

**ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ
ΜΗΤΡΑΣ»**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΠΟΥΛΑΛΑ ΦΩΤΕΙΝΗ



ΠΑΤΡΑ 2006

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την εργαστηριακή συνεργάτιδα του Τμήματος Νοσηλευτικής Φ. Μπουλαλά για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με ένα θέμα που απασχολούσε, απασχολεί και θα απασχολεί χιλιάδες γυναίκες παγκοσμίως στις μέρες μας.

Ευχαριστώ επίσης το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών για την πολύτιμη βοήθειά τους καθώς και την οικογένειά μου που με στήριξαν ψυχικά και υλικά και χωρίς την παρουσία τους δεν θα ήταν δυνατό να φέρω εις πέρας την παρούσα εργασία.

Πρέπει να πιστεύουμε πως ο καρκίνος πολύ σύντομα θα νικηθεί οριστικά. Στην πάλη εναντίον του, νικητής δεν μπορεί να είναι παρά η ισχυρότερη δύναμη πάνω στον πλανήτη:

Το πνεύμα και η ανθρώπινη ψυχή.

ΡΑΣΙΔΑΚΗΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	10
1.1Ανατομία μήτρας	10
1.2Φυσιολογία τραχήλου μήτρας	16
1.3Φυσιολογία τραχηλικής βλέννας	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	21
2.1Επιδημιολογία τραχήλου μήτρας	21
2.2Αιτιολογία τραχήλου μήτρας	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο	25
3.1Καλοήθεις όγκοι του τραχήλου	25
3.2Κακοήθεις όγκοι του τραχήλου	26
3.3Προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	35
4.1Τι είναι καρκίνος	35
4.2Σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου μήτρας	37
4.3Τρόποι επέκτασης του όγκου	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	43
5.1Συμπτώματα καρκίνου τραχήλου μήτρας	43
5.2Αντικειμενικά ευρήματα	44
5.3Καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο	47
6.1 Ανοσολογία	47
6.2 Διάγνωση	48
6.2.1 Κλινική εξέταση	48
6.2.2 Διαγνωστικές δοκιμασίες	49
6.2.3 Άλλες μέθοδοι	56

6.3 Διαφορική διάγνωση	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο	66
7.1 Πρόληψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας	66
7.2 Απαραίτητοι παράγοντες για την επιτυχία του προληπτικού ελέγχου με το Pap test	67
7.3 Προληπτικός έλεγχος καρκίνου του τραχήλου της μήτρας – ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας	68
7.4 Το εμβόλιο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο	72
8.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ	72
8.2 Χειρουργική θεραπεία	73
8.2.1 Μέθοδοι αφαίρεσης ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών τραχήλου	73
8.2.2 Επιπλοκές υστερεκτομιών	79
8.3 Ακτινοθεραπεία	80
8.3.1 Τεχνική της ακτινοθεραπείας	81
8.3.2 Παράγοντες αποτυχίας της ακτινοθεραπείας	83
8.3.3 Εκλογή και σχεδιασμός της θεραπείας	83
8.3.4 Παρενέργειες ακτινοθεραπείας	83
8.3.5 Διασφάλιση ποιότητας στην ακτινοθεραπεία	84
8.4 Χημειοθεραπεία	85
8.4.1 Οδοί χορηγήσεως της χημειοθεραπείας	85
8.4.2 Χημειοθεραπεία τραχήλου μήτρας	86
8.4.3 Παρενέργειες χημειοθεραπείας	87
8.5 Συνδυασμένη χημειοθεραπεία και ακτινοβολία	88
8.6 Συνδυασμένη χημειοθεραπεία και χειρουργική αγωγή	88
8.7 Άνοσαθεραπεία	89
8.8 Θεραπεία ανά στάδιο	89
8.9 Συμπληρωματική θεραπεία	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο	95
9.1 Πρόγνωση	95

9.2 Παρακολούθηση καρκινοπαθών	95
9.3 Υποτροπή	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο	98
10.1 Καρκίνος τραχήλου μήτρας και κύηση	98
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11ο	100
11.1 Άλλα νεοπλασμάτα του τραχήλου – Αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου	100
11.2 Αδενοπλακώδες καρκίνωμα του τραχήλου	101
11.3 Καρκινοειδές	101
11.4 Ακροχορδοειδές καρκίνωμα	101
11.5 Σάρκωμα του τραχήλου	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12ο	104
12.1 Καρκίνος τραχηλικού κολοβώματος	104
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	105
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13ο	106
13.1 Νοσηλευτική φροντίδα κατά τις διαγνωστικές εξετάσεις	106
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14ο	111
14.1 Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς	111
14.1.1 Γενική προεγχειρητική ετοιμασία σε ασθενή που θα υποβληθεί σε υστερεκτομή	111
14.1.2 Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία	114
14.1.3 Τελική προεγχειρητική ετοιμασία	114
14.2 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς που υποβλήθηκε σε υστερεκτομή	115
14.3 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες	117
14.4 Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο – Διδασκαλία	119
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15ο	121
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία	
15.1 Ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές	121
15.2 Νοσηλευτική φροντίδα	122
15.3 Μέτρα προστασίας από την ακτινοβολία των ραδιοϊσοτόπων	124

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16ο	127
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία	
16.1Χημειοθεραπεία	127
16.2Πότε εφαρμόζεται η χημειοθεραπεία	127
16.3Πρακτικές αρχές χημειοθεραπείας	127
16.4Ο ρόλος της νοσηλεύτριας – τή στη χημειοθεραπεία	128
16.5Ανίχνευση των προβλημάτων του αρρώστου	128
16.6Παρέμβαση	129
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17ο	131
Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο	
17.1Γενικές νοσηλευτικές οδηγίες	131
17.2Νοσηλευτική αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων	133
17.3Διατήρηση καλής ψυχολογίας και συναισθηματικής κατάστασης	141
17.4Αποκατάσταση ασθενών με καρκίνο	142
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18ο	145
Πόνος και καρκίνος	
18.1Το πρόβλημα: Πόνος	145
18.2Η φύση του πόνου των ασθενών με καρκίνο	146
18.3Κλινική εκτίμηση του πόνου	146
18.4Αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο	146
18.5Κατευθυντήριες οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας	148
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19ο	149
Η εξειδικευμένη στην ογκολογία αδελφή	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20ο	152
20.1Νοσηλευτική Διεργασία	152
20.1.1Περιστατικά Α'	154
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	157
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	159
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	168

Πρόλογος

Σήμερα, όλο και πιο πολλές γυναίκες ενδιαφέρονται, δικαιολογημένα, για τους παράγοντες που απειλούν και καταστρέφουν την υγεία τους. Πολλοί από αυτούς τους παράγοντες προκαλούν ασθένειες στο γυναικείο φύλο που είναι σοβαρές. Μία από αυτές τις ασθένειες είναι και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.

Έτσι, στην παρούσα εργασία θα γίνει μια μικρή αναφορά στο θέμα αυτό, που απασχολεί χιλιάδες γυναίκες παγκοσμίως.

Όμως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι και ο μόνος καρκίνος του σώματος που μπορεί να έχουμε ουσιαστική πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση. Τη δυνατότητα αυτή την έχουμε χάρη στην εξέταση Παπανικολάου (PAP Test) από το όνομα του ιδιοφυσού αυτού Έλληνα ιατρού από την Κύμη της Εύβοιας.

Όπως έχει πει επιγραμματικά και ο C. J. Lund:

“Ο επιτάφιος για τον καρκίνο της μήτρας έχει γραφτεί.

Οι μέθοδοι, η εμπειρία και οι τεχνικές δυνατότητές μας είναι σε θέση να τον καταστρέψουν.

Η ημερομηνία του θανάτου του θα γραφτεί από τους γιατρούς και τις γυναίκες τους”.

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι από τους συχνότερους γυναικολογικούς καρκίνους και αποτελεί, σε παγκόσμιο επίπεδο, τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου, μετά τον καρκίνο του μαστού.

Την τελευταία δεκαετία έγιναν σημαντικές πρόοδοι στην κατανόηση της αιτιολογίας της νόσου και από την εποχή της εφαρμογής του test Παπανικολάου ως μεθόδου μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου ("screening test"), η συχνότητα θανάτου στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες μειώθηκε σημαντικά.

Ο καρκίνος αυτός θεωρείται σήμερα μια νόσος που μπορεί να προληφθεί, αν διαγνωσθεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα και της οποίας η αιτιολογία είναι πλέον απολύτως γνωστή.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, τόσο στην προδιηθητική του μορφή όσο και στην διηθητική, έχει αναγνωριστεί ότι οφείλεται στην παρουσία του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus – HPV) στο τραχηλικό επιθήλιο.

Είναι επίσης σαφές σήμερα ότι, στις περισσότερες τουλάχιστον περιπτώσεις, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ακολουθεί μια μακρά και προδιαγεγραμμένη πορεία εξέλιξης, μέσω διαφόρων προκαρκινικών σταδίων, τα οποία έχουν τεκμηριωθεί στην κλινική πράξη με μεγάλη ακρίβεια.

Κατά τη διάρκεια της μακράς αυτής εξέλιξης η νόσος μπορεί να διαγνωσθεί σχετικά εύκολα και να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά.

Η έγκαιρη διάγνωση των προκαρκινικών μορφών είχε ως αποτέλεσμα την πτώση της συχνότητας του διηθητικού καρκίνου και την καλύτερη επιβίωση των ασθενών.¹

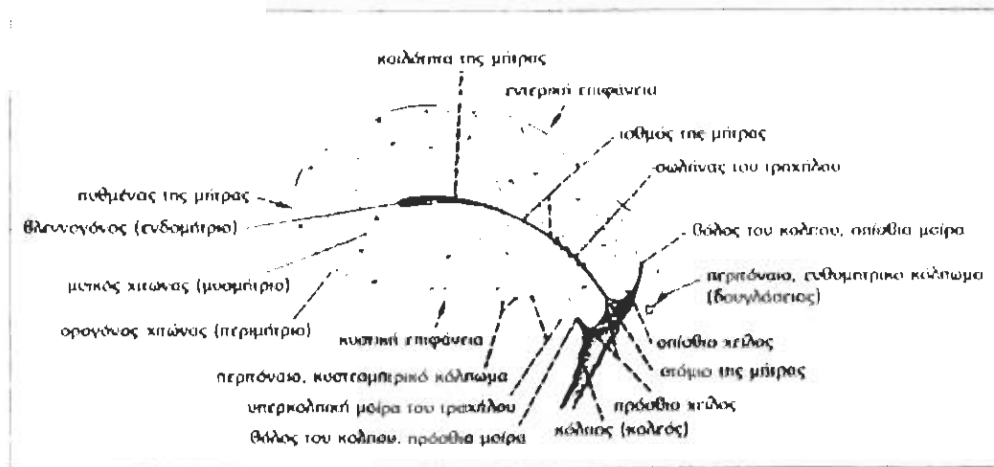
Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες η συχνότητα του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μειώνεται σταθερά, η διάγνωση της νόσου γίνεται σε πρωϊμότερα στάδια και τα θεραπευτικά αποτελέσματα βελτιώνονται συνεχώς. Η μέση εμφάνιση της νόσου είναι τα 52,2 χρόνια και η κατανομή των περιπτώσεων παρουσιάζει δύο εξάρσεις, μία στα 35 – 39 χρόνια και μία

στα 60 – 64 χρόνια¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Είναι κοίλο όργανο μεγέθους 7,5 – 8 cm x 5 cm, τοποθετημένο στη μικρή πύελο, ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το ορθό σιγμοειδές.



Εικόνα 1 Μήτρα. Κόλπος γυναίκας σε αναπαραγωγική ηλικία. Μέση σβελιαία τομή ώστε να παρουσιαστεί η κοιλότητα της μήτρας, από πλάγια. (Solbatta).

Στη θέση αυτή συγκρατείται με τους συνδέσμους της:

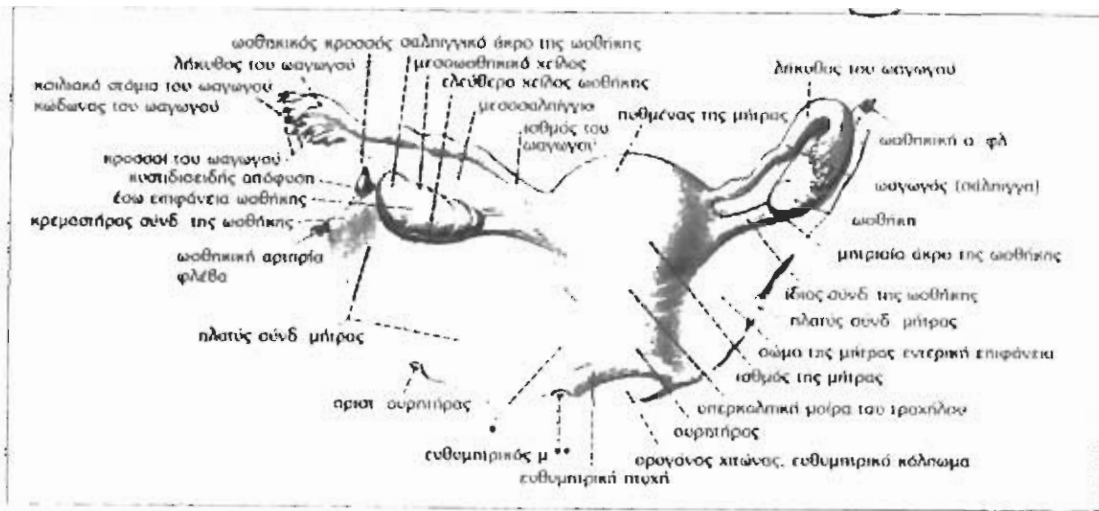
1. Τον πλατύ σύνδεσμο που είναι αναδίπλωση του τοιχωματικού περιτοναίου και μέσα του κατασκηνώνουν τα έσω γεννητικά όργανα, ώστε χαρακτηρίζονται εξωπεριτοναϊκά.

Πλαγίως της μήτρας, εκατέρωθέν της, προς το οστέινο τοίχωμα της πύελου, υπάρχουν οι δύο μείρες του πλατέος συνδέσμου: το μεσοσαλπίγγιο και το μεσοωθηθίκιο, καταλήγοντας σαν κρεμαστήρας σύνδεσμος της ωθήκης. Στο μεσοσαλπίγγιο περιέχονται εμβρυϊκά υπολείμματα των μεσονεφρικών σωληναρίων – επωοφόριο και παραωοφόριο.

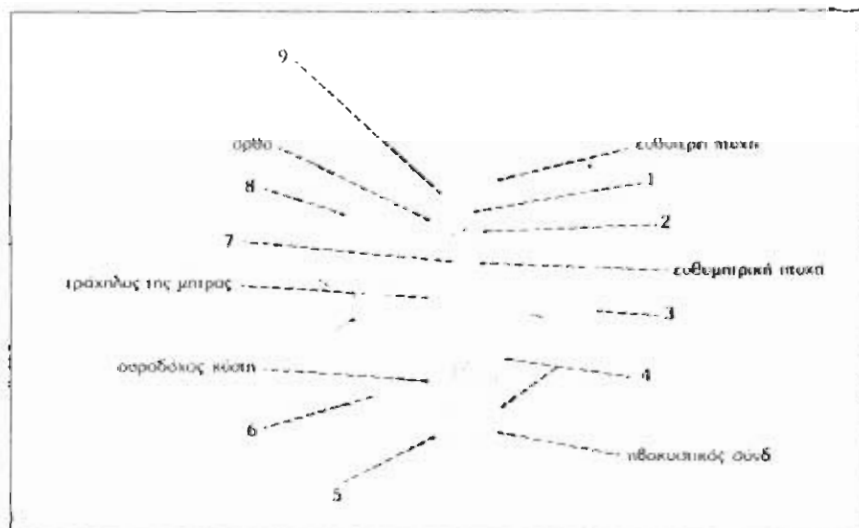
2. Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι είναι δύο ταινίες που εκφύονται από τον πυθμένα της μήτρας (τα κέρατα της μήτρας) πορεύονται στον πλατύ σύνδεσμο, εισέρχονται στο βουβωνικό πόρο και καταφύονται στα μεγάλα χείλη του αιδοίου.

3. Από την οπίσθια επιφάνεια του ισμού της μήτρας πορεύονται δεξιά και αριστερά οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι προς το ιερό οστόν.

4. Εκατέρωθεν του τραχήλου και πλαγίως, εκτείνεται ο υποτυπώδης εγκάρσιος σύνδεσμος του τραχήλου (του Mackenrodt).



Γυναίκα έσω γεννητικά όργανα, από πίσω (Sobotta)

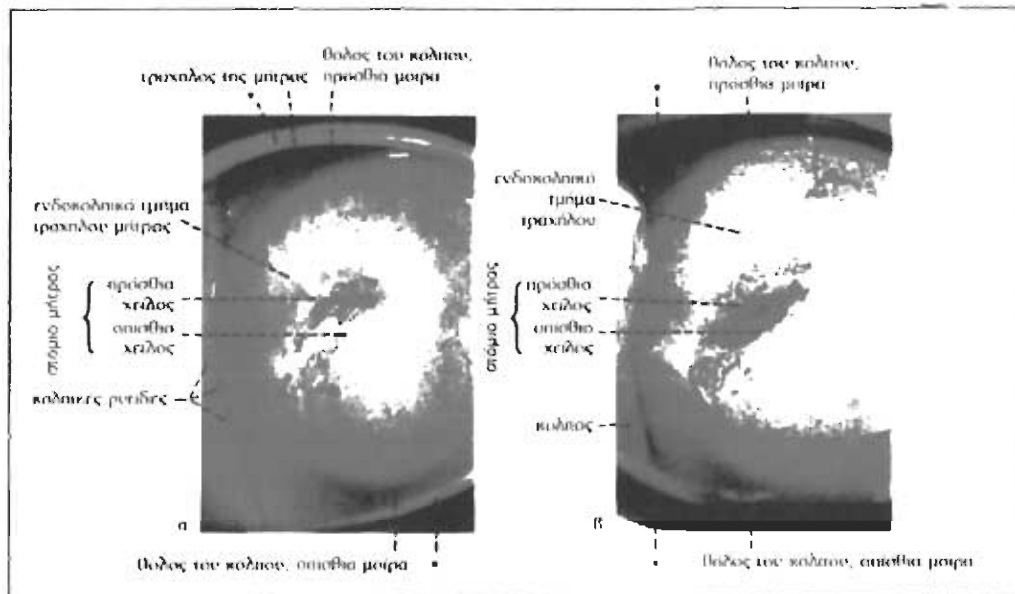


Γυναίκα Μήτρα Σχηματική απεικόνιση των συνδέσμων στήριξης και των κωρων συνδετικού ιστού της ελάσσονος πυέλου. Εγκάρσια τομή στα ύψος του τραχήλου της μήτρας. Από πάνω (Sobotta)
 Κλίτικαί όροι 1=ορθική περιτονία, 2=τερο-μητρικός σύνδ., 3=κόριος σύνδ. παραμήτρια, 4=κυστική περιτονία, 5=οπισθοαρθρικό διάστημα (=προκυστεϊκό διάστημα + χώρος του Retzius), 6=παρακυστεϊκό διάστημα, παρακόσσιο 7=ευθυμητρικό κώλωμα (χώρος του Douglas) 8=παρασθηκικό διάστημα, παραπρωκτικό, 9=οπισθοσθηκικό διάστημα

Η μήτρα είναι κοίλο, μυώδες όργανο, σχήματος αχλαδιού. Προς την περιτοναϊκή κοιλότητα επικοινωνεί στο άνω μέρος της με τα δύο σαλπγγικά στόμια, ενώ με το κάτω μέρος της, τον ισθμό, επικοινωνεί με τον τραχηλικό σωλήνα και την κοιλότητα του κόλπου.¹

Στη μήτρα αναγνωρίζονται τέσσερα μέρη: πυθμένας, σώμα μήτρας, ισθμός και τράχηλος. Το όριο του πυθμένα και του σώματος ορίζεται από τα στόμια εκατέρωθεν των σαλπίνγων. Η τριγωνική κοιλότητα μήκους 6 εκατοστών καταλήγει στον ισθμό και ακολούθως στον ενδοτράχηλο.

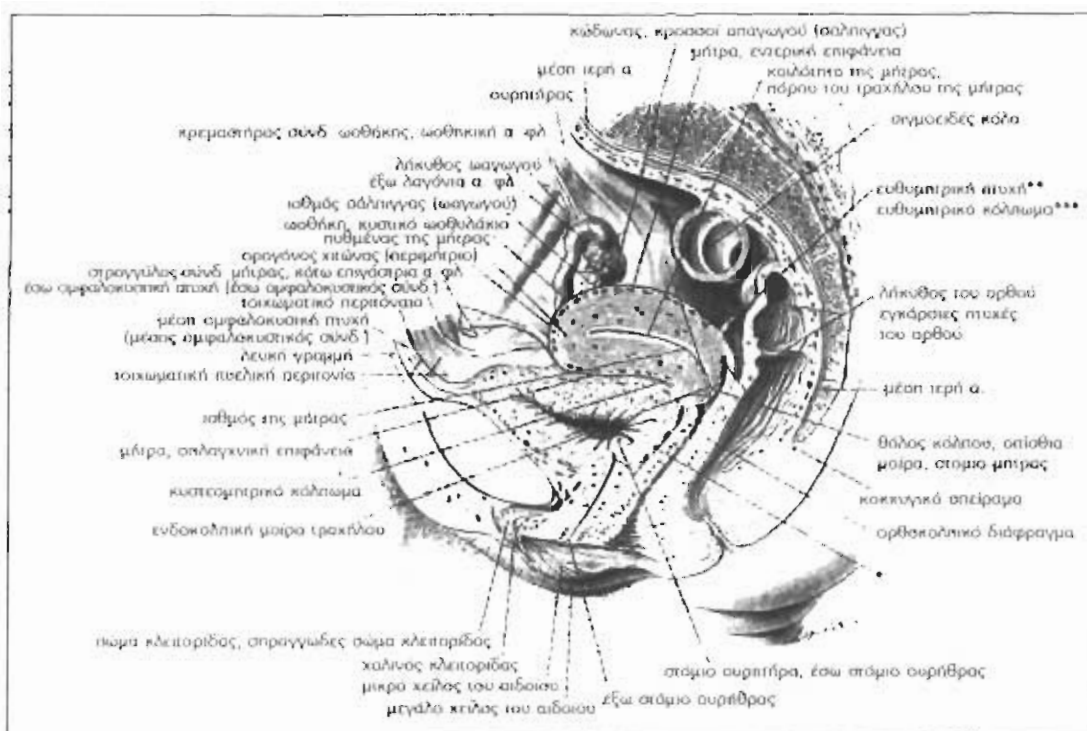
Ο τράχηλος της μήτρας είναι το ουραίο μέρος της μήτρας, κυλινδρικού σχήματος. Έχει μοίρα υπερκοιλιακή και ενδοκοιλιακή.



Εικόνα α, β. Ενδοκοιλιακή μοίρα του τράχηλου της μήτρας. α. Φωτογραφία από νεαρή γυναίκα, που δεν έχει γεννήσει. β. Από νεαρή γυναίκα που έχει γεννήσει δύο παιδιά (Sobotta)

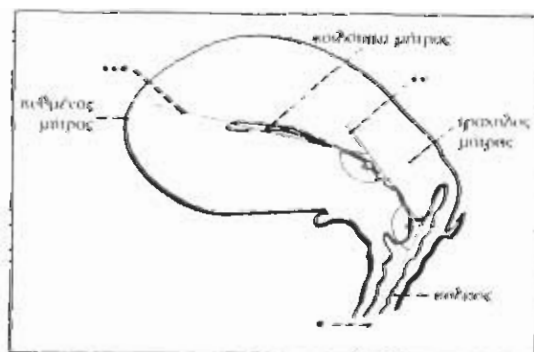
Στο ύψος της υπερκοιλιακής μοίρας του ισθμού εκατέρωθεν του τράχηλου εκτείνονται προς την πύελο, καλυπτόμενα από τα πέπλα του πλατέος συνδέσμου τα παραμήτρια, όπου διασταυρώνονται τα μητριαία αγγεία και οι ουρητήρες.

Το τοιχωματικό περιτόναιο του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος καταφτάνει στο σώμα της μήτρας μέσα από την κάλυψη του πυθμένα της ουροδόχου κύστεως, σχηματίζοντας, στην πρόσθια επιφάνεια της μήτρας, την κυστεομητρική πτυχή. Μετά τον πυθμένα και την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας το περιτόναιο κατεβαίνει στο δουγλάσειο, σχηματίζοντας έτσι την ορθομητρική πτυχή. Καλύπτει και τους ιερομητρικούς συνδέσμους και ανακάμπτει προς τα επάνω, δηλαδή προς το ορθό.



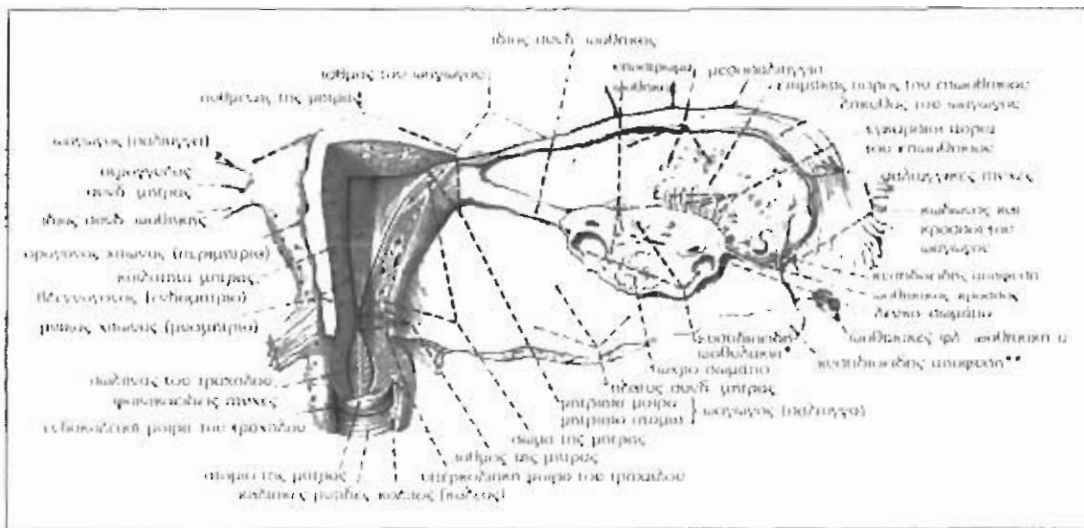
Εικόνα Πύελος της γυναίκας, από πλάγια δεξιά (Sobotta) Μέση τομή Το έντερο έχει αφαιρεθεί εκτός από υπολείμματα του αγγμοειδούς και του αρθού
 * Κλινικός κυστεοκολπικό διάστημα
 ** Κλινικός ιερομητρικός σπινδ.
 *** Κλινικός χώρος του Douglas (Δουγλάσειος)

Η κλίση της μήτρας χαρακτηρίζει τη σχέση άξονα μήτρας και πυέλου, ενώ η κάμψη χαρακτηρίζει τη σχέση άξονα σώματος μήτρας και τραχήλου.



Εικόνα Μήτρα Κόλπος Φυσιολογικές γωνίες μεταξύ κόλπου, τραχήλου και σώματος της μήτρας σε σχηματική μέση τομή. Λήψη από πλάγια (Sobotta)
 * Επιμήκης άξονας του κόλπου
 ** Επιμήκης άξονας του τραχήλου της μήτρας
 *** Επιμήκης άξονας του σώματος της μήτρας
 Γωνία μεταξύ κόλπου και τραχήλου της μήτρας = γωνίωση (Versio)
 Γωνία μεταξύ τραχήλου και σώματος της μήτρας = κάμψη (Flexio)
 Φυσιολογικές αλλαγές της μήτρας: πρόσθια γωνίωση, πρόσθια κάμψη (Anteversio, Anteflexio)
 Τοποθέτηση ως προς το μέσο σβελγείο επιπέδου = αλίση (Pozition)

Η μήτρα αποτελείται από τρία στρώματα:



Εικόνα Ένα γεννητικό όργανο γυναικός σε ανατομολογική θέση. Από πίσω: Η παρουσία του αυλού των κελύων της μήτρας και των ωοθηκών στη δεξιά πλευρά. Η ωοθήκη έχει κείει σε μειωμένο επίπεδο και το περιτόνιο έχει αφαιρεθεί από το μεσοσάλγγιο (Saloheika).
 * Διάθεση του Graaf
 ** Υβρίδια Morgan

- 1) Τον έξω, ορογόνο χιτώνα, περισπλαγγικό περιτόναιο, καλούμενο *περιμήτριο*.
- 2) Το μέσα στρώμα, *μυομήτριο*, που περιέχει τρεις στοιβάδες λείων μυϊκών ινών, σε όχι σαφή διάταξη μεταξύ τους. *Έξω* στιβάδα, με επιμήκειες ίνες που καταλήγουν στους συνδέσμους της μήτρας, ειδικά τους στρογγυλούς. *Μεσαία* στιβάδα, είναι η κυριότερη, παχύτερη μυϊκή μάζα, σε κυκλωτερή διάταξη που περιβάλλει τα αγγεία.¹ Η *εσωτερική* στιβάδα, είναι η λεπτή στιβάδα, σε επιμήκη διάταξη που επέρχεται σε επαφή με τους ενδομητρικούς αδένες του ενδομητρίου.
- 3) *Ενδομήτριο*. Ο εν το βάθει χιτώνας, που καλύπτει την κοιλότητα της μήτρας: A) Το επιθήλιο είναι κυλινδρικό, όπως και στον ενδοτράχηλο. B) Στο χόριο = στρώμα ενδομητρίου, είναι τοποθετημένα τα αδένια, τριχοειδή αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία. Οι μεταβολές του επιθήλιου και στρώματος, χαρακτηρίζουν

την κάθε φάση του κύκλου της γυναίκας.

Αγγείωση στη μήτρα παρέχεται από τη μητριάια αρτηρία και κλάδους της ωθηκικής αρτηρίας.

Η μητριάια αρτηρία είναι κλάδος της έσω λαγονίου αρτηρίας ή, σπανιότερα, της άνω κυστικής. Πορεύεται στο παραμήτριο, διασταυρώνεται με τον ουρητήρα και εισέρχεται στο μυομήτριο, στο ύψος του ισθμού.

Μετά τον διχασμό, δίνει ανιόντες και κατιόντες κλάδους. Τα αρτηρίδια στη μεσότητα του μυομητρίου, σχηματίζουν τα σπειροειδή τριχοειδή αρτηρίδια που φτάνουν μέχρι την ελεύθερη επιθηλιακή επιφάνεια. Εκεί διευρύνονται και σχηματίζουν μικρούς κολποειδείς χώρους. Ο δεύτερος τύπος τριχοειδών αρτηριδίων είναι τα ευθέα αγγεία, που φθάνουν μόνο στη βασική στιβάδα του ενδομητρίου. Αυτά τα αρτηρίδια την τροφοδοτούν, αλλά επίσης συμμετέχουν στην αναγέννηση της λειτουργικής στιβάδας του ενδομητρίου.

Λεμφαγγεία της μήτρας πορεύονται επιφανειακά κάτω από το περιτόναιο και στο βάθος του μυομητρίου καταλήγουν σε πέντε ομάδες λεμφαδένων.

Η περιοχή του τραχήλου παροχεύεται στις ομάδες *έξω λαγονίων, έσω λαγονίων* και στους *ιερούς* λεμφαδένες.¹

Τα λεμφαγγεία του ανώτερου τμήματος του σώματος, πυθμένα και ωθηκής, καταλήγουν στους *παρασπονδικούς* λεμφαδένες.

Λεμφαγγεία γύρω από τους στρογγύλους καταλήγουν στους *βουβονικούς λεμφαδένες*.

Η *νεύρωση* της μήτρας είναι κινητική και αισθητική. Οι κινητικές ίνες προέρχονται από τα ανώτερα συμπαθητικά θωρακικά γάγγλια, πορεύονται με το αορτικό πλέγμα και το κοιλιακό γάγγλιο. Οι ίνες σχηματίζουν το μητροκολπικό πλέγμα στον πλατύ σύνδεσμο. Το μεγαλύτερο γάγγλιο του πλέγματος είναι το τραχηλικό γάγγλιο του Fraukruhauser.

Οι αισθητικές ίνες βρίσκονται στα συμπαθητικά και παρασυμπαθητικά πλέγματα που συνδέονται με το 2ο, 2ο και 4ο ιερό νεύρο.¹

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Οι μεταβολές του τραχήλου, ως αποτέλεσμα της επίδρασης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, αφορούν αφ' ενός στην εκκριτική λειτουργία του και αφ' ετέρου στη μορφολογία του τραχηλικού στομίου. Ο τράχηλος είναι ένας ινομυώδης και υπόσκληρος σχηματισμός που κατά κύριο λόγο αποτελείται από στρώμα κολλαγόνου, το οποίο βρίσκεται μέσα σε έδαφος πρωτεϊνογλυκανών. Τα υπόλοιπα τραχηλικά στοιχεία περιλαμβάνουν μυϊκές ίνες και ελασίνη. Η αναλογία του κολλαγόνου σε σχέση με το μυϊκά στοιχεία ποικίλλει ανάλογα με την περιοχή και είναι μεγαλύτερη προς τον εξωτράχηλο και μικρότερη προς τις περιοχές του έσω τραχηλικού στομίου. Οι κυριότερες μεταβολές στον τράχηλο συμβαίνουν κατά το μέσο του κύκλου και στην κύηση. Τα οιστρογόνα έχουν την τάση να διευρύνουν το τραχηλικό στόμιο, ενώ η προγεστερόνη μειώνει το εύρος του. Έτσι, το μεγαλύτερο εύρος του τραχηλικού στομίου παρατηρείται προς το τέλος της ωοθυλακικής φάσης του κύκλου, δηλαδή περίπου 2 – 3 ημέρες πριν από την ωοθυλακιόρρηξη. Το εύρος αυτό είναι περίπου 3 χιλιοστά προς το μέσον του κύκλου έναντι 1 χιλιοστού, που είναι πριν από την έμμηνον ρύσιν. Επιπλέον, ο τράχηλος προς το τέλος της ωοθυλακικής φάσης γίνεται μαλθακότερος, διογκώνεται και μετακινείται ευκολότερο κατά την ψηλάφηση. Τα μεγέθη αυτά παίρνουν την μέγιστη τιμή τους πριν από την ωοθυλακιόρρηξη και για περίπου 6 – 24 ώρες μετά από αυτή.²

Υπό την επίδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης παρατηρούνται μεταβολές και στο στρώμα του τραχήλου, που περιέχει το κολλαγόνο. Προς το τέλος της ωοθυλακικής φάσης του κύκλου, οι συγκεντρώσεις της οιστροδιόλης στους ιστούς του τραχήλου είναι μεγάλες και παρατηρούνται μεταβολές στην ανακύκλωση του κολλαγόνου και των μορίων των πρωτεογλυκανών, ενώ σχηματίζονται νέοι τύποι πρωτεογλυκανών. Οι τελευταίοι περιέχουν περισσότερο υαλουρονικό οξύ και λιγότερη δερματάνη. Η αύξηση αυτή του υαλουρονικού οξέος, που θεωρείται υδρόφιλο σε σύγκριση με την δερματάνη, προκαλεί διασπορά των ινιδίων του κολλαγόνου

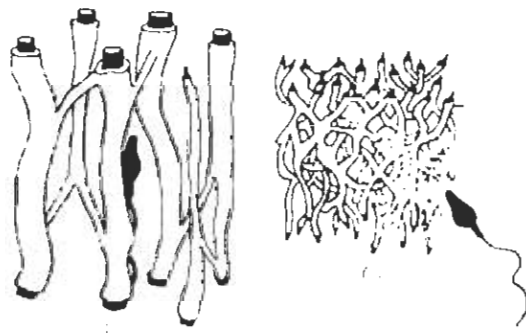
με αποτέλεσμα να μειώνεται ο σχηματισμός δεσμίδων, αυξάνοντας έτσι την ελαστικότητα του ιστού. Η επίδραση της προγεστερόνης εξουδετερώνει τη δράση αυτή των οιστρογόνων και έτσι κατά την ωχρινική φάση του κύκλου και κατά την κύηση, οπότε οι συγκεντρώσεις της προγεστερόνης στους ιστούς είναι μεγάλες, ελαττώνεται η διάσπαση και η ανακύκλωση του κολλαγόνου, ενώ αναστέλλεται η σύνθεση της κολλαγενάσης, που διασπά το κολλαγόνο².

1.3ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΒΛΕΝΝΑΣ

Το φυσιολογικό έκκριμα των αδένων του ενδοτραχήλου είναι η τραχηλική βλέννα. Η τελευταία είναι ένα μείγμα ύδατος και υδατοδιαλυτών και μη συστατικών, το περιεχόμενο των οποίων εξαρτάται από το ορμονικό περιβάλλον. Το ύδωρ είναι το κυριότερο συστατικό και αντιπροσωπεύει το 85 – 99% του συνολικού βάρους. Τα υδατοδιαλυτά συστατικά περιλαμβάνουν πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λιπίδια και ηλεκτρολύτες, ενώ το μη υδατοδιαλυτό συστατικό είναι πρωτεογλυκάνες σε ένα σύμπλοκο δίκτυο, το οποίο προσδίδει στη βλέννα την εικόνα σαν “ζελέ”. Μέσα στην τραχηλική βλέννα υπάρχουν κύτταρα, τα οποία προέρχονται από το τραχηλικό επιθήλιο αλλά και από άλλα επιθήλια του γεννητικού συστήματος καθώς και από το αίμα. Σημαντική μεταβολή στην τραχηλική βλέννα παρατηρείται στη διάρκεια του φυσιολογικού γεννητικού κύκλου, ιδιαίτερα δε κατά την περιωθυλακορρηκτική φάση, ως αποτέλεσμα της αύξησης κατά 10 έως 20 φορές του περιεχομένου ύδατος, το οποίο έτσι αυξάνει και την ποσότητα της βλέννης, ενώ ελαττώνεται η συγκέντρωση των περιεχομένων συστατικών. Η ελάττωση αυτή προέρχεται από την μεγαλύτερη αραιώση των συστατικών αυτών, λόγω της αύξησης του ύδατος, αν και το περιεχόμενο ορισμένων εξ αυτών, όπως για παράδειγμα του χλωριούχου νατρίου, της βλεννίνης και διαφόρων πρωτεϊνών αυξάνει σημαντικά κατά την προωθυλακιορρηκτική φάση. Οι πρωτεΐνες, που εμπεριέχονται στην τραχηλική βλέννα, αποτελούν το 30% του μη υδατικού τμήματος της βλέννης και είναι διαφόρων τύπων.²

Το δίκτυο της βλεννίνης, που υπάρχει στην τραχηλική βλέννα, ρυθμίζει την δίοδο των σπερματοζωαρίων και τη μετανάστευσή τους προς τη

μητρική κοιλότητα. Το δίκτυο αυτό αποτελείται από πολλαπλά μόρια βλεννινών, που εκτείνονται από τους ενδοτραχηλικούς αδένες με τη μορφή μεγάλων ινών με επιμήκως διατασσόμενα μακρομόρια. Η διάταξη των ινών αυτών εξαρτάται από το ορμονικό περιβάλλον και κατά την προωθυλακιωρηκτική φάση υπό την επίδραση των οιστρογόνων, είναι παράλληλη μεταξύ τους, οπότε επιτρέπει την είσοδο και την μεταξύ αυτών διόδο των σπερματοζωαρίων (τύπος E βλέννης). Μετά την ωοθυλακορρηξία και την παραγωγή της προγεστερόνης, με την ελάττωση της ποσότητας του ύδατος και την συρρίκνωση των μορίων οι ίνες διαπλέκονται και ελαττώνονται τα μεταξύ τους διαστήματα και έτσι περιορίζεται η δυνατότητα των σπερματοζωαρίων να διαπεράσουν την τραχηλική βλέννα και να κινηθούν προς την κοιλότητα της μήτρας (τύπος G βλέννης).



Εικόνα Τύποι τραχηλικής βλέννης: E προωθυλακιωρηκτικός G μεταωθυλακιωρηκτικός

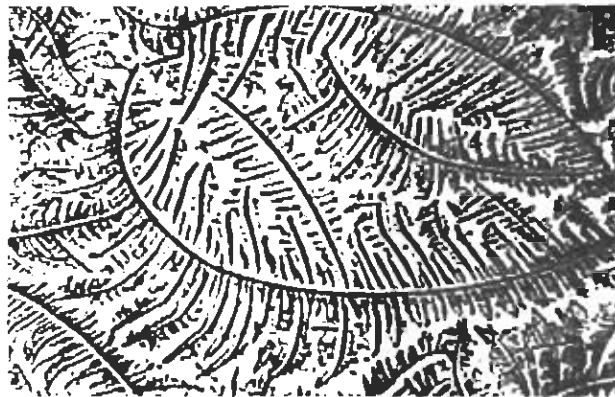
Με τις μεταβολές αυτές στην τραχηλική βλέννα για το μεγαλύτερο διάστημα της ζωής της γυναίκας, εμποδίζεται η προς την κοιλότητα της μήτρας μετακίνηση όχι μόνον σπερματοζωαρίων αλλά και μικροοργανισμών. Δηλαδή, η τραχηλική βλέννα αποτελεί έναν φραγμό προς την κοιλότητα της μήτρας.

Οι μεταβολές που παρατηρούνται στην τραχηλική βλέννα υπό την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών, αφορούν στις εξής ιδιότητές της:

- 1) την ποσότητα
- 2) στην ρευστότητα

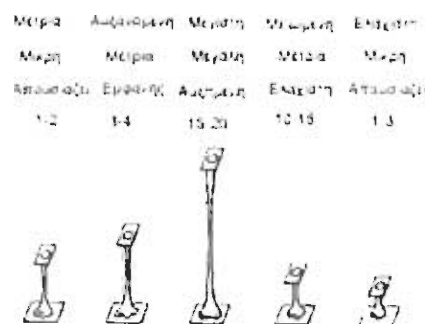
- 3) στη διάλυση
- 4) στη νηματοειδή εκτασιμότητα και
- 5) στη κρυστάλλωση.²

Οι τέσσερις πρώτες ελέγχονται μακροσκοπικά, ενώ η τελευταία μικροσκοπικά. Τα οιστρογόνα προκαλούν αύξηση της εκκρινόμενης ποσότητας της βλέννης, τη μετατρέπουν σε λεπτύρρευστη και διαυγή και αυξάνουν τη νηματοειδή της εκτασιμότητα, ενώ παράλληλα προκαλούν κρυστάλλωση τύπου φύλλων πτέρης.



Εικόνα Πρωτοβλακκορρηκτική τραχηλική βλέννα (κρυστάλλωση τύπου φύλλων πτέρης).

Αντίθετα, η προγεστερόνη ελαττώνει την εκκρινόμενη ποσότητα της βλέννης, τη μετατρέπει σε παχύρρευστη και θολερή, μειώνει σημαντικά τη νηματοειδή της εκτασιμότητα και προκαλεί το σχηματισμό κρυστάλλων χωρίς συγκεκριμένη αρχιτεκτονική.



Εικόνα Μεταβολές στα χαρακτηριστικά της τραχηλικής βλέννης στις διάφορες φάσεις του μηνιαίου κύκλου.

