

**Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ
ΠΑΝΟΥΤΣΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
ΜΠΕΡΜΠΕΡΙΔΗ ΓΕΩΡΓΙΑ**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: κος ΚΟΥΤΣΟΠΑΝΝΗΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2008

*«Σε όλες εκείνες τις γυναίκες
που έδωσαν και δίνουν μάχη με
τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας»*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
---------------	---

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
----------------	---

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ανατομία του γεννητικού σώματος της γυναίκας

1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα	3
1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα.....	7
1.3 Άλλα όργανα σχετικά με το γεννητικό σύστημα	10
1.4 Ανατομία, θέση και στήριξη μήτρας.....	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας

2.1 Ορμονικό σύστημα της γυναίκας	15
2.2 Μηνιαίος κύκλος	15
2.3 Φυσιολογία του τραχήλου της μήτρας	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Επιδημιολογία - Αιτιολογικοί παράγοντες

3.1 Επιδημιολογία.....	20
3.2 Αιτιολογικοί - προδιαθετικοί παράγοντες	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ιξϋορφές καρκίνου τραχήλου μήτρας - Σταδιοτοίπιστ

4.1 Ανατομική παθολογική διάκριση καρκίνου	28
4.2 Ιστολογική διάκριση καρκίνου	29
4.3 Σταδιοποίηση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας.....	35
4.4 Επέκταση του όγκου του τραχήλου της μήτρας	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Καρκίνος - Συμπτώματα στον καρκίνο του τραχήλου της

5.1 Τι είναι καρκίνος	39
5.2 Καρκίνος στον τράχηλο της μήτρας.....	40
5.3 Συμπτώματα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Διαγνωστικές εξετάσεις

6.1 Γεώργιος Παπανικολάου (Δρ. ΠΑΠ)	43
6.2 Τεστ Παπανικολάου	44
6.3 Ανοσολογία.....	46
6.4 Κλινική εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση)	47
6.5 Κολποσκόπηση, κολποτραχηλοσκόπηση, κολποτραχηλομικροσκόπηση	48
6.6 Δοκιμασία Schiller	50
6.7 Ανίχνευση HPV	50
6.8 Ενδομητρική βιοψία - Ιστοληψία τραχήλου μήτρας	51
6.9 Κυτταρολογικός έλεγχος τραχήλου	52
6.10 Διαστολή και απόξεση	53
6.11 Υστεροσκόπηση	53
6.12 Εξετάσεις αίματος	54
6.13 Διαγνωστική Λαπαροσκόπηση	54
6.14 Υπερηχογράφημα.....	55
6.15 Διαφορική διάγνωση	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Πρόληψη στον καρκίνο τραχήλου της Μήτρας

7.1 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του προληπτικού ελέγχου του καρκίνου τραχήλου της μήτρας	56
7.2 Πρόληψη και ανίχνευση του καρκίνου	57
7.3 Πρόληψη καρκίνου τραχήλου της μήτρας με εμβόλιο	58
7.4 Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Θεοαπεία στον καρκίνο τραχήλου της Μήτρας

8.1 Προληπτική θεραπεία	62
8.2 Χειρουργική θεραπεία	62
8.3 Ακτινοθεραπεία	66
8.4 Χημειοθεραπεία.....	69
8.5 Αντιμετώπιση της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας και του κόλπου με LASER CO2	73
8.6 Παρηγορητική θεραπεία	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Καρκίνος τράχηλου της μήτρας κατά την κύηση 75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Καρκίνος τραχηλικού καλοβώματος 77

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Νοσηλεύτρια -της και ασθενής με καρκίνο

1.10 ρόλος του νοσηλευτή -τριας στην αποκατάσταση του καρκίνου..... 78

1.2 Νοσηλευτική παρέμβαση σε άτομα με καρκίνο τραχήλου της μήτρας..80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Νοσηλευτική φροντίδα κατά τις διαγνωστικές

εξετάσεις..... 82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χειρουργική θεραπεία

3.1 Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς 86

3.2 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς 89

3.3 Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών δυσχερειών 91

3.4 Διδασκαλία - σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο 92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία

