

β) Παρακολούθηση των επιπέδων των αιμοπεταλίων (Φ.Τ. 200.000 – 300.000/mm³). Αναφορά των παθολογικών αποτελεσμάτων (<50.000/mm³).

γ) Έλεγχο των κοπράνων, των ούρων και των εμεσμάτων για μη εμφανή απώλεια αίματος, αν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι πολύ χαμηλός.

δ) Πρόληψη της αιμορραγίας:

1.- Χρήση της μικρότερης δυνατής διαμέτρου βελόνας για τις ενέσεις, οι οποίες πρέπει να περιορίζονται στις απόλυτα απαραίτητες

2.- Εφαρμογή ήπιας, παρατεταμένης πίεσης για 3 λεπτά περίπου στο σημείο ενέσεως, για πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος.

3.- Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης της ασθενούς μόνο όταν είναι απόλυτα απαραίτητο και αποφυγή του υπερβολικού φουσκώματος του αεροθαλάμου.

4.- Προειδοποίηση της ασθενούς ν' αποφεύγει δραστηριότητες που αυξάνουν τον κίνδυνο τραυματισμού (αποτρίχωση με ξυραφάκι, χρήση σκληρής οδοντόβουρτσας ή νήματος για τα ούλα).

5.- Αποφυγή πράξεων που μπορεί να τραυματίσουν το βλεννογόνο του ορθού.

6.- Καθοδήγηση της ασθενούς να αποφεύγει να φυσά δυνατά τη μύτη της ή να καταβάλλει έντονη προσπάθεια κατά την αφόδευση

ε) Προσφορά βοήθειας στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας (έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος)

4.3.- Αναιμία

Στην περίπτωση αναιμίας ο νοσηλευτής φροντίζει για την:

α) Παρακολούθηση της αιμοσφαιρίνης (Φ.Τ. 14 – 16 g/100 ml αίματος), του αιματοκρίτη της ασθενούς (Φ.Τ. 37 – 47%) και παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, απάθεια, εύκολη κόπωση

β) Θρέψη της ασθενούς με διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο, ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα

γ) Αποφυγή κόπωσης

δ) Χορήγηση αίματος μετά ιατρικής εντολής

ε) Περιορισμός της απώλειας αίματος με τους τρόπους που προαναφέρθηκαν (4.2.).

4.4.- Νεφροτοξικότητα

Τα κυτταροστατικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου μήτρας, όπως η μεθοτρεξάτη και η σισηλατίνη, είναι φάρμακα νεφροτοξικά και συχνά δημιουργούν διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας.

Σε περίπτωση νεφροτοξικότητας, η νοσηλεύτρια φροντίζει για την:

α) Παρακολούθηση και αναφορά αποβολής ούρων κάτω από 100ml ανά ώρα κατά τη διάρκεια της χορήγησης αυτών των φαρμάκων (τοποθέτηση ουροκαθετήρα αν η αποβολή ούρων δεν μπορεί να ελεγχθεί με ακρίβεια κατόπιν ιατρικής εντολής)

β) Εκτίμηση και αναφορά σημείων και συμπληρωμάτων επηρεασμένης νεφρικής λειτουργίας (π.χ. αποβολή ούρων κάτω από 30 ml/ώρα)

γ) Συλλογή ούρων 24ώρου, αν δοθεί εντολή

δ) Λήψη μέτρων διατήρησης επαρκούς νεφρικής λειτουργίας:

1.- Ενυδάτωση της ασθενούς με τουλάχιστον 150 ml υγρών ανά ώρα, εκτός αν αντενδείκνυται, για 6 – 24 ώρες πριν την χορήγηση των νεφροτοξικών φαρμάκων που αναφέρθηκαν

2.- Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως σύμφωνα με τις εντολές και για 24 ώρες μετά την θεραπεία, για να διατηρηθεί υψηλός βαθμός σπειραματικής αιματικής ροής.

3.- Χορήγηση των παρακάτω φαρμάκων μετά ιατρικής εντολής:

1.- Διουρητικά

2.- Αναστολείς της ξανθινοξειδάσης

3.- Διττανθρακικό νάτριο

4.- Φυλλικό οξύ

ε) Εκτίμηση και αναφορά σημείων οξείας νεφρικής ανεπάρκειας (π.χ. ολιγουρία ή ανουρία, αύξηση βάρους, οιδήματα, αύξηση αρτηριακής πίεσης, λήθαργος και σύγχυση).

στ) Ιδιαίτερη προσοχή στο ισοζύγιο προσλαμβανομένων, αποβαλλομένων υγρών.

4.5.- Ηπατοξικότητα

Σε περίπτωση διαταραχής της ηπατικής λειτουργίας ασθενούς ο νοσηλευτής φροντίζει για την:

α) Παρακολούθηση της λειτουργικότητας του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις

β) Παρατήρηση συμπληρωμάτων που πιθανό να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, ίκτερος, διάρροια

γ) Ενημέρωση του ιατρού όταν τα συμπληρώματα επιδεινωθούν

δ) Ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα της υπατοξικότητας

4.6.- Αλλαγές στο δέρμα

Σε περίπτωση που η ασθενής παραπονεθεί για ενοχλήσεις και κνισμό από δερματικές περιοχές, ο νοσηλευτής φροντίζει για την:

α) Πρόληψη διακοπής της συνέχειας του δέρματος

1.- Διατήρηση του δέρματος καθαρό και στεγνό

2.- Διατήρηση των κλινοσκεπασμάτων στεγνών και χωρίς αναδιπλώσεις

3.- Συχνή αλλαγή θέσεως

β) Πρόληψη ξηροδερμίας

1.- Ενθάρρυνση της πρόσληψης 2.500 ml ημερησίως

2.- Σύσταση για μπάνιο ένα ήπιο σαπούνι

γ) Πρόληψη ερεθισμού του δέρματος από ενδεχόμενη διάρροια

δ) Αποφυγή εκθέσεως στον ήλιο^{(20), (30), (31)}.