Οι επιδράσεις των οιστρογόνων στην τραχηλική βλέννα γίνονται αντιληπτές στη διάρκεια της ωθυλακικής φάσης του κύκλου, ιδιαίτερα δε περίπου 2 – 3 ημέρες πριν από την ωθυλακιορρηξία και έχουν ως στόχο να διανοίξουν διόδους για την μετακίνηση των σπερματοζωαρίων προς την κοιλότητα της μήτρας. Ο έλεγχος των ιδιοτήτων της τραχηλικής βλέννης γίνεται μετά από αναρρόφησή της με σύριγγα από το τραχηλικό στόμιο².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παραμένει σημαντική αιτία θανάτου. Διεθνή ποσοστά θνησιμότητας, προσαρμοσμένα στις ηλικίες του γυναικείου πληθυσμού σε κάθε χώρα, υπολογίζουν τη θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου σε 0,8 περίπου ανά 10.000 γυναίκες στο Ισραήλ έως 15 / 10.000 περίπου στην Χιλή. Σχετικά χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας (<1,5/10.000) αναφέρονται για ευρωπαϊκές μεσογειακές χώρες (Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία) και σχετικά υψηλά (>10/10.000) σε λατινοαμερικανικές χώρες (Παναμάς, Βενεζουέλα, Παραγουάη κ.λ.π.). Το 1985, η αντίστοιχη προσαρμοσμένη στις ηλικίες θνησιμότητα στην Αγγλία και Ουαλία ήταν περίπου 5/10.000, ποσοστό χαμηλότερο από αυτό της Δανίας (6,3/10.000) και Σκωτίας (5,4/10.000), αλλά υψηλότερο από το αντίστοιχο στις περισσότερες δυτικές βιομηχανικές χώρες³.

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι επίσης, με τα σημερινά δεδομένα, η τρίτη πιο κοινή κακοήθεια στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου, ενώ τα προηγούμενα χρόνια κατείχε την δεύτερη θέση. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου 2% από όλες τις γυναίκες πάνω από τα 40 χρόνια έχουν πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου. Η μέση ηλικία των γυναικών που προσβάλλονται από διηθητικό καρκίνο είναι τα 45 χρόνια, ενώ η μέση ηλικία προσβολής από προδιηθητικό καρκίνο είναι σημαντικά μικρότερη, υπολογίζεται ότι η διαφορά που υπάρχει μεταξύ τους είναι περίπου 10 χρόνια. Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί πολύ σπάνια ακόμη και στη δεύτερη εξαετία της ζωής και καμιά φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης⁴.

Η WHO (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) υπολογίζει ότι το 1996 υπήρξαν 525.000 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του τραχήλου (περίπου το 12% των νέων περιπτώσεων καρκίνου σε γυναίκες) και ότι οι θάνατοι λόγω της παθήσεως ξεπερνούν τις 240.000. Αν υπολογιστούν άνδρες και γυναίκες μαζί ο καρκίνος του τραχήλου είναι ο πέμπτος πιο συχνός μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, στομάχου, μαστού και παχέος εντέρου.

Στην Ελλάδα, το 1994 το Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου Κρήτης, κατέγραψε 848 νέες περιπτώσεις γυναικών με κακοήθη νεοπλάσματα από τις οποίες 207 (24,4%) ήταν περιπτώσεις μαστού, 32 (3,2%) τραχήλου μήτρας, 45 (5,3%) σώματος μήτρας και 28 (3,3%) ωοθηκών⁵.

Το καρκίνωμα προσβάλλει το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκοιλιακής μοίρας του τραχήλου, αρχίζοντας από τη ζώνη μετάπτωσης του μονόστιβου κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου στο πλακώδες του εξωτραχήλου, σε συχνότητα 95% και σε συχνότητα 4 – 5% του ενδοτραχήλου. Το 1% αφορά μεικτές ή αδιαφοροποίητες μορφές του⁶.

Η γενική τάση στη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου δείχνει μια σταθερή μείωση, που ξεκίνησε ήδη από την δεκαετία του '40 και του '50. Αυτό είναι αποτέλεσμα της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας, στην οποία έχει συμβάλει κατά πολύ η εξέταση των κοιλιακών και τραχηλικών επιχρισμάτων (τεστ Παπανικολάου).

2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Η αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου όπως και όλων των άλλων καρκίνων, παραμένει άγνωστη. Έτσι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εξακολουθεί να παραμένει ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας σε νέες, σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες, παρά την ευρέως εφαρμοζόμενη κυτταρολογική εξέταση, ως screening test, των κοιλιοτραχηλικών επιχρισμάτων.

Προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου μήτρας μπορούμε να θεωρήσουμε:

- *Ηλικία:* η συχνότητα της νόσου αυξάνεται δραματικά με την πρόοδο της ηλικίας⁷.
- *Κάπνισμα:* το κάπνισμα επίσης αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας³.
- *Σεξουαλική συμπεριφορά:* Ο τραχηλικός καρκίνος είναι συχνότερος σε όσες παντρεύτηκαν μικρές ή άρχισαν νωρίς τις σεξουαλικές τους σχέσεις ή γνώρισαν πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους ή εργάστηκαν σε οίκους ανοχής. Σε όσες στερήθηκαν τη σεξουαλική

ζωή και στις άγαμες ο καρκίνος του τραχήλου δεν είναι τόσο συχνός. Πιστεύεται, πως το DNA των σπερματοζωαρίων έχει κάποια σχέση με το παραπάνω⁶.

- Καταστολή του *αναστολογικού συστήματος* λόγω λήψεως κορτικοστεροειδών, μεταμόσχευσης νεφρού, χημειοθεραπείας για άλλο καρκίνο ή AIDS⁹.
- Την *κοινωνικο – οικονομική κατάσταση* της γυναίκας, γιατί βρέθηκε συχνότερα στις φτωχότερες τάξεις, ίσως γιατί η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής γίνεται νωρίς ή γιατί στερούνται προληπτικού ελέγχου¹⁰.
- Τη *φυλή* στην οποία ανήκει η γυναίκα. Ο καρκίνος του τραχήλου είναι σπάνιος στις εβραίες σε μία αναλογία 1 φορά προς 8 ή 9 στις άλλες γυναίκες. Από την άλλη πλευρά και οι δύο ομάδες των γυναικών δεν έχουν διαφορές όσον αφορά τον καρκίνο του ενδομητρίου. Η χαμηλή επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μεταξύ των γυναικών των Εβραίων έκανε την υποψία ότι ίσως το ανδρικό πέος χωρίς περιτομή να είναι αίτιο, λόγω της πτωχής υγιεινής και του σμήγματος που υπάρχει και που ενοχοποιήθηκε¹¹.
- Η μακροχρόνια χρήση των *αντισυλληπτικών* (>5 χρόνια) φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε αντίθεση με την προστατευτική επίδραση που έχουν στο ενδομήτριο και τις ωοθήκες¹².
- Ο *ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)* είναι ο μόνος παθογόνος μικροοργανισμός ο οποίος αδιαμφισβήτητα έχει σχέση με την αιτιολογία και παθογένεση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η λοίμωξη με HPV είναι η πλέον κοινή σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη. Υπολογίζεται ότι το 10 – 15% των γυναικών φέρουν ογκογόνα στελέχη του HPV (HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 και 66). Επίσης, ο *ιός του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV – 2)* φαίνεται να δρα συνεργικά με τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Όμως μικροοργανισμοί, οι οποίοι κατά καιρούς έχουν

μελετηθεί για πιθανή συσχέτισή τους με ανάπτυξη τραχιλικής νεοπλασίας (τα χλαμύδια, η τριχομονάδα, οι μύκητες, η Gardnerella vaginalis, ο μεγαλοκυτταρικός ιός, ο ιός Epstein – Barr, το μυκόπλασμα, η Prevotella bivia και ορισμένα ανασφόβια μικρόβια) δεν είναι σίγουρο ότι συμβάλλουν στην καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας¹³.

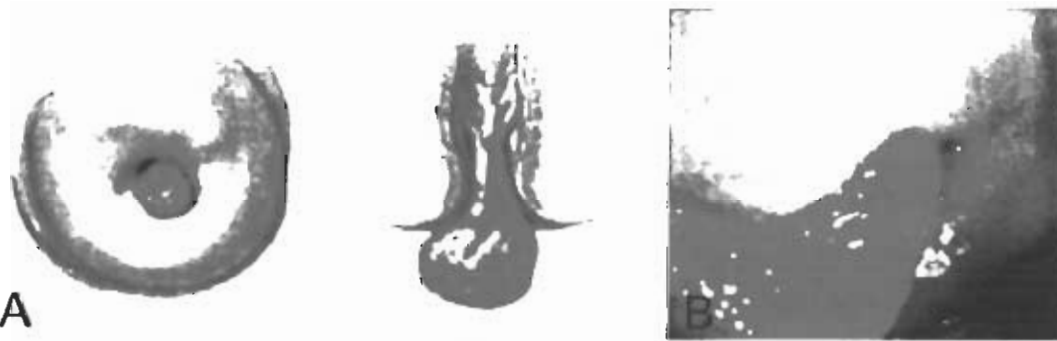
- *Σύνδρομο διαιθυλοστυλβεστρόλης*. Η διαιθυλοστυλβεστρόλη (DES) είναι η πρώτη συνθετική ορμόνη που χρησιμοποιήθηκε έως το 1971 για ορμονοθεραπεία στην κύηση. Τα κορίτσια που γέννησαν οι γυναίκες που είχαν κάνει χρήση της διαιθυλοστυλβεστρόλης στην κύησή τους, κυρίως στις 16 πρώτες βδομάδες, σε ποσοστό 1 στις 1.000 θα αναπτύξουν αδenoκαρκίνωμα από διαυγή κύτταρα, συνήθως στον κόλπο αλλά και στον τράχηλο.¹⁴ Το αδenoκαρκίνωμα αυτό αναπτύχθηκε σε νεαρή ηλικία γύρω στα 19, στα κορίτσια αυτά. Ήδη οι "θυγατέρες του DES" είναι μεγαλύτερες των 30 ετών και γι' αυτό το νεόπλασμα εμφανίζει ελάττωση την τελευταία εικοσαετία.
- *Δίαιτα* πτωχή σε φρούτα και λαχανικά φαίνεται να συσχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη αυτού όπως και άλλων καρκίνων¹⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3.1 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Πολύποδες:

Συνήθως πρόκειται για μισχωτούς πολύποδες εξορμώμενους από τον ενδοτραχηλικό αυλό και καλυπτόμενους από κυλινδρικό επιθήλιο. Μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί ή να προκαλέσουν άτυπη αιμόρροια από τον κόλπο, ενίοτε μετά από σεξουαλική επαφή. Η θεραπεία εκλογής είναι η εξαίρεση, ακολουθούμενη συνήθως και από απόξεση του ενδοτραχήλου και του ενδομητρίου, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένες γυναίκες, για τον εντοπισμό και άλλων πολυπόδων, που μπορεί να υπάρχουν στον ενδοτραχηλικό αυλό ή στην ενδομήτρια κοιλότητα.



Εικόνα Πολύποδες τραχήλου μήτρας (Α και Β).

Ινομύωματα:

Δεν είναι συνήθη σε σχέση με τα ινομύωματα του τοιχώματος της μήτρας. Συνήθως είναι μισχωτά, με μίσχο άλλοτε άλλου πάχους, είναι δε δυνατή η συστροφή τους, κατάσταση η οποία οδηγεί συχνά σε νέκρωση του ινομύωματος. Σε περίπτωση κατά την οποία το ινομύωμα του τραχήλου προωθείται αυτόματα δια μέσου του τραχηλικού αυλού στον κόλπο παρατηρείται άλγος στο υπογάστριο, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της εμμηνόρροιας. Συχνή είναι και η εμφάνιση ατύπων αιμορραγιών από τον κόλπο.

Η αντιμετώπιση αφορά στην εξαίρεση του ινομύωματος, επέμβαση η

οποία απαιτεί προσοχή, λόγω του κινδύνου έντονης αιμορραγίας από τα αγγεία του μίσχου.

Η πιθανότητα σαρκωματούδους εξαλλαγής του ινομύματος του τραχήλου είναι παρόμοια με αυτήν των ινομωμάτων άλλης εντόπισης (περίπου 0,5%)¹⁵.



Εικόνα 7: (1) Η καλοήγουσα μορφή.

3.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Σε συχνότητα 85% ο καρκίνος προσβάλλει το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου αρχίζοντας από τη ζώνη μετάπτωσης του μονόστιβου κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου στο πλακώδες του εξωτραχήλου, και σε συχνότητα 4 – 5% του ενδοτραχήλου. Ένα πολύ μικρό ποσοστό, που δεν φτάνει το 1% αφορά σε μεικτές ή αδιαφοροποίητες μορφές του¹⁰.

Μορφές: Για να καταλάβουμε τα παρακάτω, είναι απαραίτητο να θυμηθούμε από την παθολογική ανατομική πως:

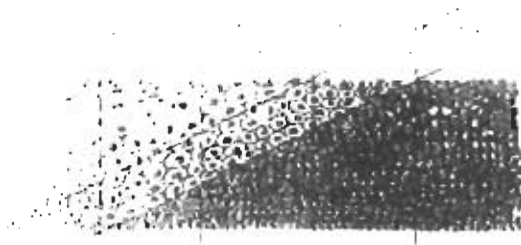
→ Υπερπλασία είναι η αύξηση του αριθμού φυσιολογικών κυττάρων

που είναι αναστρέψιμη, όπως για παράδειγμα το επιθήλιο του μαστικού αδένος στην εγκυμοσύνη.

- Μεταπλασία είναι η αντικατάσταση ενός τύπου και καλά διαφοροποιημένων κυττάρων από ένα άλλο τύπο, που είναι αναστρέψιμη, όπως για παράδειγμα τα κυλινδρικά κύτταρα του ενδοτραχήλου από πλακώδη του τραχήλου.
- 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 για παράδειγμα η αποδιοργάνωση και πάχυνση του επιθηλίου του τράχηλου της μήτρας μετά από τραχηλίτιδα.
- Αναπλασία είναι η μεγαλύτερη αύξηση της ποικιλίας στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων από ότι στη δυσπλασία και η ύπαρξη υπερχρωματικών πυρήνων και πυρηνοκινήσιων, που δεν είναι αναστρέψιμη και παρατηρείται στις κακοήθεις νεοπλασίες.
- Καρκίνωμα αφορά αλλοιώσεις με άτυπα κύτταρα και πυρήνες που εντοπίζονται σε όλο το πάχος του επιθηλίου⁶.

Ιστολογικά: Ανάλογα με το βαθμό διήθησης και τη θέση της εντόπισης του καρκίνου του τραχήλου διακρίνουμε τις παρακάτω μορφές του:

I. Δυσπλασία είναι η ανάπτυξη μη φυσιολογικών, άτυπων κυττάρων και διακρίνεται ιστολογικά σε ελαφρά, μέτρια και σοβαρή δυσπλασία. Στη φάση αυτή λαμβάνεται υπόψη το πάχος του πλακώδους επιθηλίου, που καταλαμβάνεται από τα άτυπα κύτταρα.



Όταν όλο το πάχος καταλαμβάνεται από τα άτυπα κύτταρα

χρησιμοποιείται ο όρος καρκίνωμα in situ ή προδιηθητικός καρκίνος. Πρόσφατα, για να δοθεί έμφαση στο ότι αυτές οι δυσπλαστικές μεταβολές αποτελούν το φάσμα της ίδιας βασικής αλλοίωσης, χρησιμοποιήθηκε ο όρος τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία. Υπάρχουν τρεις βαθμοί ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN).

A) Όταν καταλαμβάνεται λιγότερο από το 1/5 του πάχους του επιθηλίου,

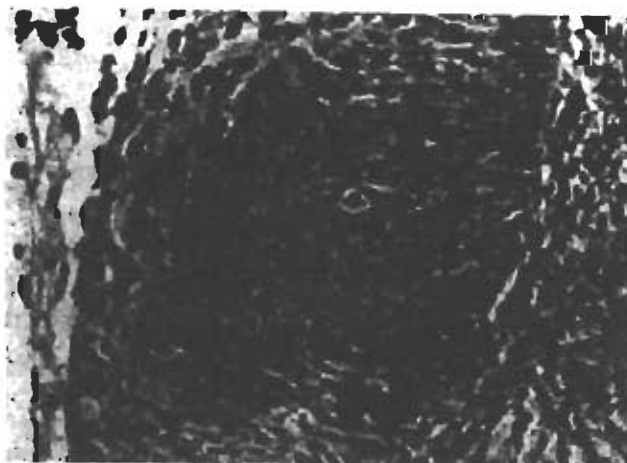
B) όταν καταλαμβάνεται από 1/3 έως 2/3 και

Γ) όταν καταλαμβάνεται όλο το πάχος.

Στην τελευταία κατηγορία συμπεριλαμβάνεται και το καρκίνωμα *in situ*. Η πλακώδης μεταπλασία του κυλινδρικού επιθηλίου του τραχήλου θεωρείται από μερικούς ιστολόγους σαν μορφή ελαφριάς δυσπλασίας.⁴

Στις περισσότερες περιπτώσεις η προδιηθητική μορφή της πάθησης παραμένει για 7 – 10 χρόνια. Χαρακτηριστικό είναι, ότι η μέση ηλικία των γυναικών με προδιηθητικό καρκίνο είναι περίπου το 35ο έτος της ηλικίας τους, ενώ, όπως είπαμε παραπάνω, η μέση ηλικία της διηθητικής μορφής είναι το 45ο έτος.

II. Το καρκίνωμα in situ ή προδιηθητικό είναι ασυμπτωματικό και ανευρίσκεται σε ιστοτεμάχιο, που πάρθηκε από βιοψία, μετά από ένα θετικό τραχηλοκολπικό επίχρισμα. Χαρακτηρίζεται από υπερπλασία των κυττάρων του επιθηλίου, ανώμαλες



Εικόνα Ιστολογική εικόνα ενδοεπιθηλιακού καρκίνου του τραχήλου.

μτώσεις, ατυπίες των πυρήνων των κυττάρων και αποδιοργάνωση της δομής των κυτταρικών στιβάδων. Η βασική μεμβράνη παραμένει ανέπαφη. Μακροσκοπικά ο τραχήλος μπορεί να παρουσιάζεται φυσιολογικός ή να εμφανίζει ερυθρότητα, διάβρωση ή εστίες λευκοπλακίας.

III.Μικροδιηθητικό καρκίνωμα είναι όρος, που αναφέρεται σε καρκίνωμα in situ, αλλά έχει επίσης εστίες διήθησης της βασικής μεμβράνης σε μικρή έκταση. Συμβαίνει σε 5 με 10% των καρκινωμάτων in situ. Δεν προκαλεί επίσης συμπτώματα, αλλά καθώς προχωρεί η βλάβη εμφανίζονται τα κλινικά σημεία της νόσου.

IV.Διηθητικό καρκίνωμα (από πλακώδη επιθήλια) αναπτύσσεται, όταν διηθηθεί το τραχηλικό στρώμα μετά από διάσπαση της βασικής μεμβράνης. Από το σημείο αυτό το καρκίνωμα του τραχήλου επεκτείνεται με άμεση διήθηση των ιστών και με λεμφογενείς και αιματογενείς μεταστάσεις. Με τη λεμφική οδό τα νεοπλασματικά κύτταρα μεταφέρονται στους επιχώριους λεμφαδένες (παραμήτριους, υπογαστρικούς, έξω λαγόνιους, ιερούς) και συνήθως όσο πιο προχωρημένη είναι η τοπική αλλοίωση, τόσο περισσότερο δημιουργούνται απομακρυσμένες μεταστάσεις. Το ήπαρ είναι η πιο συνηθισμένη εντόπιση αιματογενούς διασποράς, αλλά το νεόπλασμα μπορεί ακόμα να προσβάλλει τους πνεύμονες, τον εγκέφαλο, τα οστά, τα επινεφρίδια, το σπλήνα ή το πάγκρεας.⁴

Μακροσκοπικά, το διηθητικό καρκίνωμα εμφανίζεται με δύο μορφές, την εξωφυτική μορφή ή ανθοκραμβοειδή, που μοιάζει σαν κουνουπίδι και την ελκώδη μορφή, με μορφή συνήθως ανώμαλου έλκους που μοιάζει σαν κρατήρας που χοαίνει. Σε πρώιμα στάδια, η αλλοίωση συχνά είναι ενδοεπιθηλιακή, έτσι ώστε να μοιάζει με τραχηλική εκτοπία ή χρόνια τραχηλίτιδα.

Καθώς η νόσος χειροτερεύει, το έλκος γίνεται βαθύτερο και νευρωτικό με ασαφή όρια και εύθρυπτη αιμορραγική επιφάνεια. Οι κολπικοί θόλοι μπορεί να προσβληθούν στη συνέχεια από την επέκταση της διήθησης. Εκτεταμένη παραμητρική διήθηση από το διηθητικό νεόπλασμα μπορεί να σχηματίσει μια οζώδη πάχυνση των κ-ρομητρικών και βασικών συνδέσμων της μήτρας, που συνοδεύεται με απώλεια της ευκινησίας και καθήλωση του τραχήλου και της μήτρας. Τα καρκινώματα από τα πλακώδη επιθήλια έχουν ταξινομηθεί σύμφωνα με τον τύπου κυττάρων που κυριαρχεί, σε καρκινώματα:

- με μεγάλα, μη κερατινοποιημένα κύτταρα, και
- με μικρά κύτταρα μη κερατινοποιημένα.

Αυτά που έχουν μεγάλα κύτταρα μη κερατινοποιημένα θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερη δετή επιβίωση (68,3%), ενώ τα καρκινώματα με μικρά μη κερατινοποιημένα κύτταρα έχουν τη μικρότερη επιβίωση (20%).

Περισσότερο έχει επικρατήσει η ταξινόμηση που βασίζεται στο βαθμό διαφοροποίησης των κυττάρων.

Καλά διαφοροποιημένα (βαθμός I). Σε αυτό τον τύπο νεοπλασματος τα κύτταρα δεν παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία, έχουν μεσοκυττάρια γέφυρες, υπάρχουν σφαίρες κερατίνης μεταξύ των κυττάρων και οι μιτώσεις είναι λιγότερες από 2 στη μεγάλη μεγέθυνση.

Μέτρια διαφοροποιημένα (βαθμός II). Αυτός ο τύπος αποτελεί ενδιάμεση βαθμίδα. Υπάρχει μέτρια ποικιλομορφία των κυττάρων, με τυχαίες μεσοκυττάρια γέφυρες, λίγες σφαίρες κερατίνης και 2 – 4 μιτώσεις στη μεγάλη μεγέθυνση⁴.

Χαμηλής διαφοροποίησης (βαθμός III). Εδώ τα κύτταρα είναι βαθυχρωματικά και μικρά, που μαιάζουν πιο λίγο με το ώριμο πλακώδες επιθήλιο, χωρίς μεσοκυττάρια γέφυρες και

σφαίρες κερατίνης και οι μιτώσεις είναι περισσότερες από 4 στη μεγάλη μεγέθυνση. Τα αδιαφοροποίητα νεοπλάσματα μεθίστανται πιο νωρίς, αλλά απαντούν καλύτερα στην θεραπεία με ακτινοβολία.

V. Αδενοκαρκίνωμα. Δε διαφέρει στην εντόπιση, στη μακροσκοπική εμφάνιση, στη διασπορά και στην ευαισθησία στην ακτινοβολία, από το καρκίνωμα με πλακώδη επιθήλια. Εξορμάται από το κυλινδρικό επιθήλιο του τραχήλου και αποτελείται από υψηλή κυλινδρικά κύτταρα, εκκριτικά, συγκεντρωμένα σε αδενωματώδεις σχηματισμούς με λίγο στρώμα. Ταξινομείται σε καλής διαφοροποίησης, μέτριας και χαμηλής. Το μεγαλύτερο πρόβλημα για τον παθολόγο – ανατόμο είναι η διάκριση του πρωτοπαθούς τραχηλικού αδενοκαρκινώματος, από την επέκταση καρκινώματος του ενδομητρίου προς τον τράχηλο. Λιγότερο συχνό είναι το αδενοκαρκίνωμα από υπολείμματα του μεσονεφρικού πόρου του Wolff μέσα στον τράχηλο.

Πολλές παθολογοανατομικές βλάβες του τραχήλου μπορεί να μοιάζουν με τον καρκίνο. Τέτοιες καταστάσεις είναι το τραχηλικό εκτρόπιο, η οξεία και η χρόνια τραχηλίτιδα, τα κονδυλώματα, η τραχηλική φυματίωση, εξέλκωση από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (σύφιλη)⁴.

3.3 ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Οι προδιηθητικές αλλοιώσεις και το επιδερμοειδές (εκ πλακώδους επιθηλίου) διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας εντοπίζονται συνήθως στην περιοχή της συμβολής του πλακώδους με το κυλινδρικό επιθήλιο ή, για την ακρίβεια, στη ζώνη μεταπτώσεως. Η συμβολή του πλακώδους με το κυλινδρικό (ενδοτραχηλικό) επιθήλιο αρχικά βρίσκεται στο έξω τραχηλικό στόμιο. Κατά την αναπαραγωγική ηλικία, το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου επεκτείνεται στον εξωτράχηλο με αποτέλεσμα η συμβολή του με το πλακώδες να είναι περιφερικά του έξω τραχηλικού

στομίου. Ως ζώνη μεταπτώσεως ορίζεται η περιοχή, η οποία περιλαμβάνεται μεταξύ της αρχικής και της νέας συμβολής των δύο επιθηλίων. Στην περιοχή της ζώνης μεταπτώσεως το κυλινδρικό επιθήλιο υφίσταται πλακώδη μεταπλασία, αρχικά άκυρη και στη συνέχεια ώριμη. Η άκυρη πλακώδης μεταπλασία χαρακτηρίζεται από κύτταρα, που διατηρούν την πολικότητά τους, δεν επικαλύπτει το ένα το άλλο, και έχουν πυρήνα με καλοήγη χαρακτηριστικό (λεπτή καταμερισμένη χρωμοτίνη, λεπτό πυρήνιο). Το κυτταρόπλασμά τους είναι σχετικά λίγο, χωρίς γλυκογόνο.¹⁶

Το ώριμο πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο αναγεννάται από τον βασικό του στοίχο, ο οποίος αποτελείται από κύτταρα σχετικά μικρά, με λίγο κυτταρόπλασμα και πυρήνα, που έχει τα χαρακτηριστικά του πυρήνος κυττάρου που αναγεννάται, δηλαδή λεπτά καταμερισμένη χρωματίνη, μικρό πυρήνιο και μιτώσεις. Ο επιμήκης άξονας του κυττάρου είναι κάθετος προς τη βασική μεμβράνη. Καθώς τα πολλαπλασιαζόμενα βασικά κύτταρα προωθούνται προς την επιφάνεια του επιθηλίου (ενδιάμεση στοιβάς και στη συνέχεια επιπολής) αποπλατύνονται (ο επιμήκης τους άξονας γίνεται παράλληλος προς τη βασική μεμβράνη του επιθηλίου) και ωριμάζουν, δηλαδή αποκτούν περισσότερο κυτταρόπλασμα, που περιέχει πρόδρομες μορφές της κερατίνης και γλυκογόνο. Παράλληλα, ο πυρήνας των κυττάρων αυτών γίνεται προοδευτικά μικρότερος και πυκνότερος.

Υπάρχουν 2 μηχανισμοί, με τους οποίους το κυλινδρικό επιθήλιο της ζώνης μεταπτώσεως αντικαθίστανται από πλακώδες:

A) Το εξωτραχηλικό επιθήλιο επεκτείνεται προς τη ζώνη μεταπτώσεως αναπτυσσόμενο κάτω από το κυλινδρικό επιθήλιο, το οποίο τελικά αποπίπτει.

B) Τα εφεδρικά (reserve) κύτταρα του ενδοτραχηλικού επιθηλίου πολλαπλασιάζονται και στη συνέχεια διαφοροποιούνται προς πλακώδη. Οι προκαρκινωμάτωσης αλλοιώσεις του επιδερμοειδούς καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας χαρακτηρίζονται από διαταραχή της βαθμιαίας και ομαλής ωρίμανσης του πλακώδους επιθηλίου. Ως ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα (carcinoma in situ – CIS) έχει ορισθεί η αλλοίωση στην οποία το πλακώδες επιθήλιο δεν εμφανίζει την παραμικρή διαφοροποίηση σε ολόκληρο το πάχος

του. Εξ ορισμού βέβαια δεν υπάρχει διήθηση του στρώματος. Ως δυσπλασία είχαν ορισθεί όλες οι άλλες διαταραχές διαφοροποίησης του πλακώδους επιθηλίου που δεν εκπλήρωναν τις προϋποθέσεις του *in situ* καρκινώματος.¹⁶

Μορφολογικά, τα δυσπλαστικά κύτταρα χαρακτηρίζονται από διαταραχές του πυρήνα (δυσκαρύωση) και του κυτταροπλάσματος. Ο πυρήνας δηλαδή είναι μεγάλος, έχει ανώμαλα καταμερισμένη χρωματίνη ή είναι υπερχρωματικός και εμφανίζει αυξημένη μιτωτική δραστηριότητα, πολλές φορές με ανώμαλες μιτώσεις, σε όλες τις στοιβάδες του επιθηλίου. Οι διαταραχές του κυτταροπλάσματος εκφράζονται μορφολογικά, ως αδυναμία ωριμάνσεως, εξαφάνιση ή ελάττωση του κυτταροπλασματικού γλυκογόνου, ή ως πρόωμη κερατινοποίηση (δυσκεράτωση). Ανάλογα με τη βαρύτητα και έκταση των δυσπλαστικών αλλοιώσεων, η δυσπλασία διακρίθηκε σε ελαφρά, μέτρια και βαριά.

Ο όρος “δυσπλασία” μερικά χρόνια μετά την καθιέρωσή του εγκαταλείφθηκε και αντικαταστάθηκε από τον όρο “τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία” (Cervical Intraepithelia Q Neoplasia – CIN) και αυτό διότι ενώ μορφολογικά η διάκριση μεταξύ βαριάς δυσπλασίας και *in situ* καρκινώματος ήταν δύσκολη και πολλές φορές υποκειμενική, συχνά η θεραπευτική τους αντιμετώπιση ήταν διαφορετική (συντηρητική και συχνά ελλιπής για τη βαριά δυσπλασία, ριζική για το CIS). Ο όρος “τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία” περιέχει ολόκληρο το φάσμα των προδιηθητικών αλλοιώσεων του πλακώδους επιθηλίου και περιλαμβάνει το CIN grade I (παλαιότερο ελαφρά δυσπλασία), το CIN II (μέτρια δυσπλασία) και το CIN grade III (βαριά δυσπλασία και *in situ* καρκίνωμα). Ιστολογικά στο CIN I οι διαταραχές της ωριμάνσεως του επιθηλίου εντοπίζονται στο κατώτερα τριτημύριο του πάχους του, ενώ στο CIN II και στο CIN III αυτές οι διαταραχές παρατηρούνται στα δύο τρίτα και αλόκληρο το πάχος του επιθηλίου αντιστοίχως.

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή το CIN αναπτύσσεται συνήθως στη ζώνη μεταπτώσεως. Συχνά επεκτείνεται προς τον ενδοτραχηλικό σωλήνα ή ακολουθεί τις καταδύσεις του επιθηλίου στο υπόστρωμα, δηλαδή επεκτείνεται μέσα στους ενδοτραχηλικούς “αδένες”. Οι ασθενείς με CIN μπορεί να έχουν

ταυτόχρονα ή να αναπτύξουν αργότερα παρόμοιες αλλοιώσεις σε άλλα σημεία του κατωτέρου γεννητικού συστήματος (κόλπο – αιδοίο).¹⁶

Η βιολογική συμπεριφορά μιας συγκεκριμένης CIN – αλλοιώσεως δεν είναι δυνατόν να προκαθοριστεί από την ιστολογική της εικόνα, αν και είναι γνωστό ότι τα ποσοστά υπαστροφής των διαφόρων βαθμών CIN είναι αντιστρόφως ανάλογα της βαρύτητας των αλλοιώσεων:

Αλλοιώσεις με τη διάγνωση μέτριας δυσπλασίας και CIS υποστρέφουν σε ποσοστό 54% και 25% αντίστοιχα, ενώ από τις ελαφρές δυσπλασίες ένα ποσοστό 16% μόνον επιδεινώνεται προς CIN III¹⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Καρκίνος είναι η διαδικασία που περιγράφει την *ανώμαλη* ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό των κυττάρων ενός οργανικού συστήματος του ανθρώπινου σώματος. Δηλαδή ο καρκίνος είναι μια λανθασμένη φυσιολογική διαδικασία.

Τα χρωματοσώματά μας, περιέχουν *μηνύματα* που καθορίζουν την ανάπτυξη, λειτουργία και συμπεριφορά των οργάνων μας. Εάν αναλογισθεί κανείς από τη βιολογία ότι ο οργανισμός μας αποτελείται από χιλιάδες κύτταρα και κάθε κύτταρο έχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων, που μέσω των γονιδίων κωδικοποιούν τα διάφορα μηνύματα, τότε είναι φανερό πόσο πολύπλοκο είναι το φαινόμενο της καρκινογένεσης.

Σε κυτταρικό επίπεδο κάθε φορά που το κύτταρο διαιρείται, αυτοαναπαράγονται και τα χρωμοσώματα. Στην πορεία της κυτταρικής διαίρεσης *κάτι* μπορεί να λειτουργήσει *λάθος* και να αλλάξει τον δρόμο. Μια τέτοια *μετάλλαξη* αλλάζει και τα γονίδια ένα ή περισσότερα.

Τα "αλλαγμένα" γονίδια δίνουν λάθος μηνύματα. Έτσι, σε ένα φυσιολογικό κυτταρικό πληθυσμό υπάρχει "ένα" κύτταρο "φυσιολογικό μεν" με λανθασμένες πληροφορίες για τον σκοπό που πρέπει να επιτελεί. Το κύτταρο αυτό θρέφεται και συντηρείται όπως και τα άλλα, αλλά επειδή δεν κάνει σωστή λειτουργία, γίνεται "αντιπαθές" από την κοινωνία των φυσιολογικών κυττάρων. Αρχίζει λοιπόν να αναπτύσσεται με μεγάλη ταχύτητα και δημιουργεί έτσι μια ομάδα "περιθωριακών κυττάρων". Αυτή η ομάδα σιγά – σιγά αφαιρεί λειτουργικό και ενεργειακό ζωτικό χώρο στην ομοίωση του οργάνου που βρίσκεται.

Τα φυσιολογικά κύτταρα ειδοποιούν μέσω μηνύματος τα κατασταλτικά κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος ότι υπάρχει "εισβολέας" μέσα στην ομάδα τους και ζητούν προστασία.¹⁷

Το ανοσοποιητικό σύστημα στέλνει ειδικές ομάδες λεμφοκυττάρων που όμως αναγνωρίζουν γενετικό υλικό ταυτόσημο σε όλα τα κύτταρα, και

έτσι επιστρέφουν άπρακτα στις βάσεις τους. Μέχρι εδώ τελειώνει η φάση της “ενδιάμεσης” κυτταρικής κατάστασης.

Η ταχεία αυτή κυτταρική ανάπτυξη δεν είναι πάντα συνώνυμη της κακοήθειας. Η συνεχής αυτή αναπαραγωγή υπό τις πιεστικές τοπικές συνθήκες “μεταμορφώνει” το ενδιάμεσο κύτταρο που τώρα πια είναι ένα *καρκινικό κύτταρο*. Το καρκινικό αυτό κύτταρο διαιρείται πλέον με γρήγορες ταχύτητες.

Τα κύτταρα που έχουν μεταμορφωθεί έχουν εκτός από την αυξημένη ταχύτητα αναδιπλασιασμού έχουν και δύο άλλες ξεχωριστές και επικίνδυνες ιδιότητες.

- Δεν έχουν τοίχωμα, έτσι ως “περιθωριακά” στοιχεία κάνουν “καταλήψεις” στους φυσιολογικούς ιστούς.
- Έχουν μια μεταναστευτική τάση για άλλα σημεία του σώματος. Αυτή η μεταναστευτική τάση των καρκινικών κυττάρων λέγεται *μετάσταση*.

Το φαινόμενο της μετάστασης περιλαμβάνει μια σειρά διαδοχικών σταδίων, όπου πολλαπλασιάζονται για το σχηματισμό νέας νεοπλασματικής εστίας. Η συνηθέστερη και σημαντικότερη οδός διασποράς είναι η διείσδυση των νεοπλασματικών κυττάρων στα αιμοφόρα αγγεία ή τα λεμφαγγεία. Σπανιότερη οδός νεοπλασματικής διασποράς είναι εκείνη της εμφύτευσης.

Το φαινόμενο της μετάστασης είναι αρκετά πολύπλοκο και σχετίζεται με μηχανικές και αιμοδυναμικές παραμέτρους, με την αγγειοβρίθεια των οργάνων, με τις ιδιότητες του ξενιστή, όπως του ανοσοποιητικού συστήματος, χημικών παραγόντων και του ΕΣΔ. Τα μεταστατικά νεοπλασματικά κύτταρα είναι επιλεγμένος κυτταρικός πληθυσμός προερχόμενος από τον ετερογενή πρωτοπαθή όγκο, ο οποίος περιέχει πολλούς κλώνους φαινοτυπικά διαφόρους.¹⁷

Κατά την διάρκεια της μετάβασης από το *in situ* διηθητικό καρκίνωμα, τα νεοπλασματικά κύτταρα διασπούν τις βασικές μεμβράνες και επεκτείνονται στο διάμεσο υπόστρωμα. Η διαδικασία της αλληλεπίδρασης των καρκινικών κυττάρων με τους φραγμούς των βασικών μεμβρανών και τελικά η νεοπλασματική διήθηση επιτελείται σε 3 στάδια:

- A) Στάδιο προσκόλλησης
- B) Στάδιο διάσπασης του εξωσκελετικού δικτύου και
- Γ) Στάδιο μετανάστευσης.

Για πολλούς καρκίνους δεν έχουμε σαφή αίτια, και αυτοί ποσοστιαία καλύπτουν 30%. Αρκετοί προκαλούνται από μια σειρά επίκτητους μηχανισμούς που έχουν να κάνουν με τη διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ, την αιμοσφαιρίνη ή περιβαλλοντική ρύπανση. Αυτοί οι παράγοντες είναι υπεύθυνοι για το 40% περίπου των κακοηθών νεοπλασμάτων.

Τέλος, για ένα ποσοστό που φτάνει το 25 – 30% ο καρκίνος οφείλεται σε γενετικά καθορισμένους “κλώνους” που βρίσκονται στα χρωματοσώματά μας. Οι “κλώνοι” αυτοί κάτω από ορισμένες συνθήκες ξυπνούν από την χειμερία νάρκη τους κάτω από την επίδραση επαγωγικών ογκογονιδίων και δημιουργούν καρκινικούς πληθυσμούς.

Στη φύση μας όμως κάθε *δράση* προκαλεί *αντίδραση* έτσι στην παρουσία των επαγωγικών ογκογονιδίων έρχονται να αναπαραχθούν τα κατασταλτικά ογκογονίδια που έχουν σαν στόχο να αναστείλουν την καρκινογένεση.

Σήμερα, η θεραπεία του καρκίνου έχει προσφέρει ίαση σε πολλά νεοπλάσματα λευκαϊμίας, λεμφώματα, καρκίνους θυρεοειδούς, μήτρας, μαστού κ.λ.π. Παράλληλα, οι εφαρμοζόμενες θεραπείες έχουν αυξήσει το προσδόκιμο επιβίωσης ώστε αρκετοί καρκινοπαθείς να μπορούν να ωφεληθούν νέων “ανακαλύψεων” στις τεχνικές ή σε φάρμακα¹⁷.

4.2ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου είναι κλινική, και αυτό σημαίνει ότι το στάδιο της νόσου θα στηριχθεί στην κλινική εξέταση του ασθενούς από τους ιατρούς του ογκολογικού συμβουλίου, καθώς και σε παρακλινικές εξετάσεις, όπως, η ακτινογραφία θώρακος, η ωστεοσκόπηση, η ενδοφλέβια πυελογραφία, η ορθοσκόπηση και ο βαριούχος υποκλυσμός. Εντούτοις από διάφορες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν φάνηκε ότι υπήρχαν διαφορές από 25% έως 65% μεταξύ της κλινικής εκτίμησης και των μετέπειτα

χειρουργικών ευρημάτων, τονίζοντας έτσι την υποκειμενικότητα της κλινικής εκτίμησης. Τις περισσότερες φορές οι ασθενείς υποεκτιμούνται, δηλαδή ανευρίσκονται κατά την διάρκεια του χειρουργείου επιβαρυντικοί παράγοντες, οι οποίοι δεν μπορούσαν να εκτιμηθούν προεγχειρητικά από την κλινική εξέταση (επέκταση της νόσου στο παραμήτριο ή πυελικό τοίχωμα, θετικοί πυελικοί ή παραορτικοί λεμφαδένες), ενώ σε ποσοστό περίπου 15% υπερεκτιμάται η νόσος λόγω λανθασμένης εκτίμησης καλοήθων παραγόντων, όπως τα ινομύωματα, η ενδομητρίωση κ.α. Για τους παραπάνω λόγους τα τελευταία χρόνια σε μία προσπάθεια να εκτιμηθεί καλύτερα η επέκταση της νόσου, χρησιμοποιούνται και άλλες εξετάσεις, όπως, η λεμφαγγειογραφία, η αξονική τομογραφία, (CT scan), η βιοψία με λεπτή βελόνα (FNA), το PET και η μαγνητική τομογραφία (MRI). Από αυτές σημαντικό διαγνωστικό ρόλο κατέχει η MRI, η οποία δίνει την δυνατότητα της ακριβούς αξιολόγησης όσον αφορά το βάθος διήθησης του όγκου, το ακριβές μέγεθός του, την επέκταση της νόσου στον κόλπο, παραμήτριο και πλάγιο πυελικό τοίχωμα, καθώς και την κατάσταση των λεμφαδένων¹⁸.

Ανάλογα με το βαθμό διήθησης, που θα εκτιμήσουμε, ύστερα από τις εξετάσεις που αναφέραμε, ταξινομούμε τον καρκίνο του τραχήλου στα παρακάτω στάδια, σύμφωνα με απόφαση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Γυναικολόγων Μαιευτήρων (FIGO):

Πίνακας: Σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Στάδιο 0:

Καρκίνος in situ

Στάδιο I:

Ο καρκίνος περιορίζεται στον τράχηλο (επέκταση στο σώμα της μήτρας δεν λαμβάνεται υπόψη) και διακρίνεται σε στάδια Ia και στάδιο Ib. Το στάδιο Ia περιλαμβάνει μόνο μικροσκοπική διήθηση και διακρίνεται σε στάδιο Ia1, όπου υπάρχει ελάχιστη μικροσκοπική διήθηση (≤ 3 mm και πλάτος ≤ 7 mm) και στάδιο Ia2, κατά το οποίο η διήθηση σε βάθος δεν είναι πέραν των 5 mm (από 3 – 5 mm) και σε πλάτος πέραν των 7 mm. Το στάδιο Ib περιλαμβάνει διαστάσεις μεγαλύτερες του Ia2 ή ορατή κλινική εικόνα. Το στάδιο Ib διακρίνεται επίσης σε Ib1 με κλινική βλάβη όχι μεγαλύτερη από 4 cm σε μέγεθος και σε στάδιο Ib2 με κλινική βλάβη μεγαλύτερη από 4 cm σε μέγεθος στη μεγαλύτερη διάμετρο.

Πίνακας: Σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Στάδιο II:

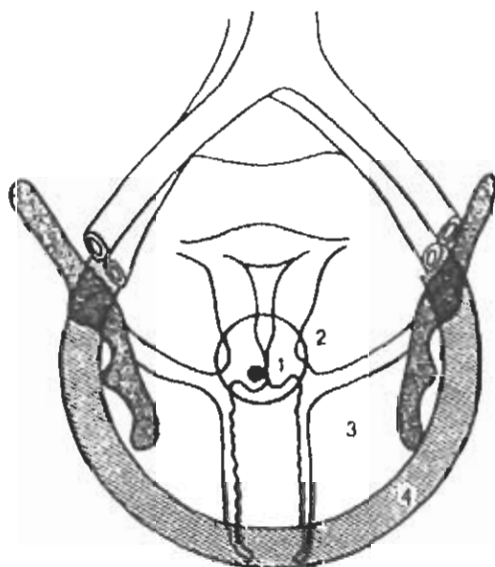
Ο καρκίνος έχει προχωρήσει πέραν του τραχήλου και διακρίνεται σε στάδιο Iia, που περιλαμβάνει διήθηση μέχρι τα δύο άνω τριταμόρια του κόλπου όχι όμως τα παραμήτρια και στάδιο Iib που περιλαμβάνει διήθηση των παραμητρίων, χωρίς όμως να φθάνει μέχρι το πυελικό τοίχωμα.

Στάδιο III:

Διακρίνεται σε IIIa, όπου ο καρκίνος έχει διηθήσει το κάτω τριτημόριο του κόλπου και σε στάδιο IIIb, κατά το οποίο η διήθηση των παραμητρίων φτάνει μέχρι το πλάγιο πυελικό τοίχωμα ή υπάρχει υδρονέφρωση ή νεφρός, που δεν λειτουργεί ή και τα δύο.

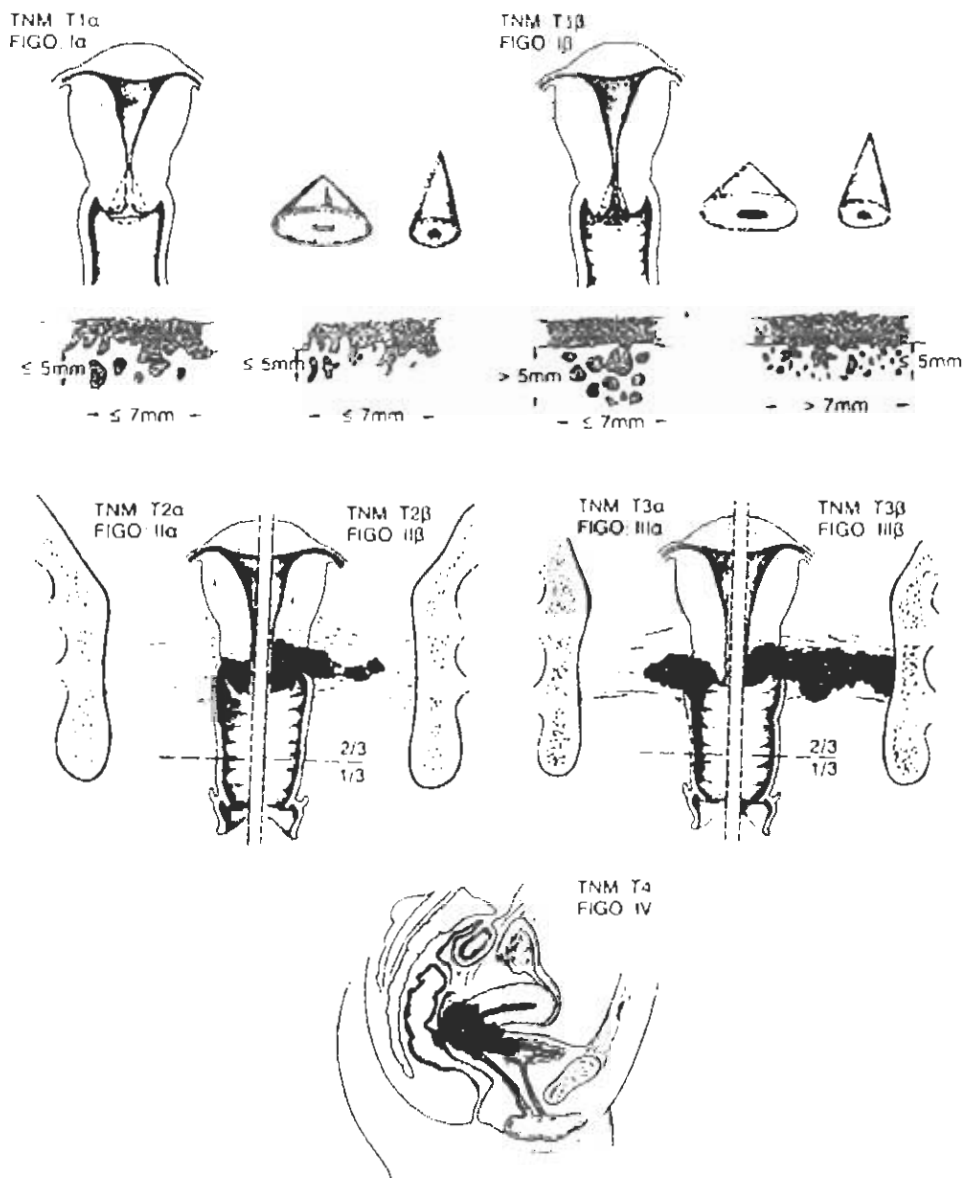
Στάδιο IV:

Περιλαμβάνει το στάδιο Iva, κατά το οποίο έχει διηθηθεί ο βλεννογόνος (όχι απλό οίδημα) της ουροδόχου κύστεως ή (και του ορθού) και σε στάδιο Ivb που περιλαμβάνει απομακρυσμένες μεταστάσεις.



Εικόνα Σχηματική απεικόνιση των κλινικών σταδίων του καρκίνου του τραχήλου, σύμφωνα με την ταξινόμηση της FIGO.

Στα στάδια της FIGO αντιστοιχούν οι κατηγορίες της κλινικής ταξινόμησης TNM της Διεθνούς Αντικαρκινικής Εταιρείας (Union Internationale Conhele Cancer).



Κλινική εξέταση σταδιακή του καρκίνου του τραχήλου και FIGO και οι αντιστοιχίες TNM (UICC)

Ειδικότερα, ο καρκίνος επιμερίζεται:

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

Πιο πρόσφατη είναι η σταδιοποίηση του καρκίνου με το σύστημα T.N.M. (όγκος, λεμφαδένες, μετάσταση), που πρότεινε η διεθνής ένωση για την καταπολέμηση του καρκίνου, αλλά ακόμη η εφαρμογή της δεν έχει επικρατήσει⁴.

4.3 ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

Οι περισσότεροι επιστήμονες πιστεύουν ότι πριν εμφανιστούν τραχηλικά κονδυλώματα ή πρόδρομες μορφές επιθετικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, προηγείται κάποια από μηνών ή ετών λοίμωξη από τον ιό των θηλωμάτων του ανθρώπου (HPV). Αυτή η πρόδρομη μορφή όγκου, γνωστή ως δυσπλαστική αλλοίωση ή ενδοεπιθηλιακή τραχηλική νεοπλασία (CIN) 1ου βαθμού, μπορεί να εξελιχθεί σε μέτρια δυσπλασία (CIN – 2), στη συνέχεια σε σοβαρή δυσπλασία και καρκίνωμα in situ (CIN – 3) και αργότερα σε επιθετικό διηθητικό καρκίνωμα.

Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι τα 2/3 περίπου όλων των μορφών σοβαρής δυσπλασίας, αν δεν αντιμετωπισθούν, καταλήγουν σε διηθητικό καρκίνο. Για τη μετατροπή αυτή απαιτούνται 3 έως 30 χρόνια, περίπου 10 χρόνια κατά μέσον όρο.

Εφόσον ο καρκίνος του τραχήλου καταστεί διηθητικός, μπορεί να διασπαρεί τυπικά στο άνω τμήμα του κόλπου καθώς και στους παρακείμενους του τραχήλου και του άνω τμήματος του κόλπου ιστούς (παραμήτρια). Ορισμένες φορές επεκτείνεται πλαγίως της πυέλου, αποφράσσοντας τους σωλήνες (ουρητήρες) που παροχετεύουν τα ούρα από το νεφρό προς την κύστη. Επίσης μπορεί να επεκταθεί στην ουροδόχο κύστη ή το ορθό.

Τα καρκινικά κύτταρα του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προσβάλλουν το λεμφικό σύστημα και να διασπείρουν στους λεμφαδένες της πυέλου αλλά και της λαγόνιας χώρας, πάνω από την πύελο, τους αορτικούς λεμφαδένες. Ορισμένες φορές διασπείρονται και στους υπερκλειδίους και βουβωνικούς λεμφαδένες.⁹

Μεταστάσεις ενδέχεται να υπάρξουν και δια της αιματικής οδού στο εξωτερικό τμήμα του κόλπου, το αιδοίο, τους πνεύμονες, το ήπαρ και τον

εγκέφαλο. Σε προχωρημένες καταστάσεις είναι συχνή η διήθηση των πνευμονικών νεύρων. Επίσης είναι πιθανό να γίνει διασπορά μέσα στην κοιλιά, όταν ο όγκος έχει διηθήσει όλο το τοίχωμα του τραχήλου της μήτρας⁹.

Ο καρκίνος στον τράχηλο της μήτρας εξαπλώνεται κυρίως με άμεση τοπική επέκταση ή (“κατά συνέχειά του”). Η λεμφική και η αιματογενής εξάπλωση είναι λιγότερο κοινές¹⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Τα συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχουν άμεση σχέση με το στάδιο της νόσου. Στα αρχικά στάδια η νόσος είναι ασυμπτωματική.

Στα μεταγενέστερα στάδια του διηθητικού καρκινώματος, όταν σχηματισθεί εξέλκωση, εμφανίζονται διαδοχικά μητρορραγία, πόνος, συμπτώματα από τα προσβαλλόμενα γειτονικά όργανα και προϊούσα καχεξία⁷.

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

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

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

Σε προσβολή τον εντέρου επέρχονται *τανεσμός, διάρροια* και *αιμορραγία από το ορθό*.

Με την προσβολή της ουροδόχου κύστης προκαλείται *συχνουρία* και μερικές φορές *αιματοουρία*, αλλά και *ακράτεια* των ούρων, εάν σχηματισθεί συρίγγιο. Η *ουραιμία* από ουρηθρικής απόφραξης ή ανιούσα φλεγμονή μπορεί να αποτελέσει το τελικό αίτιο θανάτου.

Η *καχεξία* είναι χαρακτηριστική των προχωρημένων σταδίων του καρκινώματος του τραχήλου. Η άρρωστη εμφανίζει στην περίπτωση αυτή *σπώλεια βάρους* και *αναιμία*, χαμηλή πυρετική κίνηση λόγω της παρατεινόμενης φλεγμονής και δείχνει εξασθενημένη και φοβισμένη, για να καταλήξει τελικά στον θάνατο, εν μέσω επεισοδιακών αιμορραγιών, μεγάλης αναιμίας και καθολικής καχεξίας.⁷

5.2ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ 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. Ύποπτες περιοχές, σε αντίθεση με το φυσιολογικό βλεννογόνο, δε χρωματίζονται με ιωδιούχο διάλυμα lugol (δοκιμασία κατά Schiller). Στις περιπτώσεις αυτές η βιοψία είναι αναγκαία για τη διάγνωση, αλλά συνηθέστερα οι άρρωστες προσέρχονται για εξέταση όταν η διάγνωση είναι τελείως καταφανής.

Ο τράχηλος εμφανίζεται μετά τα αρχικά στάδια σκληρός και καθηλωμένος από τους διηθημένους κολπικούς θόλους. Ο όγκος σε μεταγενέστερα στάδια αποκτά τη μορφή ελκωτικής, εξωφυτικής, ενδοφυτικής ή ενδοτραχηλικής και πολυποειδούς μάζας. Στην ελκωτική μορφή η αρχική διήθηση αντικαθιστάται στο 33% των περιπτώσεων, μερικώς ή στο σύνολό της, από ένα κρατήρα με μαλακό και εύθρυπτο ιστό στη βάση και τα χείλη του, που εύκολα αιμορραγεί κατά την ψηλάφηση. Ο τράχηλος έχει σύσταση σκληρή και είναι ατρακτοειδώς διογκωμένος. Συχνότερα, στο 38% των περιπτώσεων, παρατηρείται προς τον κόλπο μια εξωφυτική ή πολυποειδής "ανθοκρομβοειδής" μάζα, η οποία είναι εξίσου εύθρυπτη και υφίσταται σύντομα νέκρωση και δευτερογενή λοίμωξη, με συνέπειες την αιμορραγία και τη δύσοσμη κολπική έκκριση. Η ενδοφυτική ή ενδοτραχηλική μορφή (ενδοτραχηλικό επιδερμοειδές καρκίνωμα, συνηθέστερα όμως αδενοκαρκίνωμα) παρατηρείται σε αναλογία 20% και η πολυποειδής στο 5% των περιπτώσεων.

Στα προχωρημένα στάδια του καρκινώματος του τραχήλου μπορεί να ψηλαφηθούν διογκωμένοι υπερκλείδιοι και βουβωνικοί λεμφαδένες. Χαρακτηριστική είναι η σκληρή διήθηση στα παραμήτρια. Η παρουσία οιδήματος που αφήνει εντύπωμα είναι δηλωτική ετερόπλευρης επέκτασης στο πυελικό τοίχωμα²⁰.

5.3ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ένα από τα βασικά ευρήματα στους πολύ νωρίς μικροσκοπικούς καρκίνους είναι η σταθερότητα της αρχής του στη ζώνη της μετάπτωσης του πλακώδους στο κυλινδρικό επιθήλιο. Στην περίοδο της προ της ήβης ο εξωτράχηλος αποτελείται από στρώμα του τραχήλου χωρίς αδένες και καλύπτεται από το ώριμο ή το φυσικό πλακώδες επιθήλιο. Ο ενδοτράχηλος που είναι ανατομικά ο αυλός πάνω από το έξω τραχηλικό στόμιο και κάτω από το έσω τραχηλικό στόμιο καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο που δεν καλύπτει μόνο την επιφάνεια του αυλού, αλλά και τους ενδοτραχηλικούς αδένες που βρίσκονται μέσα στο στρώμα του τραχήλου.

Πριν την αρχή της εμμήνου ρύσης η ένωση αυτή μεταξύ του πλακώδους επιθηλίου του εξωτραχήλου και του κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου είναι ξεκάθαρη και φανερή. Με την αύξηση του τραχήλου στην περίοδο της εμμηναρχής και ειδικά με την φυσιολογικής εκστροφή του ενδοτραχήλου στην εγκυμοσύνη το κυλινδρικό επιθήλιο και οι αδένες του ενδοτραχήλου βγαίνουν στον ανατομικό εξωτράχηλο.

Το κυλινδρικό επιθήλιο που τώρα βρίσκεται στον εξωτράχηλο εκτίθεται στο κοιλικό περιβάλλον. Από την επίδραση του κοιλικού περιβάλλοντος, από το κοιλικό ΡΗ, το εξωτραχηλικό κυλινδρικό επιθήλιο σιγά – σιγά αντικαθίσταται από το πλακώδες επιθήλιο. Η ανατομική ζώνη του τραχήλου που γίνεται αυτό αναφέρεται σαν *μεταβατική ζώνη*. Σε αυτή την δυναμική ζώνη την μεταβατική, αναπτύσσεται η πρώτη βλάβη του πλακώδους επιθηλίου που θεωρείται να είναι προκαρκινική βλάβη του τραχήλου.¹¹

Πως ακριβώς γίνεται η εξέλιξη αυτή είναι ακόμα ένα θέμα συζήτησης παρά τα χρόνια της εντατικής μελέτης από πολλούς ερευνητές. Τελευταία η

πιο παραδειγμένη θεωρία είναι της μετάπλασης. Τα κυλινδρικά κύτταρα που έχουν εκτεθεί στο κοιλιακό περιβάλλον αντικαθίστανται από τα πλακώδη κύτταρα με ένα τρόπο που λέγεται μεταπλασία.

Έχει προταθεί ότι τα βασικά κύτταρα του φυσικού πλακώδους επιθηλίου πολλαπλασιάζονται και αυξάνουν προς τα πλάγια όρια της μεταβατικής ζώνης αντικαθιστώντας τα κυλινδρικά κύτταρα. Η εξέλιξη της μετάπλασης είναι ειδική ενεργητική ακολουθώντας την εκτροπή του κυλινδρικού επιθηλίου που γίνεται στη διάρκεια της εμμηναρχής και στην πρώτη εγκυμοσύνη. Είναι μια φυσιολογική κατάσταση που συνήθως προκαλεί νέο καλά διαφοροποιημένο πλακώδες επιθήλιο που καλύπτει τον εξωτράχηλο. Οποσδήποτε η μεταπλαστική εξέλιξη υπόκειται σε νεοπλαστικό μετασχηματισμό από εξωγενή καρκινογόνα. Όταν για αυτό μπορεί να δημιουργείται ένα άτυπο ή δυσπλαστικό πλακώδες επιθήλιο. Η παρουσία ενός ή περισσότερων από τα προηγούμενα μνημονευθέντα καρκινογόνα ερεθίσματα σε μια ασθενή με τραχηλική μεταπλασία δεν προκαλεί πάντα άτυπο μεταπλασία και δυσπλασία.

Με τα παραπάνω συμφωνούν πολύ ωραία οι επιδημιολογικές παρατηρήσεις ότι πολύ νηώιμες συνουσίες στη μικρή ηλικία (στη μετά την εμμηναρχή περίοδο της μεταπλασίας) και πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι (έκθεση σε ένα μεταφερόμενο καρκινογόνο παράγοντα) είναι υψηλοί παράγοντες για καρκίνο στον τράχηλο. Οποιοδήποτε είναι το κύτταρο ή η αρχή της καρκινογένεσης, υπάρχει πολύ καλή απόδειξη σήμερα που λέγει ότι η νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας αρχίζει από ένα κύτταρο παρά από πολλές θέσεις¹¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

6.1 ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ

Σημαντικές και λεπτομερειακές έρευνες γίνονται τα τελευταία χρόνια στην ανοσολογία του καρκίνου. Για τον καρκίνο του τραχήλου βρέθηκαν ειδικά αντιγόνα των νεοπλασματικών κυττάρων και η ανοσολογική αντίδραση των ασθενών σε αυτά μελετάται με δερματικά τεστ.

- Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) βρέθηκε ότι αυξάνεται στον ορό ασθενών με καρκίνωμα του τραχήλου, αλλά δεν παρατηρήθηκε άμεση συσχέτιση με το στάδιο της νόσου ή τον ιστολογικό τύπο. Τα επίπεδα του αντιγόνου γίνονται φυσιολογικά μετά από θεραπευτική ακτινοβολία, ενώ η επανεμφάνισή του σημαίνει υποτροπή. Έτσι, το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο αποτελεί σημαντική παράμετρο για τη διαπίστωση και την πορεία της νόσου, δίνοντας σημαντική διαγνωστική βοήθεια.
- Άλλοι ερευνητές απομόνωσαν ένα νεοπλασματικό αντιγόνο (TA4) του ανθρώπινου καρκίνου από τα πλακώδη επιθήλια, που προσδιορίζεται ραδιοανοσομετρικά. Πρόκειται για μια γλυκοπρωτεΐνη μ.β. 48.000. Μετρήσεις έδειξαν, ότι ο προσδιορισμός του TA4 στην κυκλοφορία μπορεί να αποκαλύψει την ύπαρξη καρκινώματος από πλακώδη επιθήλια. Παρουσιάζεται ψευδώς θετικό σε λιγότερο από 1% των περιπτώσεων. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στις μεταβολές της ποσότητας του αντιγόνου και της πορείας της νόσου⁴.
- Επίσης, στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας το SCC αυξάνει ανάλογα με τον όγκο και την έκταση της νόσου αλλά και ανάλογα με την διήθηση ή όχι των λεμφαδένων. Περίπου 15 – 20% των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας εμφανίζουν υψηλές τιμές SCC. Στο στάδιο I της νόσου ο δείκτης αυτός είναι αυξημένος σε ποσοστό 20 – 40% των ασθενών. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 70% στο στάδιο IV. Σε υποτροπή της νόσου ο δείκτης είναι

αυξημένος στο 25 – 50% των ασθενών.

Τέλος, άλλοι δείκτες που βρέθηκαν αυξημένοι σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου, αλλά δεν είναι ευαίσθητοι ή ειδικοί ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν κλινικά, είναι η προλακτίνη, το LASA και το TATI²¹.

6.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι ευχερής. Έτσι, προκειμένου να διαγνώσουμε τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, προβαίνουμε στις παρακάτω εξετάσεις:

6.2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

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

- 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 (ασκίτης).
- Η γυναικολογική και η από ορθού εξέταση είναι σημαντική γιατί ενδέχεται να αποκαλύψει νόσο στους ιστούς που περιβάλλουν τον τράχηλο και τον κόλπο καθώς και στους λεμφαδένες της πυέλου⁹.
- Πεοσκόπηση του άρρενος συντρόφου. Από πολλούς ερευνητές έχει επισημανθεί η ανάγκη μαζικού ελέγχου και θεραπείας των βλαβών στους άρρενες συντρόφους γυναικών με ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία και HPV διότι:
 - 50% των συντρόφων εμφανίζουν βλάβες των γεννητικών οργάνων.
 - 32% εμφανίζουν ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του πέους.
 - 60% εμφανίζουν τον ίδιο ογκογονικό τύπο HPV¹³.
- > Αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις:
- Η γενική εξέταση του αίματος

- Ο προσδιορισμός των ηλεκτρολυτών, της ουρίας και της κρεατινίνης του ορού.
- Οι ηπατικές δοκιμασίες (προσβολή του ήπατος).
- Η πήξη του αίματος, ο χρόνος προθρομβίνης και ο χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης.
- Βιοχημικός έλεγχος νεφρικής λειτουργίας.
- Οι καρκινικοί δείκτες.

6.2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

*** Τεστ Παπανικολάου**

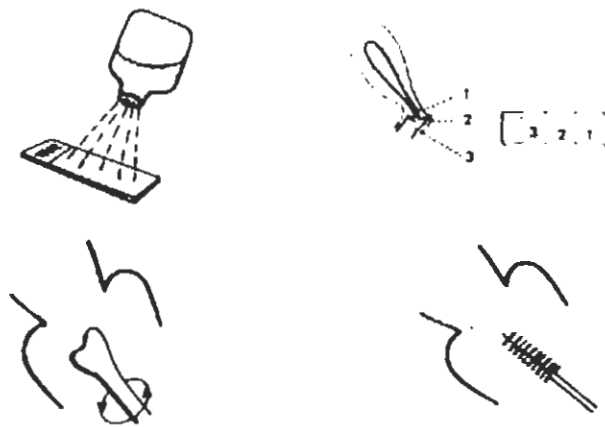
Κορυφαίο τμήμα της γυναικολογικής εξέτασης, το τεστ Παπανικολάου, είναι μια ανώδυνη, ακίνδυνη, ανέξοδη μέθοδος screening, γενικού ελέγχου δηλαδή, η οποία σκοπό έχει να διαγνώσει αρκετά νωρίς τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έτσι ώστε να βρίσκεται σε στάδια θεραπεύσιμα. Απαραίτητο να γίνεται κάθε χρόνο για τις γυναίκες που βρίσκονται πριν την εμμηνόπαυση και κάθε έξι μήνες για τις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Ο λόγος είναι ότι μετά την εμμηνόπαυση οι τοπικοί παράγοντες όμυνας ελαττώνονται καθώς και ότι η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αυξάνει στην περίοδο αυτή. Η επανάληψη του τεστ Παπανικολάου με αυτό το ρυθμό θεωρείται ικανοποιητική, δεδομένου ότι οι περισσότεροι τύποι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μεγαλώνουν αργά.

Με την ίδια συχνότητα συνίσταται να υποβάλλονται στο τεστ Παπανικολάου και οι γυναίκες που είναι σε ιδιαίτερο κίνδυνο: εκείνες που έχουν περισσότερους από έναν σεξουαλικούς συντρόφους, γυναίκες που έχουν ιστορικό κάποιας σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου, κονδυλώματα και προηγούμενα τεστ Παπανικολάου που δεν έχουν βγει φυσιολογικά. Ασυγχώρητο να καθυστερεί η γυναίκα, να παραμελεί χωρίς λόγο αυτή την απλή εξέταση. Το τεστ Παπανικολάου έχει πολύ μικρό κόστος, πολύ μικρή χρονική διάρκεια, πέντε – δέκα λεπτών αλλά μπορεί να γλυτώσει την γυναίκα από πλήθος βαριών συνεπειών.

Η γυναίκα δεν θα πρέπει να κάνει κολπική πλύση για τουλάχιστον 24 έως 48 ώρες πριν από την εξέταση και δεν θα πρέπει να έχει περίοδο. Η

παρουσία αίματος στο τεστ Παπανικολάου κάνει αδύνατη την εξέταση των κυττάρων. Επίσης, δεν θα πρέπει να έχει υπάρξει σεξουαλική επαφή τις τελευταίες δύο ημέρες.

Με το τεστ Παπανικολάου γίνεται λήψη κυττάρων από τον κόλπο, τον τράχηλο και τον ενδοτράχηλο. Ο γυναικολόγος επιστρώνει τα κύτταρα αυτά σε πλάκες, και, αφού μονιμοποιήσει το παρασκεύασμα, το στέλνει στον κυτταρολόγο. Ο κυτταρολόγος βάφει τα κύτταρα, τα παρατηρεί στο μικροσκόπιο και περιγράφει διάφορες προκαρκινικές καταστάσεις για τον τράχηλο της μήτρας, εάν υπάρχουν.



Εικόνα 45.7 Λήψη τραχηλικού επιχρίσματος για εξέταση κατά Παπανικολάου

Σκοπός του γενικού ελέγχου με το τεστ Παπανικολάου, που γίνεται πανελλήνια, είναι να εντοπίζεται ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στα πολύ πρώιμα στάδιά του, οπότε η αντιμετώπισή του θα είναι πιο εύκολη. Εκτός από τις προκακοήθειες και κακοήθειες αλλαγές, ο κυτταρολόγος μπορεί να βρει και άλλες, τοπικές καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα όπως οι ιογενείς λοιμώξεις, ο απλός έρπης και τα κονδυλώματα. Είναι δυνατό να δούμε μερικές φορές και την ύπαρξη μυκήτων ή άλλων κολπικών μικροβίων. Ο γιατρός θα συστήσει, τότε, την καλλιέργεια κολπικών υγρών που θα αποκαλύψει το μικρόβιο εκείνο το οποίο μολύνει τον κόλπο.²²

Συγχρόνως, με την λήψη του τεστ Παπανικολάου, ο γυναικολόγος

μπορεί να κάνει μια επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου. Ίσως, έτσι διαγνώσει καταστάσεις οι οποίες φαίνονται με το γυμνό μάτι, όπως είναι μια κολπίτιδα, μια τραχηλίτιδα. Η ύπαρξη κάποιου πολύποδα μπορεί επίσης να διαγνωσθεί με γυμνό μάτι, πράγμα που γίνεται χωρίς καμία επιπλέον προσπάθεια ή καθυστέρηση, απλά και μόνο με το τεστ Παπανικολάου.

Ένα επίχρισμα Παπανικολάου που έχει ληφθεί σωστά, μπορεί να οδηγήσει στην διάγνωση του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας σε 95% των περιπτώσεων. Εάν το τεστ είναι θετικό, τότε μας δείχνει την ανάγκη για μια βιοψία.

Το τεστ Παπανικολάου είναι απαραίτητο και μετά την εγκυμοσύνη. Καλό είναι, δύο μήνες μετά το τέλος της εγκυμοσύνης, να εκτελείται πάλι το τεστ Παπανικολάου, έτσι ώστε να υπάρχει ένας καλός έλεγχος της κατάστασης του τραχήλου της μήτρας²².

Κλάσεις:

Ανάλογα με τα κυτταρολογικά στοιχεία που παρουσιάζει το επίχρισμα, διακρίνουμε 5 κλάσεις κατά Παπανικολάου ή 3 κατηγορίες. Αυτές είναι οι εξής:

Κλάση I – φυσιολογικά επιθηλιακά κύτταρα

Αρνητική Κλάση II – φλεγμονή, άτυπα κύτταρα, όχι ύποπτα

Κλάση III – άτυπα, ύποπτα κύτταρα, δυσκαρίωση

Ύποπτη Κλάση IV – πιθανά καρκινικά κύτταρα

Θετική Κλάση V – βέβαια καρκινικά κύτταρα²³.

Σύστημα Bethesda:

Τα περισσότερα εργαστήρια στις Η.Π.Α. και την Ευρώπη και βεβαίως στην Ελλάδα, χρησιμοποιούν το λεγόμενο σύστημα Bethesda για να αναφερθούν στο αποτέλεσμα του τεστ Παπανικολάου. Το σύστημα αυτό χρησιμοποιεί περιγραφικούς όρους και όχι νούμερα όπως γινόταν στο παρελθόν. Το σύστημα Bethesda περιλαμβάνει την εκτίμηση της καταλληλότητας του προς εξέταση δείγματος, αναφέρεται στο φυσιολογικό (αρνητικό) ή όχι κολποτραχηλικό επίχρισμα στις φλεγμονές και ταξινομεί τις τυχόν "ανωμαλίες" των κυτταρικών στοιχείων σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

A) Σε ASCUS / AGUS, δηλαδή τα άτυπα κύτταρα του πλακώδους ή

αδενικού επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας, μη καθορισμένης αιτιολογίας.

Β) Σε SIL (πλακώδης ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση τραχήλου μήτρας) ΧΑΜΗΛΟΥ ΒΑΘΜΟΥ.

Ο όρος αλλοίωση αναφέρεται σε περιοχή ανώμαλου (μη φυσιολογικού) ιστού, ενώ η ταξινόμηση σε ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση χαμηλού βαθμού αφορά σε ανώμαλα κύτταρα που περιορίζονται σε επιφανειακά στρώματα του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας.

Γ) Σε SIL ΥΨΗΛΟΥ ΒΑΘΜΟΥ, στα κύτταρα των οποίων παρουσιάζονται αξιοσημείωτες αλλοιώσεις σε σχήμα και μέγεθος, ενώ η εμφάνισή τους είναι τελείως διαφορετική από τα φυσιολογικά κύτταρα. Οι αλλοιώσεις αυτές αν αφεθούν χωρίς περαιτέρω διερεύνηση και θεραπεία είναι αρκετά πιθανόν να εξελιχθούν σε διηθητικό καρκίνο¹⁴.

Ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα της κυτταρολογικής εξέτασης του τραχήλου της μήτρας.

Είναι γνωστή και αναμφισβήτητη η αξία του τεστ Παπανικολάου στον προληπτικό έλεγχο για την έγκαιρη διάγνωση των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας. Επίσης είναι γνωστή η διαγνωστική ακρίβεια της εξέτασης στον ενδοεπιθηλιακό (in situ) και διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η εξέταση Παπανικολάου έχει καταδείξει παγκόσμια ότι είναι σε θέση να μειώσει τη νοσηρότητα και την ειδική θνησιμότητα από τον διηθητικό καρκίνο του τραχήλου με ένα κατάλληλο πρόγραμμα μαζικού ελέγχου του γυναικείου πληθυσμού. Δεν θα έλεγε όμως κανείς ότι αποτελεί εξέταση "πανάκεια" για την εξάλειψη της νόσου. Έτσι, είναι σκόπιμο να γνωστοποιηθούν οι αιτίες που ευθύνονται για τα ποσοστά αποτυχίας της εξέτασης Παπανικολάου, με απώτερο σκοπό την ελαχιστοποίηση των διαγνωστικών λαθών.

Η ανίχνευση των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας, καθώς επίσης του ενδοεπιθηλιακού και του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου, βασίζεται σε ένα σύνολο κλινικοεργαστηριακών διαδικασιών που αποτελούν τους κρίκους μιας αλυσίδας και που θα πρέπει να λειτουργήσουν

σωστά για να αποδώσουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

“Ψευδώς αρνητικό” αποτέλεσμα θεωρείται:

1. Η αρνητική κυτταρολογική απάντηση σε ασθενή με διαγνωσμένο καρκίνο ή προκαρκινική αλλοίωση.
2. Η αρνητική κυτταρολογική απάντηση σε ασθενή που διαγνώσθηκε καρκίνος ή προκαρκινική αλλοίωση με τεστ Παπανικολάου, σε μικρό χρονικό διάστημα, μετά την αρνητική εξέταση.¹³
3. Η αρνητική κυτταρολογική απάντηση σε ασθενή που διαγνώστηκε καρκίνος ή προκαρκινική αλλοίωση με τεστ Παπανικολάου σε μικρό χρονικό διάστημα πριν την αρνητική εξέταση.

Ως αίτια των “ψευδώς αρνητικών” αποτελεσμάτων των κολποτραχηλικών εξετάσεων ενοχοποιούνται:

1. Η βιολογική συμπεριφορά του επιθηλίου, όταν τα “ψευδώς αρνητικά” αποτελέσματα οφείλονται στην έλλειψη αποβολίδωσης του επιθηλίου.
2. Η διαδικασία λήψης του επιχρίσματος, όταν τα “ψευδώς αρνητικά” αποτελέσματα οφείλονται στην κακή λήψη του επιχρίσματος και στη χαμηλή του ποιότητα. Η κακή λήψη μπορεί να οφείλεται:
 - α) Σε μη χρησιμοποίηση της ξύλινης σπάτουλας για την λήψη του επιχρίσματος από τον εξωτράχηλο και της ψήκτρας για τη λήψη του επιχρίσματος. Η χρήση βαμβακοφόρου σπειλέου δεν συνίσταται γιατί το βαμβάκι απορροφά τα κύτταρα.
 - β) Σε απειρία ή σε ελλιπή εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού. Όταν η εξέταση Παπανικολάου γίνεται στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου για την ανίχνευση προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας (screening), τη λήψη των επιχρισμάτων αναλαμβάνουν καλά εκπαιδευμένοι γενικοί ιατροί ή μαίες, ενώ όταν συνοδεύει την γυναικολογική εξέταση, η λήψη γίνεται κυρίως από γυναικολόγους ή κυτταρολόγους.
3. Η έλλειψη ενημέρωσης των γυναικών για οποφυγή κολπικών πλύσεων και σεξουαλικής επαφής 24 ώρες πριν από την λήψη του

τεστ Παπανικολάου.

4. Ο εξεταστής, όταν κατά την μικροσκόπηση είτε θα παραβλέψει μια κυτταρική αλλοίωση, είτε την παρερμηνεύσει.

Οι συχνότερες αιτίες ακατάλληλων επιχρισμάτων είναι: απουσία αδενικών ενδοτραχηλικών και μεταπλαστικών κυττάρων, ανεπαρκές ή ανεπαρκώς επιστρωμένο κυτταρικό υλικό, άφθονα φλεγμονώδη στοιχεία, αίμα που καλύπτει τα οπτικά πεδία και κακή μονιμοποίηση.

Σήμερα οι μελέτες που γίνονται για τον έλεγχο των κυτταρολογικών απαντήσεων δεν περιορίζονται στον καθορισμό των “ψευδώς αρνητικών” (ή και “ψευδώς θετικών”) αποτελεσμάτων αλλά ασχολούνται με πιο ευαίσθητους δείκτες, οι οποίοι αποτελούν και τα σύγχρονα *κριτήρια αξιολόγησης* των κυτταρολογικών αποτελεσμάτων¹³.

* Το Thin Prep Pap Test:

Το Thin Prep Pap Test είναι η πρώτη πραγματική βελτίωση του τεστ Παπανικολάου από την πρωτοεμφάνισή του. Αναπτύχθηκε με στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζει το κλασσικό τεστ Παπανικολάου.

Η λήψη γίνεται ακριβώς με τον ίδιο τρόπο όπως στο κλασσικό τεστ Παπανικολάου, όμως το δείγμα δεν μεταφέρεται κατευθείαν από τη συσκευή λήψης στην υάλινη πλάκα, διότι η συσκευή τοποθετείται σε ένα φιαλίδιο με το υγρό Thin Prep, όπου ξεπλένεται καλά. Κατά τον τρόπο αυτό αφενός όλα τα κύτταρα που συλλέχθηκαν μεταφέρονται στο υγρό Thin Prep, αφετέρου εξασφαλίζεται η σωστή συντήρησή τους.

Στη συνέχεια, το φιαλίδιο κλείνει και αποστέλλεται στο κυτταρολογικό εργαστήριο. Εκεί, το φιαλίδιο τοποθετείται στο μηχάνημα Thin Prep 2000, το οποίο μεταφέρει τα κύτταρα στην υάλινη πλάκα, αφού το διαχωρίσει από το αίμα και τη βλέννη. Με αυτόν τον τρόπο, τα κύτταρα που μεταφέρονται στο πλακίδιο είναι ομοιόμορφα κατανομημένα και ο κυτταρολόγος βλέπει πιο καθαρά το πλακίδιο.

Το αποτέλεσμα:

Υψηλότερη ποιότητα δείγματος, βελτιωμένη κυτταρολογική εικόνα και

ως εκ τούτου, μια πιο σαφής και σίγουρη διάγνωση.



Το Thin Prep Pap Test όχι μόνο λύει τους περιορισμούς του κλασσικού τεστ Παπανικολάου αλλά επιτρέπει τη διενέργεια πολλαπλών εξετάσεων και συμπληρωματικών τεχνικών στο ίδιο δείγμα, χωρίς την ταλαιπωρία επαναληπτικής επίσκεψης και λήψης. Μάλιστα, είναι δυνατή η εφαρμογή των τεχνικών της μοριακής βιολογίας για τον προσδιορισμό του ιού των θηλωμάτων του ανθρώπου (HPV) και των βακτηρίων *Chlamydia trachomatis* και *Neisseria gonorrhoeae*.

Έγκυρες μελέτες παγκοσμίως έχουν αποδείξει ότι το Thin Prep Pap Test δίνει ακριβέστερα αποτελέσματα (πάνω από 90%) από ότι το κλασσικό τεστ Παπανικολάου. Η μέθοδος Thin Prep έχει εγκριθεί από τον Αμερικανικό Οργανισμό Εγκρίσεως Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) από το 1996 και αποτελεί σήμερα την πιο ευαίσθητη μέθοδο πρόληψης και διάγνωσης του τραχήλου της μήτρας²⁴.

* Τεστ ούρων:

Σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο American Association for Cancer Research, αμερικανοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι είναι δυνατή η ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με ένα τεστ ούρων. Οι ερευνητική ομάδα του πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον με επικεφαλής την Δρ Νάνσυ Κίβιατ, υποστηρίζει ότι ο καρκίνος θα μπορούσε να ανιχνευθεί δια της αναζήτησης συγκεκριμένων γονιδιακών προτίμων σε δείγματα ούρων, καθώς σε πειραματικό στάδιο η μέθοδος αποδείχθηκε ακριβής ανιχνεύοντας πολλές περιπτώσεις πρώιμου και διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Οι επιστήμονες πήραν δείγματα από 143 γυναίκες από τη Σενεγάλη,

που έπασχαν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Εξ αυτών, οι 41 είχαν μη διηθητικούς πρώιμου σταδίου όγκους στον τράχηλο, 30 είχαν μη διηθητικούς υψηλού βαθμού καρκίνους και 72 είχαν διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Τα δείγματα ούρων ελέγχθηκαν για την παρουσία τεσσάρων συγκεκριμένων γονιδίων. Η Δρ. Κίβιατ έχει ήδη αποδείξει ότι αυτά τα γονίδια μπορούν να εντοπισθούν σε εκκρίσεις και δείγματα ιστού από τον τράχηλο όταν είναι παρόν κάποιος όγκος.

Τρία από τα γονίδια ήταν συχνά ανιχνεύσιμα στα δείγματα που ελήφθησαν από τις γυναίκες με διηθητικό καρκίνο, αλλά σπανίως εντοπίστηκαν στα δείγματα των γυναικών με μη διηθητικό καρκίνο. Οι ερευνητές κατάφεραν να ανιχνεύσουν τους μη διηθητικούς καρκίνους με 53% ακρίβεια και τους διηθητικούς με 90% ακρίβεια²⁵.

6.2.3 ΑΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Αυτές είναι:

Δοκιμασία Schiller

Όταν ο τράχηλος χρωσθεί με το ιωδιούχο διάλυμα Lugol (1 μέρος I2 + 2 μέρη KI + 300 μέρη H₂O), τα φυσιολογικά κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου, λόγω ότι περιέχουν γλυκογόνο, δεσμεύουν το ιώδιο και παίρνουν χρώμα καφέ. Αντίθετα, τα καρκινικά κύτταρα δεν περιέχουν γλυκογόνο, ώστε να δεσμεύουν το I₂ και κατά συνέπεια δεν χρωματίζονται. Όταν λοιπόν χρωσθεί ο τράχηλος με το Lugol, οι υγιείς περιοχές παρουσιάζονται καφεοειδείς, ενώ οι παθολογικές μένουν όπως ήταν και πριν. Έτσι, με τη δοκιμασία Schiller δεν είναι βέβαια δυνατή η διάγνωση του καρκίνου, αλλά η διαδικασία βοηθάει στο να ανακαλυφθούν οι ύποπτες για καρκίνο περιοχές του τραχήλου, από τις οποίες πρέπει να παρθούν τεμάχια ιστού για ιστολογική εξέταση²⁶.

Κολποτραχηλοσκόπηση

Κολποτραχηλοσκόπηση είναι διαγνωστική μέθοδος, με την οποία ελέγχουμε τις επιφανειακές αλλοιώσεις του κόλπου και ιδιαίτερα της κολπικής μοίρας του τραχήλου και τις μεταβολές του τραχηλικού επιθηλίου κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας, κάτω από μεγέθυνση.