4.7.- Διαταραχές αντίληψης του εαυτού

Η διαταραχή του σωματικού ειδώλου είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που θα αντιμετωπίζει η ασθενής που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία. Η διαταραχή σχετίζεται με:

α) Μεταβολές της εμφάνισης λόγω παρενεργειών (π.χ. αλωπεκία, υπερβολική απώλεια βάρους, μεταβολές του δέρματος και των νυχιών)

β) Πιθανή μεταβολή των σεξουαλικών επιθυμιών λόγω αδυναμίας, κόπωσης και ψυχολογικών παραγόντων

γ) Στειρότητα

δ) Αυξημένη εξάρτηση από άλλους για την ικανοποίηση των αναγκών της ατομικής φροντίδας

Σε περίπτωση διαταραχής αντίληψης του εαυτού ο νοσηλευτής:

α) Καθορίζει τη σημασία των μεταβολών της εμφάνισής της και συζητά ρεαλιστικούς τρόπους για την βελτίωση της εμφάνισής της

β) Λαμβάνει μέτρα για την αντιμετώπιση της θλίψης

- Αλωπεκία

- Πληροφορεί την ασθενή ότι η απώλεια των τριχών αναμένεται δύο εβδομάδες περίπου μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας, μπορεί αν είναι

αιφνίδια, σταδιακή, μερική ή ολική και μπορεί να περιλαμβάνει το τριχωτό της κεφαλής, του εφηβαίου, τα φρύδια και τις βλεφαρίδες

- Βεβαιώνει την ασθενή ότι η απώλεια τριχών είναι προσωρινή
- Πληροφορεί την ασθενή ότι οι νέες τρίχες πιθανόν να έχουν διαφορετικό χρώμα, υφή και πυκνότητας

- Ενθαρρύνει την ασθενή να κόψει τα μαλλιά της κοντά για να μειωθεί το άγχος όταν θα δει μεγάλες ποσότητες από τρίχες να πέφτουν

- Πληροφορεί την ασθενή ότι ο ρυθμός απόπτωσης των τριχών της κεφαλής μπορεί να μειωθεί με:

α) Απαλό βούρτσισμα των μαλλιών με μαλακή βούρτσα.

β) Αποφυγή χρήσης σκληρών σαμπουάν

γ) Τη χρήση παγοκύστης στην κεφαλή κατά τη χορήγηση του φαρμάκου, για να μειωθεί η αιματική ροή και επομένως, η επαφή του κυτταροστατικού φαρμάκου με του θυλάκους των τριχών.

- Ενθάρρυνση της ασθενούς να φορά περούκα
- **Υπέρχρωση του δέρματος και των φλεβών**
- Πληροφορεί την ασθενή ότι η μεταβολή του χρώματος του δέρματος και των φλεβών είναι προσωρινή

- Καθοδηγεί την ασθενή να αποφεύγει την έκθεση στον ήλιο και να χρησιμοποιεί αντηλιακά, για την πρόληψη αύξησης υπέρχρωσης και των αντιδράσεων φωτοευσθησίας.

- **Μεταβολές των νυχιών**

- Πληροφορεί την ασθενή ότι τα νύχια της μπορεί να παχυνθούν και να σταματήσουν να μεγαλώνουν, να εμφανίσουν εξογκώματα, να μελανιάσουν, ακόμη και να αποκολληθούν από την κοίτη τους κατά την διάρκεια της θεραπείας.

- Βεβαιώνει την ασθενή ότι τα νύχια θα επανέλθουν στην φυσιολογική του κατάσταση μετά το τέλος της θεραπείας

- **Στειρότητα**
 - Τονίζει την εξήγηση του ιατρού ότι η στειρότητα είναι πολύ πιθανή λόγω της χημειοθεραπείας.
 - Συζητά εναλλακτικές μεθόδους απόκτησης τέκνων
 - **Σεξουαλική ανικανότητα**
 - Ενθάρρυνση της ασθενούς να το συζητήσει με τον ιατρό
 - Παραπομπή σε ειδικότερο επιστήμονα
- γ) Ενθαρρύνει τα σημαντικά για την ασθενή πρόσωπα να της επιτρέψουν να κάνει ό,τι είναι ικανή, έτσι ώστε να αναπτυχθεί ξανά η αίσθηση της ανεξαρτησίας και της αυτοεκτίμησης⁽³¹⁾.

VI.7.- ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Τα προληπτικά μέτρα στον καρκίνο τραχήλου μήτρας μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς προλήψεως. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών μηχανισμών, που οδηγούν τελικά, στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων. στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει η νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ – συμπτωματική διάγνωση στο κατά το δυνατόν προϋμότερο στάδιο.

Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς προλήψεως ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δευτερογενούς πρόληψης είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης⁽²³⁾.

α) Πρωτογενής Πρόληψη

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι στενά συνδεδεμένος με την σεξουαλική δραστηριότητα. Η έναρξη σεξουαλικών επαφών σε νεαρή ηλικία και οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι και η λοίμωξη απ' τον ιό των

ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), επιβάλλει την αποφυγή αναστολών στη γενετήσια δραστηριότητα των γυναικών.

Έχει επίσης πιστοποιηθεί επαρκώς ότι το κάπνισμα αποτελεί μια από τις βασικές αιτίες στα πρώτα στάδια της καρκινογένεσης. Η αντιμετώπιση της καπνισματικής επιδημίας αποτελεί το βασικό στόχο στην αντιμετώπιση της πρωτογενούς πρόληψης γενικότερα των κακοηθών νεοπλασιών. Ριζική αντιμετώπιση του προβλήματος θα αποτελούσε η σταθερή αποφυγή του καπνίσματος για όσες δεν καπνίζουν, και η απόλυτη και συνεπής διακοπή της συνήθειας για όσες καπνίζουν, αλλά αυτό δεν είναι πάντα δυνατό, αν και έχουν προταθεί και δοκιμαστεί ποικίλες ψυχοκοινωνικές μέθοδοι. Αν αποτύχουν τα ριζικά μέτρα, είναι τουλάχιστον σκόπιμο να γνωρίζουν οι καπνίστριες και οι υπεύθυνοι για το χειρισμό του προβλήματος, τις παραμέτρους του καπνίσματος που μεγαλώνουν τους κινδύνους.

Πιθανολογείται ότι η μακρόχρονη λήψη αντισυλληπτικών δισκίων, κυρίως σε γυναίκες κάτω των 25 ετών, αυξάνει τον κίνδυνο της εκδήλωσης της νόσου. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να γίνεται σωστή ενημέρωση από το γυναικολόγο για τον τρόπο χορήγησης και την μέγιστη διάρκεια κατά την έναρξη με μέγιστο χρονικό διάστημα 6 μηνών και μετά διακοπή αυτών.

Τέλος στον τομέα της διατροφής ο περιορισμός της κατανάλωσης θερμίδων, κρέατος μεγάλων ζώων, λιπών ζωϊκής προελεύσεως, καπνιστών και υπεραλατισμένων τροφίμων, πυκνών οινοπνευματωδών ποτών και καφέ και αντίθετα η αύξηση της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, ορισμένων βιταμινών (Α, C) και τροφίμων με μεγάλο στερεό υπόλειμμα, σε συνδυασμό με σωστή σωματική άσκηση, πιστεύεται ότι αποτελεί χρήσιμη στρατηγική πρόληψης, μολονότι η σχέση διατροφή – καρκίνος τραχήλου μήτρα δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά^{(23), (24)}.

β) Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στην προσυμπτωματική τους διάγνωση κατά τη διάρκεια της προ – διηθητικής φάσης ή, σπανιότερα, κατά τη διάρκεια άλλων καρκινογενετικών φάσεων.

Για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συνιστάται να γίνεται κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου κάθε τρία έτη μετά το 20^ο έτος της ζωής (αφού προηγηθούν δύο επαναληπτικές αρνητικές κυτταρολογικές εξετάσεις σε χρονική απόσταση ενός έτους) και γυναικολογική εξέταση κάθε τρία έτη μέχρι το 40^ο έτος.

Ο Γεώργιος Παπανικολάου αν και από το 1928 είτε πρωτοδημοσιεύει μια κυτταρολογική μέθοδο διάγνωσης της νεοπλασίας στο 3^ο Συνέδριο του «Race Betterment», το 1943 τιμήθηκε και το 1948 πλέον αναγνωρίστηκε η μονογραφία του «Diagnosis of Uterine cancer by vaginal smears» σαν αξιόπιστη μέθοδος.

Ακολουθώντας αυτή τη μέθοδο για έλεγχο πληθυσμού ελαττώθηκε η θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας λόγω της έγκαιρης διάγνωσης και ανάδειξης προδιηθητικών αλλοιώσεων.

Όταν κυτταρολογικά προγράμματα μαζικού ελέγχου πληθυσμού για ανίχνευση καρκίνου τραχήλου μήτρας χρησιμοποιήθηκαν που δεν είχε εξεταστεί τις δεκαετίες 1940 και 1950, μια μεγάλη διαφορά στη μέση ηλικία εμφάνισης διηθητικού Ca και καρκινώματος *in situ* αποκαλύφθηκε (μέση ηλικία ασθενών με δυσπλασία 34 ετών, με καρκίνωμα *in situ* 42 χρονών, και διηθητικό Ca 48 χρονών), καταδεικνύοντας ότι η νόσος εξελίσσεται κυρίως σταδιακά, ώστε να είναι αποτελεσματικός ο μαζικός προληπτικός έλεγχος.

Η κυτταρολογική εξέταση κολποτραχηλικών επιχρισμάτων “test Pap” συνεχίζει να είναι η πιο ενδιαφέρουσα μέθοδος πρόληψης πρώιμης διάγνωσης αλλά πρέπει να αναφερθούν και περιπτώσεις που οδηγούμαστε σε λάθος διάγνωση και ατυχείς καθυστερήσεις στη σωστή διάγνωση και θεραπεία. όπως των ψευδώς αρνητικών κολποτραχηλικών επιχρισμάτων.

Προληπτικά προγράμματα διαλογής (screening) που βασίζονται στην κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου αποτελούν ένα σημαντικό κλειδί επιτυχίας στην μείωση της συχνότητας και της θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η εξέταση Παπανικολάου πλεονεκτεί γιατί είναι απλή, φθηνή και αποδεκτή από τον γυναικείο πληθυσμό και έτσι καθιερώθηκε ως δοκιμασία διαλογής για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Η εύκολη και ανώδυνη τεχνική της λήψης επιτρέπει στην εφαρμογή σε μαζικό επίπεδο και την πραγματοποίηση προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου από εκπαιδευμένα άτομα στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η αποτελεσματικότητά του βέβαια δεν έχει τεκμηριωθεί, αλλά θεωρείται πολύ πιθανή με ενδεχόμενη μείωση της θνησιμότητας κατά 2/3 του σημερινού της επιπέδου^{(23), (25), (26)}.

VI.8.- ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ – ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η δικαίωση της ύπαρξής μας, σαν Νοσηλευτικό επάγγελμα, είναι να είμαστε στο προσκέφαλο του Νοσηλευόμενου για να τον βοηθήσουμε να προσαρμοσθεί ευεργετικά στο μεταβατικό ρόλο του αρρώστου, ν' αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προέκυψαν, να ξαναβρεί τη μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του, να πεθάνει μ' αξιοπρέπεια.

Η σύγχρονη Νοσηλευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου, που εκφράζεται και πραγματοποιείται με την εφαρμογή της Νοσηλευτικής διεργασίας, στοχεύει στην άριστη, ολιστική και ανθρώπινη φροντίδα του. Σε κάθε νοσηλευτική περίπτωση, η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται στον άρρωστο σαν πρόσωπο, σαν ενιαίο και αδιαίρετο βιοψυχοκοινωνικό οργανισμό, στον οποίο όλες οι οργανικές λειτουργίες επηρεάζονται απ' την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου και την επηρεάζουν.

Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης φροντίδας του, προκειμένου να επανακτήσει την μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής, με την μεγαλύτερη δυνατή σωματική – ψυχική – πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και αποδοχή.

Στόχος της Νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με καρκίνο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητάς του, ώστε να καταπολεμά τα

καρκινικά κύτταρα, ν' αντέχει την θεραπεία και ν' αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια. Ενώ σκοπός της αποκατάστασής του είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του, με την μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησής του, ανεξάρτητα απ' το προσδόκιμο επιβίωσης.

Ο καρκίνος, αδιάκριτος, ανεπιθύμητος και απρόσκλητος παραβίασε τη ζωή του και σαν χρόνια νόσος, θα παραμείνει μαζί του για κάποιο μικρό ή μεγάλο διάστημα. Κι εκείνος θα πρέπει να μάθει να ζει μαζί του, ενώ θα συνεχίζει τον βιολογικό και ψυχολογικό του αγώνα.

Κάθε άνθρωπος με καρκίνο χρειάζεται ευκαιρίες ν' αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει με το δικό του βήμα και τον δικό του τρόπο για να ζήσει μια ζωή που θα' ναι ποιοτική για εκείνον, μια και ποιότητα ζωής, όρος που μόλις το 1977 γράφτηκε στο Index Medicus, είναι υποκειμενικός και ξεκάθαρα εξατομικευμένος. Για μερικούς, ίσως σημαίνει επιστροφή στην εργασία, ενώ γι' άλλους ανάληψη ξανά του μητρικού ή πατρικού ρόλου, στο μέτρο του δυνατού.

Η δυνατότητα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασής του, προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ιδίου του αρρώστου, της οικογένειάς του και εκπροσώπων διαφόρων ειδικοτήτων (γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργασιοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, φυσιοθεραπευτών, εθελοντών, πνευματικών), που συνεργάζονται στο πρόγραμμα αποκατάστασής του.