Η κολποτραχηλοσκόπηση εκτελείται με τη βοήθεια του κολποτραχηλοσκοπίου, που επινοήθηκε από τον Hinselmann. Αυτό αποτελείται από στερεοσκοπικό διαφθάλμιο μικροσκόπιο μεγέθυνσης X10 έως X40. Η εστιακή του απόσταση είναι 20 – 25 εκατοστά και διαθέτει φωτιστική πηγή, που συγκεντρώνει το φως εκεί που θέλουμε. Τα σύγχρονα κολποτραχηλοσκόπια διαθέτουν σωλήνα για δεύτερο παρατηρητή και υποδοχή για φωτογραφική ή κινηματογραφική μηχανή ή συσκευή τηλεόρασης και βίντεο.¹⁰

Για την εκτέλεσή της εφαρμόζουμε τους κολποδιαστολείς και εξετάζεται η περιοχή που μας ενδιαφέρει, όπως είναι ή ύστερα από καθαρισμό της με φυσιολογικό ορό. Κατόπιν, ακολουθεί εξέταση ύστερα από έκπλυση της περιοχής με οξικό οξύ 3%, που ρευστοποιεί και καθαρίζει την τραχηλική βλέννα, ή με διάλυμα Lugol. Σε περίπτωση που επιθυμούμε τον έλεγχο της ενδοτραχηλικής κοιλότητας, εφαρμόζουμε ειδικό ενδοτραχηλικό διαστολέα.¹⁰

Την κολποτραχηλοσκόπηση εκτελούμε:

- Όταν το τραχηλικό επίχρισμα είναι ύποπτο, δηλαδή εμφανίζει ατυπίες κακοήθειας και μάλιστα στη διάρκεια της κύησης.
- Όταν υπάρχουν δυσπλαστικές αλλοιώσεις του κόλπου και του τραχήλου.
- Όταν προηγήθηκε ριζική χειρουργική θεραπεία για καρκίνο και θέλουμε να ελέγξουμε το κολπικό κολόβωμα.
- Όταν προηγήθηκε ακτινοβολία και θέλουμε να ελέγξουμε το αποτέλεσμα της.
- Όταν υπάρχει κολπική αδένωση στο σύνδρομο της διαιθυλοστιλβοιστρόλης.
- Όταν θέλουμε να εντοπίσουμε κολπική ή τραχηλική βλάβη, για να προβούμε σε ιστολογικό της έλεγχο ύστερα από ιστοληψία.
- Σε κάθε περίπτωση γυναικολογικής εξέτασης μετά την επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου, για ακριβέστερο έλεγχο της κατάστασης του επιθηλίου τους.¹⁰

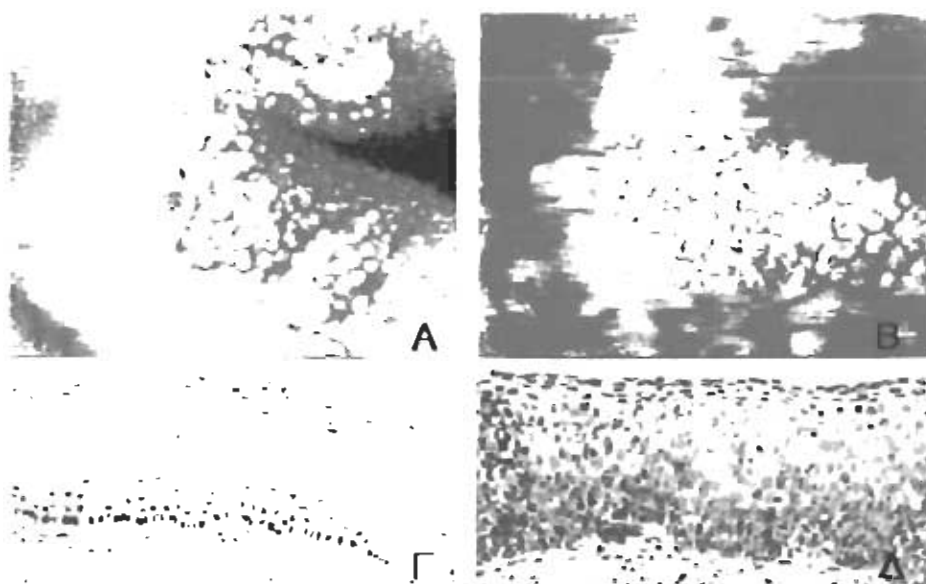
Τα ευρήματα της κολποτραχηλοσκόπησης έχουν σχέση με τη

μορφολογία των επιθηλιακών κυττάρων και με τη διάταξη των αγγείων του χορίου και αφορούν στις παρακάτω καταστάσεις:

- Φυσιολογικά ευρήματα. Φυσιολογικό το επιθήλιο της κοιλιακής μοίρας του τραχήλου εμφανίζεται ραδινο, λείο, ημιδιαφανές και με αγγεία που σχηματίζουν πυκνό δίκτυο. Το επιθήλιο του ενδοτραχήλου εμφανίζεται έντονα κόκκινο με θηλώδεις προεκβολές. Το όριο μεταξύ πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου, που βρίσκεται γύρω από το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο, εμφανίζεται σαν κυκλική γραμμή, που δεν είναι σταθερή, αλλά αλλάζει ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας και τις ορμονικές επιδράσεις.
- Ζώνη μετάπτωσης. Αυτή είναι η περιοχή που μοιάζει με ζώνη και αντιστοιχεί στο σημείο, που συμβαίνει η πλακώδης μεταπλασία. Χαρακτηριστικό της στοιχείο είναι η εμφάνιση μικρών οπών, που αντιπροσωπεύουν τα στόμια των κρυπτών, που εκκρίνουν βλέννα.
- Πλακώδης μεταπλασία. Αυτή είναι η επέκταση του πλακώδους επιθηλίου στην περιοχή του κυλινδρικού επιθηλίου, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί πλακώδες επιθήλιο.
- Ωάρια Naboth. Αυτά είναι κυστικά μορφώματα, που σχηματίστηκαν ύστερα από έμφραξη των ενδοτραχηλικών καταδύσεων, που παράγουν βλέννα.
- Λευκοπλακία. Αυτή αποτελεί λευκωπές περιοχές της ζώνης μετάπτωσης, που προβάλλουν στην επιφάνεια, χωρίς να διαθέτουν αξιόλογη αγγείωση.
- Διάστιξη. Αυτή αποτελεί λευκωπές περιοχές της ζώνης μετάπτωσης, που μοιάζουν με πλακόστρωτο και τα μεταξύ τους διαστήματα είναι κοκκινωπά.
- Μωσαϊκό. Αυτό αποτελεί λευκωπές περιοχές της ζώνης μετάπτωσης, που μοιάζουν με πλακόστρωτο και τα μεταξύ τους διαστήματα είναι κοκκινωπά.
- Άτυπη αγγείωση. Αυτή αποτελεί ακανόνιστες διακλαδώσεις αγγείων

με αυξομειώσεις του εύρους τους και ανώμαλη διαδρομή.

- Εκτοπία. Αυτή αποτελεί επέκταση του κυλινδρικού επιθηλίου στο πρόσθιο και οπίσθιο χάλος του τραχήλου, που μοιάζει σε μεγέθυνση με ρώγες σταφυλιού.¹⁰



Εικόνα Κολποεκτοπικά ευρήματα του τραχήλου. Α. Ζώνη μετάπτωσης του κυλινδρικού στο πλακωδές επιθήλιο, Β. Εικόνα μικροσκοπική, Γ και Δ ιστολογικές εικόνες.

Εκτός από τα παραπάνω ευρήματα, που ανάλογα με την έκτασή τους και την έντασή τους προσδιορίζουν το βαθμό της βλάβης, στην κολποτραχηλοσκόπηση είναι δυνατό να παρατηρήσουμε και τις παρακάτω παθολογικές καταστάσεις:

- Κολπίτιδες. Αυτές είναι δυνατό να είναι γονοκοκκικές (υπεραιμικές εστίες κάτω από το επιθήλιο και διήθηση του χορίου) ή τριχομοναδικές (πολλά λεμφικά οζίδια με διασταλμένα τριχοειδή και νεκρωτικές εστίες).
- Διαβήτη. Οι αλλοιώσεις του επιθηλίου μοιάζουν με γονοκοκκικής κολπίτιδας.
- Φυματίωση. Αυτή εμφανίζεται με πολλές εξελκώσεις, που εύκολα αιμορραγούν.

- Σύφιλη. Αυτή εμφανίζεται με πλάκες, μεγάλες σε έκταση, σε πολλές εντοπίσεις και μοιάζει με τη λευκοπλακία.
- Διφθερίτιδα. Αυτή εμφανίζεται με τις χαρακτηριστικές σταχτωπές ψευτομεμβράνες.
- Καρκίνο. Αυτός εμφανίζεται με την ίδια εικόνα των κολπικών επιχρισμάτων. Ο ενδοεπιθηλιακός μπορεί να διαγνωσθεί σε συχνότητα 90%.¹⁰

Μικροκολπούστεροσκόπηση

Για την καλύτερη μελέτη του ενδοτραχηλικού αυλού, όπου οι τραχηλικές βλάβες εκτείνονται πέραν των ορίων της κολποσκοπικής παρατήρησης, πολλοί χρησιμοποιούν τη *μικροκολπούστεροσκόπηση*.

Πρόκειται για μέθοδο που επιτρέπει τη μικροσκοπική παρατήρηση των γεννητικών βλεννογόνων in vivo μετά τη χρώση με μπλε μελάνι Waterman, που προσλαμβάνεται μόνο από τα πλακώδη κύτταρα. Το μικροκολπούστεροσκόπιο είναι ένα ενδοσκόπιο διαμέτρου 4 mm με 4 μεγεθύνσεις (X1, X20, X60, X150), που επιτρέπει την πανοραμική παρατήρηση του τραχήλου, αλλά ταυτόχρονα και την in vivo μελέτη των κυττάρων, όταν υπάρχουν οι κατάλληλες γνώσεις.²¹

Ιστοληψία του τραχήλου της μήτρας

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

Μετά από προετοιμασία της εξεταζόμενης, όπως σε κάθε κολπική επέμβαση, και χωρίς γενική αναισθησία, σε όλες τις περιπτώσεις, τοποθετείται μητροσκόπιο ή τοποθετούνται κολποδιαστολείς, συλλαμβάνεται ο τράχηλος με μονοδοντωτές λαβίδες στην 3η και 9η ώρα, ώστε να αποκαλυφθεί όλη η ενδοκολπική του μοίρα, και με ειδική λαβίδα ιστοληψίας ή με νυστέρι κόβουμε τεμάχια από την ύποπτη περιοχή, που επισημάναμε με τη δοκιμασία Schiller.

Αν συμβεί αιμορραγία κατά την εκτέλεση της ιστοληψίας, προβαίνουμε σε ηλεκτροκαυτηρίαση της αιμορραγούσας επιφάνειας ή τη ράβουμε με ζωϊκά ράμματα. Τα τεμάχια του τραχήλου τοποθετούνται σε διάλυση φορμόλης και αποστέλλονται για ιστολογικό έλεγχο.

Η ιστοληψία του τραχήλου έχει ένδειξη:

- Σε κάθε περίπτωση παθολογικής αλλοίωσής του.
- Σε κάθε περίπτωση που ο κυτταρολογικός έλεγχός του απέδειξε την ύπαρξη υπάπτων καρκινικών κυττάρων. Παθήσεις, που δυνατό να διαγνωστούν με την ιστοληψία του τραχήλου, είναι ο καρκίνος του και οι διάφορες μορφές φλεγμονής του, όπως η ελκωτική και η διαβρωτική τραχηλίτιδα.²⁶

Βιοψία του τραχήλου της μήτρας

Κάθε περιοχή χρόνιας επιθηλιακής βλάβης στον τράχηλο πρέπει να υποβάλλεται σε βιοψία και ιστολογική εξέταση. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες που παρά την αντιφλεγμονώδη και αντιμικροβιακή θεραπεία, το κυτταρολογικό επίχρισμα δείχνει επανειλημμένα εικόνα κυτταρικής ατυπίας ύποπτη για κακοήθεια. Είναι φανερό ότι με τη βιοψία και μόνο, θέτεται σαφώς η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και η διάκρισή του σε προδιηθητική ή διηθητική μορφή.

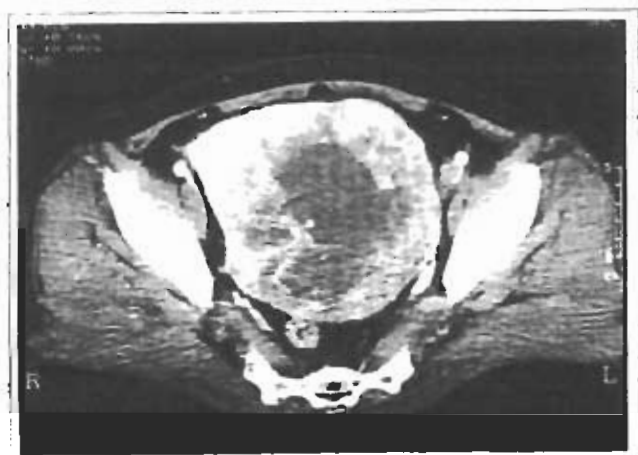
Εντούτοις, και η βιοψία του τραχήλου μπορεί να αποτύχει στην ανακάλυψη του καρκίνου. Αυτό συμβαίνει εάν η βιοψία δεν παρθεί από την καρκινική εστία. Γι' αυτό βιοψία πρέπει να παίρνεται από περισσότερες περιοχές του τραχήλου, κατευθυνόμενη κυρίως γύρω από τη ζώνη μεταπτώσεως και στα χείλη κάθε επιθηλιακής βλάβης του τραχήλου.

Στις περιπτώσεις που δεν παρατηρείται επιθηλιακή βλάβη, το κυτταρολογικό όμως επίχρισμα είναι ύποπτο ή θετικό για κακοήθεια, είναι προτιμότερη η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου, δηλαδή η εκτομή από τον τραχηλικό ιστό ενός κώνου, του οποίου η κορυφή βρίσκεται στον τραχηλικό αυλό, ενώ η βάση περιλαμβάνει το έξω τραχηλικό στόμιο τη ζώνη μεταπτώσεως και τη γύρω τραχηλική περιοχή. Το ύψος και το εύρος του κώνου εξαρτώνται από την επιδιωκόμενη έκταση της βιοψίας²⁶.

Η υπολογιστική τομογραφία (CT scan)

Η υπολογιστική τομογραφία (Computed Tomography – CT scan) είναι μια διαγνωστική απεικονιστική μέθοδος που παρέχει ευκρινείς διαστάτες εικόνες. Με τη χρησιμοποίηση σκιαγραφικών μέσων, που μπορεί να δοθούν

από το στόμα, ενδοφλέβια ή από το ορθό, για την σκιαγράφιση των οργάνων του πεπτικού ή ουροποιητικού συστήματος, είναι δυνατόν να γίνει διαφοροποίηση των πιο πάνω οργάνων από τα έσω γεννητικά όργανα. Η ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού δίνει ακόμη τη δυνατότητα για μεγαλύτερη ευκρίνεια των όγκων της ελάσσονος πυέλου, επειδή ενισχύεται η σκιαγραφική αντίθεση. Στη γυναικολογία παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για συμπαγείς κυρίως όγκους της πυέλου και για την ανάδειξη τυχόν διογκωμένων οπισθοπεριτοναϊκών λεμφαδένων, σε περιπτώσεις κακοηθών νεοπλασμάτων.¹



Εικόνα Αξονική τομογραφία Σαρθομαί μπάρας. Έμφυτες σημειώσιμες χρωστικές αλλαγές με κεντρική τάξη, η οποία καταλαμβάνει το σπέρμα της μπάρας.

Η απεικόνιση με μαγνητικό συντονισμό (Magnetic Resonance Imaging – MRI)

Ο μαγνητικός συντονισμός επιτρέπει τη λήψη ευκρινών εικόνων των διαφόρων οργάνων. Στηρίζεται στην εκπομπή από το μηχάνημα ραδιοκυμάτων, ένα μέρος της ενέργειας των οποίων απορροφάται από το πρωτόνιο των πυρήνων του υδρογόνου των διαφόρων ιστών. Αυτά πλέον τα άτομα του υδρογόνου, δρουν σαν μικρά μαγνητικά δίπολα, επηρεαζόμενα από το μαγνητικό πεδίο του μηχανήματος και εκπέμπουν ορισμένα ραδιοκύματα, τα οποία συλλαμβάνονται από ευαίσθητους και “έξυπνους” υποδοχείς και, με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή, μετατρέπονται σε εικόνα.

Τα πλεονεκτήματα του μαγνητικού συντονισμού είναι η μη

χρησιμοποίηση ιονίζουσας ακτινοβολίας, αλλά μαγνητικών ραδιοκυμάτων, που δεν έχουν οποιαδήποτε παρενέργεια στον ανθρώπινο οργανισμό, και, σε σύγκριση με την υπολογιστική τομογραφία, παρουσιάζουν μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα μεταξύ των διαφόρων ιστικών μεταβολών (φλεγμονή, καρκίνος και μεταβολικές διαταραχές). Μειονεκτήματα, το υψηλό κόστος της εξέτασης και η μη απεικόνιση τυχόν αποπιτανώσεων. Είναι η πλέον ενδεδειγμένη εξέταση για την ελάσσονα πύελο, όπως επηρεάζεται η υπολογιστική τομογραφία. Έχει επίσης τη δυνατότητα, με τις οβελιαίες τομές, να αναδεικνύει καλύτερα τα έσω γεννητικά όργανα. Η κύρια ένδειξη του MRI στη γυναικολογία είναι η *συμβολή του στη σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου* της μήτρας και του ενδομητρίου καθώς και στη μετέπειτα παρακολούθηση. Φυσικά και άλλες καλοήθειες και κακοήθειες γυναικολογικές παθήσεις αναγνωρίζονται με το MRI, λόγω όμως του υψηλού κόστους θεωρείται σκόπιμη η αντικατάστασή του με το τρισδιάστατο υπερηχογράφημα υψηλής ευκρίνειας που δίνει σχεδόν εξίσου αξιόπιστες εικόνες¹.



Εικόνα 1. Μαγνητική τομογραφία T2 επιπέδου θώρακα. Χωροκατακλιτική εξογκώση που αποτελεί σχηματισμό από τον τραχήλο και επεκτείνεται στον μήτρα της μητράς. (Καμπερούς, Τραχήλος, σελ. 67)

Τραχηλογραφία

Προτάθηκε από τον Stafil το 1981. Με την τεχνική αυτή λαμβάνονται έγχρωμες φωτογραφίες του τραχήλου μετά από επάλειψη με οξεικό οξύ 5%.

Οι φωτογραφίες αυτές (cervigrams) μεγεθύνονται και αξιολογούνται από ειδικούς. Η μέθοδος αυτή αν και εύκολη στη χρήση και χωρίς επιπλοκές, απαιτεί τεχνολογία σχετικά ακριβή. Οι ειδικοί επίσης, που ασχολούνται με το αντικείμενο αυτό είναι λίγοι και η μέθοδος παρουσιάζει το ίδιο με την κολποσκόπηση ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων⁶.

Speculoscopy

Απεικονίζεται με μικρή μεγέθυνση (X2) στο μετά από εφαρμογή οξείκου οξέος λευκό τραχηλικό επιθήλιο. Η φωτεινή πηγή είναι μια κάψουλα με ειδική χημική ουσία που τοποθετείται στην άκρη της εσωτερικής επιφάνειας του πρόσθιου σκέλους του κολποδιαστολέως. Η μέθοδος αυτή είναι απλή, φθηνή, χωρίς επιπλοκές. Δεν υπάρχουν όμως επιστημονικά δεδομένα για την αξία της σαν εξέταση ρουτίνας (screening), ενώ εμφανίζονται πολλά ψευδώς θετικά αποτελέσματα⁶.

Φασματογραφία φθορισμού (fluorescence spectroscopy)

Ο τράχηλος φθορίζει εκπέμποντας χαρακτηριστικά μήκη κύματος, όταν κατευθύνεται επάνω του φωτεινή πηγή laser χαμηλής ισχύος. Αυτά τα μήκη κύματος καταγράφονται από έναν υπολογιστή και αναλύονται. Μεγάλα μήκη κύματος αντιστοιχούν σε μη φυσιολογικές ιστολογικά αλλοιώσεις του τραχήλου, ενώ μικρά μήκη κύματος φανερώνουν φυσιολογικό τραχηλικό ιστό⁶.

Πολικός δείκτης (Polar probe)

Η μέθοδος βασίζεται στις διαφορετικές αντιδράσεις του τραχηλικού επιθηλίου σε φωτεινά και ηλεκτρικά ερεθίσματα. Τα ερεθίσματα κατευθύνονται στον τράχηλο μέσω ενός ευαίσθητου ηλεκτροδίου μήκους 25 εκατοστών που κινείται πάνω στον τράχηλο. Το φυσιολογικό και το μη φυσιολογικό τραχηλικό επιθήλιο απαντούν στα ερεθίσματα αυτά με διαφορετικό τρόπο και δημιουργούνται χαρακτηριστικές καμπύλες, που αναλύονται σε ηλεκτρονικό υπολογιστή. Πειραματικά δεδομένα δείχνουν ταύτιση των κυτταρολογικών και κολποσκοπικών ευρημάτων με τον πολικό δείκτη σε ποσοστό 85% στις χαμηλού βαθμού κακοήθειες ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις του πλακώδους επιθηλίου (LGSIL), 90% στις υψηλού βαθμού

κακοήθειες (HGSIL) και 99% στο διηθητικό καρκίνωμα⁶.

Υπέρηχοι

Η διάγνωση με τους υπερήχους στηρίζεται στην αρχή του Doppler. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, οι υπερήχοι, που κατευθύνονται από μια πηγή προς κάποιο κινούμενο ή ακίνητο αντικείμενο, προσκρούουν στο αντικείμενο αυτό και αντανακλώνται προς τα πίσω με διαφορά όμως στο μήκος κύματος. Ειδική ηλεκτρονική συσκευή ενισχύει και καταγράφει τη διαφορά αυτή του μήκους κύματος.

Οι υπερήχοι αποτελούν σημαντική διαγνωστική μέθοδο στη Γυναικολογία, δεδομένου ότι βοηθούν στη διάγνωση διαφόρων βλαβών της μήτρας. Επίσης, οι υπερήχοι βοηθούν στην διάγνωση ανωμαλιών της αναπύξεως και της εξελίξεως της εγκυμοσύνης. Σημαντική, ακόμα, είναι η προσφορά των υπερήχων στη διάγνωση όγκων των ωοθηκών και των σαλπίνγων, φλεγμονών των σαλπίνγων, αποστημάτων και αιματωμάτων της πυέλου, καθώς και ασκίτου. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί η προσφορά των υπερήχων στην ανίχνευση της ημέρας της ωορρηξίας²⁶.

6.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από την τραχηλίτιδα (όταν συνυπάρχει ψευδοδιάβρωση του επιθηλίου), τη φυματίωση (όταν υπάρχει ιστορικό φυματίωσης των γεννητικών οργάνων), το συφιλιδικό έλκος (σκληρή και διηθημένη εξέλκωση) και από τους πολύποδες του ενδοτραχήλου. Επίσης, από το νεκρωμένο έμμισχο υποβλεννογόνιο ινομύωμα, που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο και από τα κονδυλώματα²⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

7.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι παγκοσμίως ο συχνότερος καρκίνος του γεννητικού συστήματος.

Αντίστοιχα όμως, είναι και ο μόνος καρκίνος του σώματος που μπορεί να έχουμε ουσιαστική πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση ήδη από το στάδιο που αρχίζει η εκτροπή του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας από το φυσιολογικό²⁷.

Για την πρόληψή του υπάρχουν οι εξής τρόποι:

A. Ο πρώτος είναι να προφυλάσσεται η γυναίκα από τους παράγοντες κινδύνου.

Η πρόληψη αυτή μπορεί να γίνει εάν:

- Η έναρξη της σεξουαλικής ζωής γίνεται αργότερα, οπότε τα νεαρά κορίτσια αποφεύγουν την λοίμωξη από HPV.
- Ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων είναι μικρότερος και αποφεύγονται από το σεξ τα άτομα που έχουν παρελθόν με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται η πιθανότητα λοίμωξης από τον HPV. Η λοίμωξη με HPV δεν προκαλεί σε όλες τις περιπτώσεις κονδυλώματα και για το λόγο αυτό ένα άτομο μπορεί να έχει υποστεί λοίμωξη με τον HPV και να μην το γνωρίζει.
- Προφυλακτικό. Πρόσφατες μελέτες έχουν αποδείξει ότι τα προφυλακτικά δεν προστατεύουν από την μόλυνση με HPV. Αυτό οφείλεται στο ότι η μόλυνση μπορεί να γίνει με επαφή δέρμα με δέρμα από περιοχή που έχει μολυνθεί με HPV, όπως η γεννητική και περιπρωκτική περιοχή και χωρίς να υπάρχουν εμφανή κονδυλώματα. Ο ιός του HPV μπορεί να υφίσταται εκεί για χρόνια χωρίς συμπτώματα.
- Διακοπή το κάπνισμα.

Β. Ο δεύτερος τρόπος πρόληψης είναι το τεστ Παπανικολάου που μπορεί να διαγνώσει προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις και τη λοίμωξη από τον HPV.

Ο προληπτικός έλεγχος με τεστ Παπανικολάου πρέπει να αρχίζει από 18 ετών ή με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής. Μετά από 3 συνεχή ετήσια τεστ που είναι αρνητικά η γυναίκα μετά από συνεννόηση με τον ιατρό της μπορεί να ελέγχεται σε μεγαλύτερα διαστήματα.

Γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή για καρκίνο παραμένουν υπό τον έλεγχο με το τεστ¹⁴.

Γ. Ο τρίτος τρόπος είναι οι προφυλακτικοί εμβολιασμοί.

Οι προφυλακτικοί εμβολιασμοί έχουν ως στόχο την παραγωγή και τη δράση υψηλών τίτλων αδρανοποιητικών αντισωμάτων έναντι των τύπων του HPV που ανιχνεύονται στο γυναικείο γεννητικό σύστημα.

Ένα εμβόλιο κατά του ιού των θηλωμάτων, το οποίο θα συμβάλλει τόσο στην πρόληψη της HPV λοίμωξης όσο και στην αντιμετώπιση της ήδη εγκατεστημένης νόσου, θα επηρεάσει σημαντικά την καταπολέμηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, που προσβάλλει εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο.

Το εμβόλιο για τον HPV ουσιαστικά θα πρέπει να προορίζεται:

A) Για την προφύλαξη ατόμων που δεν έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό.

B) Ατόμων που έχουν μολυνθεί, και,

Γ) Ασθενών με καρκίνο του τραχήλου μήτρας²⁸.

7.2 ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕ ΤΟ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Παράγοντες που κρίθηκαν απαραίτητοι για την επιτυχία ενός προγράμματος προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι οι εξής:

- Οι δυνατότητες διενέργειας προληπτικού ελέγχου να είναι ισότιμα

κατανεμημένες σε ευρύ φάσμα ηλικιών.

- Να διασφαλίζεται υψηλό ποσοστό συμμετοχής με το να είναι οι υπηρεσίες αποδεκτές από γυναίκες.
- Να υπάρχει η δυνατότητα επανάληψης του τεστ Παπανικολάου σε τακτά χρονικά διαστήματα, όχι πέραν των πέντε ετών.
- Να εξασφαλίζονται καλές υπηρεσίες και έλεγχος της ποιότητας λήψης του υλικού και ερμηνείας των κυτταρολογικών ευρημάτων.
- Να διασφαλίζεται η δυνατότητα στενής παρακολούθησης και επανεκτίμησης των περιπτώσεων με παθολογικά ευρήματα.
- Να εξασφαλίζονται καλές συνθήκες νοσηλείας και θεραπείας των γυναικών που τις έχουν ανάγκη.
- Να διασφαλίζεται ο τακτικός έλεγχος της επάρκειας των υπηρεσιών.²⁹

7.3 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στην κάλυψη των γυναικών με τον προληπτικό έλεγχο.

- Να εξασφαλίσει το σύστημα κλήσης των γυναικών ανά τακτά χρονικά διαστήματα.
- Να επιδιώκει να υποβληθούν στο τεστ όσο γίνεται περισσότερες γυναίκες που εντάσσονται στο πρόγραμμα του προληπτικού ελέγχου.
- Να παρακολουθεί τις γυναίκες που δεν προσήλθαν για το τεστ παρά το ότι κλήθηκαν.
- Να επιδιώκει τη βελτίωση της ποιότητας του κυτταρολογικού υλικού.
- Να διαχειρίζεται τις περιπτώσεις με φυσιολογικό τεστ.
- Να διαχειρίζεται τις περιπτώσεις με παθοφυσιολογικό τεστ.
- Να εποπτεύει την παρακολούθηση των γυναικών με παθολογικό τεστ.
- Να συμβάλλει στη μείωση της ανησυχίας και των ενδεχομένων παραπόνων των γυναικών που είναι ενταγμένες στο πρόγραμμα.

- Να προλαμβάνει τυχόν προβλήματα του προγράμματος.
- Να παρακολουθεί και να εκτιμά την αποτελεσματικότητα του προγράμματος προληπτικού ελέγχου στην πράξη²⁹.

7.4ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Το πρώτο εμβόλιο κατά του καρκίνου ανοίξει νέους ορίζοντες στη γυναικολογική ογκολογία.

Με βάση τα στοιχεία που προκύπτουν από ευρωπαϊκές επιδημιολογικές μελέτες, περίπου 40 με 50 γυναίκες πεθαίνουν κάθε μέρα στην Ευρώπη από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η νόσος αυτή παρά την πρόσφατη ιατρική πρόοδο και το πρόγραμμα μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου, παραμένει στην Ευρώπη η δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του μαστού, μεταξύ των γυναικών ηλικίας 15 έως 44 ετών.

Για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ενοχοποιείται ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV, που μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή και ειδικότερα τα στελέχη 6, 11, 16 και 18. Σημειώνεται ότι τα στελέχη 16 και 18 θεωρούνται υπεύθυνα για το 70% των περιπτώσεων της νόσου αυτής.

Το τετραδύναμο εμβόλιο κατά του ιού αυτού βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο των ερευνών, και ως τα τέλη του έτους 2005, ο σχετικός φάκελος αναμένεται να κατατεθεί στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων προκειμένου να πάρει έγκριση κυκλοφορίας. Πάντως, η κυκλοφορία του αναμένεται να ξεκινήσει στα τέλη του 2006, με αρχές του 2007.

Όπως επισημάνθηκε από τους επιστήμονες, το εμβόλιο *Γκαρντασίλ (Gardasil)* είναι καθαρά προληπτικό και δεν έχει θεραπευτικές ικανότητες σε όσες γυναίκες έχουν ήδη προσβληθεί από τον συγκεκριμένο ιό.

Τονίστηκε, ότι το εμβόλιο πρέπει να χορηγείται σε κορίτσια της εφηβικής ηλικίας (12 έως 15 ετών) και πάντως πριν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητάς τους.

Η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου και των κονδυλωμάτων, μέσω

του εμβολιασμού, αποτελεί μεγάλη ελπίδα για τις γυναίκες, για το παρόν και το μέλλον.

Αυτές οι σχετικές ανακοινώσεις έγιναν κατά τη διάρκεια συνέντευξης τύπου από τον νορβηγό καθηγητή Έρικ Ίβερσεν, τον ισπανό Αντόνιο Κασάντο, το γάλλο Ρουάλτ Μπούγκατ, τον καθηγητή Γυναικολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Θεόδωρο Αγοραστό, τον αναπληρωτή καθηγητή Μαιευτικής Γυναικολογίας και ογκολόγο Στυλιανό Φωτίου και τον επίκουρο καθηγητή Ιατρικής Σχολής Αθηνών Δημοσθένη Σκάρλο.

Σημειώνεται ότι στις έρευνες αυτές μετείχαν περίπου 12.000 γυναίκες ηλικίας 16 έως 23 ετών. Στις μισές από αυτές που χορηγήθηκε το εμβόλιο δεν εμφανίστηκε καμία τραχηλική αλλοίωση από τον ιό και η εφαρμογή του ήταν απόλυτα επιτυχής σε ποσοστό 100%. Από τις υπόλοιπες γυναίκες, 20 προσβλήθηκαν από τον ιό. Για πρώτη φορά λοιπόν, φαίνεται ότι είναι πιθανή η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Οι επιστήμονες τόνισαν ότι οι εθνικές αρχές θα πρέπει να εξετάσουν την κατάρτιση προγραμμάτων εμβολιασμού, τα οποία θα οδηγήσουν σε μείωση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, όσο και της θνητότητας από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Πάντως, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης αυτής υπογραμμίστηκε ότι εξήντα χρόνια μετά την ανακάλυψη του τεστ Παπανικολάου, αυτό θα παραμείνει ως το βασικό διαγνωστικό μέσο για την πρόληψη τυχόν αλλοιώσεων και έτσι δεν μειώνεται ο ρόλος της προληπτικής αυτής εξέτασης.³⁰

Η μόλυνση από τον ιό του HPV είναι πολύ συχνή και επιστημονικές αναφορές δείχνουν ότι η συχνότητα έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία 30 χρόνια. Έτσι, η πλειοψηφία των ανθρώπων θα εκτεθεί στον ιό και θα μολυνθεί κάποια στιγμή της ζωής του. Από τον ιό αυτό διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο περίπου 470.000 νέα περιστατικά διηθητικής νόσου και καταγράφονται 230.000 θάνατοι. Η πλειοψηφία τους δε, εμφανίζεται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στην Ευρώπη η συχνότητα εμφάνισης είναι υψηλή και το 2002 έχουν καταγραφεί πάνω από 33.000 νέα περιστατικά και περίπου 15.000 θάνατοι.

Ο καθηγητής κ. Αγοραστός είπε ότι περίπου 8 με 9 γυναίκες στις 100.000 νοσούν από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Όπως ανέφερε, κύρια προϋπόθεση είναι η μόλυνση από τον ιό, ενώ παραμένει άγνωστη στους επιστήμονες η αιτία που η νόσος εκδηλώνεται σε κάποιες γυναίκες και σε άλλες όχι. Οι παράγοντες, όπως είπε, μπορεί να είναι εξωγενείς και ενδογενείς. Εξωγενείς είναι το κάπνισμα, ή η λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, ενώ ενδογενείς παράγοντες πιθανολογούνται και μπορεί να είναι γενετικοί και κυρίως πολυμορφισμοί γονιδίων.

Τέλος, υπογράμμισε ότι η νόσος μπορεί να προληφθεί, αλλά το ποσοστό των γυναικών που κάνει το τεστ Παπανικολάου παγκοσμίως παραμένει χαμηλό. Στη χώρα μας δε, αυτό το ποσοστό φτάνει μόλις το 20%. Υπογράμμισε ότι αυτό που συνιστούν οι γιατροί ως μέσο προφύλαξης και πρόληψης από τον ιό είναι η ενημέρωση, καθώς και το τρίπτυχο, εμβόλιο – HPV test – PAP test, ενώ οι νέες κοπέλες θα πρέπει να κάνουν απαραίτητα το εμβόλιο εφόσον εφαρμοστεί επιτυχώς. Πρόσθεσε ότι με τον εμβολιασμό, εκτιμάται ότι η συχνότητα εμφάνισης της νόσου θα πρέπει να μειωθεί σημαντικά στα επόμενα 20 χρόνια, γιατί, όπως εξήγησε, για να εκδηλωθεί καρκίνος του τραχήλου της μήτρας απαιτούνται 10 με 15 χρόνια.

Από τον ιό HPV προσβάλλονται και οι άνδρες, στους οποίους όμως δεν προκαλούνται αλλοιώσεις αφού λειτουργούν ως απλοί φορείς του ιού³⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

8.1ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι περισσότερες περιπτώσεις θεραπεύονται ή ελέγχονται με έναν συνδυασμό εγχείρησης, χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας³¹.

Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από:

- 1) Το στάδιο της νόσου κατά FIGO,
- 2) Την ηλικία της ασθενούς,
- 3) Την γενική της κατάσταση,
- 4) Την επιθυμία για τεκνοποίηση,
- 5) Την εμπειρία και τις δυνατότητες του θεράποντος ιατρού και του νοσοκομείου¹⁷.

Η εγχείρηση λέγεται ριζική υστερεκτομή κατά Wertheim – Meigs και εκτός από τη μήτρα και τα εξαρτήματα γίνεται και εκκένωση των πυελικών λεμφαδένων των παραμητρίων.

Η εγχείρηση γίνεται σε ασθενείς σταδίου μέχρι Ια, δηλαδή χωρίς κλινική διήθηση του παραμητρίου, σε καλή φυσική κατάσταση, ηλικίας κάτω των 65 ετών, όχι παχύσαρκη και με νεοπλάσματα κάτω των 4 εκατοστών. Η θνησιμότητα της εγχείρησης είναι περίπου 1%. Η εγχείρηση ή η ακτινοθεραπεία έχουν το ίδιο θεραπευτικό αποτέλεσμα και η 5ετής επιβίωση των ασθενών σε χειρουργήσιμο στάδιο είτε χειρουργηθεί είτε ακτινοβοληθεί είναι 85%¹².

Η ακτινοθεραπεία είναι η μόνη αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας που εφαρμόζεται στα προχωρημένα στάδια, ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά σε όλα τα στάδια. Ορισμένοι την επιλέγουν ως θεραπεία σε αρχικά στάδια υψηλού κινδύνου για υποτροπή (μεγάλος όγκος > 5 εκ., διήθηση αιμοφόρων και λεμφοφόρων αγγείων, κ.λ.π.), μόνη της ή σε συνδυασμό με χειρουργική αγωγή, προεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά³².

Οι πιθανότητες η θεραπεία να επιφέρει απόλυτη ίαση, όταν ο καρκίνος δεν έχει επεκταθεί πέρα από την μήτρα, είναι πολύ μεγάλες, πολύ πιο μεγάλες από όσο στους περισσότερους καρκίνους. Η θεραπεία θα εμποδίσει όμως την

γυναίκα από το να κάνει παιδί. Ακόμη και αν τα όργανα αναπαραγωγής δεν αφαιρεθούν, οι ωθήκες θα σταματήσουν να λειτουργούν, ως αποτέλεσμα της ακτινοθεραπείας. Σε νεότερες γυναίκες, η θεραπεία μπορεί να προκαλέσει ορισμένα από τα συμπτώματα της εμμηνοπαύσεως, που μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπιστούν.

Μετά την θεραπεία του καρκίνου επακολουθούν τακτικές εξετάσεις για ένα διάστημα μιας πενταετίας περίπου³³.

8.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

8.2.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Ο στόχος της χρησιμοποιούμενης τεχνικής είναι να καταστρέψει τον τραχηλικό ιστό σε ένα βάθος 6 – 7 χιλιοστών, ειδικά όταν η νεοπλασία φθάνει τις κρύπτες των αδενίων.

→ ΚΡΥΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Επιτυγχάνεται με τη διέλευση οξειδίου του αζώτου μέσω σωλήνος ψύξης του κρυοδίου. Τούτο, ερχόμενο σε επαφή με τον τράχηλο καταστρέφει τον ιστό σε βάθος 4 χιλιοστών και σε περιφέρεια 4 χιλιοστών περισσότερο από το χρησιμοποιούμενο μέγεθος. Η γενικότερη χρήση της κρυοπηξίας με οξείδιο του αζώτου από το 1980, έχει μια επιτυχία 85% σε χαμηλού βαθμού νεοπλασίες και 65% σε υψηλού βαθμού νεοπλασίες. Η κυριότερη αιτία αποτυχίας της μεθόδου είναι το μέγεθος του "κρυοδίου" και όχι το βιολογικό στάδιο της νεοπλασίας.

Εάν μετά από 4 – 6 μήνες από την θεραπεία παρουσιαστεί κυτταρολογική εξέταση τραχήλου με μη φυσιολογικά κύτταρα, στην ασθενή συστήνεται κωνοειδής εκτομή με χρήση laser ή αγκύλης υψίσυχνου ρεύματος.¹

→ ΔΙΑΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ

Από το 1966 ο Semm χρησιμοποιεί επικολλημένα με τεφλόν ηλεκτρόδια, κωνοειδούς σχήματος, τα οποία ενεργοποιούνται από ηλεκτροχειρουργική μονάδα, θερμαίνοντας τον ιστό στους 120 βαθμούς για

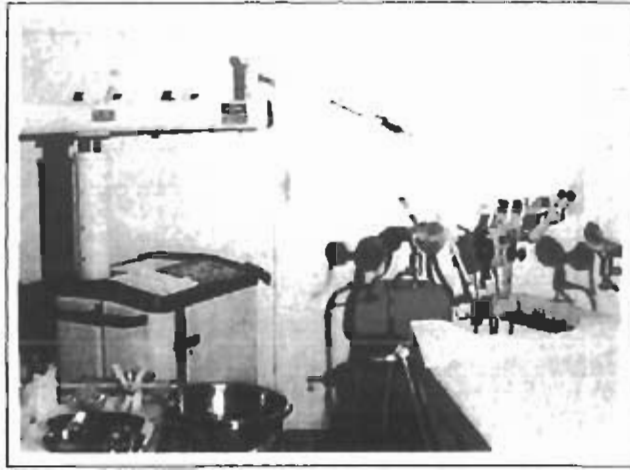
30 δευτερόλεπτα, επιτυγχάνοντας έναν βαθμό καταστροφής 4 χιλιοστών. Στην συνέχεια το χρησιμοποίησαν σε μεγάλη σειρά ασθενών οι Gordon και Duncam, οπότε το 1991 δημοσίευσαν μία 93% επιτυχία (1518 από 1628 ασθενείς) από την πρώτη κιάλας συνεδρία σε ασθενείς με διαφόρου βαθμού ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας.¹

→ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΗ

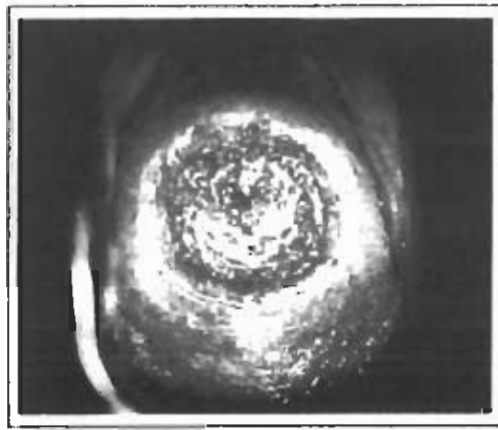
Γνωστή σε όλους μέθοδος από την χρήση της στο χειρουργείο. Στην συγκεκριμένη περίπτωση χρησιμοποιείται η "μπίλια", προεπιλέγοντας την ηλεκτροχειρουργική μονάδα στο 40 – 45 w, και υπό κολποσκοπικό έλεγχο καυτηριάζουμε την βλάβη. Οι Chamen και Rome το 1983 αναφέρουν εφαρμογή της μεθόδου σε 1864 ασθενείς, που τα 2/3 εμφάνισαν CIN III ορατά όρια βλάβης κολποσκοπικά, με επιτυχία 97%, χωρίς να εμφανιστεί καρκίνος τραχήλου στην παρακολούθηση.¹

→ LASER ΕΞΑΧΝΩΣΗ

Όπως και στην ηλεκτροκαυτηρίαση, γίνεται προσπάθεια καταστροφής του τραχηλικού ιστού 6 – 8 χιλιοστά (σπανιότερα 10 χιλιοστά) προς τον ενδοτράχηλο και 4 – 6 χιλιοστά σε βάθος ιστού, θέτοντας τα έξω όρια 4 χιλιοστά πέραν της μετάπτωσης. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιείται CO₂ laser (μήκος κύματος 10,6 mm) και ακτίνα διαμέτρου 1,5 – 2 χιλιοστά, με προεπιλεγμένη ισχύ στα 20 – 25 w. Η μέθοδος εμφανίζει επιτυχία στο 90 – 96% με ειδικά αναφερόμενα περιστατικά καρκίνου τραχήλου στα δύο πρώτα έτη.¹



Εικόνα Μονάδα Laser συνδεδεμένη με κολιόσκοπο



Εικόνα Εξάχνωση τραχηλικού ριθμίζου με Las CO₂ (δίοξ)

→ ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΝΥΣΤΕΡΙ

Μεγάλες κωνοειδείς εκτομές με νυστέρι λόγω ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών πραγματοποιούνταν στο παρελθόν, ώστε να αποφευχθεί η υστερεκτομή. Το "τίμημα", λόγω της εξαίρεσης μεγάλου τμήματος τραχήλου ήταν διεγχειρητική αιμορραγία, μακρά νοσηλεία, επιπλοκές στην κύηση, δυσκολία ανεύρεσης της ζώνης μετασχηματισμού. Τώρα, όπου υπάρχει ένδειξη (σε βιοψία διηθητικού νεοπλάσματος τραχήλου), ένα βάθος εκτομής 1,5 – 2 χιλιοστά προς τον ενδοτράχηλο "ξεκαθαρίζει" την προς τον ενδοτράχηλο επέκταση του νεοπλάσματος. Αβαθής κωνοειδής γίνεται, όταν η βλάβη στον εξωτράχηλο είναι πλήρως ορατή.

Ο Corppleson και συνεργάτες, ανασκοπώντας 19 σειρές περιέλαβαν 548 γυναίκες που θεραπεύτηκαν με κωνοειδή εκτομή και βρήκαν μόνο 18 διηθητικά καρκινώματα σε παρασκευάσματα υστεροεκτομών, όταν τα όρια ήταν ελεύθερα για CIN. Έτσι, συστήνεται και σε αυτές τις περιπτώσεις παρακολούθηση με κυτταρολογική εξέταση και κολποσκόπηση.¹

→ ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ ΜΕ LASER

Και εδώ χρησιμοποιείται το CO₂ laser, αλλά με ακτίνα 1 χιλιοστού και ισχύ 30 – 40 w. Με τη μέθοδο αυτή γίνεται εξαίρεση της βλάβης κυρίως όπως και με το νυστέρι, αλλά διατηρώντας περισσότερο στρώμα τραχήλου. Η θερμική βλάβη του ιστολογικού παρασκευάσματος (ζώνη νέκρωσης 50μ, ζώνη καυτηρίασης 130 – 170μ X 411μ), δεν αποτελεί πρόβλημα στην παθολογοανατομική εκτίμηση, εφ' όσον υπάρχει εμπειρία (υψηλή καμπύλη εκμάθησης).¹

→ ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΑΓΚΥΛΗ ΥΨΙΣΥΧΝΟΥ ΡΕΥΜΑΤΟΣ (LOOP Electrosurgical excision procedure – LEEP)

Εναλλακτικά στην laser εκτομή, ο Preudiville το 1989 για πρώτη φορά εφάρμοσε μεγάλες αγκύλες υψίσυχνου ρεύματος, λαμβάνοντας ιστολογικό παρασκεύασμα και αποδίδοντας αξιόλογο θεραπευτικό αποτέλεσμα, παρόμοιο με τις laser κωνοειδείς εκτομές. Σήμερα τείνει να γίνεται κατ' αποκλειστικότητα εφαρμογή αγκύλου υψίσυχνου ρεύματος σε όλες τις ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του τραχήλου με επιτυχία 93 – 96%. Όσον αφορά την θερμική βλάβη του παρασκευάσματος κυμαίνεται από 150 – 830μ

X : 396μ (χαμηλή καμπύλη εκμάθησης – κόστος).