Η 24ώρη θέση της Νοσηλεύτριας δίπλα στον άρρωστο και το αυτόνομο γνωστικό επιστημονικό πεδίο της κάνει τη θέση της κεντρική, την ευθύνη της σημαντική και τη συμβολή της στο πρόγραμμα αποκατάστασης αξιόλογη. Το οδοιπορικό της, ένας μακρύς δρόμος που αρχίζει απ' την πρώτη μέρα των διαγνωστικών εξετάσεων και τελειώνει με το θάνατο μια ανηφόρα που εκείνη θα δώσει, αλλά και θα πάρει πολλά.

Η δυνατότητα επιτυχημένης Νοσηλευτικής παρέμβασης σ' αυτό τον τομέα φροντίδας, εξαρτάται όχι τόσο από τις γνώσεις της φυσιοπαθολογικής διεργασίας της άρρωστης και των δυσμενών της επιπτώσεων αλλά της

ικανότητας της/του Νοσηλεύτριας/τη να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για τον συγκεκριμένο άρρωστο, ποιες ψυχοκοινωνικές ανάγκες της δημιούργησε και ποια βοήθεια χρειάζεται για να εναρμονίσει τις απαιτήσεις των αναγκών αυτών, με την πραγματικότητα της ασθένειας. Η θετική νοσηλευτική της ανταπόκριση, αρχίζει με την **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ** που αναζητά απάντηση σε ορισμένα ερωτήματα:

- *Ποιος ο συγκεκριμένος άρρωστος και ποιες οι βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες του;*

- *Πως αντιδρά ο συγκεκριμένος άρρωστος στα ψυχοκοινωνικά αυτά επώδυνα ερεθίσματα;*

- *Ποιες οι προσωπικές του δυνάμεις και ικανότητες και πως έχει χρησιμοποιήσει, σε επώδυνα ερεθίσματα στο παρελθόν και*

- *Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ικανότητά του στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων αυτών καταστάσεων;*

Το προφίλ του αρρώστου με καρκίνο· φοβισμένος, ανασφαλής, αδύναμος, ζει μια οδυνηρή εμπειρία. Άνθρωπος με προσωπικό τρόπο βίωσης και έκφρασης των αναγκών που απορρέουν από το πώς εισπράττει την αρρώστια, την θεραπεία και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τους (ψυχολογικές, επαγγελματικές, κοινωνικές, οικονομικές) που τον υποχρεώνουν σε πολυάριθμους συμβιβασμούς.

Ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου είναι η **ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΕΙΛΙΚΡΙΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ**. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας, ενημερώνεται και πληροφορείται ο άρρωστος στο μέγεθος που ο ίδιος επιθυμεί και μπορεί, επιτρέπεται σ' όλα τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σ' ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές τους, εμπνέεται και κερδίζει η ενεργός συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, διαψεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι, καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης και καλύπτεται η ανάγκη του

αρρώστου να θρηνήσει εκείνο που έχασε, να εκδηλώνει τη λύπη του και το θυμό του, για να μην απομονωθεί συναισθηματικά.

Καθημερινά πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι Η **ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ – ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΛΑΞΗ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ**. Ολόκληρη η Νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Επιστήμη και Τέχνη του διαλόγου. Όχι μόνο η ακρόαση και η ομιλία, αλλά και η σιωπή, η συμπεριφορά, οι μορφασμοί, η βλεμματική επαφή, η απάντηση στην κλήση του αρρώστου, η τήρηση αποφάσεων και η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιοποιηθούν, επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος, όπου ο Νοσηλευτής είναι ικανός να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας, να επιλέγει τον καταλληλότερο χρόνο και τρόπο για διδασκαλία, να φέρνει τον άρρωστο σε επαφή με αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών, που μπορούν να του μεταβιβάσουν *«καταλαβαίνω πως αισθάνεσαι, βρέθηκα κι εγώ στη θέση σου και το ζεπέρασα»*, να προάγει την ανεξαρτησία του, να ενισχύει την θέληση και την ελπίδα του για ζωή.

Οι Νοσηλευτές **ΕΝΙΣΧΥΟΥΝ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ** όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν αντανakλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά, όταν ακούνε τον άρρωστο, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις του, όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματά του, όταν δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες του, όταν τον φροντίζει με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη Νοσηλεία, γιατί μεταβιβάζει προστασία, θαλπωρή, στοργή, γαλήνη, φροντίδα, συμμετοχή. Ένας άλλος Νοσηλευτικός σκοπός είναι η **ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ** που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός με ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασής του, να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματά του, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να τα αντιμετωπίζει και ν' αναγνωρίζει την πρόοδο, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματά του και να ζητά βοήθεια, ν' αναγνωρίζει και ν' απολαμβάνει τις μικροχαρές της ζωής, να διακρίνει την ρεαλιστική απ' την

νεύτικη ελπίδα και να μπορεί να υλοποιήσει το μήνυμα «Κάντετο σήμερα ν' αξίζει».

Σημαντικός στόχος του Νοσηλευτικού προγράμματος είναι η **ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**. Ας δούμε μερικά αντιπροσωπευτικά παραδείγματα νοσηλευτικών ερευνών που αποδεικνύουν το τι πράγματι προσδοκά η οικογένεια από τους Νοσηλευτές. Στη μελέτη της η Martachio υποστηρίζει ότι σημαντικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την υποστήριξή της, η οικογένεια θεωρεί την ανακούφιση άγχους, σύγχυσης και απελπισίας, την αναστήλωση της ελπίδας για το μέλλον, την αναζήτηση εναλλακτικών επιλογών και τη μεγιστοποίηση των αμυντικών μηχανισμών της. Η Coburn γράφει ότι στον νοσηλευτικό προγραμματισμό η οικογένεια πρέπει να 'χει διπλό ρόλο, τόσο σαν αποδέκτης φροντίδας, όσο και σαν συμμετοχος στη φροντίδα του αρρώστου. Η οικογένεια αναφέρουν οι Edstrom and Miller, Johnson, Lane and Davis, χρειάζεται ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για να κατανοήσει, να κρατήσει και να φροντίσει το αγαπημένο της πρόσωπο στη θαλπωρή του σπιτιού.

Στο τέλος, ο/η Νοσηλευτής/τρια επιχειρεί την **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ** που εφαρμόστηκαν και ανάλογα συνεχίζει, τροποποιεί ή επαναθεωρεί το πρόγραμμα, αναζητώντας τον καλύτερο τρόπο αποκατάστασης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου.

Όμως ο ρόλος των Νοσηλευτών στον τομέα της Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για τον άρρωστο με καρκίνο, όπως φαίνεται σε μια πρόσφατη ανασκόπηση της Νοσηλευτικής αρθρογραφίας εκτός από παροχή άμεσης φροντίδας είναι ερευνητικός, εκπαιδευτικός, συμβουλευτικός.

Ο ερευνητικός ρόλος είναι προφανής απ' τις Νοσηλευτικές έρευνες που επιχειρούν να δώσουν απάντηση σε νοσηλευτικούς προβληματισμούς σ' αυτό το χώρο.

Ο εκπαιδευτικός ρόλος εκφράζεται με την εκπαίδευση του αρρώστου που παρέχεται είτε με οργανωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για όλους τους

αρρώστους, είτε με εκπαιδευτικά προγράμματα προσανατολισμένα προς την αρρώστια ή προς την θεραπεία.

Όπως αναφέρουν χαρακτηριστικά οι Frank, Strobogy και Wright αν και δεν είναι πάντα εύκολη η προσφορά οργανωμένων εκπαιδευτικών ευκαιριών στα Νοσηλευτικά τμήματα, η διδασκαλία του αρρώστου γίνεται ανεπίσημα καθημερινά, καθώς οι Νοσηλευτές ενθαρρύνουν την αυτοφροντίδα και αναζητούν το καλύτερο χρόνο και τρόπο για να μεταδώσουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τη σιγουριά τους. Ο Συμβουλευτικός ρόλος της Νοσηλεύτριας εκφράζεται όταν παραπέμπει και κατευθύνει τον άρρωστο σε ειδικευμένους επαγγελματίες, ή σε οργανωμένα προγράμματα, καθώς και με συμβουλευτικές παρεμβάσεις προσανατολισμένες προς την αρρώστια ή την θεραπεία. Στον τομέα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο, επηρεάζεται αφ' ενός απ' την Νοσηλευτική εκπαίδευση και την φιλοσοφία τους κι αφετέρου απ' τις αξίες, την πολιτική και το είδος του Ιδρύματος που νοσηλεύεται ο άρρωστος καθώς και η παροχή ή μη δυνατοτήτων ψυχολογικής υποστήριξης στους εργαζομένους του.

Είναι γεγονός ότι πολλά προβλήματα που ξεφεύγουν απ' τον χρόνο αυτής της εισήγησης παρεμποδίζουν την εκπλήρωση του πολύπλευρου ρόλου μας σ' αυτό τον τομέα φροντίδας.

Όμως σίγουρα, η ικανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αρρώστων με καρκίνο δεν μπορεί να αποκτηθεί μόνο με τη μελέτη βιβλίων Ογκολογικής Νοσηλευτικής, αλλά βιώνεται με την ουσιαστική επαφή με τον ίδιο τον άρρωστο.

Χωρίς αμφιβολία, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ενισχύεται όταν ο άρρωστος νοσηλεύεται σε υπηρεσίες περιπατητικών ασθενών, σε οργανωμένα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας που ενσωματώνουν και την συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι, με ειδικές ομάδες (Home Continuing Care Team), που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής του αρρώστου και να ικανοποιήσουν την επιθυμία του να περάσει τις τελευταίες στιγμές της ζωής του, εκεί που πρωτοαντίκρουσε την ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

- Ορισμός Νοσηλευτικής διεργασίας

Νοσηλευτική διεργασία είναι εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου – αρρώστου. συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσης της φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής.

- Στάδια Νοσηλευτικής διεργασίας

1.- Αξιολόγηση ανάγκης και προβλημάτων του ατόμου

2.- Αντικειμενικός σκοπός

3.- Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας (ιεράρχηση)

4.- Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας

5.- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων (αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας⁽³³⁾)

ΙΣΤΟΡΙΚΟ Α

Η κυρία Θ. Μ., 38 ετών εισήλθε την 1/11/2002 στην Α΄ Γυναικολογική κλινική του Περιφερειακού Αντικαρκινικού – Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών ο «Άγιος Σάββας».

Εισήλθε στο νοσοκομείο συνοδευόμενη απ' τον σύζυγό της. Είναι κάτοικος Αθηνών, μητέρα 2 παιδιών, εργάζεται ως ιδιωτική υπάλληλος σε ναυτιλιακή εταιρία.

Στο ατομικό ιστορικό της δεν αναφέρονται χρόνιες παθήσεις, ούτε προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις. Η ασθενής δεν είναι καπνίστρια.

Δεν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό καρκίνου στην οικογένειά της. Στο μαιευτικό ιστορικό της η ασθενής αναφέρει ότι η εμμηναρχή ήταν σε ηλικία 14 ετών. Ενδομήτριος κύκλος Κ.Φ. Και οι δύο τοκετοί Κ.Φ. Η τελευταία έμμηνος ρύση 30.9.02. Το τελευταίο test – Pap πραγματοποιήθηκε προ τριετίας και ήταν (-), καθώς και η εξέταση του μαστού (-).

Το σύμπτωμα που την οδήγησε στο νοσοκομείο ήταν η κοιλιακή αιμόρροια, ροζ χρώματος, μετά από την επαφή ανάμεσα στις εμμηνορυσίες.

Στις 2/11/2002 πραγματοποιήθηκε γυναικολογική εξέταση, όπου ανευρέθη μόρφωμα τραχήλου, εξέταση ορθού (-), παραμήτρια ελεύθερα.

Στις 3/11/2002 έγινε βιοψία μέρος του παθολογικού τμήματος του τραχήλου, όπου ανευρέθη μικροκυτταρικό Ca από πλακώδες επιθήλιο, χωρίς κερατινοποίηση (Gta III), που συνοδεύεται από εκτεταμένη και βαθιά εξέλκωση του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου.

Στις 5/11/2002 έγινε CT άνω και κάτω κοιλίας, η άνω κοιλία (-). Σώμα και τράχηλος μήτρας χωρίς ευρήματα. Στις ωσθήκες ανευρέθησαν μικρά μορφώματα. Το μεγαλύτερο παρατηρείται αριστερά \approx 2 cm.

Στις 5/11/2002 έγινε Α/α θώρακος F + P (-), όπου δεν παρουσίασε παθολογικά ευρήματα.

Στις 6/11/2002 έγινε κυτταρολογική εξέταση ούρων, αρνητικό για κακοήθη κύτταρα, παρατηρούνται πολυάριθμοι θηλώδεις σχηματισμοί από κύτταρα του μεταβατικού επιθηλίου και συνεστήθη κοστεοσκοπικός έλεγχος. Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε κυστεοσκόπηση (-).