Ο Murdoch και συνεργάτες το 1991 αναφέρουν στις επιπλοκές, άμεση μετεγχειρητική αιμορραγία και απώτερη στένωση τραχηλικού στομίου το 2 – 4% των περιπτώσεων, δηλαδή παρόμοια με αυτά στην laser κωνοειδή.¹

→ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΑ

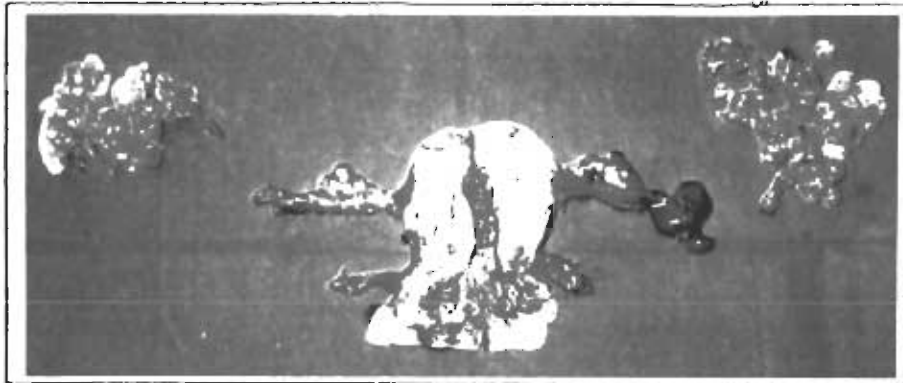
Σε γυναίκες πιο μεγάλες από 35 ετών, που έχουν ολοκληρώσει την οικογένειά τους ή σε νεότερες, που εξακολουθούν να έχουν ύποπτα κυτταρολογικά επιχρίσματα μετά την κωνοειδή εκτομή, επιβάλλεται η εκτέλεση ολικής υστερεκτομίας.

Διακρίνουμε πέντε τύπους υστερεκτομίας:

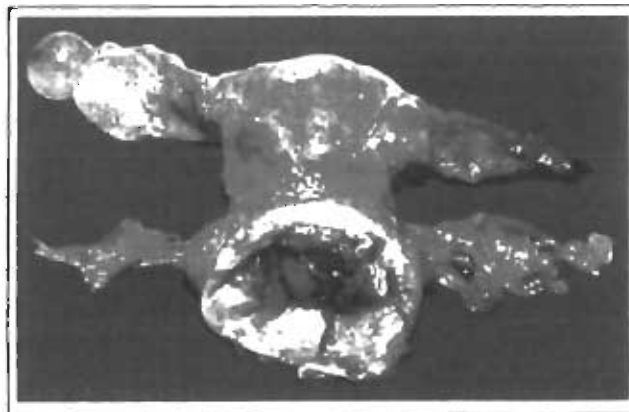
Ολική υστερεκτομία (τύπου I): Ο τύπος αυτός της υστερεκτομίας είναι ο ίδιος με την απλή υστερεκτομία. Προϋποθέτει όμως καλή κινητοποίηση του ουρητήρα, χωρίς την παρασκευή του, για να επιτρέψει καθαρή αφαίρεση ολόκληρου του τραχηλικού ιστού. Οι ενδείξεις αυτού του τύπου υστερεκτομίας είναι οι ίδιες με αυτές της κωνοειδούς εκτομής, δηλαδή οι περιπτώσεις καρκίνου in situ και μικροδιηθητικής νόσου σταδίου IA1. Δεν υπάρχουν διαφορές στα θεραπευτικά αποτελέσματα μεταξύ απλής υστερεκτομίας τύπου I και κωνοειδούς εκτομής, όταν με αυτή αφαιρείται τελείως η νόσος.

Τροποποιημένη ριζική υστερεκτομία (τύπου II): Στην επέμβαση αυτή αφαιρείται το κεντρικό ήμισυ των κυρίων συνδέσμων και των ιερομητρικών συνδέσμων της μήτρας. Η αρχική επέμβαση κατά Wertheim ήταν λιγότερο ριζική από αυτήν την επέμβαση και δεν περιελάμβανε ολική λεμφαδενεκτομία παρά μόνο την εκλεκτική αφαίρεση ορισμένων διογκωμένων πυελικών λεμφαδένων. Σκοπός του τύπου II ριζικής υστερεκτομής είναι η αφαίρεση περισσότερου παρατραχηλικού ιστού, ενώ διατηρείται η αιμάτωση του ουρητήρα και της ουροδόχου κύστεως. Οι ουρητήρες ελευθερώνονται από την παρατραχηλική τους θέση αλλά δεν παρασκευάζονται από τον ηβοκυστικό σύνδεσμο. Η επέμβαση αυτή θεωρείται κατάλληλη για όγκους έκτασης μέχρι 10 cm³, ενώ για όγκους > 10 cm³, ορισμένοι συγγραφείς συνιστούν την αφαίρεση μεγαλύτερου τμήματος των συνδέσεων της μήτρας.¹

Εικόνα
Χειρουργικό πα-
ρασκευάσμα τρα-
ποποιημένης ριζι-
κής υστερεκτομίας
(τύπου II)



Ριζική υστερεκτομία (τύπου III): Ο τύπος αυτός ριζικής υστερεκτομίας είναι η επέμβαση που συνήθως προτιμάται στην Αμερική σήμερα, όπως αυτή περιεγράφη από τον Meigs το 1949. Η επέμβαση περιλαμβάνει εκτεταμένη πυελική λεμφαδενεκτομία, την αφαίρεση του μεγαλύτερου τμήματος των κυρίως συνδέσμων και των ιερομητρικών συνδέσμων της μήτρας και του άνω τριτημορίου του κόλπου. Η μητριαία αρτηρία απολινώνεται στην έκφυσή της από την έσω λαγόνιο. Η παρασκευή του ουρητήρα από τον ηβοκυστικό σύνδεσμο είναι πλήρης, μέχρι την είσοδό του στην ουροδόχο κύστη.



Εικόνα Χειρουργικό παρασκευάσμα ριζικής υστερεκτομίας τύπου IV (όλα)

Εκτεταμένη ριζική υστερεκτομία (τύπου IV): Η επέμβαση αυτή περιλαμβάνει την αφαίρεση του περιουρητικού ιστού, της άνω κυστικής

ουρίας και εκτεταμένου τμήματος του κόλπου (μέχρι των $\frac{3}{4}$ αυτού). Ο στόχος της χειρουργικής αυτής επέμβασης είναι η πλέον εκτεταμένη αφαίρεση παραμητρικού ιστού. Η διαφορά αυτής απλό τον τύπο III είναι:

1. Η παρασκευή του ουρητήρα σε όλη του την έκταση.
2. Η απολίνωση της άνω κυστικής αρτηρίας.
3. Η αφαίρεση μεγαλύτερου τμήματος κόλπου.

Η επέμβαση αυτή ενδείκνυται σε πιο εκτεταμένη κεντρική νόσο, όπου η διατήρηση της ουροδόχου κύστεως είναι δυνατή. Η διάκριση μεταξύ των τύπων III και IV δεν θεωρείται ότι έχει πρακτική σημασία. Θεωρείται ότι δεν είναι απαραίτητη η αφαίρεση των ιερομητρικών συνδέσμων από την πρόσφυσή τους στο ιερόν οστόν, ούτε είναι απαραίτητη η αφαίρεση του ημίσεως ή των $\frac{3}{4}$ του κόλπου.

Μερική εκσπλάχνωση (τύπου V): Στον τύπο αυτό επέμβασης αφαιρούνται τμήματα των ουρητήρων και της ουροδόχου κύστεως. Η επέμβαση αυτή σπάνια εφαρμόζεται. Ασθενείς με τέτοια έκταση νόσου, θα πρέπει να υποβάλλονται σε ακτινική θεραπεία¹.

→ ΕΞΕΝΤΕΡΩΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Σε ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργική θεραπεία με κεντρική υποτροπή και εφόσον δεν διαπιστωθούν εξωπυελικές εντοπίσεις, είναι δυνατόν να εφαρμοστεί κυρίως σε ογκολογικά κέντρα, πρόσθια ή ολική πυελική εξεντέρωση. Η επέμβαση περιλαμβάνει αφαίρεση eubios της μήτρας, του κόλπου, της ουροδόχου κύστεως και του ορθού με τις ανάλογες ανακατασκευές και δημιουργία ουρητοστομίας και κολοστομίας. Οι επεμβάσεις παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά διεγχειρητικής θνησιμότητας, που ανάλογα με την εμπειρία του κέντρου κυμαίνονται περίπου στο 10%. Δεδομένο είναι ότι απαιτείται υψηλό επίπεδο μετεγχειρητικής εντατικής νοσηλείας, για τις περιπτώσεις αυτές. Τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης κυμαίνονται από 20 έως και 50%³.

8.2.2ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΩΝ:

- ♦ Η διαφυγή αγγείου ή η τρώση του και ο σχηματισμός αιματώματος στα παραμήτρια.

- ♦ Η τρώση ή η διατομή του ουρητήρα, που, δυνατό να συμβεί εκεί που αυτός διασταυρώνεται με τα ωοθηκικά αγγεία, εκεί, βρίσκεται κάτω από το περιτόναιο της μικρής πυέλου και εκεί, που περνάει κάτω από τη μητριαία αρτηρία.
- ♦ Η κάκωση της ουροδόχου κύστης.
- ♦ Οι απώτερες επιπλοκές, που δυνατόν να συμβούν είναι:
 - I. Ουρητηροκολπικό συρίγγιο, που αντιμετωπίζεται με δεύτερη εγχείρηση από ουρολόγο.
 - II. Πρόπτωση του κολοβώματος του κόλπου, που αντιμετωπίζεται με διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων και καθήλωσή του με δύο ράμματα, που δεν απορροφώνται, πάνω στην περιτονία των ορθών κοιλιακών μυών.
 - III. Θρομβοφλεβίτιδα, που απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση.
 - IV. Παραλυτικός ειλεός, που και αυτός απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση.³

8.3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία, εκτός λίγων εξαιρέσεων ημισωματικής ή ολόσωμης εφαρμογής της, αποτελεί κυρίως τοπικό μέσο θεραπείας κατά του καρκίνου. Χρησιμοποιείται ως ριζική θεραπεία που αποβλέπει την ίαση ή ως παρηγορική ή ανακουφιστική θεραπεία, για την ανακούφιση από τα συμπτώματα που προκαλεί ο όγκος ή οι μεταστάσεις του (οστικά άλγη από μεταστάσεις, αιμορραγίες, δύσπνοια από μερική απόφραξη τραχήλου ή των βρόγχων κ.α.). Εφαρμόζεται μόνη της, σε συνδυασμό ή εναλλακτικά προς την χειρουργική θεραπεία, όταν υπάρχει ιατρική αντένδειξη της τελευταίας, ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοευαισθητοποιούς ουσίες και υπερθερμία.

Βρίσκει ευρεία εφαρμογή σε όλο το φάσμα του γυναικολογικού καρκίνου, κυρίως όμως στον καρκίνο του τραχήλου, ενδομητρίου, κόλπου και

αιδοίου και αποτελεί τη θεραπεία εκλογής των μεγάλων σταδίων αυτών των καρκίνων.

Η ακτινοθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου είναι συνδυασμός ακτινοβολίας με εξωτερικές δέσμες φωτονίων και ενδοκοιλοτικής βραχυθεραπείας. Στα αρχικά στάδια, πρωτεύοντα ρόλο παίζει η βραχυθεραπεία, σε αντίθεση με τα προχωρημένα στάδια, στα οποία οι ρόλοι αντιστρέφονται.

Ο συντονισμός της δόσης μεταξύ βραχυθεραπείας και εξωτερικής ακτινοβολίας εξαρτάται από το στάδιο, τον όγκο (κυτταρικό φορτίο) και την κατανομή της νόσου και απαιτεί ακριβείς υπολογισμούς και στενή συνεργασία ακτινοθεραπευτή και ακτινοφυσικού. Με την εξωτερική ακτινοβολία ακτινοβολείται όλη η πύελος και τα παραμήτρια, συμπεριλαμβανομένων και των λεμφογαγγλίων της έσω, έξω και κοινής λαγονίου. Με τη βραχυθεραπεία ακτινοβολείται η κεντρική νόσος, που περιλαμβάνει τον πρωτοπαθή όγκο του τραχήλου, τη γειτνιάζουσα περιοχή των παραμητρίων (έσω παραμήτριο) και τον κόλπο. Η εξωτερική ακτινοβολήση γίνεται με συνδυασμό πολλών δεσμών ακτινοβολίας φωτονίων (τεχνική BOX 4 πεδίων) ή με περιστροφική τεχνική, για μείωση των ακτινικών αντιδράσεων. Οι δόσεις κυμαίνονται μεταξύ 45 και 55 ή 60 Gy, τα οποία χορηγούνται σε 5 – 6 εβδομάδες, με ημερησιο κλάσμα 1,8 – 2 Gy, 5 ημέρες την εβδομάδα. Στα 35 – 40 Gy τοποθετείται προστατευτικό μολύβδινο τεμάχιο (block), το οποίο καλύπτει την κεντρική περιοχή της πυέλου, που πρόκειται να ακτινοβοληθεί από τη βραχυθεραπεία.¹

Στη βραχυθεραπεία υψηλού ρυθμού (HDR) οι χορηγούμενες δόσεις στο σημείο A, που εκφράζει την καρκινογόνο δόση στο παρατραχηλικό τρίγωνο, κυμαίνονται μεταξύ 28 – 30 Gy, τα οποία δίνονται σε 4 – 5 εφαρμογές, με εβδομαδιαία μεσοδιαστήματα.

Τα σημεία A και B είναι ανατομικά σημεία προκαθορισμού της δόσης και εκφράζουν την καρκινογόνο δόση στο παρατραχηλικό τρίγωνο, το A, και τη δόση στους λεμφαδένες του πυελικού τοιχώματος (έξω λαγονίου) το B. Τα σημεία αυτά απέχουν 2 και 5 εκατοστά πλάγια της μέσης γραμμής και 2 εκατοστά άνωθεν του πλάγιου κολπικού θόλου. Εκτός από αυτά τα σημεία

αναφοράς της δόσης (σύστημα Manchester), χρησιμοποιούνται και τα επίπεδα δόσης που λαμβάνουν το έντερο και η ουροδόχος κύστη με απευθείας μέτρηση της δόσης στα όργανα αυτά¹.

8.3.1 ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Εξωτερική ακτινοβολήση: Η δέσμη που χρησιμοποιείται πρέπει να έχει μεγάλη διεισδυτικότητα, όπως η δέσμη του Co^{60} με αρκετά μεγάλη απόσταση από την πηγή στο δέρμα (περίπου 80 εκατοστόμετρα). Οι ακτινοβολούμενοι τομείς συνήθως περιλαμβάνουν ολόκληρη την πύελο (Σχ. 75, 76, 77). Ένα κεντρικό κομμάτι μολύβδου με πλάτος 4 – 5 εκατοστά και με κατάλληλο πάχος 5 εκατοστών χρησιμοποιείται για την προστασία του ορθού και της κύστης στην ακτινοβολήση των παραμητρίων αν έχει γίνει πριν εφαρμογή κεσίου (Σχ. 78, 79, 80).

Ειδικότερα:

Στάδιο 0: Η κύρια θεραπεία είναι η χειρουργική επέμβαση. Σε ειδικές περιπτώσεις (άτομο ηλικιωμένο κ.λ.π.) μπορεί να γίνει ακτινοθεραπεία σαν το στάδιο I.

Στάδιο Ia: γίνεται μόνο ενδοκοιλιακή ακτινοθεραπεία.

Δόση: 2 εφαρμογές των 3500 cGy κάθε μία στο σημείο A με διάστημα 3 εβδομάδες μεταξύ τους.

Στάδια Ib και Iia: Αρχίζουμε με εξωτερική ακτινοβολήση.

Πεδία: δύο παράλληλα αντίθετα πεδία που περιλαμβάνουν όλη την πύελο και τα κατώτερα παραορτικά λεμφογάγγλια και φτάνουν από το πάνω χείλος του O_5 μέχρι το κάτω χείλος της ηβικής σύμφυσης. Πλάγια φτάνουν μέχρι το μέσο της κοτύλης.

Δόση: 400 cGy σε 4 εβδομάδες σε όλη την πύελο.

Ανάπαυση 2 – 3 εβδομάδες και μετά ενδοκοιλιακή ακτινοθεραπεία με δόση: δύο εφαρμογές των 3000 cGy κάθε μία στο σημείο A με διάστημα 3 εβδομάδων μεταξύ των δύο εφαρμογών.

Σημείωση: στα στάδια Ib και Iia θα πρέπει σε κάθε πυελικό τοίχωμα να χορηγείται μια δόση 5500 cGy από το συνδυασμό των δύο αυτών θεραπειών.

Στάδια ΙΙβ και ΙΙΙ: Αρχίζουμε με εξωτερική ακτινοβολήση.

Πεδία: όπως και στα στάδια Ιβ και Ια.

Στα στάδια ΙΙΙα που η νόσος φτάνει στο κάτω τριτημόριο του κόλπου, το κάτω όριο του πεδίου πρέπει να μετακινηθεί έτσι ώστε να περιλάβει όλη τη νόσο με ένα περιθώριο φυσιολογικών ιστών τουλάχιστον 1 εκμ.

Δόση: 4000 cGy σε όλη την πύελο σε 4 εβδομάδες. Ανάπαυση 2 – 3 εβδομάδες και μετά ενδοκοιλιακή ακτινοθεραπεία με δόση: δύο εφαρμογές 3000 cGy κάθε μία στο σημείο Α με διάστημα 3 εβδομάδες μεταξύ τους.

Σημείωση: μετά το τέλος της ενδοκοιλιακής ακτινοθεραπείας γίνεται υπολογισμός της δόσης που χορηγήθηκε στο σημείο Β δηλαδή στο πυελικό τοίχωμα και δίδεται μια πρόσθετη δόση ώστε το πυελικό τοίχωμα να φτάσει τα 6500 cGy (5500 cGy για στάδια ΙΙΙα). Αν τα παραορτικά λεμφογάγγλια είναι διηθημένα τότε προστίθενται δύο παραορτικά πεδία (ένα πρόσθιο και ένα οπίσθιο) μέγεθος 8Χ10 – 15 εκατοστών και δίνεται δόση 4500 cGy.³³

Στάδιο ΙV: γίνεται εξωτερική ακτινοβολήση.

Πεδία: όπως στα στάδια Ιβ και Ια.

Δόση: 4000 cGy σε 4 εβδομάδες σε όλη την πύελο. Ανάπαυση 2 – 3 εβδομάδες και μετά ενδοκοιλιακή ακτινοθεραπεία με δόση 3000 cGy στο σημείο Α με μία ενδοκοιλιακή εφαρμογή. Πολλές φορές ακολουθεί και δεύτερη εφαρμογή και δίνονται άλλα 3000 cGy στο σημείο Α, και τέλος, δίνουμε άλλα 1000 cGy με εξωτερική ακτινοβολήση³³.

8.3.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΗΣΗΣ

Ως παράγοντες αποτυχίας της ακτινοθεραπείας αναφέρονται:

α. το μεγάλο κυτταρικό καρκινικό φορτίο.
β. η περιορισμένη αντοχή των ακτινοβολούμενων ιστών (π.χ. Ελκώδης κολίτιδα, κυστίτιδα, κ.λ.π.).

γ. το ανεπαρκές treatment planning και

δ. νόσος εκτός θεραπευτικών πεδίων.¹

8.3.3 ΕΚΚΛΟΓΗ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η εκλογή και ο σχεδιασμός της θεραπείας, πρέπει να στηρίζεται:

α. στο στάδιο και τη βιολογική συμπεριφορά του νεοπλάσματος.

β. στη διαθεσιμότητα και τις δυνατότητες των θεραπευτικών μέσων και

γ. στην ηλικία και τη βιολογική κατάσταση της άρρωστης.

Για την επίτευξη ικανοποιητικών αποτελεσμάτων είναι απαραίτητο τα διαθέσιμα μέσα, μέθοδοι και θεραπευτικές τεχνικές να προσαρμόζονται στη βιολογική κατάσταση της άρρωστης και να προβλέπονται εναλλακτικές λύσεις ή τροποποιήσεις των μεθόδων και τεχνικών θεραπείας, έναντι ενδεχόμενων ή απρόοπτων προβλημάτων. Μια τέτοια αντιμετώπιση του καρκίνου, που αποβλέπει στην εξατομίκευση της θεραπείας, απαιτεί τη συνεργασία των γνώσεων και των ικανοτήτων πολλών ειδικοτήτων (ογκολογική ομάδα) και τις οργανωτικές δυνατότητες (παρακολούθηση ασθενών, στατιστική ανάλυση αποτελεσμάτων κ.λ.π.) μεγάλων θεραπευτικών κέντρων.

8.3.4 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι κυριότερες προέρχονται από το πεπτικό και ουροποιητικό σύστημα, όπως εντερίτιδα, σύνδρομο δυσσαπορρόφησης, σπασμοί, εξέλκωση, αιμορραγία, στένωση, απόφραξη (ειλεός), ορθοκολπικά συρίγγια, κυστίτιδα, συχνοουρία, δυσουρία, κυστεοκολπικά συρίγγια, στένωση ουρητήρα, ρικνωση κύστεως κ.α.

Διακρίνονται:

- Σε πρώιμες, οι οποίες εκδηλώνονται συνήθως στο δεύτερο ήμισυ ή το τέλος της θεραπείας και οφείλονται σε αθρόα καταστροφή των κυττάρων των ταχέως αναπλασσομένων ιστών, όπως για παράδειγμα είναι το λεπτό έντερο (αναστολή μιτώσεων, εκφύλιση, νέκρωση), και
- Σε όψιμες, που εκδηλώνονται μετά 6 μήνες ή πολλά χρόνια μετά τη θεραπεία και οφείλονται στις βλάβες των αγγείων.

Η συχνότητα και η βαρύτητα των μετακτινικών αντιδράσεων σχετίζονται με την ολική δόση όγκου, το μέγεθος των πεδίων, το χρόνο θεραπείας, το ρυθμό δόσης και την κλασματοποίηση της βραχυθεραπείας.

Επηρεάζονται επίσης δυσμενώς από αγγειακές βλάβες λόγω υπέρτασης διαβήτη κολλαγνώσεων (σκληρόδερμα, συστηματικός λύκος) κ.λ.π.¹.

8.3.5 ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρόλο που οι τελευταίες εξελίξεις στην τεχνολογία της ακτινοθεραπείας έχουν δημιουργήσει νέες δυνατότητες ίασης, δεν είναι ακόμα δυνατή η πλήρης εκμετάλλευση της μέγιστης απόδοσης του σύγχρονου εξοπλισμού, παρά μόνον εάν επιτευχθεί υψηλός βαθμός ακρίβειας και αξιοπιστίας μέσα από προγράμματα διασφάλισης της ποιότητας.

Ως διασφάλιση ποιότητας ορίζεται γενικά "το σύνολο των απαραίτητων προγραμματισμένων και συστηματικών ενεργειών που παρέχουν την ασφάλεια ότι ένα προϊόν ή μία υπηρεσία ανταποκρίνονται στις δεδομένες απαιτήσεις της ποιότητας".

Αφορά τη διασφάλιση ότι τα πραγματικά αποτελέσματα συμπίπτουν με τους προκαθορισμένους στόχους και ότι τα αποδεκτά επίπεδα των προτύπων έχουν επιτευχθεί. Για το λόγο αυτό οι στόχοι θα πρέπει να έχουν καθοριστεί με σαφήνεια και τα τελικά σημεία θα πρέπει να είναι μετρήσιμα σε σχέση με τα πρότυπα.

Παρόλο που η αποτελεσματικότητα της διασφάλισης της ποιότητας δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια, έχει επανειλημμένως διαπιστωθεί ότι οι διαδικασίες προσεκτικού ποιοτικού ελέγχου (QC) μπορούν να ανιχνεύσουν συστηματικά και τυχαία σφάλματα τα οποία σε άλλη περίπτωση δε θα ήταν ανιχνεύσιμα. Επειδή θα ήταν ανήθικη η διεξαγωγή μελετών για τη σύγκριση θεραπειών με και χωρίς QC, η ακριβής μέτρηση των ωφελειών της διασφάλισης ποιότητας δεν είναι δυνατή. Ωστόσο, με δεδομένη τη συνολική σχέση της δόσης – επίδρασης, τόσο για τον έλεγχο των όγκων όσο και για τις πιθανότητες βλάβης στον φυσιολογικό ιστό, είναι πιθανό η πρακτική εφαρμογή των αυστηρών διαδικασιών ελέγχου της ποιότητας να επιδρούν σημαντικά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα της ακτινοθεραπείας³⁵.

8.4 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χημειοθεραπεία είναι η θεραπευτική χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών με στόχο την παρέμβαση στις διάφορες φάσεις του κυτταρικού κύκλου και την καταστολή του πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων. Τα

αντινεοπλασματικά φάρμακα πρέπει να περάσουν από τρεις διαδοχικές φάσεις κλινικής δοκιμασίας πριν από την καθιέρωσή τους στην κλινική πράξη.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη χορήγηση χημειοθεραπείας σε ασθενείς που πάσχουν από γυναικολογικό καρκίνο είναι η γνώση της φυσικής ιστορίας και εξέλιξης των επιμέρους νεοπλασιών και η στενή συνεργασία του παθολόγου – ογκολόγου με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, που αντιμετωπίζουν αυτές τις ασθένειες (γυναικολόγος – ογκολόγος, ακτινοθεραπευτής – ογκολόγος, κυτταρολόγος – παθολογοανατόμος). Πρέπει ο παθολόγος – ογκολόγος να γνωρίζει τι αναμένει από την χημειοθεραπεία σε κάθε ιδιαίτερη νεοπλασία και σε κάθε στάδιο της νόσου. Αυτή η γνώση θα αποτελέσει κύριο γνώμονα για την επιλογή του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου ή σχήματος, για να πείσει και να βοηθήσει την ασθενή να ανεχθεί τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας και για να αποφασίσει πότε θα διακόψει τη χορήγηση της χημειοθεραπείας¹⁹.

8.4.1ΟΔΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τα αντινεοπλασματικά φάρμακα είναι δυνατόν να χορηγηθούν από το στόμα όπως η κυκλοφωσφαμίδη και η χλωραμβουκίλη, είτε να χορηγηθούν υποδορίως είτε ενδομυϊκώς, αλλά τα περισσότερα από αυτά επειδή είναι ερεθιστικά ή και καυστικά, χορηγούνται ενδοφλεβίως σε μία πρόσφατα φλεβοκεντηθείσα φλέβα.

Κατά την παρασκευή τους πρέπει να ακολουθούν συγκεκριμένες διαδικασίες τόσο για την προστασία του προσωπικού, όσο και για την προστασία του ασθενούς. Επίσης μια αυστηρή διαδικασία πρέπει να ακολουθηθεί κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, γιατί σε περίπτωση εξαγγείωσής τους μπορεί να δημιουργηθεί έγκαυμα, το οποίο εκτός από την προσωρινή ταλαιπωρία του ασθενούς πιθανώς να εγκαταλείψει και μόνιμη παραμόρφωση του άκρου.

Η χορήγηση χημειοθεραπείας πρέπει να γίνεται από ειδικευμένο προσωπικό και ιατρούς και νοσηλεύτριες και η προετοιμασία του φαρμάκου πρέπει να γίνεται σε ειδική μονάδα στο νοσοκομείο¹⁴.

8.4.2ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Την τελευταία εικοσαετία έχουν δοκιμασθεί πολλά χημειοθεραπευτικά φάρμακα στο μεταστατικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Οι περισσότερες μελέτες αφορούν σε ασθενείς με πλακώδη ιστολογικό τύπο, ενώ η εμπειρία για τη δραστικότητα των κυτταροστατικών σε μη πλακώδεις νεοπλασίες είναι περιορισμένη. Με την εξαίρεση του μικροκυτταρικού καρκινώματος, που πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα, δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική διαφορά στην ανταπόκριση μεταξύ πλακώδους ιστολογικού τύπου και των μη – πλακώδη νεοπλασιών όπως το αδenoκαρκίνωμα ή το αδenoπλακώδες.

Χημειοθεραπευτικά με πιθανότητα ανταπόκρισης άνω του 15% παρατίθενται στον πίνακα. Η μονοθεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συνήθως έχει ως αποτέλεσμα μερικές ανταποκρίσεις, ενώ πλήρεις ανταποκρίσεις είναι σπάνιες. Μεγαλύτερη εμπειρία υπάρχει με τη χορήγηση της *σισπλατίνης* και *ιφωσφαμίδης*. Η *σισπλατίνη* έχει χορηγηθεί σε διάφορες δόσεις που κυμαίνονται από 50 mg/m² έως 200 mg/m² ενδοφλέβια ανά 3 ή 4 εβδομάδες. Από τα νεώτερα κυτταροστατικά ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν η *πακλιταξέλη* και η *βινορελμπίνη* δεδομένου ότι αφενός είναι δραστικά σε τουλάχιστον 15% των ασθενών και αφετέρου μεταβολίζεται στο ήπαρ και μπορεί να δοθούν σε πλήρη δοσολογία ανεξάρτητα από τη νεφρική λειτουργία του ασθενούς.

Τέλος, συνδυασμοί που έχουν εκτενέστερα μελετηθεί περιλαμβάνουν:

- μπλεομυκίνη, ιφωσφαμίδη και σισπλατίνη (BIP), ή
- μπλεομυκίνη, ιφωσφαμίδη και καρμποπλατίνη (BIC),
- μεθοτρεξάνη, βινμπλαστίνη, δοζουμπικίνη και σισπλατίνη (MVAC), καθώς και
- πακλιταξέλη και σισπλατίνη (TP)¹⁹.

Επίσης, στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχει δοκιμαστεί με καλά αποτελέσματα και συνδυασμός ιντερφερόνης – α και ρετινοϊκού οξέος. Τα φάρμακα αυτά δεν είναι κυτταροστατικά αλλά δρουν με διαφορετικό τρόπο. Συγκεκριμένα η ιντερφερόνη – α είναι ένα φάρμακο που τροποποιεί την ανοσολογική απάντηση του οργανισμού έχοντας (σε μεγάλες δόσεις) και

την ικανότητα καταστροφής καρκινικών κυττάρων, ενώ το ρετινοϊκό οξύ είναι παράγωγο της βιταμίνης Α και έχει σχέση με την ωρίμανση και την ακεραιότητα του επιθηλιακού ιστού (επιθηλίου)³⁶.

8.4.3 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Υπάρχουν δύο βασικά είδη παρενεργειών της χημειοθεραπείας: οι άμεσες και οι χρόνιες.

Άμεσες παρενέργειες: Είναι κυρίως η ναυτία και οι έμετοι που εμφανίζονται αμέσως μετά τη θεραπεία, αλλά συνήθως υποχωρούν αρκετά σύντομα. Τα τελευταία χρόνια έχουν ανακαλυφθεί αρκετά φάρμακα κατά της ναυτίας. Συχνά χορηγούνται δύο ή τρία ή καμία φορά και τέσσερα μαζί, ενίοτε ενδοφλεβικά, προλαμβάνοντας συνήθως σοβαρότερα προβλήματα ναυτίας και εμέτου μαζί. Πολύ συχνά ο γιατρός πρέπει να δοκιμάσει διάφορους συνδυασμούς φαρμάκων εναντίον της ναυτίας αν ο πρώτος συνδυασμός δεν αποδώσει ικανοποιητικά.

Μερικές φορές και τα φάρμακα για την ναυτία προκαλούν τις δικές τους παρενέργειες, όπως είναι η υπνηλία και η γενική κόπωση.

Χρόνιες παρενέργειες: Επειδή τα ταχέως αναπτυσσόμενα κύτταρα επηρεάζονται περισσότερο, πιθανόν να παρατηρηθεί τριχόπτωση, ερεθισμός του στόματος, ναυτία και διάρροια ή μείωση των κυττάρων του αίματος⁹.

3.ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η ταυτόχρονη χορήγηση χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας. Ως κυτταροστατικά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί η υδροξουρία, η φθοριουρακίλη και η σισπλατίνη, δηλαδή παράγοντες οι οποίοι παρουσιάζουν ακτινοευαισθητοποιό δράση *in vitro*. Πρόσφατες προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες έδειξαν ότι η ταυτόχρονη χορήγηση σισπλατίνης και ακτινοβολίας, υπερέχει της αντιμετώπισης μόνο με ακτινοβολία, όσον αφορά την πιθανότητα επιβίωσης χωρίς υποτροπή της νόσου και την πιθανότητα συνολικής επιβίωσης των ασθενών.

Επομένως, η ταυτόχρονη χορήγηση σισπλατίνης και ακτινοβολίας θεωρείται σήμερα η πλέον ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή για ασθενείς σταδίου II ή III¹.

8.6 ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η αγωγή αυτή δεν θα πρέπει να είναι η μέθοδος εκλογής για δύο διαφορετικούς λόγους. Πρώτα γιατί η ακτινοθεραπεία έχει την τάση να κάνει αύξηση της αγγείωσης, του οιδήματος και η ίνωσης επεξεργασία κάνει την χειρουργική μας προσπάθεια πολύ πιο δύσκολη με αποτέλεσμα την αύξηση των συριγγίων. Έχει αναφερθεί ότι τα συρίγγια φτάνουν μέχρι και 13,5% όταν η ριζική υστερεκτομία προστίθεται στην ακτινοβολία. Άλλοι λόγοι επιπλέον είναι ότι η άμεση καταστρεπτική και θανατηφόρος επίδραση στον καρκίνο, το ράδιο και οι ακτίνες, προκαλούν αργότερα ίνωση και ουλοποίηση που μπορεί να παγιδεύσουν και να κρατήσουν σε έλεγχο μικροσκοπικά ζωντανά κύτταρα του όγκου. Έτσι, η χειρουργική μας προσπάθεια με το να κόψει και διαρρήξει τους ινώδεις αυτούς φραγμούς μπορεί να διασπείρει τα κακοήθη κύτταρα στα λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία. Έτσι, έχουν αναφερθεί πολύ καλά αποτελέσματα με ένα πρόγραμμα ενδομητρικής και κοιλιακής αγωγής με ράδιο που θα ακολουθήσει σε 6 εβδομάδες μια ριζική υστερεκτομία και λεμφαδενεκτομή για στάδιο Ιβ καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Σε μερικές περιπτώσεις με μεγάλο ενδοτραχηλικό όγκο και με επέκταση και στο σώμα της μήτρας ή σε ασυνήθη ιστολογικό τύπο όπως το αδеноπλακώδες καρκίνωμα, η συνδυασμένη απλή υστερεκτομή μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση γιατί αφαιρεί τη μεγάλη κεντρική μάζα του όγκου που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με την ακτινοβολία ή το ράδιο¹¹.

8.7 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ανοσοθεραπεία είναι καινούργια μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας η οποία βρίσκεται ακόμη σε ερευνητικό στάδιο. Η ανοσοθεραπεία στηρίζεται στη θεωρία ότι ο καρκίνος δίνει την εντύπωση πως αναπτύσσεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα των οποίων το

ανοσοβιολογικό σύστημα είναι σε καταστολή ή δεν λειτουργεί καλά. Ο κύριος, λοιπόν, σκοπός της θεραπείας αυτής είναι να ισχυροποιηθεί η ανοσοβιολογική ανταπόκριση του αρρώστου στα κύτταρα του καρκίνου. Μελλοντικός στόχος της ανοσοθεραπείας είναι η πρόληψη του καρκίνου, με ανοσοποίηση του ατόμου κατά των καρκινικών κυττάρων.

Διάφοροι ανοσοθεραπευτικοί τύποι ερευνώνται σήμερα. Αυτοί είναι:

1. Η ενεργητική ανοσοθεραπεία, ειδική ή γενική,
2. η παθητική ανοσοθεραπεία,
3. η θετή ανοσοθεραπεία, και,
4. Οι αυξητικές θεραπείες³⁷.

8.8ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

Στάδιο 0 – (επιθηλιακού τύπου καρκίνωμα) – (καρκίνωμα in situ)

Θεραπεία εκλογής: υπάρχουν 4 εναλλακτικοί τρόποι για να αντιμετωπιστεί ο όγκος σε 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 ίαση, αλλά και στις περιπτώσεις όπου με την κολποσκόπηση αδυνατούμε να διακρίνουμε το ενδεχόμενο δυσπλασίας ή διηθητικού καρκινώματος.
- Για τις γυναίκες που δεν πρόκειται να ξαναγεννήσουν ή παρουσιάζουν αρκετές υποτροπές της νόσου, συχνά συνίσταται ολική αφαίρεση της μήτρας.⁹

Στάδιο 0 (Αδενοκαρκίνωμα).

Θεραπεία εκλογής: Συχνά είναι δύσκολο να διαγνωστεί αδενοκαρκίνωμα *in situ* (περιοριζόμενο δηλαδή στον τράχηλο). Η διάγνωση συνήθως τίθεται με βιοψία τραχήλου ή ενδοτραχηλικής απόξεσης. 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 καμία ένδειξη νόσου στα όρια του ιστού που αφαιρείται χειρουργικά. Ακόμα όμως και σε αυτήν την περίπτωση, ένα αδενοκαρκίνωμα *in situ* ή ένα διηθητικό αδενοκαρκίνωμα μπορεί να προσλάβει και τη βάση του τραχήλου, πα' ροτι τα όρια της κωνοειδούς εκτομής περιείχαν φυσιολογικό ιστό.

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

Πενταετής επιβίωση 100%.⁹

Στάδιο Ia1

Στο στάδιο I ο καρκίνος περιορίζεται στον τράχηλο. Στο στάδιο Ia ο καρκίνος του τραχήλου διαγιγνώσκεται μόνο ιστολογικά (με το μικροσκόπιο). Το εν λόγω στάδιο διαιρείται σε δύο υποκατηγορίες, ανάλογα με το βάθος διήθησης του τραχήλου. Κατά το στάδιο Ia1 υπάρχει ελάχιστη διήθηση που διαπιστώνεται ιστολογικά.

Θεραπεία εκλογής: Η νόσος αυτού του σταδίου αντιμετωπίζεται συνήθως με κωνοειδή εκτομή του τραχήλου ή υστερεκτομή.

Πενταετής επιβίωση 100%.

Στάδιο Ia2

Το βάθος της διήθησης δεν υπερβαίνει τα 5 χιλιοστά από την επιφάνεια και είναι μικρότερο των 7 χιλιοστών σε πλάτος.

Θεραπεία εκλογής: Όταν το βάθος της διήθησης δεν υπερβαίνει τα 3 χιλιοστά από την επιφάνεια και δεν υπάρχει συμμετοχή του αγγειακού χώρου, εκτελείται συνήθως κοιλιακή υστερεκτομή. Σε νεότερες γυναίκες δεν είναι απαραίτητο να αφαιρεθούν οι ωθήκες. Η πενταετής επιβίωση είναι 100%.

Η θεραπεία στις γυναίκες με καρκίνο που διηθεί τον τράχηλο σε βάθος

μεγαλύτερο των 3 χιλιοστών ή σε μικρότερο βάθος αλλά με αγγειακή συμμετοχή, είναι η ίδια με τη θεραπεία του σταδίου Ιβ.

Πενταετής επιβίωση 80 έως 100%.

Πειραματική: Η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου μπορεί να επιφέρει ίαση σε γυναίκες με βλάβες που διηθούν τον τράχηλο σε βάθος μικρότερο των 3 χιλιοστών και δεν έχουν αγγειακή συμμετοχή, με την προϋπόθεση ότι τα όρια της κωνικής βιοψίας δεν είναι διηθημένα. Αυτή η θεραπεία είναι κατάλληλη για γυναίκες που επιθυμούν να παραμείνουν γόνιμες ή να αποφύγουν την υστερεκτομή.⁹

Στάδιο 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 σύνοδο αφαίρεση των πυελικών λεμφαδένων αμφοτερόπλευρα. Ο άλλος τρόπος είναι η εξωτερική ακτινοβολήση (συνολική δόση 4000 cGy χορηγούμενη διακεκομμένα πέντε ημέρες την εβδομάδα και για διάστημα πέντε εβδομάδων) που ακολουθείται από ενδοτραχηλική εισαγωγή ραδιενεργού καϊσίου 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 τη 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 πυέλου 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 καϊσίο και έξι εβδομάδες αργότερα ακολουθεί υστερεκτομή και χειρουργική σταδιοποίηση.

Πενταετής επιβίωση 80 – 100%⁹

Στάδιο Ια

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 Ια 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 καϊσίου μία ή δύο φορές. Στις γυναίκες με εκτεταμένες βλάβες στον τράχηλο ασκείται ορισμένες φορές προεγχειρητική ακτινοθεραπεία (4000 cGy χορηγούμενη σε διακεκομμένες δόσεις για πάνω από πέντε εβδομάδες, δύο εβδομάδες αργότερα εισάγεται ενδοτραχηλικά ραδιενεργό καΐσιο για 72 ώρες).

Ακολουθεί υστερεκτομή και λαμβάνεται δείγμα λεμφαδένων για βιοψία. Οι γυναίκες με μεταστατική νόσο στους πυελικούς λεμφαδένες αντιμετωπίζονται συνήθως με εξωτερική ακτινοθεραπεία πυέλου για πέντε εβδομάδες μετά την επέμβαση.

Πενταετής επιβίωση περίπου 75 – 80%.⁹

Στάδιο ΙΙb

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 καϊσίου δυο φορές, σε διάστημα 36 έως 48 ώρες.

Πενταετής επιβίωση: 66 – 80%.

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, μία μέθοδος όπου χρησιμοποιείται

ακτινοθεραπεία και θερμότητα.⁹

Στάδιο IIIa ή IIIb

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 IIIa δεν υπάρχει επέκταση στο πυελικό τοίχωμα αλλά ο όγκος προσβάλλει το κάτω τριτημόριο του κόλπου. Στο στάδιο IIIb ο όγκος επεκτείνεται στα πυελικά τοιχώματα και παρατηρείται απόφραξη του ενός ή και των δύο ουρητήρων ή ανενεργός νεφρός.

Θεραπεία εκλογής: Η καθιερωμένη θεραπεία συνιστάται σε εξωτερική ακτινοβολία και στη συνέχεια τοποθέτηση ραδιενεργού καισίου δύο φορές.

Πενταετής επιβίωση: 60%.

Πειραματική: όπως και στο στάδιο Ib⁹

Στάδιο Iva

Το στάδιο IV ορίζεται όταν ο καρκίνος έχει διασπαρεί σε απομακρυσμένα όργανα πέραν της πυέλου ή έχει προσβάλλει την ουροδόχο κύστη ή το ορθό. Το στάδιο Iva 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).

Πενταετής επιβίωση: 20 – 30%.

Πειραματική: ακτινοθεραπεία με ταυτόχρονη χημειοθεραπεία.⁹

Στάδιο Ivb

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 τη νόσο. Σε αυτό 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-fluorouracil + cisplatin. Velbon + bleomycin + cisplatin και cisplatin ή carboplatin + isosfamide.