Μετά την ολοκλήρωση των εξετάσεων και την λήψη των αποτελεσμάτων διεγνώσθη Ca τραχήλου μήτρας σταδίου Ιβ1 και συνεστήθη ριζική υστερεκτομία τύπου ΙΙΙ. Μετά τον αδρό αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα. Καρδιολογικός έλεγχος Κ.Φ.

Η ασθενής υπεβλήθη σε ριζική υστερεκτομία στις 12/11/2002.

Η μετεγχειρητικής της πορεία ήταν ομαλή και εξήλθε του νοσοκομείου στις 19.11.2002. Κατόπιν ιατρικών οδηγιών για επανεξέταση.

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
1.- Παραλαβή της ασθενούς μετά το χειρουργείο	Έλεγχος της γενικής κατάστασης της ασθενούς μέχρι σταθεροποιήσεως των ζωτικών σημείων	1.- Να ληφθούν τα ζωτικά της σημεία.	1.- Ελήφθησαν τα 2. Σ Θ.Σ. = 37,2° C Α.Π. 125/80 ΣΦ = 72/min Αναπ. 14/min	Μετά από αυτές τις ενέργειες αξιολογήθηκε καλή η γενική κατάσταση της ασθενούς
		2.- Να ελεγχθούν οι εξωτερικές γάζες	2.- Ελέγχθηκε το τραύμα ήταν καθαρές οι εξωτερικές γάζες	
		3.- Να ελεγχθεί η λειτουργία και συνδέσεις της παροχέτευσης	3.- Ελέγχθηκε η λειτουργία της παροχέτευσης	
		4.- Να ελεγχθεί το επίπεδο συνείδησης της ασθενούς	4.- Ελέγχθηκε το επίπεδο συνείδησης, υποβάλλοντας στην ασθενή απλές ερωτήσεις (π.χ. Πως σε λένε, που βρίσκεσαι κ.α.)	
2.- Πόνος παρουσία έντονου πόνου στην περιοχή του τραύματος	Εξάλειψη των χαρακτηριστικών του πόνου	1.- Να ελεγχθεί η τραυματική περιοχή για τυχόν ύπαρξη ερυθρότητας, οιδήματος ή αυξημένης θερμοκρασίας	1.- Ελέγχθηκε η περιοχή του τραύματος, δεν παρουσιάζει σημεία φλεγμονής.	Μετά την εφαρμογή αυτών των μέτρων και την χορήγηση του παυσίπνου, η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο.
		2.- Να εξασφαλιστεί περιβάλλον με ησυχία.	2.- Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον με τον περιορισμό των επισκέψεων, τη ρύθμιση της σωστής θερμοκρασίας και καλό αερισμό	

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
		3.- Να συσταθεί στην ασθενή ν' αλλάζει συχνά θέση και να γίνει ελαφρύ massage σε περιοχές που πρίζονται	3.- Συστήθηκε στην ασθενή ν' αλλάζει συχνά θέσεις και έγινε ελαφρύ massage στην περιοχή των ώμων, της οσφύς και των γλουτών, για την ενίσχυση της αιμάτωσης της περιοχής	
		4.- Να δοθεί αναλγητικό επί έντονου πόνου μετά ιατρικής οδηγίας	5.- Χορηγήθηκε 1 amp Arotel μετά ιατρικής οδηγίας (έγινε λήψη της Α.Π. πριν τη χορήγηση)	
3.- Ναυτία, έμετος λόγω της επίδρασης των φαρμάκων της αναισθησίας	Απαλλαγή από τη ναυτία και την τάση προς έμετο, όσο το δυνατόν γρηγορότερα για την εξασφάλιση της άνεσης της ασθενούς	1.- Να τοποθετηθούν στο κομοδίνο νεφροειδή και χαρτοβάμβακο σε θέση που να έχει η ασθενής εύκολη πρόσβαση	1.- Τοποθετήθηκαν στο κομοδίνο τα απαραίτητα υλικά προκειμένου να εξυπηρετηθεί η ασθενής	Με την εφαρμογή των μέτρων αυτών η ασθενής απαλλάχθηκε απ' το πρόβλημα της τάσεως εμετού.
		2.- Να συσταθεί στην ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές για ν' αποβάλλει το αναισθητικό φάρμακο	2.- Συστήθηκε στην ασθενή να παίρνει αργές – βαθιές αναπνοές, προς αποφυγή ατελεκτασίας των πνευμόνων	
		3.- Να τοποθετηθεί η ασθενής στο πλάι όταν βρίσκεται σε ύπια θέση για την πρόληψη εισρόφησης των εμεσμάτων	3.- Τοποθετήθηκε η ασθενής στο πλάι προς αποφυγή εισρόφησης	

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
		4.- Να διατηρηθούν τα λευχίματα καθαρά	4.- Διατηρήθηκαν τα λευχίματα καθαρά, με συχνό έλεγχο και αντικατάστασή τους	
		5.- Να χορηγηθεί αντιεμετικό φάρμακο σε περίπτωση εμέτου για πρόληψη αφυδάτωσης	5.- Χορηγήθηκε 1 amp Vomex I. M. Επί εμετού μετά ιατρικής οδηγίας	
		6.- Να γίνει στην ασθενή καλή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας μετά τον έμετο	6.- Πραγματοποιήθηκε στην ασθενή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με στοματικό διάλυμα Hexalen	
4.- Δίψα λόγω έλλειψης υγρών	Ανημετώπισης αισθήματος δίψας εντός μικρού χρονικού διαστήματος	1.- Να υγραίνονται αρχικά τα χείλη της ασθενούς με βρεγμένη γάζα ή τολύπο	1.- Υγράθηκαν τα χείλη της ασθενούς με βρεγμένο πορτ - κοτόν	Μετά την εφαρμογή των μέτρων αυτών ανημετώπιστηκε επαρκώς το πρόβλημα της δίψας
		2.- Να χορηγηθούν υγρά από την περιφερειακή φλέβα που φέρει η ασθενής κατόπιν ιατρικής οδηγίας	2.- Χορηγήθηκαν παρεντερικά 1000 ^{cc} D/W 5% + 2 ^{cc} KCl. 1000 ^{cc} N/S 0,9% κατόπιν ιατρικής εντολής	
		3.- Να χορηγηθούν προοδευτικά υγρά από το στόμα σε περίπτωση που η ασθενής δεν εκδηλώνει τάση εμετού	3.- Χορηγήθηκε στην ασθενή από το στόμα μικρή ποσότητα υγρών	

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
		4.- Να φροντισθεί η καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς	4.- Έγινε φροντίδα της στοματική κοιλότητας με αντισηπτικό διάλυμα Hexalen	
5.- Εμφάνιση Stress λόγω της επέμβασης	Μείωση και αντιμετώπιση του άγχους	1.- Να διαβεβαιωθεί η ασθενής ότι τα μέλη του προσωπικού είναι ανά πάσα στιγμή κοντά της	1.- Έγινε κατανοητό στην ασθενή ότι το προσωπικό υγείας είναι στη διάθεση της ανά πάσα στιγμή	Με την εφαρμογή των μέτρων αυτών μειώθηκε το αίσθημα άγχους της ασθενούς
		2.- Να ενθαρρυνθεί η ασθενής να εκφράσει τους λόγους του φόβου και άγχους της (π.χ. μετεγχειρητική πορεία, φόβος θανάτου, οικογένεια)	2.- Πραγματοποιήθηκε διάλογος στον οποίο η ασθενής εξέφρασε ανησυχία για την οικογένειά της κατά το διάστημα διαμονής της στο νοσοκομείο. Καθησυχάστηκε η ασθενής ότι τα αγαπημένα της πρόσωπα είναι μια χαρά, και ότι προέχει η δική της ανάρρωση	
		3.- Να τονιστούν οι εξηγήσεις του ιατρού και ν' αποσαφηνιστούν οι λανθασμένες αντιλήψεις	3.- Επεξηγήθηκαν οι ιατρικές οδηγίες για τη μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς και την έξοδό της απ' το νοσοκομείο	

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι γυναίκες στις οποίες διεγνώσθη καρκίνος τραχήλου μήτρας σύντομα έχουν ν' αντιμετωπίσουν τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της θεραπείας και των παρενεργειών της. Οποιαδήποτε θεραπεία είναι επίθεση στην εικόνα του εαυτού, στο αίσθημα αυτοεκτίμησης και ισοδυναμεί με πραγματική, ή συμβολική απώλεια δυνατοτήτων ή αγαθών.

Η ανάγκη μακρόχρονης επίβλεψης και παρακολούθησης, το αβέβαιο μέλλον, το κοινωνικό στίγμα, η αρχή και το τέλος της θεραπείας, η προοδευτική αύξηση των συμπτωμάτων, η ανακάλυψη της υποτροπής, η εμφάνιση μεταστάσεων, ο χρόνιος πόνος, όλα και καθένα χωριστά, είναι μια ακόμη ψυχολογική κρίση με κοινωνικές προεκτάσεις.

Για την νοσηλεία λοιπόν, και γενικά την φροντίδα ασθενούς με καρκίνο, απαιτείται η στενή συνεργασία μια ομάδας επαγγελματιών υγείας και ο Νοσηλευτής είναι εκείνος που χωρίς αμφιβολία βρίσκεται σε πιο συχνή και άμεση επικοινωνία μαζί της. Λόγω λοιπόν της συγκεκριμένης σχέσης και θέσης ρόλου συχνά γίνεται ο δέκτης των σκέψεων και των ανησυχιών της ασθενούς καθώς και των επίπονων συναισθημάτων της. Η ασθενής με την εισαγωγή της στο νοσοκομείο μπαίνει και αυτή σ' ένα ρόλο που τις περισσότερες φορές είναι ρόλος εξάρτησης και αλλοτρίωσης. Ποτέ κανείς ενήλικας δεν διανοείται ν' αναθέσει σχεδόν ολοκληρωτικά τη φροντίδα του εαυτού του σε κάποιον άλλο, εκτός από την περίπτωση της ασθένειας, οπότε αυτό γίνεται υποχρεωτικά.

Μέσα από την καθημερινότητα ενός ογκολογικού νοσοκομείου η επικοινωνία μεταξύ του Νοσηλευτή και του ασθενή αφορά μια σχέση αλληλεπίδρασης τόσο στο απλό ενημερωτικό πλούσιο ρουτίνας όσο και σε μια βαθύτερη και ουσιαστική ψυχοσυνδιαλλαγή.

Άλλωστε, όπως πολλάκις προαναφέρθηκε ο ρόλος του νοσηλευτού στην αντιμετώπιση του καρκίνου είναι πολυδιάστατος και το εύρος των αρμοδιοτήτων του, αφορούν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της ασθενούς. Ο νοσηλευτής είναι ο άνθρωπος που

αντιμετωπίζει την ασθενή σ' όλα τα επίπεδα της ασθένειάς της. Ο ρόλος του, λοιπόν, απαιτεί σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις, κλινικές δεξιότητες και θετικές στάσεις έναντι της καρκινοπαθούς και της φροντίδας της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.- Γ. ΣΑΡΡΗ, «Γυναικολογία», εκδ. Δημήτριος Γιαννακόπουλος, Αθήνα 1992, σελ. 44 – 49, 238 – 242.
- 2.- ΝΙΚΟΣ Α. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, ΑΛΕΞΗΣ Ν. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, «Γυναικολογία», Επιστημονικές εκδ. Γρηγόριος Παρισιανός, Μαρία Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1994, σελ. 8, 13, 57 – 60, 65 – 67, 251 – 259.
- 3.- ΓΕΩΡΓΙΟΣ Κ. ΚΡΕΑΤΣΑΣ, «Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική Τόμος Ι», Ιατρικές εκδ. Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1998, σελ. 9–10.
- 4.- ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Γ. ΤΟΥΣΙΝΗΣ, «Στοιχεία Ανατομικής», Ιατρικές εκδ. Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1996, σελ. 220.
- 5.- Α. ΠΙΣΙΔΗΣ, «Ανατομική Βασικές Γνώσεις», εκδ. Λύχνος, Αθήνα 1991, σελ. 291 – 292.
- 6.- GUYTON AND HALL, «Ιατρική Φυσιολογία, Τόμος Β΄», Επιστημονικές εκδ. Γρηγόριος Παρισιανός, Μαρία Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1998, σελ. 1212 – 1213.
- 7.- MALIN DOLLINGER, M.D. ERNEST ROSENBAW M.D. & GREG CABLE, «Ο Καρκίνος», εκδ. Κάτοπτρο, Δεκέμβριος 1992, σελ. 335, 338, 340 – 341.
- 8.- ΓΕΩΡΓΙΟΣ Κ. ΚΡΕΑΤΣΑΣ, «Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική Τόμος ΙΙ», Ιατρικές εκδ. Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1998, σελ. 232 – 233, 237, 238.
- 9.- ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ε. ΜΟΡΤΑΚΗΣ, «Ενδοεπιθηλιακές Νεοπλασίες του Κατώτερου Γεννητικού Συστήματος της Γυναίκας. Έγχρωμος Κολποσκοπικός Άτλας», Ιατρικές εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1992, σελ. 15 – 16.
- 10.- ΑΧΙΛΛΕΑΣ Π. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, «Γυναικολογία», εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996, σελ. 317 – 318, 320 – 321, 324.
- 11.- ΓΕΩΡΓΙΟΥ Σ. ΚΟΥΡΟΥΝΗ, «Παθολογία Τραχήλου Μήτρας. Κολποσκόπηση (Άτλας)», Αθήνα 1991, σελ. 63, 65.