Πειραματική: πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην καθιερωμένη θεραπεία έχουν δοκιμαστεί σε διαφορετικούς συνδυασμούς και δόσεις⁹.

8.9 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ένας πολλά υποσχόμενος τομέας της έρευνας για πρόληψη καρκίνου είναι εκείνος της διατροφής και διαίτας. Υπάρχουν ενδείξεις πως το φυλλικό οξύ και η *β-καροτίνη (μορφή βιταμίνης Α)* προφυλάσσουν από προκαρκινικές και καρκινικές καταστάσεις του τραχήλου. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία μπορούν να ωφεληθούν από συμπληρώματα *βιταμίνης Β6*¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

9.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από την έκταση της νόσου, στα αρχικά στάδια θεραπεύεται σε ποσοστό που πλησιάζει το 100%, ενώ το ποσοστό αυτό μειώνεται δραματικά όταν η διάγνωση και η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται σε προχωρημένο στάδιο. Η εμφάνιση της νόσου κατά της διάρκεια της εγκυμοσύνης ή σε νεαρή ηλικία, επιβαρύνει την πρόγνωση⁷.

Επίσης, εκτός του κλινικού σταδίου, οι μεταστάσεις στους λεμφαδένες είναι η πιο σημαντική παθολογική μεταβλητή. Άλλοι προγνωστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν το μέγεθος του όγκου, το βάθος της διήθησης, τη διήθηση των λεμφαγγείων και θετικά για νόσο χειρουργικά όρια εξαίρεσης.

Στάδιο	5ετής επιβίωση (%)
I	85 - 90
II	60 - 75
III	25 - 45
IV	15 - 20

(19)

9.2 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

Στα πρώτα τρία χρόνια μετά τη θεραπεία χρειάζεται κάθε τρίμηνο αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, εξέταση κολπικών επιχρισμάτων, αιματολογική, βιοχημική και ακτινολογικές εξετάσεις, αναλύσεις ούρων, καθώς και παρακολούθηση του βάρους. Μετά οι παραπάνω εξετάσεις μπορεί να γίνονται ανά 6μηνο. Σε περιπτώσεις ιδιαίτερων ενοχλημάτων γίνεται ορθοσκόπηση, κυστεοσκόπηση και έλεγχος του ουροποιητικού, σπινθηρογράφημα, αξονική τομογραφία⁴.

Όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα δεν απαιτούνται συστηματικές ακτινογραφίες του θώρακα ή αξονικές τομογραφίες κοιλίας και πυέλου. Ο γιατρός πρέπει να μετράει σε κάθε επίσκεψη τα επίπεδα καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου και / ή αντιγόνου του επιθηλιακού καρκινώματος του ουρού αν

ήταν αυξημένα πριν αρχίσει η θεραπεία⁹.

Έτσι, μετά από κωνοειδή εκτομή του τραχήλου ή ακρωτηριασμό του, συστήνεται παρακολούθηση με κλινική εξέταση και λήψη επιχρίσματος του τραχήλου τον πρώτο χρόνο 4 φορές, τον δεύτερο 2 και στη συνέχεια μία φορά το χρόνο ισόβια. Μετά από υστερεκτομία η παρακολούθηση συστήνεται στον κλινικό και κυτταρολογικό έλεγχο τον πρώτο χρόνο κάθε 3 μήνες, το δεύτερο και τρίτο κάθε 6 μήνες και για 15 χρόνια μία φορά τον χρόνο. Ακτινογραφία θώρακα συστήνεται μία φορά το χρόνο και αξονική τομογραφία (CT) μία φορά το χρόνο για δύο χρόνια¹⁰.

9.3ΥΠΟΤΡΟΠΗ

Ως υποτροπή θεωρείται η επανεμφάνιση της νόσου σε χρονικό διάστημα από 6 μήνες μέχρι 5 χρόνια από τη θεραπεία της. Έτσι, στον καρκίνο που ακτινοβολήθηκε, είναι δυνατό να έχουμε μέσα στον πρώτο χρόνο υποτροπή σε συχνότητα 50% και μέσα στα δύο χρόνια σε συχνότητα 75%^{10, 4}.

Η θέση της υποτροπής μπορεί να βρίσκεται στον κόλπο, στον τράχηλο, στην μήτρα που παρέμεινε, στην ουροδόχο κύστη, στο ορθό, στα πυελικά τοιχώματα, σε περιφερειακούς λεμφαδένες, στους πνεύμονες, στο έξω στόμιο της ουρήθρας.

Η διάγνωση της υποτροπής στηρίζεται στα κλινικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που υποτροπιάζει περιλαμβάνουν αιμορραγία ή παθολογικό έκκριμα από τον κόλπο, πόνο στην περιοχή της πυέλου, την οσφύ ή τα πόδια, οίδημα ποδιών, χρόνιο βήχα και απώλεια βάρους¹⁰.

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

Αν έχει προηγηθεί ακτινοθεραπεία, ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης είναι η χειρουργική αφαίρεση του κόλπου, της μήτρας και της ουροδόχου κύστης και / ή ορθού με δημιουργία τεχνητής ουροδόχου κύστεως (πυελική

εκσπλάχνωση). Η πενταετής επιβίωση μετά την πυελική εκσπλάχνωση είναι της τάξεως του 50% περίπου.

Γυναίκες με όγκους που υποτροπιάζουν και δεν μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά ή με μεταστατική νόσο αντιμετωπίζονται συνήθως με χημειοθεραπεία⁹.

Υποτροπή μετά από 5 χρόνια θεωρείται αργοπορημένη υποτροπή, ενώ αν εμφανιστεί πριν τους 6 πρώτους μήνες, σημαίνει ατελή θεραπεία⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο

10.1ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Αν και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί συχνό γυναικολογικό καρκίνο, ο οποίος μπορεί να εμφανιστεί και στη διάρκεια της κύησης, η συνύπαρξη και των δύο καταστάσεων είναι σπάνια. Υπολογίζεται ότι μόνο 1 – 3% των ασθενών με καρκίνο τραχήλου είναι ταυτόχρονα έγκυοι, ενώ αντίστροφα, 5 στις 10.000 κυήσεις επιπλέκονται από καρκίνο τραχήλου.

Η κύηση θεωρείται μια καλή περίοδος για έλεγχο του τραχήλου, λόγω των συχνών γυναικολογικών επεμβάσεων και του κυτταρολογικού ελέγχου, ο οποίος συνιστάται να πραγματοποιηθεί σε βάση ρουτίνας. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζεται από την κυριαρχία βλαβών χαμηλού βαθμού σε αυτές τις γυναίκες. Ωστόσο, ένας μεγάλος αριθμός περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου σχετιζόμενου με την κύηση (που προσεγγίζει πιθανώς το 50%) μπορεί να διαφύγει και να διαγνωστεί μέσα στους 6 πρώτους μήνες μετά τον τοκετό.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για μαζικό έλεγχο και τη διάγνωση καρκίνου του τραχήλου εκτός κύησης, δηλαδή το τεστ Παπανικολάου, η κολποσκόπηση και η βιοψία, χρησιμοποιούνται και στις εγκύους. Ενώ, η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου στη διάρκεια της κύησης εξατομικεύεται και γίνεται με βάση την ηλικία της κύησης, κυρίως όμως με βάση το στάδιο της νόσου.³⁵

Σήμερα θεωρείται ότι γυναίκες με καρκίνωμα *in situ* και μικροδιηθητικό πλακώδες καρκίνωμα βάθους 3 χιλιοστών ή λιγότερο, μπορούν να γεννηθούν κολπικά, και μετά να επανεκτιμηθούν και να αντιμετωπισθούν οριστικά 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Σε περίπτωση βάθους διήθησης 3 – 5 χιλιοστών και αγγειακής / λεμφαγγειακής συμμετοχής, οι γυναίκες μπορούν και πάλι να συνεχίσουν την κύηση μέχρι να ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι της προωρότητας, να γεννήσουν με καισαρική τομή και να ακολουθήσει ριζική υστερεκτομία και πυελική λεμφαδενεκτομή.

Ασθενείς με διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου μπορούν να επιλέξουν

ανάμεσα σε διακοπή της κύησης μικρής ηλικίας ή στη συνέχισή της. Η καθυστέρηση έναρξης θεραπείας μέχρι να επιτευχθεί πνευμονική ωριμότητα φαίνεται να αποτελεί μια λογική επιλογή σε περιπτώσεις ηλικίας κύησης > 20 εβδομάδων, σταδίου <Iβ και σε μεγάλου όγκου <4 χιλιοστά.

Στη διαμόρφωση της σύγχρονης αντιμετώπισης του καρκίνου τραχήλου στην κύηση, μεγάλο ρόλο έπαιξαν οι εξελίξεις των τελευταίων ετών στην Νεογνολογία. Σύγχρονες μονάδες πρόωρων αναφέρουν ποσοστά επιβίωσης της τάξης του 100% με μακροχρόνια νοσηρότητα μικρότερη του 10% για νεογνά 28 εβδομάδων και είναι πιθανό ότι οι τεχνολογικές εξελίξεις στη Γυναικολογία και τη Νεογνολογία θα επιτρέψουν την αναθεώρηση ακόμη και των απόψεών μας για άμεση θεραπεία σε κυήσεις μικρότερες των 20 εβδομάδων³⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11ο

ΑΛΛΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

11.1 ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Το αδενοκαρκίνωμα αποτελεί ένα μικρό αλλά σπουδαίο ποσοστό των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας. Το ποσοστό αυτό εθεωρείτο ότι εκυμαίνετο τα τελευταία 30 χρόνια μεταξύ 4 – 5% επί του συνολικού αριθμού των τραχηλικών νεοπλασιών. Αντίθετα, σήμερα το ποσοστό αυτό αναβιβάζεται περίπου στο 13 – 14% των νεοπλασιών του τραχήλου της μήτρας. Η άνοδος της συχνότητας της νόσου πιθανόν να αντιπροσωπεύει μια πραγματική αύξηση της συχνότητας ή να είναι αποτέλεσμα της καλύτερης διάγνωσης που προκύπτει από το συστηματικό έλεγχο και την αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου.

Η πρόγνωση για το αδενοκαρκίνωμα είναι χειρότερη από το επιδερμοειδές καρκίνωμα, σε όλα τα στάδια της νόσου. Η κακή αυτή πρόγνωση αποδίδεται, από πολλούς συγγραφείς, στο γεγονός ότι το αδενοκαρκίνωμα είναι περισσότερο ακτινοάντοχο, αλλά πιθανόν να οφείλεται στην τάση που έχει το είδος αυτής της νεοπλασίας να αναπτύσσεται ενδοφυτικά και να μην γίνεται αντιληπτό εύκολα με τους διάφορους τρόπους ελέγχου, μέχρις ότου το μέγεθος του όγκου αποκτήσει μεγαλύτερες διαστάσεις, απ' ότι στο επιδερμοειδές καρκίνωμα.¹

Μια πρόσφατη μελέτη από τον M. D. Anderson δείχνει χειρότερα αποτελέσματα σε περιπτώσεις ασθενών με αδενοκαρκίνωμα και διάμετρο όγκου μεγαλύτερη από 4 χιλιοστά που υποβλήθηκαν σε ακτινική θεραπεία, σε σχέση προς ασθενείς που είχαν αντίστοιχους επιθηλιακούς όγκους. Άλλες μελέτες δείχνουν καλύτερη επιβίωση στις περιπτώσεις που το αδενοκαρκίνωμα αντιμετωπίστηκε με συνδυασμό χειρουργικής και ακτινικής θεραπείας, παρά με ακτινική θεραπεία μόνο.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι το αδενοκαρκίνωμα, στα πρώιμα στάδια, έχει γενετικά χειρότερη πρόγνωση από ότι τα αντίστοιχα στάδια του επιδερμοειδούς καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας¹.

11.2 ΑΔΕΝΟΠΛΑΚΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ (ADENOSQUAMOUS CARCINOMA)

Το αδеноπλακώδες καρκίνωμα του τραχήλου είναι μικτή μορφή καρκίνου που περιέχει κακοήθη κύτταρα των δύο τύπων του τραχηλικού επιθηλίου, του πλακώδους και του αδενικού. Η φτωχή πρόγνωση, που οφείλεται στην πρώιμη αιματογενή μετάσταση, είναι ο λόγος που ο τύπος αυτός του καρκινώματος διαχωρίζεται ως ξεχωριστή οντότητα από τα άλλα καρκινώματα του τραχήλου.

Η διάγνωση του αδеноπλακώδους καρκινώματος του τραχήλου βασίζεται στην ιστολογική εξέταση και η θεραπευτική προσέγγιση συνίσταται στη θεραπεία της τοπικής βλάβης με βραχυθεραπεία, σε συνδυασμό με συστηματική χημειοθεραπεία. Προτιμώνται τα μικτά σχήματα με βάση τη σισπλατίνη.²⁰

11.3 ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΕΣ (CARCINOID – SMALL CELL CARCINOMA)

Το καρκίνωμα αυτό προέρχεται από τα αργυρόφιλα κύτταρα του ενδοτραχηλικού επιθηλίου και χαρακτηρίζεται, όπως και το αδеноπλακώδες καρκίνωμα, από την πρώιμη αιματογενή μετάσταση.

Ιστολογικά, χαρακτηρίζεται από ομοιόμορφα μικρά αδιαφοροποίητα κύτταρα, χωρίς τους μαργαριτοειδείς σχηματισμούς του καρκινώματος από πλακώδη κύτταρα.

Η πρόγνωση είναι φτωχή και η τοπική θεραπευτική αγωγή δεν παρέχει τη δυνατότητα επιτυχούς θεραπείας. Εφαρμόζονται συνήθως μικτά χημειοθεραπευτικά σχήματα με βάση τη σισπλατίνη.²⁰

11.4 ΑΚΡΟΧΟΡΔΟΝΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (VERRUCOUS CARCINOMA)

Το ακροχορδονοειδές καρκίνωμα είναι ένας ακροχορδονώδης ή θηλωματώδης όγκος, που χαρακτηρίζεται από βραδεία ανάπτυξη, τοπική στρωματική διήθηση, ενώ, σπάνια εμφανίζει μεταστάσεις, λεμφικές ή αιματογενείς.

Η θεραπευτική αγωγή συνίσταται στην ολική υστερεκτομή, αλλά δεν είναι αναγκαία η ταυτόχρονη λεμφαδενεκτομή. Η ακτινοθεραπεία είναι περιττή και μάλλον επιβλαβής.²⁹

11.5ΣΑΡΚΩΜΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Τα αμιγή σαρκώματα του τραχήλου είναι σπάνιοι όγκοι. Σπάνιοι είναι επίσης οι πολυποειδείς μεσοδερμικοί ή μυλλέριοι σαρκωματοδείς όγκοι του τραχήλου, που θυμίζουν το σάρκωμα της μήτρας. Το τελευταίο σχηματίζει συχνά πολυποειδείς μάζες στην κοιλότητα της μήτρας, που σε ορισμένες περιπτώσεις προβάλλουν από το τραχηλικό στόμιο με τη μορφή μισχωτού όγκου.

Κατά την ιστολογική εξέταση αναγνωρίζονται οι ακόλουθοι ιστολογικοί τύποι: λειομυοσάρκωμα (που αναπτύσσεται πάνω σε λειομύωμα του τραχήλου), μικτοί μεσοδερμικοί ή μυλλέριοι όγκοι (καρκινοσάρκωμα και βοτρυοειδές σάρκωμα), σάρκωμα από στρωματικά κύτταρα και αγγειοσάρκωμα. Οι μεικτοί μυλλέριοι όγκοι του τραχήλου είναι εξαιρετικά κακοήθεις πολυποειδείς σαρκωματοδείς όγκοι, που περιέχουν ταυτόχρονα στοιχεία σαρκωματοώδη και καρκινοματοώδη. Το σαρκωματοώδες στοιχείο είναι κυρίως στρωματικό σάρκωμα και το καρκινοειδές κυρίως αδenoκαρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα.

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

Το συνηθέστερο σύμπτωμα του σαρκωματοώδους τραχηλικού όγκου είναι η μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να προκληθεί πυόμητρα ή και πυελική φλεγμονή από την απόφραξη του τραχηλικού αυλού, τη νέκρωση και τη δευτεροπαθή λοίμωξη του όγκου. Ενίοτε οι όγκοι είναι τελείως ασυμπτωματικοί, τουλάχιστον στις αρχικές φάσεις, και ανακαλύπτονται τυχαία κατά την γυναικολογική εξέταση. Σε μεταγενέστερα στάδια μπορούν να εμφανιστούν πόνος, αδυναμία, απώλεια βάρους και πυρετός.

Κατά την εξέταση, ο όγκος προβάλλει με τη μορφή πολλαπλών ερυθρωπών πολυποειδών μαζών από τον τράχηλο. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την ιστολογική εξέταση.

Η θεραπεία είναι κυρίως χειρουργική (ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή). Ριζικότερη εγχείρηση δεν έχει νόημα, επειδή ο όγκος χαρακτηρίζεται από ταχεία αιματογενή μετάσταση. Η απάντηση στην ακτινοθεραπεία είναι φτωχή, αλλά και η χημειοθεραπεία δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική.

Τα λειομυοσαρκώματα έχουν καλύτερη πρόγνωση, σε σχέση με τα άλλα σαρκώματα, με 5ετή επιβίωση μεγαλύτερη από 50%. Τα υπόλοιπα σαρκώματα έχουν φτωχή πρόγνωση και ιδιαίτερα οι μεσοδερμικοί όγκοι. Οι άρρωστες με μεσοδερμικούς όγκους στον τράχηλο υποκύπτουν μέσα σε 2 χρόνια²⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12ο

12.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ

Με την καθιέρωση της εφαρμογής της ολικής εξαίρεσης της μήτρας σε γυναικολογικές παθήσεις, αντί της υφαλικής υστερεκτομίας, που γινόταν παλαιότερα, η πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου στο κολόβωμα του τραχήλου ελαττώνεται. Πρέπει να σημειωθεί, ότι η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου στο κολόβωμα του τραχήλου είναι υψηλή και κυμαίνεται από 4 – 8%. Τα στάδια του καρκίνου του κολοβώματος του τραχήλου είναι ίδια με εκείνα του καρκίνου του τραχήλου, που δεν έχει εξαιρεθεί το σώμα της μήτρας. Πρέπει να σημειωθεί, ότι η ραδιοθεραπεία στην περίπτωση αυτή είναι αρκετά δύσκολη και συχνά περιορίζεται η θεραπεία σε εξωτερική μόνο ακτινοβολήση ή όταν αυτό είναι δυνατό σε ριζική εγχείρηση. Η πρόγνωσή του είναι η ίδια, όπως και στον καρκίνο του τραχήλου. Πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια να εξαιρεθεί ο τράχηλος στις υστερεκτομίες⁵.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13ο

13.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η γυναικολογική άρρωστη χρειάζεται συχνά κατανόηση εξαιτίας των υποκείμενων συγκινησιακών, καθώς επίσης και φυσικών της προβλημάτων. Επειδή οι γυναικολογικές καταστάσεις είναι συχνά πολύ προσωπικής και ιδιωτικής φύσεως, ο νοσηλευτής θα πρέπει να σέβεται την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών της άρρωστης. Αυτές οι πληροφορίες πρέπει να μεταφέρονται μόνο σε εκείνους που άμεσα εμπλέκονται στην φροντίδα υγείας της ασθενούς, όπως πρέπει να γίνεται και για όλες τις πληροφορίες που δίνουν οι άρρωστοι.³⁹

1. Πυελική εξέταση

Η πυελική εξέταση είναι μια επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων για σημεία φλεγμονής, διόγκωσης, αιμορραγίας, εκροή υγρών ή τοπικές δερματικές και επιθηλιακές αλλαγές. Για την επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας χρησιμοποιούνται οι κολποδιαστολείς.

α. Ετοιμασία της ασθενούς

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

β. Θέσεις της άρρωστης για εξέταση

- Θέση λιθεκτομής. Η άρρωστη τοποθετείται σε ύπτια θέση με τα γόνατα και τα ισχία σε κάμψη και απαγωγή και τους γλουτούς στο χείλος εξεταστικού τραπέζιου. Τα πόδια ακουμπούν πάνω σε ειδικά στηρίγματα. Στη θέση αυτή, τα γεννητικά όργανα είναι προσιτά για επισκόπηση και ψηλάφηση.³⁹
- Θέση Sims. Η άρρωστη τοποθετείται σε πλάγια θέση, συνήθως αριστερά, με το αριστερό χέρι πίσω από την πλάτη της. Ο δεξιός μηρός και το γόνατο κάμπτονται όσο γίνεται περισσότερο, το δε αριστερό πόδι διατηρείται μερικώς κεκκαμένο. Η άρρωστη καλύπτεται όπως και πιο πάνω, για εύκολη έκθεση των γεννητικών οργάνων.
- Θέση γόνατα – θώρακας. Η άρρωστη γονατίζει πάνω στο τραπέζι με τα πόδια να εξέχουν ελαφρά από το χείλος του εξεταστικού τραπέζιου.

γ. Νοσηλευτικά καθήκοντα

- Εξασφάλιση άνεσης στην άρρωστη με την παρουσία του νοσηλευτή κατά την ώρα της εξέτασης.
- Ενθάρρυνση της άρρωστης να χαλαρώσει, να είναι ήρεμη και να αναπνέει βαθιά.
- Εξασφάλιση του κατάλληλου φωτισμού και των απαραίτητων αντικειμένων για την εξέταση.
- Βοήθεια του γιατρού, κατά την ώρα της εξέτασης.
- Καθαρισμός περινεϊκής χώρας από εκκρίσεις και λιπαντική ουσία μετά το τέλος της εξέτασης.
- Τοποθέτηση της άρρωστης σε άνετη θέση, μόλις τελειώσει η εξέταση.
- Παροχή χρόνου στην άρρωστη να μείνει για λίγα λεπτά στην καθιστή θέση πάνω στο εξεταστικό τραπέζι, για να ανακτήσει την ισορροπία της προτού κατέβει.
- Επίλυση αποριών της άρρωστης και διασαφήνιση των ιατρικών

οδηγιών.

2. Λήψη κολπικού και τραχηλικού εκκρίματος (για τεστ Παπανικολάου)

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

Νοσηλευτικά καθήκοντα

Ο νοσηλεύτης θα πρέπει μετά το τέλος της εξέτασης να σημειώσει την προέλευση του εκκρίματος σε κάθε αντικειμενοφόρο πλάκα. Επίσης, στο παραπεμπτικό σημειώνεται η ημερομηνία της τελευταίας έμμηνης ρύσης και αν η γυναίκα έπαιρνε οιστρογόνα ή αντισυλληπτικά χάπια. Πριν ξεραθεί το έκκριμα, οι αντικειμενοφόρες πλάκες τοποθετούνται μέσα σε γυάλινο δοχείο με αιθέρα και αιθυλική αλκοόλη και στέλνονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο.³⁹

3. Βιοψία τραχήλου

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

Νοσηλευτικά καθήκοντα

- Προτού φύγει η άρρωστη, είναι απαραίτητο να ξεκουραστεί για λίγο μετά τη διαδικασία.
- Δίνονται στην άρρωστη οδηγίες:
 - να αποφύγει να σηκώσει 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 ότι σε μια φυσιολογική έμμηνη ρύση, πρέπει να αναφέρεται αμέσως στον γιατρό.
- Να πάρει οδηγίες από τον γιατρό σχετικά με τις πλύσεις και τις σεξουαλικές της επαφές (αποφεύγονται για αρκετές εβδομάδες μετά τη βιοψία).³⁹

4. Δοκιμασία Schiller

Γίνεται για διάγνωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η δοκιμασία

Schiller στηρίζεται στην ιδιότητα που έχει το γλυκογόνο να απορροφά ιώδιο (τα καρκινικά κύτταρα στερούνται γλυκογόνου). Η ύποπτη περιοχή του τραχήλου επαλείφεται με διάλυμα ιωδίου 2%.

- Αρνητικά αποτελέσματα: όλη η επιφάνεια προσλαμβάνει ένα βαθύ καφέ χρώμα, ενδεικτικό αντίδρασης μεταξύ ιωδίου και γλυκογόνου των φυσιολογικών κυττάρων.
- Θετικά αποτελέσματα: οι ιστοί δεν χρωματίζονται καφέ: ενδεικτικό ύπαρξης άκυρων κυττάρων πρέπει να γίνεται βιοψία.

Νοσηλευτικά καθήκοντα

Μετά την δοκιμασία, της συστήνεται να φορέσει μια σερβιέτα για μερικές ώρες, για να αποφευχθεί η χρώση των εσωρούχων της.³⁹

5. Κολποσκόπηση

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

Νοσηλευτικά καθήκοντα

Δίνονται εξηγήσεις στην άρρωστη σχετικά με το τι πρέπει να περιμένει από την εξέταση αυτή. Μετά την εξέταση τοποθετείται ένα ταμπόν στον κόλπο για απορρόφηση των εκκρίσεων. Το ταμπόν αφαιρείται μετά από 5 – 6 ώρες.³⁹

6. Διαστολή και απόξεση (Δ & Α)

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

Σκοποί:

- Να ληφθεί ενδομητρικός και ενδοτραχηλικός ιστός για εξέταση.
- Να ελεγχθεί παθολογική αιμορραγία της μήτρας.

Νοσηλευτικά καθήκοντα

α. Προεγχειρητική φροντίδα:

- Ενημέρωση της άρρωστης για τη φύση της επέμβασης που πρόκειται να της γίνει (συνήθως γίνεται από γυναικολόγο).
- Απάντηση σε ερωτήσεις, που ενδέχεται να έχει η άρρωστη, σχετικά

με τη Δ & Α.

- Έλεγχος αν έχει γίνει ξύρισμα της περινεϊκής χώρας (μερικοί γιατροί δεν το προτιμούν).
- Υποκλισμός για κένωση του εντέρου και παρότρυνση της άρρωστης να ουρήσει πριν από την εξέταση.
- Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης.

β. Μετεγχειρητικά καθήκοντα:

- Έλεγχος αν οι περινεϊκές γάζες διατηρούνται στη θέση τους.
- Αντικατάστασή τους κάθε φορά που χρειάζεται, με αποστειρωμένες γάζες. Η γυναίκα μπορεί να φέρει ταμπόν κόλπου. Αφαιρείται από το χειρουργό το πρώτο 24ωρο.
- Παρακολούθηση για μεγάλη αιμορραγία τις πρώτες ώρες.
- Σύσταση για παραμονή στο κρεβάτι το υπόλοιπο της ημέρας.
- Χορήγηση ήπιων αναλγητικών για χαμηλό πόνο στη ράχη και πυελικής δυσφορίας.
- Παροχή οδηγιών κατά την έξοδο³⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14ο

14.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

Παίρνοντας ένα προσεκτικό ιστορικό υγείας, ο νοσηλευτής μπορεί να διαπιστώσει φόβους και ανησυχίες του αρρώστου, που αποτελούν δυνητικές πηγές συγκινησιακών αντιδράσεων, κυρίως άγχους³⁹.

Επίσης ο νοσηλευτής καλείται να βοηθήσει την ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Πρέπει να είναι προετοιμασμένος, ώστε να απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα της ασθενούς και των οικείων της.

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από *το είδος, τη σοβαρότητα της εγχείρησης και την κατάσταση της ασθενούς*.

Η προεγχειρητική ετοιμασία συνίσταται σε:

- α. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
- β. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
- γ. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία⁴⁰.

Σκοποί της φροντίδας είναι:

1. Άμεσοι:
 - Μείωση ανησυχίας και φόβου της εγχείρησης.
 - Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου.
2. Μακροπρόθεσμοι:
 - Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου.
 - Μείωση κινδύνου υποτροπής.

14.1.1 ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΘΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ

1. Ενημέρωση από τον νοσηλευτή:

- Ερμηνεία του όρου "υστερεκτομή" στην άρρωστη και την οικογένειά της.
- Εξασφάλιση συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και τη διακοπή κύησης αν η άρρωστη είναι έγκυος.
- Ενημέρωση άρρωστης σχετικά με την μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία), πόνο, δραστηριότητα, διαίτα, συνουσία, έμμηνη ρύση.
- Παροχή συμβουλών που αφορούν την σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.
- Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους, τις ανησυχίες της.
- 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 παρουσιάζουν ψυχιατρική βοήθεια, αν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη.
- Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της ασθενούς (φυσικών, συγκινησιακών και κοινωνικών)⁴¹.
- Ενημερώνεται η ασθενής και ο σύντροφός της σχετικά με την προεγχειρητική προετοιμασία. Συνιστάται στην ασθενή πως θα λάβει τα φάρμακα το βράδυ πριν από την εγχείρηση. Γίνεται συζήτηση με την ασθενή όσον αφορά την σημασία των όρων:

1) *Ενδοφλέβια θεραπεία*

2) *Αναισθησιολογική εκτίμηση*

3) *Καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως*

4) *Προετοιμασία της κοιλίας*

- 5) Υπερηβικός καθετηριασμός
- 6) Παραμονή στο νασοκομείο
- 7) Περιορισμοί στις τραφές και τα υγρά (αν ενδείκνυται)
- 8) Ανακαύφιση από το άλγας
- 9) Κινητοποίηση

- Εκπαιδεύεται η ασθενής στην ανατομία της πυέλου με τη χρήση διαγραμμάτων και εικόνων όταν είναι απαραίτητο.
- Συζητείται η σημασία της εμμηνοπαύσεως και η ορμονική θεραπεία υποκαταστάσεως (ΟΘΥ).
- Δίνονται πληροφορίες σχετικά με την αυτοβοήθεια για την εξάλειψη του άλγους κατά την διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου της χειρουργικής της κοιλιάς. Συνιστώνται τα ακόλουθα:

*1) Στηρίζει την χειρουργική περιοχή,
όταν κινείται,
βήχει,
τεντώνεται.*

2) Πρασοχή στην μετακίνηση,

3) Εφαρμόζονται παγάκια στην χειρουργική τομή,

4) Χρησιμοποίηση τεχνικής χαλαρώσεως,

5) Λαμβάνει, αν είναι ανάγκη, τα χωρίς συνταγή χορηγούμενα αναλγητικά φάρμακα.

- Εκπαιδεύεται η ασθενής στην μετεγχειρητική αυτοφροντίδα συμπεριλαμβάνονται δε τα ακόλουθα:

1) Φροντίδα του υπερηβικού ή ουρηθρικού καθετήρος, όπως έχει συσταθεί,

2) Φροντίδα της τομής αν είναι κοιλιακή⁴²

2. Τόνωση του ηθικού:

- Να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες της ασθενούς και να τις ικανοποιήσει
- Να καταλάβει την ασθενή και να συμμεριστεί τη θέση της.

3. Τόνωση σωματική:

Επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Για την καλή θρέψη της ασθενούς η συμβολή της νοσηλεύτριας / τη είναι αποφασιστική. Ενώ ο γιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου, η / ο νοσηλεύτρια / ής παρακολουθεί τη διατροφή της ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Η ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμέτους. Γι' αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι, η ασθενής βοηθάτε στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως σοκ, ναυτία, δίψα κ.α.⁴⁰.

Την προηγούμενη ημέρα η ασθενής παίρνει συνήθως ελαφριά γεύματα και 6 – 8 ώρες πριν από την επέμβαση τίποτα από το στόμα. Το άδειο στομάχι μειώνει την πιθανότητα διάτασής του και εισρόφησης κατά και μετά την αναισθησία¹¹.

4. Διαγνωστικές εξετάσεις:

Γενικές διαγνωστικές εξετάσεις που συνήθως γίνονται προεγχειρητικά και σε όλους τους ασθενείς είναι:

- Ανάλυση αίματος για: Γενική αίματος, αιμοσφαιρίνη, ταχύτητα καθίζησης, σάκχαρο, ουρία, VDRL – Wassermann, προθρομβίνη, ομάδα και Rhesus, αυστραλιανό αντιγόνο, ELISA – RIBA.
- Γενική ούρων
- Ακτινογραφία θώρακα
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα⁴³.

Έχει προηγηθεί εξέταση της ασθενούς από χειρουργό και παθολόγο και αφού καθοριστεί το είδος της εγχείρησης καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Έτσι καθορίζεται το είδος της νάρκωσης και των αναισθητικών.

5. Καθαριότητα της ασθενούς.

Αυτή συνίσταται σε:

- Καθαρτικός υποκλυσμός και κολπική πλύση με αντισηπτικό σε

κολπική υστερεκτομή ή (σπάνια σε κοιλιακή υστερεκτομή) γίνεται συνήθως το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης (μετά από ιατρική οδηγία) καθώς και το πρωί πριν από την εγχείρηση⁴¹.

- Καθαριότητα του σώματος της ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα⁴⁰.

6. Χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση ύπνου⁴¹.

Τη νύχτα επιδιώκεται εξασφάλιση ήσυχου ύπνου, με χορήγηση ηρεμιστικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Το ηρεμιστικό χορηγείται με ζεστό πόμα και ο / η νοσηλεύτης / τρια προστατεύει τον άρρωστο από κάθε παράγοντα που μπορεί να διαταράξει τον ύπνο³⁹.

7. Προσανατολισμός

Ο / Η νοσηλεύτης / τρια θα πρέπει να προσανατολίσει την ασθενή στο νέο της δωμάτιο που θα μεταφερθεί μετά το χειρουργείο. Αυτό γίνεται ώστε να μην ανησυχήσει η ασθενής όταν θα βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον.

14.1.2ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνο του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Η θέση και η έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου εξαρτάται από το είδος της εγχείρησης και πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής⁴⁰.

14.1.3ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Το πρωινό της ημέρας του χειρουργείου, ο / η νοσηλεύτης / τρια συμπληρώνει την προεγχειρητική ετοιμασία της αρρώστου. Ρωτά την άρρωστη αν έχει κάποια απορία ή αν την απασχολεί κάτι, συνεχίζει να παρατηρεί για σημεία άγχους και ενημερώνει αυτή και τους συγγενείς της για οποιαδήποτε καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης.

Για την ανασφάλεια της άρρωστης κατά τη διάρκεια της χειρουργικής

επέμβασης ο . η νοσηλεύτης / τρια, πριν από τη μεταφορά του στο χειρουργείο:

- Καταγράφει τα ζωτικά της σημεία.
- Ελέγχει την ταινία αναγνώρισης για να βεβαιωθεί ότι είναι ευανάγνωστη, ακριβής και καλά στερεωμένη.
- Επισκοπεί το εγχειρητικό πεδίο για ολοκλήρωση της προετοιμασίας του.
- Αφαιρεί, καταγράφει και παραδίδει για φύλαξη δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα της ασθενούς, εκτός της βέρας, που μπορεί να παραμείνει αφού καλυφθεί με λωρίδα λευκοπλάστη.
- Αφαιρεί το χρώμα από βαμμένα νύχια, για να είναι δυνατός ο έλεγχός τους για κυάνωση στο χειρουργείο και μετά την επέμβαση.
- Βοηθάει την άρρωστη να φορέσει τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο.
- Χορηγεί τα προαναισθητικά φάρμακα στην σωστή ώρα. Αν για οποιαδήποτε αιτία τα προαναισθητικά φάρμακα δεν χορηγηθούν την κανονική ώρα, ενημερώνεται γι' αυτό ο αναισθησιολόγος.
- Συμπληρώνει και υπογράφει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας, το οποίο τοποθετεί στον φάκελο της ασθενούς.
- Φροντίζει για την ασφαλή μεταφορά της ασθενούς με το φορείο.
- Εξασφαλίζει τρόπο επικοινωνίας με τους συγγενείς της ασθενούς³⁹.

14.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΕ ΣΕ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ

- ✱ Κατάλληλη και άνετη θέση στο κρεβάτι.
- ✱ Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.
- ✱ Έλεγχος της ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών.
- ✱ Μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- ✱ Έλεγχος του καθετήρα κύστης.
- ✱ Έλεγχος της παροχέτευσης του τραύματος.
- ✱ Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.

- ✱ Έλεγχος του τραύματος για αιμορραγία.
- ✱ Συχνή παρακολούθηση της ασθενούς για την πρόληψη των επιπλοκών (αιματώματα στην περιοχή της τομής, αιμορραγία, σχηματισμός συριγγίων, μόλυνση).
- ✱ Αφαίρεση του καθετήρα της κύστης μετά από 5 ημέρες.
- ✱ Χορήγηση υγρής τροφής όταν επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.
- ✱ Έγκαιρη έγερση της ασθενούς με απώτερο σκοπό την πρόληψη των αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.
- ✱ Ετοιμασία της ασθενούς για ακτινοβολία κατόπιν ιατρικής εντολής.
- ✱ Επεξήγηση της σημασίας για θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης όταν έχει γίνει ολική υστερεκτομή, ωθηκεκτομή, σαλπινγεκτομή.
- ✱ Η συνουσία αποφεύγεται για 10 εβδομάδες.
- ✱ Η κολπική έκκριση στην αρχή είναι καφεοειδής και σταδιακά επανέρχεται στη λευκωπή.
- ✱ Ετοιμασία της ασθενούς για έξοδο από το νοσοκομείο.
- ✱ Ενημέρωση της ασθενούς να αποφεύγει την κούραση και να μην αποθαρρύνεται κατά την περίοδο των νευρικών εξάρσεων που θα της παρουσιαστούν.
- ✱ Να κάνει ανά 3μηνο ιατρικό έλεγχο, μέχρι 5 χρόνια (πενταετής επιβίωση).
- ✱ Προσοχή στην διαίτα, παρακολούθηση βάρους σώματος¹³.

14.3 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΙΕΣ

Πόνος

Ο πόνος είναι μια από τις πιο πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρεις. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από το δέρμα, τους μυς, τους τένοντες, τα οστά, το περιτόναιο ή τα σπλάγχνα. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα (τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών), γι' αυτό χορηγούμε, με ιατρική οδηγία, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12 – 36 ώρες και υποχωρεί μετά 48 ώρες. Όταν

ο άρρωστος πονά, ο νοσηλευτής οφείλει³⁹:

- Να ρωτήσει τον άρρωστο που και πως πονάει.
- Να εξασφαλίσει ήρεμο και ζεστό περιβάλλον.
- Να του συστήσει να αλλάζει συχνά θέση.
- Να χορηγήσει αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία⁴¹. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα, γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Οι εκκρίσεις κατακρατούνται στο βρογχικό δένδρο, με αποτέλεσμα ατελεκτασία και πνευμονία.

Έμετος

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

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

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

Καθήκον του νοσηλευτή / τριας είναι η πρόληψη εισρόφησης του εμέτου. Έτσι οφείλει³⁸:

- Να έχει κοντά στην ασθενή νεφροειδές και χαρτοβάμβακο.
- Να γυρίσει το κεφάλι της ασθενούς στο πλάι όταν είναι σε ήπια θέση.
- Να κρατήσει την περιοχή του τραύματος κατά τον έμετο για την πρόληψη ρήξεως των ραμμάτων.
- Χορήγηση αντιεμετικών με ιατρική οδηγία.
- Να σημειώσει στο δελτίο νοσηλείας και να αναφέρει στο γιατρό περιπτώσεις παρατεταμένων εμέτων για τον έλεγχο της αιτιολογίας⁴¹.

Δίψα

Η δίψα οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Ακόμα, οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης³⁹.

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται από τον νοσηλευτή / τρια:

- Με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας.
- Με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάλα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό.
- Με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού. Η χορήγηση ή όχι υγρών, καθώς και το είδος του ρυθμίζεται από το είδος της εγχειρήσεως και τη γενική κατάσταση του ασθενούς³⁹.

14.4 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ –

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ

- Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.
- Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αποκοτάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή με ωοθηκεκτομή / σαλπινγεκτομή.
- Παροχή συμβουλών στην άρρωστη:
 - Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ονάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα (για ένα μήνα μέχρι έξι 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 κοιλία.
 - Να ασκείται και να αποφεύγει το παρατεταμένο κάθισμα, όπως κατά την οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας να λιμνάσει το αίμα στην πύελο και να δημιουργηθούν θρομβοεμβολές.
 - Να αποφεύγει τη συνουσία για 6 – 8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.
- Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κοιλιακή έκκριση, που

παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητά της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει.

- Ενημέρωση της ασθενούς 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 ασθενούς στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σε ένα μήνα, μετά από 2 μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.
- Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με οδηγία του γιατρού, θα εξαρτηθεί από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες για εργασία κ.λ.π.
- Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση για φωνές 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 κλινοεργαστηριακού ελέγχου για πέντε χρόνια⁴¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

15.1 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και των τεχνικών που εφαρμόζονται δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων.

Η έκταση που τα κύτταρα και οι ιστοί καταστρέφονται από την ακτινοβολία εξαρτάται από τους 4 πιο κάτω παράγοντες:

1ος: ένταση της δόσης που έχει οριστεί.

2ος: έκταση του σώματος που δέχεται την ακτινοβολία.

3ος: ακτινευαισθησία των κυττάρων.

4ος: ατομικές διαφορές.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές είναι:

Ακτινοδερματίτιδα: είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Διακρίνονται 3 μορφές ακτινοδερματίτιδας:

α. Ερυθρηματώδης -> εμφανίζεται την 1η έως 3η εβδομάδα και διαρκεί μερικές εβδομάδες. Το δέρμα εμφανίζει ερυθρότητα, ξηραίνεται, γίνεται στεγνό και μπορεί να παρουσιάσει ρωγμές. Είναι η πιο συχνή μορφή δερματίτιδας.

β. Φυσαλιδώδης -> παρατηρείται μετά από έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας και παρουσιάζεται την 1η και 2η εβδομάδα.

γ. Εσχαροποιητική -> εμφανίζεται αμέσως μετά την έκθεση στην ακτινοβολία, με επώδυνη ερυθρότητα – οίδημα δέρματος, φυσαλίδες οι οποίες σπάζουν και παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις.

Σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί κατά την ακτινοθεραπεία *ατροφία ή συρρίκνωση* του δέρματος³⁷.

Αλωπεκία που ανήκει επίσης στις τοπικές βλάβες του δέρματος που

παρουσιάζεται μετά από 2 – 3 εβδομάδες.

Μεταβολές στο στοματικό βλενογόνο: ξηροστομία, αλλαγή και απώλεια γεύσης και μείωση έκκρισης σάλιου.

Ερεθισμός οισοφάγου: με αποτέλεσμα πόνο στο θώρακα και δυσφαγία.

- Αν το στομάχι ή το έντερο βρίσκονται στο πεδίο της ακτινοβολήσης, μπορεί να εμφανιστούν ανορεξία, ναυτία, έμετοι και διάρροιες.
- Αν ο αιμοποιητικός ιστός βρίσκεται στο πεδίο ακτινοβολήσης, μπορεί να προκληθούν αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία, με αύξηση κινδύνου λοίμωξης και αιμορραγίας.

Γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα κόπωσης, κακουχία, πονοκέφαλος, ναυτία και έμετοι. Τα συμπτώματα αυτά είναι παροδικά και σταματούν με τη λήξη της θεραπείας, οφείλονται σε ουσίες που απελευθερώνονται μετά από τη ρήξη των κυττάρων του όγκου.

Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές

Μπορεί να συμβούν σε διάφορους ιστούς του σώματος. Είναι χρόνιες, προκαλούν συνήθως ινωσικές μεταβολές, δευτεροπαθείς από μειωμένη αιματική παροχή και είναι μη αναστρέψιμες. Αυτές οι όψιμες επιπλοκές είναι περισσότερο σοβαρές όταν περιλαμβάνουν ζωτικά όργανα όπως πνεύμονες, καρδιά, κεντρικό νευρικό σύστημα και κύστη.³⁷

15.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για την φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
- Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρησής του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη

διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.

→ Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.

→ Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν.

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται, σε γενικές γραμμές, ως εξής:

Ναυτία και έμετοι:

α. χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.

β. ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.

γ. χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.

δ. σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου.