12.- EMMANUEL RUBIN, «Βασική Παθολογική Ανατομική. Τόμος II». Ιατρικές εκδ. Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2002, σελ. 64.

13.- Δ. ΧΑΪΔΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΡΟΔΟΛΑΚΗΣ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΚΑΛΠΑΚΤΣΟΓΛΟΥ, Ε. ΔΙΑΚΟΜΑΝΩΛΗΣ, «Αδενοκαρκίνωμα in Situ του τραχήλου της μήτρας». Γυναικολογικός Καρκίνος, τόμος 2, τεύχος 1. Ιανουάριος – Ιούνιος 1999. σελ. 36 – 40.

14.- Θ. ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ, Ι. Ν. ΜΠΟΝΤΗΣ, «Καρκινογένεση στο Γυναικείο Γεννητικό Σύστημα», εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 65.

15.- Γ. Χ. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ, «Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας», Ca... Μ' ενδιαφέρει, τεύχος 10, Αύγουστος – Οκτώβριος 1997, σελ. 22.

16.- ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ – ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΥ, «Προκαλεί καρκίνο το στρες;», Ε Ιατρικά, τεύχος 30, 1 Οκτωβρίου 2002, σελ. 16 – 19.

17.- ΑΡΙΣΤΟΦΑΝΗΣ ΧΡ. ΠΑΠΑΛΟΥΚΑΣ, «Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής, Τόμος Β'», εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1991, σελ. 141, 168.

18.- GORAN/HART/CALLANDER, «Γυναικολογία», εκδ. Δημήτριος Γιαννακόπουλος, Αθήνα 1993, σελ. 250, 255 – 260.

19.- BENJAMIN E. GREER, MD & WUI – JIN KOH, MD «Διάγνωση και Θεραπεία Καρκίνου του Τραχήλου», τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2002, σελ. 212 – 213.

20.- ANNA ΣΑΧΙΛΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ, ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ, «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 1^{ος} Τόμος», εκδ. ΒΗΤΤΑ Medical Arts, Αθήνα 1997, σελ. 105, 173, 180.

21.- Ε. ΠΑΤΗΡΑΚΗ – ΚΟΥΡΜΠΙΑΝΗ, Ε. ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ – ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΥ, «Νοσηλευτική Συμβολή στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και ποιότητα Ζωής, Αρρώστου με Καρκίνο». «Ο Ρόλος της Νοσηλεύτριας/τη στην Χημειοθεραπεία, Εκπαίδευση του αρρώστου». «Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων».

«Ευρώπη κατά του Καρκίνου». «Δυναμιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον Καρκινοπαθή». Αθήνα 1991. σελ. 8 – 17, 47 – 48.

22.- **Ε. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΪΔΗΣ, Σ. ΚΑΛΑΝΤΑΡΙΔΟΥ, Κ. ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ, Ι. ΝΑΥΡΟΖΟΓΛΟΥ, Δ. ΛΩΛΗΣ**, «Χειρουργική Αντιμετώπιση Διθητικού Καρκίνου Τραχήλου Μήτρας: Εμπειρία κατά το χρονικό διάστημα 1990 – 1995, «Γυναικολογία και Μαιευτική». έτος τρίτο. τεύχος 5. Ιανουάριος – Ιούνιος 1997.

23.- **ΑΝΤΩΝΙΑ ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΙ ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ**, «Προληπτική Ιατρική». [Χ. Ε] Αθήνα 1986. σελ. 61 – 65.

24.- **Θ. ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ, Δ. ΒΑΒΙΛΗΣ, Ι. Ν. ΜΠΟΝΤΗΣ** «Πρωτογενής και δευτερογενής Πρόληψη του Γυναικολογικού Καρκίνου». εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996, σελ.60 – 61.

25.- **ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Γ. ΤΕΡΖΑΚΗΣ**, «Πρόληψη – Έγκαιρη Διάγνωση Καρκίνου Αιδοίου – Κόλπου – Σώματος Μήτρας – Ωοθηκών». Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο – ογκολογίας, Αθήνα 1999. σελ. 279 – 280.

26.- **Μ. ΠΑΠΠΑ, Γ. ΓΙΑΝΝΑΚΑΚΗ, Ι. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ, Ν. ΚΑΜΠΑΣ., Α. ΔΕΝΤΗ, Α. ΖΕΡΒΑΚΗ, Χ. ΣΑΛΛΑ, Β. ΔΑΠΟΛΛΑ, Ε.Α. ΣΚΛΗΡΟΣ**, «Πρόγραμμα ανίχνευσης καρκίνου τραχήλου της μήτρας στο Δήμο Νεμέας», Κλινικά Χρονικά. τόμος 25, τεύχος 2. Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος 2002, σελ. 119 – 123.

27.- **ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗ**, «Η Γυναίκα – Σωματική και Ψυχική Ακεραιότητα», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία. Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο – ογκολογίας. Νοέμβριος 1999 – Φεβρουάριος 2000. Αθήνα 2001, σελ. 23 – 24.

28.- **ΠΕΤΡΑΚΗ ΔΗΜΗΤΡΑ**, «Γνωστικές αναπαραστάσεις, κοινωνικές προκαταλήψεις γύρω απ' τον καρκίνο», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο – ογκολογίας, Αθήνα 1988, σελ. 184.

29.- ANNA ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ, ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ, «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. 2^{ος} τόμος». Εκδ. Βήττα medical arts. Αθήνα 1977. σελ. 431 – 435, 456, 460 – 465.

30.- Μ. Α. ΜΑΓΛΑΡΙΝΟΥ – Σ. Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΑΤΟΥ, «Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Β΄. Μέρος 2^ο». Εκδ. «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ. Α., Αθήνα 1997, σελ. 144 – 151.

31.- ULRICH _ CANALE _ WENDELL, «Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική», Ιατρικές εκδ. Λαγός Π. Δημήτριος. Αθήνα 1988. σελ. 197 – 200, 235 – 237.

32.- Μ. Α. ΜΑΓΛΑΡΙΝΟΥ – Σ. Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΑΤΟΥ, «Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Α΄», Εκδ. «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ. Α., Αθήνα 1995, σελ. 241 – 248.

33.- Δρ. ΓΕΩΡΓΙΑ Γ. ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΥ, «Βασική Νοσηλευτική». εκδ. «Η Ταβιθά» Σ.Α., Αθήνα 1977, σελ. 212.