Αντιδράσεις από το δέρμα:

α. παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση.

β. προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα.

γ. παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα, να αποφεύγει αλοιφές λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη.

δ. αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.

ε. αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέυ και γαζών LaneHwax.³⁷

Διάρροια:

α. χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.

β. χορήγηση διαίτας με μικρό υπόλλειμα.

Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας:

α. ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών.

β. αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά).

γ. διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας της στοματικής κοιλότητας.

δ. χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς.

Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών:

α. προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς.

β. στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες.

Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.

Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παραδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (αλωπεκία).³⁷

15.3 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΤΩΝ ΡΑΔΙΟΪΣΟΤΟΠΩΝ

Τα μέτρα προστασίας που θα παρθούν θα εξαρτηθούν:

- Από το είδος του ραδιοϊσότοπου και
- Από τον τρόπο εφαρμογής.

Γενικά, η ποσότητα της ραδιενέργειας που παίρνει το προσωπικό κατά της διάρκεια της φροντίδας του αρρώστου που κάνει ακτινοθεραπεία εξαρτάται από τρεις παράγοντες: την απόσταση, το χρόνο και τη θωράκιση.

Απόσταση: ο διαπλασιασμός της απόστασης από την πηγή των ακτίνων Χ και της γ ακτινοβολίας περιορίζει στο ένα τέταρτο τη βλάβη από έκθεση στην ακτινοβολία.

Χρόνος: όσο λιγότερο χρόνο μένει το άτομο κοντά στην πηγή που ακτινοβολεί, τόσο πιο λίγη ακτινοβολία παίρνει, για παράδειγμα, αν το άτομο μένει 5 λεπτά κοντά στην πηγή ακτινοβολίας αντί για 10, θα πάρει την μισή ακτινοβολία από ότι θα έπαιρνε.

Θωράκιση: αυτή εξαρτάται από το είδος της ακτινοβολίας που

εκπέμπει το ραδιοϊσότοπο.

Την ακτινοβολία α μπορεί να τη σταματήσει ένα φύλλο χαρτιού. Την β την σταματά ένα παχύτερο διάφραγμα από αδιάβροχο ή ξύλο, ενώ η γ είναι πολύ διεισδυτική και απορροφάται μόνο από μολύβδινο διάφραγμα ή τσιμέντο.

Το προσωπικό που φροντίζει αρρώστους που κάνουν ακτινοθεραπεία (με ραδιοϊσότοπα), πρέπει να φοράει δοσίμετρο για τον υπολογισμό της ακτινοβολίας που παίρνει.³⁷

Στην εξωτερική εφαρμογή (όταν το ραδιοϊσότοπο θωρακισμένο εφαρμόζεται σε συγκεκριμένο σημείο του σώματος) και την εμφύτευση στερεάς μορφής ραδιοϊσοτόπου, που είναι κλεισμένο σε προστατευτική θήκη το ραδιοϊσότοπο μένει σε ορισμένο σημείο, δεν εισέρχεται στην κυκλοφορία και δεν μολύνει τα απεκκρίματα. Ο άρρωστος όμως δεν παύει να είναι πηγή ακτινοβολίας και το προσωπικό πρέπει να εφαρμόζει τα μέτρα αποστάσεως, χρόνου και θωρακίσεως (ακτινοπροστασία). Χρειάζεται επίσης προσοχή μήπως τα ραδιοϊσότοπα εκτοπιστούν και μολύνουν το περιβάλλον.

Στην ενδοκοιλιακή εφαρμογή το ραδιενεργό διάλυμα που εισάγεται με έγχυση δεν έχει θωράκιση (για παράδειγμα κολλοειδής χρυσός – 198) στην θωρακική κοιλότητα. Επειδή η εισαγωγή του ραδιενεργού διαλύματος γίνεται με παρακέντηση, απαιτείται προσοχή μήπως το διάλυμα διαφύγει από το σημείο παρακέντησης.

Σε περίπτωση που θα χρειαστεί εκκενωτική παρακέντηση μετά τη χορήγηση του ραδιοϊσοτόπου, επιβάλλεται η λήψη μέτρων για την αποφυγή μολύνσεως του περιβάλλοντος. Επίσης, αν ο άρρωστος στον οποίο έγινε έγχυση ραδιενεργού διαλύματος στη θωρακική κοιλότητα έχει πτύελα, καλό είναι να φυλάγονται ανάλογα επειδή είναι δυνατό να είναι μολυσμένα σε περίπτωση επικοινωνίας υπεζωκοτικής κοιλότητας με βρόγχο.

Στην χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια το ραδιοϊσότοπο δεν είναι θωρακισμένο, μπαίνει μέσα στην κυκλοφορία και αποβάλλεται ανάλογα με τους τρόπους αποβολής του, από ορισμένα απεκκρίματα.

Οι κίνδυνοι μολύνσεως του περιβάλλοντος είναι περισσότεροι και

απαιτείται λήψη μέτρων. Επιβάλλεται η τήρηση αρχών αποστάσεως και χρόνου. Αν τις πρώτες 6 ώρες μετά τη λήψη του ραδιοϊσοτόπου από το στόμα ο άρρωστος κάνει έμετο θα πρέπει ο έμετος με προσοχή να φυλαχτεί και να σταλθεί στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων³⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

16.1 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων στην θεραπεία της κακοήθους νόσου αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία 10ετία και αυτή η τάση συνεχίζεται.

Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται τη χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική, εάν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτριών – τών και άλλου υγειονομικού προσωπικού.

Μια αύξηση των εξωτερικών αρρώστων στη μίας ημέρας νοσηλεία καθιστά τον σύνδεσμο μεταξύ νοσοκομείου και κοινωνικής λειτουργού ακόμα απαραίτητα. Αυτή η ομάδα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει τον άρρωστο, τα μέλη της οικογένειας ή και τους φίλους του.

Καθώς λοιπόν μεγαλύτεροι αριθμοί ασθενών δέχονται χημειοθεραπεία, όλο και εμπλέκονται περισσότεροι νοσηλευτές – τριες στη φροντίδα τους.

16.2 ΠΟΤΕ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ Η ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για να εφαρμοστεί 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.

ΑΠΟΛΥΤΗ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ Η ΚΥΗΣΗ.

Και πάνω απ' όλα, να δεχθεί ο άρρωστος να του γίνει η χημειοθεραπεία.

16.3 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Με την απόφαση να χορηγηθεί χημειοθεραπεία στον άρρωστο, πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν και να μελετηθούν εκτός από τη διάγνωση και

σταδιοποίηση:

1. Η ηλικία και η γενική κατάσταση του αρρώστου.
2. Η σχεδιασθείσα σειρά φαρμάκων και η συσταθείσα οδός χορηγήσεως (PO, IM, IV).
3. Η αναγκαιότητα για πρόσθετη θεραπεία, δηλαδή ενδοφλέβια ενυδάτωση (πριν και μετά τη θεραπεία, για παράδειγμα, σε Cisplatin).
4. Η ανάγκη να διορθωθούν (εάν χρειάζεται) ορισμένες βλάβες (αναιμία, θρομβοπενία) πριν να αρχίσει η χημειοθεραπεία με μετάγγιση στοιχείων αίματος και η διαιτητική υποστήριξη.
5. Στην προβλεπόμενη οξύτητα των παρενεργειών, η άμεση επέμβαση, για παράδειγμα, αντιεμετικών, διουρητικών σκευασμάτων.
6. Η εκπλήρωση επιθυμίας αρρώστου, οικογένειας ή των φίλων για ενημέρωση και συμμετοχή στη θεραπεία.⁴⁵

16.40 ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ – ΤΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Η προστασία του αρρώστου κατορθώνεται με την προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή τονίζει με έμφαση τη φροντίδα και αυτοφροντίδα του αρρώστου που βοηθιέται από τη νοσηλεύτρια – τή και είναι εξίσου εφαρμοσμένη στους εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς.
- Προκειμένου να αρχίσει ένας άρρωστος θεραπεία, η φροντίδα του είναι περίπου η ίδια αλλά η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ θα χρειαστεί να προσαρμοστεί ειδικά σε κάθε άρρωστο.
- Οι σκοποί αυτής της προσέγγισης πρέπει να κατευθύνουν τη φυσική και ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου και υποστήριξή του⁴⁵.

16.5ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Αυτή θα γίνει από πληροφορίες και από το ιατρικό ιστορικό του αρρώστου. Η νοσηλεύτρια – τής δεν θα παραλείψει να ρωτήσει:

- Είστε αλλεργικός σε κάποιο φάρμακο;
- Είστε έγκυος (σε γυναίκα) ή σκοπεύετε να κάνετε παιδιά; (Μερικά φάρμακα μπορεί να δημιουργήσουν ελαττώματα στο έμβρυο ή να επηρεάσουν την ικανότητα τεκνοποίησης στο μέλλον).
- Θηλάζετε; (Μερικά φάρμακα περνούν στο γάλα και επηρεάζουν το παιδί).
- Παίρνετε κάποια άλλα φάρμακα; (Η χρήση ορισμένων φαρμάκων μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα).
- Έχετε άλλα ιατρικά προβλήματα; (Μερικές παθήσεις μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπεία του).

Στη συνέχεια θα σημειώνονται η πορεία της νόσου και οι αντιδράσεις του αρρώστου.

Προβλήματα του αρρώστου.

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στην μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά αιμοσφαίρια, ανοσοκαταστολή).
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροια).
4. Διαταραχή υγρών – ηλεκτρολυτών (έμετοι – διάρροια).
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα)³⁹.

16.6 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν την θεραπεία.
3. Επαρκής ενυδάτωση, μέτρηση προσλαμβανομένων – αποβαλλομένων υγρών.

4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Γεύματα συχνά, μικρή διαίτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφριά.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος.
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
11. Λήψη μέτρων εάν το φάρμακο έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών³⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

17.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ο καρκινοπαθής αποτελεί ειδική περίπτωση αρρώστου. Ο καρκίνος αποτελεί σήμερα κοινωνικό πρόβλημα και αντιμετωπίζεται από τον κόσμο όπως αντιμετωπιζόταν παλιότερα η φυματίωση. Θεωρείται από πολλούς ότι ο καρκινοπαθής δεν έχει πια κανένα μέλλον και ότι παραμένει στη ζωή μόνο και μόνο για να ταλαιπωρείται και να ταλαιπωρεί.

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

Πρωταρχική θέση στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς έχει το αναπόφευκτο ερώτημα: "Πρέπει ή δεν πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής για τη φύση και τη σοβαρότητα της πάθησής του;"

Στη λήψη μιας τόσο δύσκολης απόφασης όσο αυτή, θα παίξουν ρόλο πολλοί και διάφοροι παράγοντες (για παράδειγμα μορφωτικό επίπεδο) και θα αποφασισθεί σε συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς και το στενό οικογενειακό περιβάλλον.⁴⁶

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

- Ενίσχυση του διαιτολογίου με γεύματα μεγάλης θερμιδικής αξίας, πλούσια σε λευκώματα, έτσι ώστε να ανακτήσει και να διατηρήσει τις

σωματικές του δυνάμεις που τόσο θα χρειαστεί στο μέλλον.

- Στη διάρκεια όλων των νοσηλειών να μην εκθέτουμε ποτέ τον άρρωστο στους άλλους αρρώστους.
- Βοηθάμε τον άρρωστο να αναπτύξει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και ότι μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του.
- Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να σηκώνεται από το κρεβάτι, όταν το επιτρέπει η κατάσταση του.
- Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε προγράμματα εργασιοθεραπείας που υπάρχουν στο νοσοκομείο έτσι ώστε να ξεχνά τα προβλήματα που δημιουργούνται από την πάθησή του.
- Σε περίπτωση αλλαγής εμφάνισης λόγω κάποιας θεραπείας (πέσιμο μαλλιών) που επηρεάζουν την ιδέα που έχει ο άρρωστος για την πάθησή του, η νοσηλεύτρια – τής αποδέχεται και αυτή τις μεταβολές αυτές και προσπαθεί να τον συμβιβάσει με τις ήδη υπάρχουσες καταστάσεις. Η διαδικασία αυτής της αποδοχής της νέας εμφάνισης του παίρνει αρκετό χρόνο, τόσο για τον ίδιο τον άρρωστο, όσο και για τους γνωστούς του.⁴⁶

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

- Σε περίπτωση ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας επιβάλλεται η συνεχής παρακολούθηση για τον εντοπισμό των παρενεργειών της εφαρμοζόμενης αγωγής (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, δερματίτιδες, λευκοπενία).
- Αναφέρει στον γιατρό κάποια συμπτώματα που παρατηρεί στον άρρωστο, για παράδειγμα (πυρετό, βήχα, απόχρεψη, αιμορραγία).
- Η σωματική καθαριότητα ελέγχεται από τη νοσηλεύτρια, ενώ σε ανήμπορους αρρώστους γίνεται λουτρό καθαριότητας από το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Η ψυχαγωγία έχει θέση και αυτή στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας, περιλαμβάνει δε ανάγνωση βιβλίων – περιοδικών, τηλεόραση κ.λ.π.

- Ο πόνος στον καρκίνο αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση παυσίπονων. Την ένταση του πόνου την επηρεάζει όμως και το άγχος και το στρες.

Γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για ανακούφιση του αρρώστου από όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων.

- Η καταθλιπτική διάθεση που προκύπτει σε πολλούς καρκινοπαθείς αρρώστους αντιμετωπίζεται με το σωστό πλησίασμα, με κατανόηση στο πρόβλημά του από μέρος της νοσηλεύτριας. Διαθέτει περισσότερο χρόνο να καθίσει κοντά του και να τον αφήσει να εκφράσει τα αισθήματά του⁴⁶.

17.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Οι επιστημονικές και τεχνολογικές πρόοδοι βελτίωσαν σημαντικά τις προοπτικές για αρρώστους με κακόηθες νεόπλασμα. Ωστόσο, οι άρρωστοι αυτοί αντιμετωπίζουν ή βιώνουν ποικίλα, δευτερογενή από την υποκείμενη κακοήθεια και τα θεραπευτικά σχήματα, προβλήματα.

Πρόβλημα 1: Μείωση ασφάλειας, κίνδυνος λοίμωξης.

Σκοπός: Πρόληψη λοίμωξης.

Παρέμβαση:

1. Εκτίμηση αρρώστου για σημεία λοίμωξης:
 - α. Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά 4ωρο.
 - β. Παρακολούθηση αριθμού και τύπου λευκών αιμοσφαιρίων κάθε ημέρα.
 - γ. Φροντίδα όλων των σημείων που μπορεί να αποτελέσουν θύρες εισόδου για μικρόβια (ενδοφλέβιοι καθετήρες, τραύματα, οστέινες προεξοχές, αναδιπλώσεις δέρματος και στοματική κοιλότητα).
2. Αναφορά πυρετού $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$, ρίγους, εφίδρωσης, οιδήματος, πόνου, ερεθισμού, εξιδρώματος σε οποιαδήποτε επιφάνεια του σώματος.

3. Αναφορά αλλαγής σε αναπνευστική ή διανοητική κατάσταση, συχνοουρίας ή αισθήματος καύσου κατά την ούρηση, αισθήματος κακουχίας, μυαλγίας, αρθραλγίας, εξανθήματος ή διάρροιας.
4. Καλλιέργειες και ευαισθησίες πριν από την έναρξη αντιμικροβιακής θεραπείας (υγρού τραύματος, πτυέλων, ούρων, κοπράνων, αίματος).
5. Έναρξη μέτρων για ελαχιστοποίηση λοίμωξης:
 - α. Συζήτηση με άρρωστο και οικογένεια.
 - * Απομόνωση αρρώστου αν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων $< 1000/\text{mm}^3$.
 - * Σημαντικότητα αποφυγής επαφής του αρρώστου με άτομα γνωστής ή ύποπτης λοίμωξης ή πρόσφατου εμβολιασμού.
 - β. Διδασκαλία όλων των μελών του προσωπικού να πλένουν προσεκτικά τα χέρια τους πριν και μετά την είσοδό τους στο δωμάτιο.
 - γ. Αποφυγή εκτέλεσης διαδικασιών ορθού ή κόλπου (ορθική θερμοκρασία, εξέταση, υπόθετα, κολπικού ταμπόν).
 - δ. Χρήση μαλακτικών των κενώσεων ή αποφυγή δυσκοιλιότητας και υπερβολικής προσπάθειας κατά την κένωση.
 - ε. Βοήθεια αρρώστου στην εκτέλεση σχολαστικής ατομικής υγιεινής.
 - στ. Διδασκαλία αρρώστου για χρησιμοποίηση ηλεκτρικής ξυριστικής μηχανής.
 - ζ. Ενθάρρυνση αρρώστου να περπατά μέσα στο δωμάτιό του, εκτός αν αντεδείκνυται.
 - η. Αποφυγή φρέσκων φρούτων και λαχανικών και νωπού κρέατος και ψαριού αν τα λευκά αιμοσφαίρια είναι $< 1000/\text{mm}^3$ και απομάκρυνση φρέσκων λουλουδιών και φυτών σε γλάστρες.
 - θ. Κάθε μέρα: αλλαγή πόσιμο νερού, υγρών καθαρισμού οδοντοστοιχιών και αναπνευστικού εξοπλισμού που περιέχει νερό.³⁸
6. Εκτίμηση περιοχών ενδοφλέβιας χορήγησης κάθε ημέρα για σημείο

λοιμώξης.

α. Αλλαγή καθετήρα ενδοφλέβιας χορήγησης κάθε 48 ώρες. Η επιπτώση λοίμωξης αυξάνεται όταν ο καθετήρας παραμένει πάνω από 72 ώρες.

β. Καθαρισμός δέρματος με povidone iodine πριν από την αρτηριο-ή φλεβοκέντηση.

γ. Αλλαγή γαζών κεντρικού φλεβικού καθετήρα κάθε δεύτερη ημέρα.

δ. Αλλαγή όλων των σετ διαλυμάτων και εγχύσεων κάθε 48 ώρες.

7. Αποφυγή ενδομυϊκών ενέσεων.

8. Αποφυγή καθετηριασμού. Αν είναι απαραίτητος, τήρηση σχολαστικής αντισυπτικής τεχνικής.

Πρόβλημα 2: Μείωση ασφάλειας, μεγάλος κίνδυνος κάκωσης που σχετίζεται με την αιμορραγία.

Σκοπός: Πρόληψη κάκωσης και αιμορραγίας.

Παρέμβαση:

1. Εκτίμηση του αρρώστου για δυνατότητα αιμορραγίας, παρακολούθηση αριθμού αιμοπεταλίων.

Μικρός κίνδυνος: 50.000 – 100.000 /mm³

(51: 0,05 – 0,1 x 10¹² / L).

Μέτριος κίνδυνος: 20.000 – 50.000 / mm³

(51: 0,02 – x 10¹² / L).

Μεγάλος κίνδυνος: <20.000 /mm³

(51: 0,02 – 10¹² / L).

2. Εκτίμηση για αιμορραγία.

α. Πετέχειες ή εκχυμώσεις (δείχνουν βλάβη στη μικροκυκλοφορία και στα μεγαλύτερα αγγεία, αντόστοιχα).

β. Μείωση αιμοσφαιρίνης (Hb) ή αιματοκρίτη (Hct) (δείχνει απώλεια αίματος).

γ. Παρατεταμένη αιμορραγία από αιματηρές διαδικασίες,

φλεβοκεντήσεις, κοψίματα, αμυχές.³⁸

δ. Ανοικτό ή τυφλό (μη ορατό με το μάτι) αίμα σε οποιοδήποτε απέκκριμα του σώματος (εμέσματα, πτύελα, κόπρανα, ούρα).

ε. Αιμορραγία από οποιοδήποτε στόμιο του σώματος.

στ. Αλλαγή διανοητικής κατάστασης.

3. Διδασκαλία αρρώστου και οικογένειας για τρόπους ελαχιστοποίησης αιμορραγίας.

α. Χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας.

β. Αποφυγή χρήσης υγρών που κυκλοφορούν στο εμπόριο για πλύση του στόματος (περιέχουν πολύ αλκοόλ που ξηραίνει το στοματικό βλεννογόνο).

γ. Χρήση ηλεκτρικής ξυριστικής μηχανής.

δ. Αποφυγή τροφών δύσκολων στη μάσηση.

4. Χρήση μέτρων για ελαχιστοποίηση αιμορραγίας εξαιτίας κάκωσης.

α. Χρησιμοποίηση μίας μόνο φλεβοκέντησης τη μέρα για λήψη αίματος όλων των εργαστηριακών εξετάσεων.

β. Αποφυγή λήψης ορθικής θερμοκρασίας ή χορήγηση υποθέτων και υποκλυσμών.

γ. Αποφυγή ενδομυϊκών ενέσεων, χρήση βελόνων του μικρότερου δυνατού διαμετρήματος.

δ. Εφαρμογή άμεσης πίεσης στα σημεία ένεσης και φλεβοκέντησης για τουλάχιστον 5 λεπτά.

ε. Επάλειψη χειλιών με βαζελίνη.

στ. Αποφυγή καθετηριασμού κύστης, χρήση καθετήρα του μικρότερου δυνατού διαμετρήματος.³⁸

ζ. Διατήρηση πρόσληψης υγρών τουλάχιστον 3 λίτρων / 24ωρο, εκτός εάν αντενδείκνυται. Η ενυδάτωση προλαβαίνει την ξηρότητα του δέρματος.

η. Χρήση μαλακτικών των κενώσεων ή διαίτα με πολύ υπόλλειμα.

θ. Αποφυγή φαρμάκων που παρεμποδίζουν την πήξη (ασπιρίνη).

5. Όταν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι $< 20.000 / \text{mm}^3$.
- α. Ανάπαυση σε κρεβάτι με καλυμμένους προφυλακτήρες.
 - β. Αποφυγή δύσκολης δραστηριότητας. Αυξάνει την ενδοκρανιακή πίεση και την πιθανότητα εγκεφαλικής αιμορραγίας.
 - γ. Μετάγγιση αιμοπεταλίων, σύμφωνα με την οδηγία. Χορήγηση υποχλωριώδους διφαινυδραμίνης (Benadryl) ή υδροκορτιζόνης (SolurCortef) για πρόληψη αλλεργικής αντίδρασης.
 - δ. Επίβλεψη των δραστηριοτήτων του αρρώστου όταν είναι έξω από το κρεβάτι.
 - ε. Αποφυγή δυνατού φυσήματος της μύτης.

Πρόβλημα 3: Μείωση άνεσης και αλλαγής σωματικού ειδώλου.

Σκοπός: Διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος και των βλεννογόνων.

Παρέμβαση: ³⁸

1. Σε ερυθματώδεις περιοχές του δέρματος.
 - α. Απαφυγή χρήσης σαπουνιών, καλλυντικών, αρωμάτων, πουδρών, λοσιόν, αλοιφών και αποσμητικών.
 - β. Για πλύσιμο της περιοχής, χρήση μόνο χλιαρού νερού.
 - γ. Απαφυγή εντριβής της περιοχής.
 - δ. Αποφυγή ξυρίσματος της περιοχής με ξυράφι μη στρογγυλεμένων γωνιών.
 - ε. Απαφυγή εφαρμογής θερμοφόρας, παγοκύστης και λευκοπλάστη. στ. Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο και σε ψυχρό αέρα.
 - ζ. Αποφυγή σφικτών ενδυμάτων.
 - η. Επάλειψη της περιοχής με αλοιφή βιταμινών Α και D.
2. Αν συμβεί υγρή απολέπιση.
 - α. Αποφυγή ρήξης σχηματισμένων φουσαλίδων.
 - β. Αποφυγή συχνής πλύσης.
 - γ. Ενημέρωση του γιατρού για τις φουσαλίδες.
 - δ. Χρήση κρεμών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
 - ε. Αν η περιοχή βγάζει υγρό, εφαρμογή λεπτού στρώματος

επίδεσης.

3. Για στοματική κοιλότητα.

α. Διδασκαλία αρρώστου να αναφέρει τυχόν στοματική καύσο, πόνο, ερυθρές περιοχές, ανοικτές αλλοιώσεις στα χείλη, πόνο κατά την κατάποση ή μειωμένη ανοχή στις ακραίες θερμοκρασίες της τροφής.

β. Ενθάρρυνση του αρρώστου και βοήθεια στα σχήματα στοματικής υγιεινής.

4. Για αλωπεκία.

α. Συζήτηση με τον άρρωστο και την οικογένεια για την αλωπεκία.

β. Διερεύνηση επίδρασης της αλωπεκίας στο αυτοείδωλο, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην σεξουαλικότητα του αρρώστου.

γ. Πρόληψη ή ελαχιστοποίηση απώλειας μαλλιών.

- υποθερμία τριχωτού / τουρνικέ τριχωτού.

- κόψιμο μακρών μαλλιών πριν από την θεραπεία.

- αποφυγή υπερβολικού λουσίματος.

- χρήση ήπιου σαμπουάν και κοντίσιονερ, στέγνωμα με πίεση της πετσέτας πάνω στα μαλλιά.

- αποφυγή περμανάντ, βαφών, σπρέυ μαλλιών.

- αποφυγή υπερβολικού χτενίσματος ή βουρτσίσματος,

χρήση αραιής χτένας.

δ. Αποφυγή τραυματισμού του τριχωτού της κεφαλής.

- επάλειψη με αλοιφή βιταμινών Α και D για μείωση κνησμού.

- χρήση αντιηλιακής κρέμας ή καπέλου για προστασία από τον ήλιο.

ε. Προτάσεις για αντιμετώπιση ολωπεκίας.

- χρήση περούκας πριν από την τριχόπτωση.

- χρήση καπέλου ή τουρμπάν.

- χρήση βοηθητικών μέσων που είναι ελκυστικά και

δημιουργούν στυλ.

στ. Ενθάρρυνση του αρρώστου να φορά τα δικά του ρούχα, να διατηρεί τις κοινωνικές επαφές του.

ζ. Εξήγηση στον άρρωστο ότι τα μαλλιά θα ξαναφυτρώσουν αμέσως μόλις τελειώσει η θεραπεία.³⁸

Πρόβλημα 4: Θρεπτικό ανισοζύγιο.

Σκοπός: Διατήρηση της καλύτερης δυνατής θρεπτικής κατάστασης.

1. Πρόληψη ή ελαχιστοποίηση επεισοδίων ναυτίας / εμέτων κατά τη διάρκεια και μετά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας.
2. Μέτρα για αντιμετώπιση ανορεξίας, δυσαπορρόφησης, καχεξίας.

Πρόβλημα 5: Μείωση δραστηριοτήτων, αίσθημα κόπωσης.

Σκοπός: Αύξηση επιπέδου δραστηριότητας και μείωση αισθήματος κόπωσης.

Παρέμβαση:

1. Εξασφάλιση περιόδων ανάπαυσης κατά τη διάρκεια της ημέρας, ειδικά πριν και μετά από φυσική προσπάθεια.
2. Αύξηση ωρών ύπνου.
3. Νέα διευθέτηση καθημερινού χρονοδιαγράμματος και οργάνωση δραστηριοτήτων για μείωση δαπανώμενης ενέργειας.
4. Παρότρυνση άλλων ατόμων να βοηθούν τον άρρωστο στις καθημερινές του δραστηριότητες.
5. Μείωση ωρών εργασίας στην δουλειά.
6. Εξασφάλιση επαρκούς πρόσληψης πρωτεϊνών και θερμίδων.
7. Ενθάρρυνση αρρώστου να χρησιμοποιεί τεχνικές χαλάρωσης και ευχάριστων εικόνων.
8. Ενθάρρυνση του αρρώστου για συμμετοχή σε σχεδιασμένα προγράμματα άσκησης.
9. Χορήγηση παραγώγων αίματος, σύμφωνα με την οδηγία.
10. Εκτίμηση του αρρώστου για υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.
11. Εκτίμηση για πηγές δυσχέρειας.
12. Χρήση στρατηγικών για διευκόλυνση κινητικότητας του

αρρώστου.³³

Πρόβλημα 6: Μείωση άνεσης, πόνος και δυσχέρεια.

Σκοπός: Ανακούφιση από πόνο και δυσχέρεια.

Παρέμβαση:

1. Εκτίμηση χαρακτηριστικών πόνου και δυσχέρειας: εντόπιση, ποιότητα, συχνότητα, διάρκεια κ.λ.π.
2. Διαβεβαίωση του αρρώστου ότι γνωρίζετε πως ο πόνος του είναι πραγματικός και ότι θα βοηθήσετε να μειωθεί.
3. Εκτίμηση άλλων παραγόντων που αυξάνουν το αίσθημα του πόνου, επειδή μειώνουν την ικανότητά του να τον ανέχεται (φόβος, κούραση, θυμός κ.λ.π.).
4. χορήγηση αναλγητικών για προαγωγή άριστης ανακούφισης από τον πόνο μέσα στα πλαίσια της ιατρικής οδηγίας.
5. Εκτίμηση συμπεριφορικών αποκρίσεων στον πόνο και στην εμπειρία του πόνου του αρρώστου, που παρέχει επιπρόσθετες πληροφορίες για τον πόνο του αρρώστου.
6. Συνεργασία με άρρωστο, γιατρό και άλλα μέλη της ομάδας υγείας, όταν είναι απαραίτητες αλλαγές στην αγωγή του πόνου.
7. Ενθάρρυνση στρατηγικών ανακούφισης πόνου που ο άρρωστος χρησιμοποίησε με επιτυχία σε προηγούμενη εμπειρία πόνου.
8. Διδασκαλία αρρώστου νέων στρατηγικών για ανακούφιση πόνου και δυσχέρειας: περισπασμό, ευχάριστες εικόνες, χαλάρωση, δερματική διέγερση κ.λ.π.³⁸

Πρόβλημα 7: Θλίψη για προβλεπόμενη απώλεια. Αλλαγή σε λειτουργία ρόλου.

Σκοπός: Σωστή πορεία μέσα από τη διεργασία θλίψης.

Παρέμβαση:

1. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει με λόγια φόβους, έννοιες και απορίες που αφορούν την αρρώστια, τη θεραπεία και τις μελλοντικές επιπτώσεις.
2. Ενθάρρυνση αρρώστου ή οικογένειας να συμμετέχουν ενεργά στα

- σχήματα φροντίδας και θεραπείας.
3. Συχνή επικοινωνία με οικογένεια για δημιουργία και διατήρηση σχέσεων και φυσικής εγγύτητας, που προάγουν τα αισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας και μειώνουν τα αισθήματα φόβου και απομόνωσης.
 4. Ανοχή έκφρασης αρνητικών αισθημάτων από τον άρρωστο: θυμού, εχθρότητας – μέσα σε επιτρεπόμενα όρια – χωρίς απώλεια αυτοεκτίμησης.
 5. Εμπλοκή ιερέα, αν το επιθυμεί ο άρρωστος και η οικογένεια³⁵.

17.3 ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΚΑΛΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς με καρκίνο κυριαρχείται από μια σειρά φοβικών αιτιών που πηγάζουν από:

- Φόβο του επικείμενου θανάτου.
- Πόνος λόγω της νόσου ή των θεραπειών.
- Αλλαγή στην εξωτερική εμφάνιση.
- Συναισθήματα μοναξιάς.
- Άγχος για τις διάφορες εξετάσεις.
- Ελάττωση της ενεργητικότητας και της κινητικότητας.

Όλα αυτά συμβάλλουν σε ένα ποσοστό 70 – 80% στην εμφάνιση κατάθλιψης που εμφανίζουν οι ασθενείς με καρκίνο και ιδιαίτερα εκείνοι που γνωρίζουν όλη την αλήθεια ή λεπτομέρειες για τη φύση, έκταση και προσδόκιμο της νόσου.¹⁶

Στην προσπάθεια βοήθειας αυτών των ασθενών πρέπει να συμμετέχουν όλοι, οι ιατροί, το οικογενειακό περιβάλλον, οι φίλοι και φυσικά η ψυχολογική υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα ειδικών επιστημόνων.

Μια σειρά από μέτρα βοηθούν:

Συναισθηματική στήριξη από την οικογένεια, με υπομονή και ευχάριστη διάθεση. Θα πρέπει να αντιμετωπιστεί η εναλλαγή στο συναίσθημα του καρκινοπαθούς που θα είναι ευμετάβλητο. Όχι θυμός ή ενοχές αλλά

διάλογος και ανάλυση των δεδομένων που προκαλούν αυτή την αστάθεια από πάσχοντα.

Επιστροφή και επανάκτηση του δικαιώματος της εργασίας όποτε αυτό είναι εφικτό. Σε μεγάλες σειρές παρατηρήθηκε ότι 40 – 70% των ασθενών με καρκίνο που επαναδραστηριοποιήθηκαν εργασιακά, είχαν θετικές παραστάσεις από το περιβάλλον της εργασίας του ενώ ένα ποσοστό 20 – 30% πήραν προαγωγή και μεγαλύτερες αρμοδιότητες.

Οργάνωση των μελλοντικών επιδιώξεων, αυτοεξυπηρέτησης, χωρίς καταφύγιο στην απόσυρση και την μοναξιά είναι μερικές επιλογές που βοηθούν την ψυχολογική στήριξη του εαυτού σας. Όλες αυτές οι παράμετροι, δημιουργούν το πλαίσιο όπου η ποιότητα ζωής του ασθενούς με καρκίνο είναι στο ίδιο επίπεδο με έναν φυσιολογικό άνθρωπο. Χρειάζεται όμως συνεχής υποστήριξη όχι μόνο του ίδιου του ασθενή αλλά και του περιβάλλοντος.

Η οικογένεια, οι φίλοι αλλά και το εργασιακό περιβάλλον θα πρέπει να έχουν την ελαστικότητα να αντιμετωπίσουν τον ασθενή με τα νέα δεδομένα της ασθένειας που ενδεχόμενα θα έχουν επιδράσει στην εξωτερική και εσωτερική του ισορροπία¹⁶.

17.4 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο καρκίνος είναι μια λέξη που προκαλεί φόβο. Ο άνθρωπος που αντιμετωπίζει αυτή την αρρώστια έχει να παλέψει με δύο κυρίως προβλήματα.

Το ένα είναι η ίδια η αρρώστια. Το άλλο είναι το αντίκτυπο που έχει το γεγονός αυτό στην προσωπικότητα, στη δουλειά, στις σχέσεις με τους άλλους και γενικά σε ολόκληρη την ζωή του.

Η πρώτη προσπάθεια αντιμετώπισης γίνεται μέσα στο νοσοκομείο, οι συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου όμως, εξακολουθούν να υπάρχουν και αφού βγει από το νοσοκομείο.

Η ανάγκη βοήθειας του ατόμου με καρκίνο και πέρα από το νοσοκομείο, οδήγησε την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία στην οργάνωση του Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο τον Ιανουάριο του 1983.

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι ένας εξωνοσοκομειακός φορέας που βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικό και νοσοκομειακό προσωπικό καθώς και με άλλους φορείς και ειδικότητες, στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει υπεύθυνα, το θέμα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Στο Πρόγραμμα αποκατάστασης μπορεί να απευθυνθεί κάθε άτομο που προσβάλλεται από καρκίνο, ανεξάρτητα από το φύλο, την εντόπιση της νόσου, την ηλικία και τη μόρφωση, με μόνη προϋπόθεση την πληροφόρηση για τη διάγνωση της ασθένειας.

Σκοπός του προγράμματος είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο με καρκίνο.

Όπως έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα το πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης έχει διαιρεθεί σε τρία επίπεδα.

Κάθε επίπεδο αποτελεί την συνέχεια του προηγούμενου, ενώ παράλληλα είναι αυτοτελές, έτσι ώστε το άτομο ολοκληρώνοντας το εκάστοτε επίπεδο να έχει αποκομίσει τις απαραίτητες πληροφορίες που θα το βοηθήσουν να πορευτεί μόνο του στη ζωή, αντιμετωπίζοντας τα προβλήματα που θα προκύψουν με τρόπο αποτελεσματικό και ικανοποιητικό για τον ίδιο.

Προκειμένου να ενταχθεί το άτομο στο πρόγραμμα του κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ακολουθείται κατ' αρχήν, η διαδικασία της αξιολόγησης. Δηλαδή, λήψη και συμπλήρωση Ιστορικού από την Κοινωνική Λειτουργό και η Ψυχολογική Διερεύνηση του ατόμου με τη βοήθεια διαγνωστικών μέσων (ερωτηματολόγια, Τεστ) από τον Ψυχολόγο³⁷.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διάγνωσης του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο / η.

Είναι γεγονός πως η αρρώστια αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική ετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση (εκμάθηση τεχνικών). Η αποκατάσταση με την σύγχρονη αυτή τάση, θα βοηθήσει τον άρρωστο να εναρμονίσει τη ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει με τις

ικανότητες που του έχουν μείνει.

Για να υλοποιηθεί η φιλοσοφία αυτής της αποκατάστασης θα πρέπει οι αρρώστοι που πάσχουν από καρκίνο να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην καρκιнологία και την ψυχολογία του αρρώστου με καρκίνο. Άλλος παράγοντας επίσης ουσιαστικός, στην αποκατάσταση, είναι η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο, ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμός που σήμερα υπάρχει προς την έννοια καρκίνος, σαν πρόβλημα και να κατευθυνθεί προς την αποκατάστασή του.

Τον τρίτο παράγοντα για την υλοποίηση της σύγχρονης φιλοσοφίας της αποκατάστασης του αρρώστου με καρκίνο, αποτελούν τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης του αρρώστου. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών θα αρχίζει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται, πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του αρρώστου, στο σπίτι με τη βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας (πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας) και με τα κέντρα ψυχο – κοινωνικής αποκατάστασης του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου³⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18ο

ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

18.1ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ: ΠΟΝΟΣ

Ο πόνος είναι ένα από τα κύρια συμπτώματα του καρκίνου. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι σε πάνω από το 1/3 των ασθενών με καρκίνο ο πόνος αποτελεί το κυρίαρχο σύμπτωμα κατά τη διάγνωση της νόσου και πάνω από τα 2/3 των ασθενών με προχωρημένη, μη δυνάμενη να ιαθεί νόσο, έχουν τουλάχιστον μέτριο έως σοβαρό πόνο¹⁷.

Ο πόνος ορίζεται από τη Διεθνή Ένωση για την Μελέτη του Πόνου (IASP) ως "μια δυσάρεστη σωματική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με πραγματική ή πιθανή ιστική βλάβη".

Για την εκδήλωση του πόνου σημασία έχει η φύση του νεοπλασματος και το στάδιο της νόσου.

Ο πόνος στους ασθενείς με καρκίνο μπορεί να ελεγχθεί σε μεγάλο ποσοστό ασθενών (πάνω από 80%). Ωστόσο, παρότι είναι διαθέσιμα τόσο η γνώση όσο και τα μέσα για την αντιμετώπισή του, ο πόνος και υποεκτιμάται και υποθεραπύεται σε μεγάλο ποσοστό ασθενών (50 – 80%), ακόμη και σε υγειονομικά προηγμένες χώρες.

Αρκετοί παράγοντες συμβάλλουν στην υποθεραπεία του καρκινικού πόνου. Οι σπουδαιότεροι είναι: η ελλιπής εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην εκτίμηση και τη θεραπευτική στρατηγική του. "Μύθοι" σχετικά με την χρήση οπιοειδών (φόβος της εξάρτησης τόσο από τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειά του όσο και από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό), η ατελής οργάνωση των υπηρεσιών υγείας (ταλαιπωρία προμήθειας με συχνές επισκέψεις στον ιατρό για συνταγογράφηση και στις διάφορες υπηρεσίες για έγκριση της συνταγής).

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου απαιτεί την αναγνώριση της φύσης του, τη σωστή εκτίμησή του, τη γνώση της φαρμακολογίας των οπιοειδών και μη αναλγητικών και την διαθεσιμότητα των παρεμβατικών μεθόδων αντιμετώπισης του χρόνου επίμονου πόνου που είναι ανθεκτικός

στους άλλους χειρισμούς.¹⁷

18.2Η ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο πόνος στους ασθενείς με καρκίνο μπορεί να προέρχεται από τον ίδιο τον όγκο (για παράδειγμα φλεγμονή, μηχανική πίεση των νεύρων), από απομακρυσμένες επιδράσεις του όγκου (για παράδειγμα παρανεοπλασματική επώδυνη νευροπάθεια), από διαγνωστικές δοκιμασίες (για παράδειγμα βιοψία μυελού των οστών) ή από την αντινεοπλασματική θεραπεία (για παράδειγμα βλεννογονίτιδα λόγω ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας).

Ο πόνος στους ασθενείς με καρκίνο μπορεί να ταξινομηθεί ανάλογα με τη διάρκεια (οξύς, χρόνιος), την αιτιολογία (αλγοδεκτικός, νευροπαθητικός) ή την εντόπιση (στοματικός, σπλαχνικός). Οι ασθενείς με νεοπλασία, μπορεί να βιώνουν οποιονδήποτε από αυτούς και συχνά δύο ή περισσότερους συγχρόνως.¹⁷

18.3ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η προσεκτική κλινική εκτίμηση μπορεί να εντοπίσει την αιτία και την παθοφυσιολογία του πόνου στις περισσότερες περιπτώσεις. Τα συμπτώματα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη γιατί οι ασθενείς συνήθως είναι ακριβείς στην περιγραφή του πόνου.

Η κλινική εκτίμηση του πόνου περιλαμβάνει τη λεπτομερή φυσική και νευρολογική εξέταση του ασθενούς και τη χρήση κατάλληλων διαγνωστικών μέσων για την εντόπιση της προέλευσής του. Οι οστικές μεταστάσεις, η πίεση του νωτιαίου μυελού, οι βλάβες των νευρικών πλεγμάτων και η βλεννογονίτιδα μπορούν να ενταπιστούν εύκολα με τη φυσική εξέταση.¹⁷

18.4ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η πλέον αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση του πόνου που οφείλεται σε καρκίνο είναι η δραστική αντινεοπλασματική θεραπεία (εγχείρηση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία). Ωστόσο, συγχρόνως με την αντινεοπλασματική θεραπεία απαιτούνται και άλλοι χειρισμοί, όπως

φαρμακευτική αγωγή (μη οπιοειδή αναλγητικά, οπιοειδή, επικουρικά φάρμακα), αναισθητικοί χειρισμοί (επισκληρίδιος χρήση οπιοειδών, τοπικοί αισθητικοί αποκλεισμοί των περιφερικών νεύρων και των γαγγλίων του συμπαθητικού) και νευροχειρουργικοί χειρισμοί (εκτομή περιφερικών νεύρων, οπισθία ριζοτομή, προσθιοπλάγια χορδοτομή)³⁴.

Ο τρόπος ρύθμισης του πόνου ακολουθεί μια κλίμακα που στηρίζεται σε διαφορετική φαρμακευτική υποστήριξη.

Βαθμίδα 1: Μη ναρκωτικά:

Σε αυτούς τους ασθενείς με ήπιο πόνο, τα μη ναρκωτικά φάρμακα, όπως η ασπιρίνη, η παρακεταμόλη (Deron) ή κάποιο μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες είναι αρκετό.

Προσοχή εδώ ότι ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει προφύλαξη για το στομάχι του.

Βαθμίδα 2: Ισχυρότερα αναλγητικά:

Σε αυτό το στάδιο θα πρέπει στα φάρμακα της 1ης βαθμίδας να προσθέτουν και πιο ισχυρά αναλγητικά όπως για παράδειγμα η προσθοξυφαίνη.

Βαθμίδα 3: Ελαφρά οπιούχα:

Στη φάση αυτή κύριος φαρμακευτικός υποστηρικτής στην αντιμετώπιση του πόνου είναι η κωδεΐνη. Αυτή μπορεί να συνδυαστεί με ασπιρίνη ή με άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.

Προσοχή στην υπερδοσολογία ή σε πιθανές αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων.

Βαθμίδα 4: Ισχυρά ναρκωτικά:

Κύριος εκφραστής σε αυτή τη κλίμακα είναι η μορφίνη. Η χορήγηση αυτού του φαρμάκου δημιουργεί δυσάρεστες συναισθηματικές επιπτώσεις στο περιβάλλον του ασθενούς, αφού πολλές φορές συνδυάζεται με τελικό στάδιο της νόσου. Πρέπει κανείς να γνωρίζει ότι υπάρχουν μια σειρά ΜΥΘΟΙ που κυριαρχούν στην χορήγηση μορφινιούχων σκευασμάτων.

Η χορήγηση της μορφίνης δεν σημαίνει πάντα τελικό στάδιο νόσου, δεν δημιουργεί ΕΘΙΣΜΟ, αλλά εξάρτηση, η σωστή εξατομίκευση της δόσης

δεν προκαλεί αναπνευστικά ή άλλου είδους προβλήματα¹⁶.

18.5 ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στις κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του πόνου η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) προτείνει:

1. Τη χρήση μιας αναλγητικής κλίμακας τριών βαθμίδων ανάλογα με την ένταση του πόνου. Οι επικουρικοί παράγοντες μπορούν να προστεθούν σε κάθε βαθμίδα όταν υπάρχουν ειδικές ενδείξεις, όπως η χρήση των αντιεπιληπτικών στον νευροπαθητικό πόνο και αντικαταθλιπτικών στις διαταραχές διάθεσης, την αϋπνία και τον νευροπαθητικό πόνο.
2. Τα οπιοειδή φάρμακα θα πρέπει να χορηγούνται από το στόμα, όταν αυτό είναι δυνατό, γιατί η αντοχή σε αυτά αναπτύσσεται με βραδύτερο ρυθμό.
3. Τα αναλγητικά θα πρέπει να χορηγούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και όχι κατ' απαίτηση του ασθενούς.
4. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες θα πρέπει να αναμένονται και να αντιμετωπίζονται δραστικά.
5. Η θεραπεία με placebo δεν είναι ποτέ κατάλληλη στους ασθενείς με πόνο οφειλόμενο στον καρκίνο.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19ο

Η ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

/ ΤΗΣ

Πριν από την διάγνωση, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, αλλά και μετέπειτα, κατά την υποστηρικτική φροντίδα, ο καρκινοπαθής έρχεται συνεχώς σε επαφή με τις εξειδικευμένες νοσοκόμες οι οποίες μοιράζονται μαζί τους τις γνώσεις και την εμπειρία τους και προσφέρουν τη συμπαράσταση και την κατανόησή τους όποτε παρουσιαστεί ανάγκη.

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι καρκινοπαθείς θέλουν και αναμένουν πολλά από τις αδελφές, και προπαντός, να εκτελούν άψογα το καθήκον τους. Οι ασθενείς θέλουν να ξέρουν ότι η αδελφή νοσοκόμα γνωρίζει πως να κάνει την ενδοφλέβια ένεση και να χορηγεί την χημειοθεραπεία, πως να κάνει την αλλαγή του τραύματος, να τοποθετεί τον καθετήρα και πως να επιδρό αποτελεσματικά σε μια επείγουσα κατάσταση.

Όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε αντικαρκινική θεραπευτική αγωγή, προφανώς επιθυμεί να είναι σίγουρος πως βρίσκεται στα χέρια κάποιου έμπειρου, καταρτισμένου και ενημέρου για τις πιο σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους.

Οι αδελφές ογκολογίας εκπαιδεύονται ειδικά στην περίθαλψη των καρκινοπαθών μέσα στο νοσοκομείο, στο ιατρείο, στο σπίτι ή σε ειδικά τμήματα όπως είναι οι μονάδες ακτινοθεραπείας. Για να συμπληρώσουν τις βασικές ιατρικές τους γνώσεις εκπαιδεύονται στα εξής:

- χορήγηση χημειοθεραπείας και αντιμετώπιση των παρενεργειών όπως η ναυτία, έμετοι και η τριχόπτωση.
- Ανακούφιση και έλεγχος του πόνου.
- Αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών καρκίνου.
- Παροχή ψυχολογικής συμπαράστασης στους ασθενείς και τους συγγενείς τους.⁹
- Μετεγχειρητική περίθαλψη.
- Διδασκαλία και φροντίδα των μόνιμων ενδοφλέβιων καθετήρων,

όπως οι καθετήρες Hickman και Groshong και των συσκευών ενδοφλέβιας έγχυσης.

- Συμμετοχή σε ομάδες κλινικών ερευνών ή άλλων ανεξάρτητων ερευνών για θέματα περίθαλψης.
- Χρήση νέας τεχνολογίας και θεραπευτικών μεθόδων που βρίσκονται υπό εξέλιξη, όπως οι μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών ή βιολογικές θεραπείες.⁹

Οι αδελφές μπορούν επίσης να συμπληρώσουν τις γνώσεις τους σε διάφορες υποειδικότητες, όπως στην ακτινοθεραπεία, τη χειρουργική ή παθολογική ογκολογία, στην παρηγορητική θεραπεία, στην πρόληψη και την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου, στην περίθαλψη των ασθενών μέσα στα νοσοκομεία, στα ιδρύματα ή στο σπίτι, στην ενημέρωση του ασθενούς, στην περίθαλψη των περιποιτητικών ασθενών και σε διοικητικά καθήκοντα νοσηλείας.

Μερικές αδελφές, ιδίως μεγάλων αντικαρκινικών περιφερειακών κέντρων μπορεί να μετεκπαιδευτούν σε πιο συγκεκριμένους τομείς ειδικότερου ενδιαφέροντος, όπως ο καρκίνος του μαστού, η ανοσοθεραπεία ή ο έλεγχος του πόνου.

Σήμερα, η θεραπεία του καρκίνου αποτελεί συλλογική προσπάθεια. Συνεργαζόμενες στενά και με τα υπόλοιπα μέλη της ιατρικής ομάδας, οι αδελφές ογκολογίας εμπλέκονται συνεχώς περισσότερο με την περίθαλψη των καρκινοπαθών. Και σίγουρα ο καρκινοπαθής είναι εκείνος που ωφελείται περισσότερο από τη συνεργασία αυτή.

Έτσι, πολλές αδελφές καρκινοπαθών διαλέγουν να ειδικευθούν στην ογκολογία γιατί θέλουν να διακριθούν. Επιθυμούν να εδραιώσουν μόνιμες και ουσιαστικές σχέσεις με τους καρκινοπαθείς, τις οικογένειές τους και τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Πραγματικά, η αδελφή ογκολογίας αγγίζει πολλές ζωές με πολλούς και ποικίλους τρόπους. Οι αδελφές που εξειδικεύονται στην ογκολογία αναπτύσσουν προσόντα απαραίτητα για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Συμπαραστέκονται και παρέχουν πληροφορίες στον ασθενή και την οικογένειά του σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας και πάντοτε ενεργούν ως

συνήγοροι των ασθενών.

Με απλά λόγια, οι αδελφές ογκολογίας προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τον κάθε ασθενή με ευγένεια και φροντίδα, με εμπειρία και ικανότητα, με στοργή και καλό χιούμορ και, πάνω απ' όλα, με αξιοπρέπεια⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20ο

20.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

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

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

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
2. Η πρόληψη της νόσου.
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος.
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου.
2. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.
3. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας.
4. Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η νοσηλευτική πράξη αρχίζει με την αξιολόγηση του αρρώστου ως ατόμου αφενός, και της σχέσεώς του με το περιβάλλον αφετέρου. Η αξιολόγηση αυτή είναι συνεχής αφού ο άρρωστος υπόκειται συνεχώς σε μεταβολές και αλλαγές στη σχέση του με το περιβάλλον.

Επειδή όμως γίνεται συνεχώς λόγος για την αξιολόγηση "των αναγκών και προβλημάτων" του ατόμου / ασθενούς ας δούμε τι είναι η ανάγκη και τι το πρόβλημα.⁴⁵

Ανάγκη είναι όλα εκείνα τα βιολογικά, περιβαλλοντικά και ψυχοκοινωνικά στοιχεία που απαιτεί ο ανθρώπινος οργανισμός προκειμένου να διατηρήσει την βιολογική και ψυχοκοινωνική του υγεία.

Πρόβλημα προκύπτει όταν μια ανάγκη μένει τελείως ανικανοποίητη ή εμποδίζεται κατά κάποιον τρόπο η ικανοποίησή της.

Κοινές σε όλους τους ζώντες οργανισμούς είναι οι βιολογικές ή φυσικές ανάγκες ενώ οι ψυχοκοινωνικές και πνευματικές αποτελούν ξεχωριστό χαρακτηριστικό των ανθρώπων⁴⁶.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ασθενής Κ.Α. Ετών 64 εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γ. Κ. Ν. "Ο Άγιος Ανδρέας" στις 28/11/05. Εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία συνοδευόμενη από συγγενικό της πρόσωπο Α' βαθμού.

Ήταν περιπατητική και η γενική της κατάσταση ήταν καλή.

Από το νοσηλευτικό ιστορικό του οποίου τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν από την ίδια και την αδελφή της ήταν τα ακόλουθα:

Είναι έγγαμη, μητέρα τριών παιδιών, επάγγελμα οικιακά και μόνιμη κάτοικος Ναυπάκτου.

Όπως αναφέρει η ίδια, από τις ερωτήσεις που της έγιναν, είναι καπνίστρια (8 – 10 τσιγάρα ημερησίως), υπερτασική και στην οικογένειά της δεν υπάρχει ιστορικό καρκίνου. Εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία γιατί τον τελευταίο καιρό είχε μικροαιμορραγίες από τον κόλπο άγνωστης αιτιολογίας. Η ασθενής Κ.Α. Είχε τελευταία έμμηνο ρύση πριν 6 χρόνια και να υποβληθεί σε τεστ Παπανικολάου από τον γιατρό της για 5 χρόνια.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις. Επίσης, έγινε λήψη για τεστ Παπανικολάου και U/S κάτω κοιλίας. Από τις εξετάσεις που υποβλήθηκε αποδείχθηκε ότι πάσχει από Ca τραχήλου της μήτρας και κρίθηκε σκόπιμο να γίνει εισαγωγή στην Γυναικολογική κλινική για χειρουργική επέμβαση.

Η ασθενής προγραμματίστηκε για χειρουργική επέμβαση στις 6/12/05.

Την παραμονή του χειρουργείου έγινε η κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία από νοσηλευτικής πλευράς. Επίσης, η ασθενής προ του χειρουργείου έκανε Ro θώρακος και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Επίσης, κρίθηκε σκόπιμο να εξεταστεί και από ψυχολόγο, διότι παρουσίασε αίσθημα έντονου φόβου και ανησυχίας.

Στις 6/12/05 υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση στη διάρκεια της οποίας έγινε ολική υστερεκτομή.

Η ασθενής παρουσίασε γενικά καλή μετεγχειρητική πορεία και στις

15/12/05 εξήλθε από το νοσοκομείο, αφού ενημερώθηκε από το θεράποντα ιατρό ότι κάθε 6 μήνες θα πρέπει να κάνει επαναληπτικές εξετάσεις.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – Προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Άγχος & φόβος	1. Βοήθεια και υποστήριξη να ξεπεράσει το άγχος η ασθενής	1. Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς και της οικογένειάς της για τη φύση της νόσου και το είδος της θεραπείας. 2. Το νοσηλευτικό προσωπικό να διαθέσει στην ασθενή χρόνο και υπομονή για να εκφράσει τις ανησυχίες της.	1. Ο νοσηλεύτης – τρία ενημέρωσε με απλά και κατανοητά λόγια την οικογένειά της για την φύση της νόσου καθώς και για την θεραπεία στην οποία προκειται να υποβληθεί. 2. Χορηγήθηκε ένα ήπιο αγχολυτικό μετά από ιατρική εντολή του θεράποντα ιατρού. 3. Το νοσηλευτικό προσωπικό έλυσε κάθε ατορία της ασθενούς σχετικά με την έκβαση της εγχείρησης.	1. Μετά από αρκετή συζήτηση με το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και την οικογένειά της η ασθενής φάνηκε να είναι αρκετά ήρεμη. 2. Μετά από 2 24ωρα φάνηκε να αποδέχεται την νόσο και να είναι σίγουρη για την καλή πορεία της νόσου.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – Προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2. Άνοδος της Α. Π.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ρυθμίση της Α. Π. Στα φυσιολογικά επίπεδα. 2. Πρόληψη επιπλοκών 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο (ΑΠ + ΣΦ). 2. Χορήγηση αντυπερτασικής αγωγής ως είχε. 3. Έλεγχος διούρησης ανά 3ωρο. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία ανά 3ωρο. 2. Χορήγηση αντυπερτασικής αγωγής. 3. Χορηγήθηκε ½ ampLasix ενδοφλέβως και έγινε έλεγχος διούρησης. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Σταδιακή μείωση της Α.Π. Στα φυσιολογικά επίπεδα. 2. σταθερή διούρηση 500 ml ανά 3ωρο.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – Προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Έντονος πόνος	1. Μείωση του πόνου με σκοπό την ανακούφιση της ασθενούς	1. Εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος. 2. Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων επί πόνου. 3. Συχνή αλλαγή της θέσεως της αρρώστου για ανακούφιση.	1. Έγινε χορήγηση φαρμάκου μετά από ιατρική εντολή (Zideton amp ΕΠ). 2. Απομάκρυνση του επισκεπτηρίου. 3. Γίνεται συχνή αλλαγή της θέσεως της ασθενούς.	1. Μετά την χορήγηση του πιασιπτονου ο πόνος υποχώρησε.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – Προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Ναυτία - έμετος	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα ναυτίας και έμετου. 2. Να διατηρηθεί η ισορροπία του ισοζυγίου των υγρών. 3. Να προληφθεί η αφυδάτωση με παρεντερική χορήγηση υγρών. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Τοποθέτηση της ασθενούς σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης. 2. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή. 3. Τοποθέτηση χάρτινων νεφροειδών στο κομοδίνο της ασθενούς. 4. Χορήγηση υγρών για αποφυγή αφυδάτωσης και διαταραχής του ισοζυγίου υγρών. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ετοιμάστηκε το κομοδίνο της ασθενούς με νεφροειδές, rog cotton, χαρτοβαμβάκα. 2. Τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση. 3. Χορηγήθηκε προληπτική αντιεμετική αγωγή (Primperan amp 1 X3) ΕΔ 4. Χορηγήθηκαν υγρά (N/s 0,9%, 1000cc X2) και (L/R 500cc X1). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής κατά το πρώτο 24ωρο παρουσίασε έναν έμετο ο οποίος δεν ήταν αξιολογός.

ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – Προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
5. Πυρετός > 38,3 C την δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ρύθμιση θερμοκρασίας 2. Πρόληψη επιπλοκών. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση αντιπυρετικών. 2. Λήψη θερμοκρασίας ανά 8ωρο. 3. Χορήγηση υγρών 4. Εφαρμογή υγρών επιθεμάτων. 5. Συχνή αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήθηκε αντιπυρετικό από το στόμα (Derpon) ο πυρετός δεν υποχώρησε και χορηγήθηκε (amp. Aprotel 2ml ΕΔ). 2. Έγινε παρακολούθηση της θερμοκρασίας ανά 3ωρο. 3. Χορηγήθηκαν άφθονα υγρά από το στόμα. 4. Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η θερμοκρασία της ασθενούς επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – Προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
6. Δύσπνοια	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αποκατάσταση της αναπνευστικής δυσχέρειας. 2. Αναπνευστική γυμναστική από τον φυσικοθεραπευτή. 3. Έλεγχος των πτυέλων. 4. σύσταση της ασθενούς για αποφυγή κληνίσματος. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Σωστή θέση στην ασθενή. 2. Εκτέλεση αναπνευστικών κινήσεων από τον φυσικοθεραπευτή για αποβολή των πτυέλων. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Θέση ημικαθιστική. 2. Εφαρμογή αναπνευστικών κινήσεων. 3. Χορήγηση Οξυγόνου στα 2 λίτρα με ρινική κάνουλα. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής ξεπέρασε την δύσπνοια.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας καθώς και η νοσηλευτική αντιμετώπισή του.

Συμπερασματικά λοιπόν, η θεραπευτική του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας βελτίωσε την επιβίωση, οι μεγάλοι πληθυσμιακοί έλεγχοι μείωσαν την συχνότητα εμφάνισης κατά 40%. Η τελική επιβίωση εξαρτάται κυρίως από το στάδιο αλλά και από την παρουσία ή όχι διηθημένων λεμφαδένων. Επίσης, ο καρκίνος του τραχήλου σε προχωρημένο στάδιο παραμένει ένας δύσκολα ιάσιμος καρκίνος.

Η εφαρμογή του Τεστ Παπανικολάου σε κάθε γυναίκα μετά τα 18 που έχουν σεξουαλικές σχέσεις και η σωστή ενημέρωση είναι οι τρόποι πρόληψης και προφύλαξης από το συγκεκριμένο νεόπλασμα.

Γι' αυτόν τον σκοπό οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει να παίζουν σημαντικό ρόλο στην καλή εφαρμογή ενός προγράμματος που σαν σκοπό θα έχει να υποβάλλονται όλο και περισσότερες γυναίκες σε ολόκληρο τον κόσμο σε προληπτικό έλεγχο.

Θα πρέπει επίσης να υπάρχει άριστη επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτριών – τών και άλλου υγειονομικού προσωπικού, ώστε η φροντίδα που θα παρέχεται στην ασθενή να είναι αποτελεσματική τόσο σε σωματικό επίπεδο όσο και σε ψυχολογικό, αφού η λέξη καρκίνος είναι μια λέξη που προκαλεί φόβο.

Στον καρκίνο, ίσως περισσότερο από κάθε άλλο νόσημα, η αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθενούς πρέπει να σκοπεύει στην μεγιστοποίηση του οφέλους και στην ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων.

Δυστυχώς, μέχρι σήμερα, η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου δεν επιφέρει στις περισσότερες περιπτώσεις την ίαση, επομένως είναι σημαντικό να αξιολογηθεί η πιθανότητα παράτασης μιας ζωής ιδιαίτερα επηρεασμένης από την ασθένεια και την θεραπεία.

Η ιατρική οφείλει να θεραπεύει συνολικά τον άνθρωπο και όχι απλά την νόσο και ο νοσηλευτής – τρια να δώσει θάρρος, ελπίδα για να παλέψει η

ασθενής για καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ο Γ. Παπανικολάου γεννήθηκε το 1883 στην Κύμη της Εύβοιας. Ήταν το τρίτο παιδί του γιατρού Νίκου Παπανικολάου. Σπούδασε Ιατρική στην Αθήνα, πήρε το πτυχίο του το 1904 και γύρισε στην Κύμη να εργαστεί.

Όμως, η άσκηση του επαγγέλματος δεν τον ικανοποιούσε, γιατί ήταν πνεύμα ανήσυχο.

Αγαπούσε τη φιλοσοφία, την ποίηση, τη μουσική και του άρεσε να παίζει βιολί.

Το 1907 πήγε στο Μόναχο και ασχολήθηκε με τη Βιολογία. Πήρε τον τίτλο του διδάκτορα το 1910 και ήρθε στην Ελλάδα να παντρευτεί την Μάχη Μαυρογένους. Το 1911 πήρε θέση φυσιολόγου στο Ωκεανογραφικό Ινστιτούτο του Μονακό.

Το 1913 εγκαταστάθηκε στη Νέα Υόρκη και διορίστηκε βοηθός στο Cornell University και σύμβουλος της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Cornell Medical college, όπου και εξελίχθηκε επιστημονικά και κατέλαβε το 1947 την έδρα του τακτικού καθηγητή της Ανατομικής.

Πριν από αυτή την εκλογή, το Πανεπιστήμιο Αθηνών τον εξέλεξε καθηγητή της Ζωολογίας, αλλά αρνήθηκε την έδρα, γιατί ήθελε να συνεχίσει τα πειράματά του πάνω στα κοιλικά επιχρίσματα των γυναικών, σχετίζοντας τα ευρήματά του με το γεννητικό κύκλο, θεμελιώνοντας έτσι τη νέα ειδικότητα της Ιατρικής, την Αποφολιδωτική Κυτταρολογία.

Το 1933 δημοσίευσε στο American Journal of Anatomy την εργασία του "ο γεννητικός κύκλος των γυναικών, όπως αποκαλύπτεται από τα κοιλικά επιχρίσματα". Οι παρατηρήσεις του βοήθησαν τους γυναικολόγους στη διάγνωση της ωοθυλακιόρρηξιας και στη διερεύνηση των διαταραχών της εμμηνορροσίας.

Από το 1923 όμως, τον ενδιέφερε και η παθολογική μορφολογία των κυττάρων των κοιλικών επιχρισμάτων και ιδιαίτερα των καρκινικών. Έτσι, το 1928 ανακοίνωσε τις παρατηρήσεις του στην Ιατρική Εταιρεία της Νέας Υόρκης. Στην αρχή αμφισβητήθηκαν τα ευρήματά του, αλλά δεν

αποθαρρύνθηκε. Στις αρχές της δεκαετίας του 1940 επέβαλε τις απόψεις του για την σημασία της αποφολιδωτικής κυτταρολογίας στη διάγνωση του αρχόμενου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Έτσι, καθιερώθηκε το test – Pap, που αποτελεί μεγάλη συμβολή στην προληπτική ιατρική.

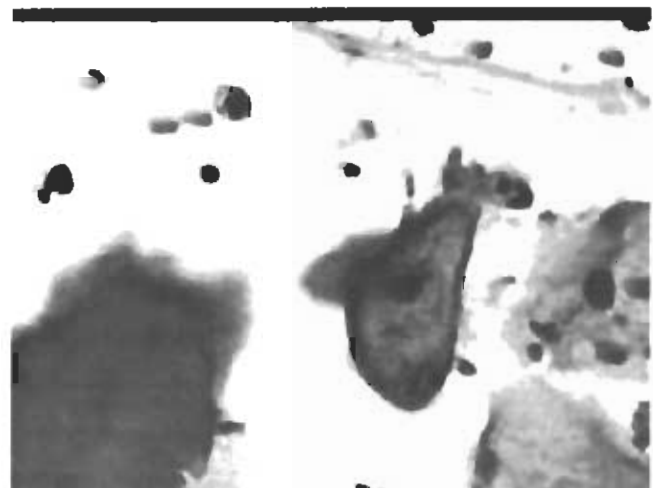
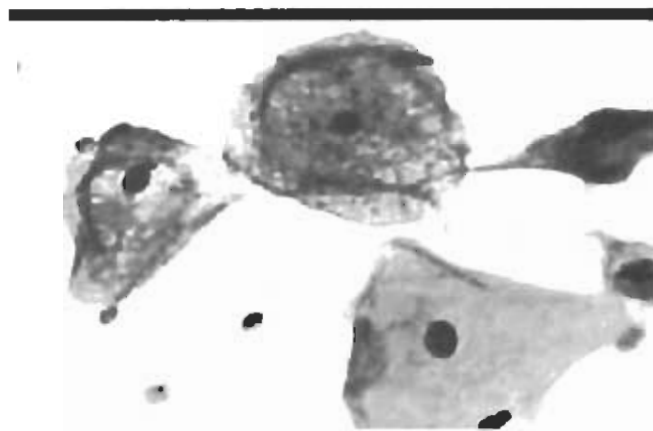
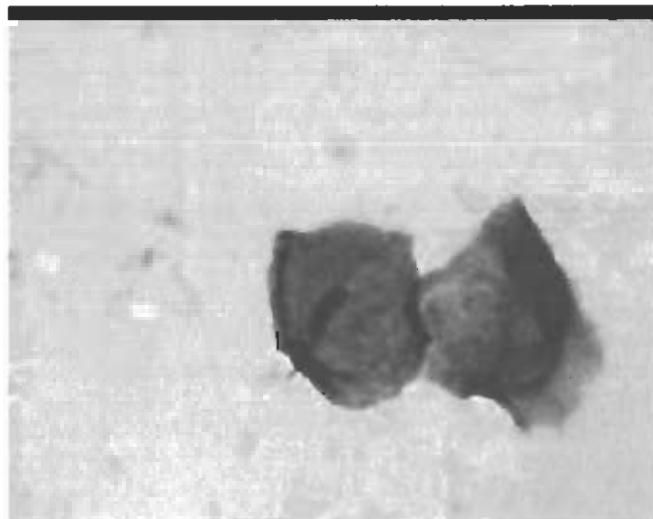


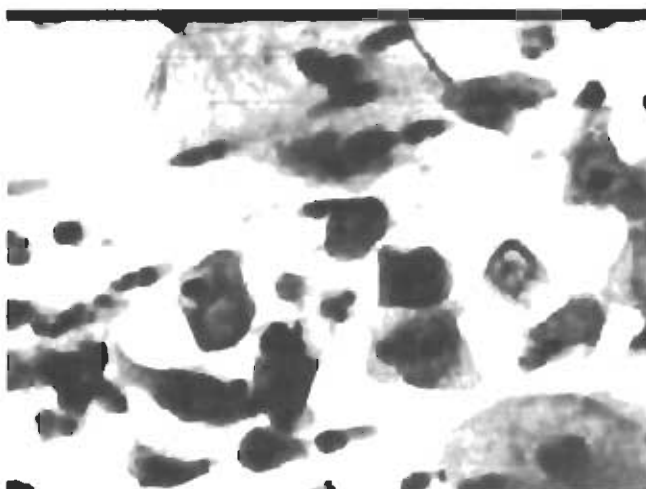
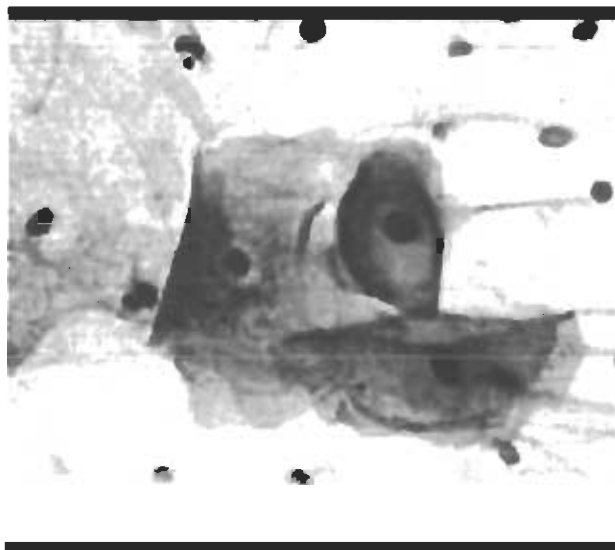
Γ. Ν. Παπανικολάου
Ο θεμελιωτής της Κυτταρολογίας.

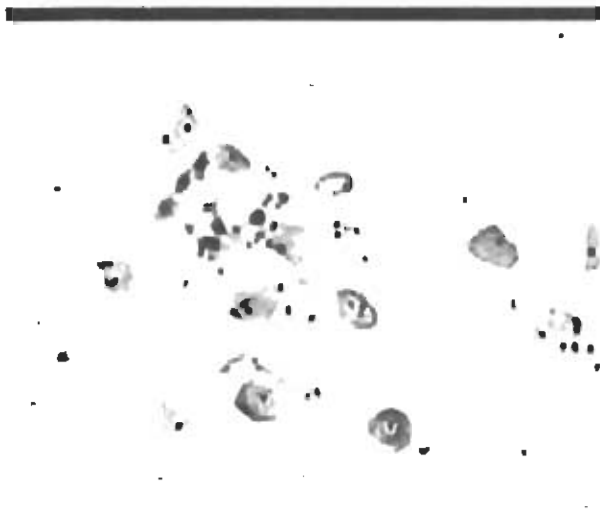
Ο Γ. Παπανικολάου πέθανε στις 19 Φεβρουαρίου του 1962, σε ηλικία 78 χρονών από καρδιακό νόσημα, αφού πρόφτασε, λίγους μήνες πριν, να δει την πραγματοποίηση του ονείρου του, την ίδρυση από το Πανεπιστήμιο της Φλώριδας του Ινστιτούτου Παπανικολάου.

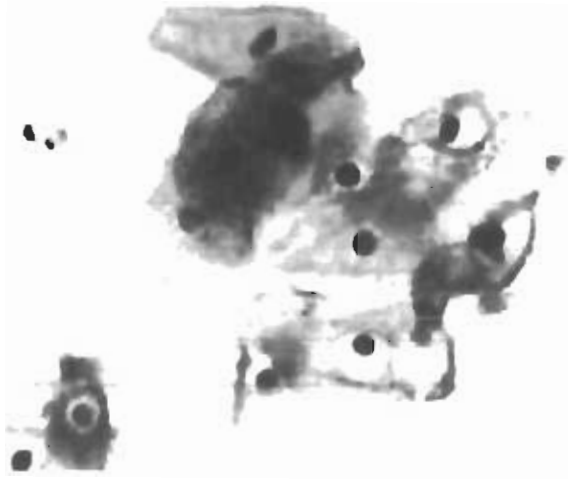
Κυτταρολογικές εικόνες από HPV

Κυτταρολογικές εικόνες προσβολής του τραχήλου της μήτρας από ιούς κονδυλωμάτων.









ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ, ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΤΡΑΧΗΛΙΚΩΝ ΠΡΟΔΡΟΜΙΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

Έτος	Σημαντική Συμβολή
Ακααετία '30	Δίνεται έμφαση στη σημασία της ιστολογικής διάγνωσης για την αντιμετώπιση μιας προδρομής βλάβης.
1932	Χρησιμοποιείται για πρώτη φορά ο όρος καρκίνωμα in situ.
Ακααετία '30	Χρησιμοποιείται για πρώτη φορά η κολλοεικόληση για ποσοποίηση των προδρομικών βλαβών.
Ακααετία '40	Γίνεται αποδεκτό το test Παπανικολάου ως screening εξέταση.
Ακααετία '50	Οι πρώτες παρατηρήσεις ότι τα περισσότερα CIS εξελίσσονται σε διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου.
1955	Ποσοποίηση και περιγραφή της κολλοεικωτικής ατελείας.
Ακααετία '60	Επιβεβαιώνεται ότι η ελάττωση της συχνότητας και της θνητότητας από τον καρκίνο του τραχήλου οφείλεται στο μάζικο έλεγχο με το test Παπανικολάου.
1962	Η ακριβής διάκριση των CIS από τη δυσπλασία δημιουργεί την αντίληψη δύο παθήσεων. Δίνεται η δυνατότητα έτσι να παρακολουθούνται οι ήπιες δυσπλασίες.
1968	Το CIS και η δυσπλασία συνδεάζονται πλέον ως τριχρήλικη ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN).
Ακααετία '70	Γίνεται εντόως αποδεκτή η κολλοεικόληση ως μέθοδος διάλογης σε γυναίκες με παθολογικό test Παπανικολάου. Αρχίζει η χρησιμοποίηση της κρινοθεραπείας και των laser σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου.
1977	Οι πρώτες παρατηρήσεις ότι η κολλοεικωτική οφείλεται σε λοίμωξη από HPV.
1981-2	Διάκριση των κονδυλωμάτων από το CIN.
1981-3	Συσχέτιση των τύπων 6 και 11 του HPV με τα κονδυλώματα.
1983	Συσχέτιση του HPV 16 με CIS και διηθητικό καρκίνωμα.
1984-5	Οι πρώτες παρατηρήσεις ότι βλάβες που κλασικά χαρακτηρίζονται ως CIN συνήθως συνδέονται με ανίχνευση HPV 16.
1983-5	Ο HPV δυνατόν να εντοπίζεται σε λινθινώσα μορφή στο γεννητικό σύστημα και να επηρεάζει την κλινική εξέλιξη.
1984	Ανιχνεύεται HPV DNA σε τριχρήλους γυναικών χωρίς κλινικές εκδηλώσεις.
1987	Προτείνεται η θεραπεία των προδρομικών βλαβών με εκτομή με ηλεκτροκαυτηρητική αγωγή.
1988	Προτείνεται η δημιουργία διαδικασιών συστηματικώς για την ιστοπαθολογική διάγνωση των τριχρήλικών βλαβών.
1989	Ανακινούνται παρατηρήσεις ότι ο HPV είναι διαδεδομένος, παροδικός και η συχνότητά του στον πληθυσμό δεν συνδέεται άμεσα με τον κίνδυνο νεοπλασιών.
1991	Η σχέση ανάμεσα σε λινθινώσα HPV-λοίμωξη και νεοπλασία που παρακολουθείται ενισχύεται από την παρατήρηση ότι γυναίκες θετικές για HPV DNA, που παρακολουθούνται σε κλινικές σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, που είναι αναπτύσσονται CIN.
1992	Υπόκειται ούτως η ιδέα τύπου HPV "ενδιάμεσος κίνδυνος" μετά την παρατήρηση ότι περισσότεροι τύποι HPV συσχετίζονται με χαμηλότερο βαθμό προδρομής βλάβης.
1994	Η πρόταση να αντιμετωπίζονται γυναίκες με χαμηλότερο βαθμό προδρομής βλάβης με κολλοεικόληση ή με παρακολούθηση χορηγείται περαιτέρω έμφαση. Άλλες προτάσεις, όπως να αντιμετωπριθεί η εξέταση για HPV DNA σε πρωτόκολλα διάλογης, βρίσκονται προς το παρόν υπό έρευνα.

Σύνοψη 9 - Τι θα πρέπει να γνωρίζει η γυναίκα στην περίπτωση που διαπιστωθεί μόλυνση από ανθρώπειο ιό papilloma.

- Ο ιός του θηλώματος, όταν διαπιστώνεται σε υποκλινική κατάσταση, δε χρειάζεται συγκεκριμένη θεραπεία, όπως αντιβίωση. Δεν είναι, επίσης, απαραίτητο η γυναίκα να παραπεμφθεί σε ειδική κλινική.
- Η υποκλινική παρουσία του ιού υποδηλοί ότι η γυναίκα ήρθε κάποια στιγμή της ζωής της σε επαφή με τον ιό κι αυτό δε σημαίνει απαραίτητως την ύπαρξη ενεργού φλεγμονής.
- Όπως συμβαίνει με τα θηλώματα του δέρματος και με άλλες ιικές καταστάσεις, η απλή επαφή δε σημαίνει απαραίτητως και την κλινική εκδήλωση φλεγμονής.
- Ο ιός συνήθως μεταδίδεται με τη σεξουαλική πράξη, αλλά δεν αποκλείεται να μεταδοθεί και με άλλους τρόπους, καθώς έχει απομονωθεί και σε άλλα σημεία του σώματος και σε παιδιά.
- Η φυσική εξέλιξη των αλλοιώσεων από μόλυνση από τον ιό του θηλώματος είναι να υποχωρήσουν από μόνες τους εντός μερικών ετών. Ένας συγκεκριμένος κλώνος αυτού του ιού, ο ανθρώπειος ιός papilloma 16, πιθανόν να συνιστά προγνωστικό δείκτη για τις ασθενείς που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν βαριά δυσπλασία στον τράχηλο της μήτρας. Επιπρόσθετοι ενοχοποιητικοί παράγοντες, όπως το κάπνισμα ή η ελάττωση της ανοσολογικής απαντητικότητας, είναι ενδεχόμενο να επενεργούν δυσμενώς κάτω από αυτές τις συνθήκες.
- Εάν η γυναίκα έχει σταθερό σεξουαλικό σύντροφο δε χρειάζεται να λάβει ειδικά μέτρα προφύλαξης. Αν, όμως, η συγκεκριμένη γυναίκα έρχεται σε σεξουαλική επαφή με περισσότερους άνδρες, ίσως θα πρέπει να λάβει προφυλακτικά μέτρα.
- Η μόλυνση από τον ιό στην υποκλινική της μορφή δεν επηρεάζει τη γονιμότητα ή την κυοφορία της γυναίκας, ούτε το βρέφος. Κλινικώς έκδηλη λοίμωξη από τον ιό θα πρέπει να αντιμετωπισθεί πριν από τον τοκετό.
- Έκδηλη μόλυνση από τον ιό θεωρείται ότι μεταδίδεται πιο εύκολα απ' ό,τι η υποκλινική παρουσία του ιού.
- Θεραπεία υπό το κολποσκόπιο δεν εκριζώνει τον ιό.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- 1** Μη καπνίζετε
- 2** Μη κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών
- 3** Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο
- 4** Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας
- 5** Τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες
- 6** Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά
- 7** Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος
- 8** Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα
- 9** Κάνετε τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας
- 10** Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και — αν είναι δυνατόν — κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μιχαλάς Σ.Π.: "Επιτομή Μαιευτική και Γυναικολογία". Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού ΑΕ, Αθήνα 2000, σελ.: 53 – 57, 61 – 73, 557 – 577, 631 – 643.
2. Μεσσήνης Ε. Ι.: "Επιτομή Μαιευτική και Γυναικολογία". Εκδόσεις Mdccommunications, Αθήνα 2005, σελ.: 47 – 49, 451 – 463, 511 – 520.
3. Λώλης Ε. Δ.: "Γυναικολογία & Μαιευτική" τόμος Α', Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού ΑΕ, Αθήνα 2004, σελ.: 347 – 353.
4. Μανταλενάκης Σ. Ι.: "Σύνοψη Μαιευτικής & Γυναικολογίας", έκδοση Β', Ιατρικές Εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα 1996, σελ.: 439 – 447.
5. Αγοραστός Θ., Βαβίλης Δ., Μπόντης Ν. Ι.: "Πρωτογενής και Δευτερογενής Πρόληψη του Γυναικολογικού Καρκίνου", University Studio Press, εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1999, σελ.: 42 – 44.
6. Παπανικολάου Ν.: "Γυναικολογική Ογκολογική", εκδόσεις "Φωτοτυπιστική", Θεσσαλονίκη 1987, σελ.: 156 – 201.
7. Μπανκουσλί Ι.: "Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας", URL: [http://health.in.gr/Article.asp?ArticleId=18817&CurrentTopic=18661 & Issue Title=%C...©2001](http://health.in.gr/Article.asp?ArticleId=18817&CurrentTopic=18661&IssueTitle=%C...©2001).
8. Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. URL: http://www.iatronet.gr/Article.asp?art_id=34 ημερομηνία δημοσίευσης 10/6/2005, Πηγή: Ελληνική Εταιρεία Προαγωγής και Αγωγής Υγείας.
9. Malin Dollinger M.D., Ernest Roseubaum, M.D., and Greg Cable: "Ο καρκίνος" Διάγνωση & πρόληψη, θεραπεία & καθημερινή αντιμετώπιση: ένας οδηγός για όλους", μετάφραση: Μαθάς Χ. Λαμπρόπουλος Σ., Λαδάς Γ., Αναγνωστοπούλου Β., Έκδοση 1η, Εκδόσεις Κάτοπτρο – Μάμαλης Α' & Σια ΟΕ, Αθήνα 1992, σελ.: 79 – 86, 87 – 97, 141 – 146, 335 – 343.

- ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας”, Επιστημονικές Εκδόσεις “Γρ. Παρισιανός”, Αθήνα 1997, σελ.: 94 – 113.
- 30.Πανερωπαϊκό Συνέδριο Ογκολογίας: “Εμβόλιο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας”, URL: <http://www.medis.gr:9080/medis/5/print.jsp?menbr=5&prnbr=52861/&xsl=print>
- 31.Μοιράγιας Αγγ.: “Τίτλος πρωτοτύπου: The Medical advisor, second edition. Ο ιατρικός οδηγός του 21ου αιώνα”, μετάφραση: Γιώργος Νοτόπουλος, εκδόσεις “ΚΟΑΝ”, Αθήνα 2003, σελ.: 808 – 809.
- 32.Τσερκέζογλου Ι. Αλικ.: “Θεραπευτική αντιμετώπιση του γυναικολογικού καρκίνου”. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογικής & Ψυχο-Ογκολογικής: Εκδόσεις Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, περίοδος: Νοέμβριος 1999 – Φεβρουάριος 2000, Αθήνα 2001, σελ.: 138 – 140.
- 33.Tony Smith: “Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός”, τόμος 3ος, εκδόσεις “Γιαλλελή”, Αθήνα 1993, σελ.: 779 – 781.
- 34.Θρουβάλας Ν., Τσακίρης Γ.: “Στοιχεία ακτινοβιολογίας και ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας”, ιατρικές εκδόσεις “Λίτσα”, Αθήνα 1990, σελ.: 192 – 200.
- 35.Παντελάκος Σ. Παν.: “Διασφάλιση Ποιότητας στην Ακτινοθεραπεία”, 2ο Διεταιρικό Αντικαρκινικό Συνέδριο, Βιβλίο Περιλήψεων, Επιμέλεια: Καρδαμάκης Δ., Παντελάκος Π., Αθήνα 17 – 20 Μαρτίου 2005, σελ.: 53 – 56, 364 – 475.
- 36.Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας: URL: <http://www.medis.gr:9080/medis/5/print.jsp?menbr=5&prnbr=32195&xsl=print>
- 37.Μαλγαρινού Μ. Α. - Κωνσταντινίδου Φ. Σ.: “Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική”, μέρος 2ο, τόμος Β”, Έκδοση δέκατη όγδοη, εκδόσεις “Η ΤΑΒΙΘΑ”, Αθήνα 1997, σελ.: 105 – 169.
- 38.Παρασκευαΐδης Ε.: “Καρκίνος τραχήλου μήτρας και κύηση”. URL: <http://www.hesmo.gr/pdfs->

- 39.Σαχίνη – Καρδάση Α. - Πάνου Μ.: “Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές Διαδικασίες”, τόμος 1ος, Έκδοση Β', εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1997, σελ.: 105 – 127, 180 – 203.
- 40.Μαλγαρινού Α. Μ. - Κωνσταντινίδου Μ.Α.: “Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική”, τόμος Α', Έκδοση 23η, εκδόσεις “Η ΤΑΒΙΘΑ”, Αθήνα 2002, σελ.: 241 – 264.
- 41.Σαχίνη – Καρδάση Α. - Πάνου Μ.: “Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική”, τόμος 2ος, έκδοση Β', εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1997, σελ.: 428 – 440, 454 – 466.
- 42.MEG GULANICK, MICHELLE KNOLL PUZAS, DEIDRA GRADISHAR: “Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική Φροντίδα”, Μετάφραση – επιμέλεια: Γεώργιος Ν. Καραχάλιος, Εκδόσεις “Ελλην”, Γ. Παρίκος & Σία ΕΕ, Αθήνα 2003, σελ. 112 – 113.
- 43.Στεφανοπούλου – Τσόγκα Ε.: “Μαιευτική – Γυναικολογική νοσηλευτική και Βρεφοκομία”, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1997, σελ.: 135 – 136.
- 44.Αθανασάτου Κ. Ε.: “Κλινική Νοσηλευτική – Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες”, έκδοση ΙΑ', Εκδόσεις Γ. Παπανικολάου Γραφικές Τέχνες, Αθήνα 2000, σελ.: 172 – 204.
- 45.Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου Ε.: “Ο ρόλος της νοσηλεύτριας – τής στην χημειοθεραπεία εκπαίδευση του αρρώστου”, Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα: Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθή, εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σελ.: 47 – 56.
- 46.Barbara Engram: “Νοσηλευτική Φροντίδα στη Παθολογία & Χειρουργική”, Απόδοση – Επιμέλεια: Καραχάλιος Γ., εκδόσεις “ΕΛΛΗΝ” Γ. Παρίκος & Σία ΕΕ, Αθήνα 1997, σελ.: 142 – 144.
- 47.Ελένη Λάκκα, Τερζή Β., Χαλκιά Μ.: “Αποκατάσταση ασθενών με καρκίνο”, Σεμινάριο νοσηλευτριών – τών με θέμα: Πρόληψη και

Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου – Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σελ.: 115 – 129.

48.Σαββοπούλου Γ. Γεωργία: "Βασική Νοσηλευτική μια Βιο – Ψυχο – Κοινωνική προσέγγιση", έκδοση Β', Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ" Σ.Α., Αθήνα 1999, σελ.: 141 – 142.