4.1 Παρενέργειες ακτινοθεραπείας 94

4.2 Νοσηλευτική φροντίδα παρενεργειών 95

4.3 Μέτρα προστασίας νοσηλευτή κατά την ακτινοθεραπεία..... 97

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία

5.1 Παρενέργειες κατά την χημειοθεραπεία..... 99

5.2 Νοσηλευτική φροντίδα παρενεργειών 100

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Νοσηλευτική φροντίδα σε υποτροπή

6.1 Υποτροπή: Κολπικός θόλος 106

6.2 Υποτροπή: Κύστη..... 106

6.3 Μετάσταση στην σπονδυλική στήλη..... 107

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Νοσηλευτική φροντίδα και πληροφόρηση στην ασθενή με καρκίνο τραχήλου της μήτρας

7.1 Νοσηλευτική φροντίδα	109
7.2 Τι είναι πληροφόρηση -εκπαίδευση.....	109
7.3 Πληροφόρηση του αρρώστου	110
7.4 Πως γίνεται η πληροφόρηση στον ογκολογικό άρρωστο	111
7.5 Ο άρρωστος θέλει την πληροφόρηση	112
7.6 Από τι εξαρτάται η πληροφόρηση του αρρώστου.....	112
7.7 Οι σπουδαιότεροι παράγοντες για την πληροφόρηση του αρρώστου .	113
7.8 Έχει δικαίωμα στην πληροφόρηση ο άρρωστος.....	113
7.9 Έχουμε υποχρέωση να πληροφορήσουμε τον άρρωστο;	114
7.10 Εκπαίδευση! Πότε γίνεται από το νοσηλευτή;	114
7.11 Εκπαίδευση του αρρώστου κατά την έξοδο από το νοσοκομείο.....	115

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Νοσηλευτική διεργασία

8.1 Περιστατικό Α- Νοσηλευτική διεργασία	116
8.2 Περιστατικό Β - Νοσηλευτική διεργασία	126

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	137
----------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	138
-------------------	-----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι σχεδόν σε όλους μας γνωστό ότι είναι πολλοί οι παράγοντες που απειλούν και καταστρέφουν την υγεία. Άλλοι οδηγούν σε ασθένειες που είναι σοβαρές και άλλοι όχι. Μία από τις σοβαρότερες είναι ο καρκίνος που σαν έννοια είναι πολύ γενική και περιεκτική μιας και περιλαμβάνει πολλά είδη και εμφανίζεται με πολλές μορφές. Κρίνεται σαν τη σοβαρότερη, λόγω αφ' ενός του πολυδιάστατου της μορφής του και αφ' ετέρου λόγω κινδύνου που συνεπάγεται για την απαρχή της ζωής: το ανθρώπινο κύτταρο.

Όσον αφορά την έννοια του καρκίνου θα ήταν χρήσιμο να αναφέρουμε ότι σύμφωνα με τον Γαληνό Κλαύδιο, Έλληνα γιατρό κατά τον 3^ο αιώνα μ.Χ., «καρκίνος» σημαίνει κάβουρας. Η εικόνα του νεοπλάσματος όπως την περιγράφει ο Γαληνός αλλά και ο Ιπποκράτης, παρουσιάζει διόγκωση και διήθηση της περιοχής, και τα αγγεία έχουν διαταχθεί με τέτοιο τρόπο γύρω από τον όγκο, ώστε η όλη εικόνα να μοιάζει με τον κάβουρα της θάλασσας. Η ονομασία παρουσιάζει και τον πόνο από τον καρκίνο, όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας.

Η λέξη είναι συνώνυμη με τον όρο κακόηθες νεόπλασμα. Πρόκειται για ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, πάντοτε επιβλαβή στον οργανισμό που διασκορπίζονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση.

Στην εργασία μας θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε από την πλευρά της νοσηλευτικής μια συγκεκριμένη μορφή καρκίνου, αυτού του τραχήλου της μήτρας αφού η μήτρα είναι η απαρχή της ζωής.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο είναι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα των ατόμων που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Ένα καθήκον που δημιουργεί άπειρες ευθύνες και υποχρεώσεις και αναμφίβολα επιστρατεύει όλες τις ψυχικές αρετές, όλη την ανθρωπιά και την υπομονή των νοσηλευτών ώστε να ανταποκριθούν με συνέπεια σε ένα τόσο δύσκολο έργο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

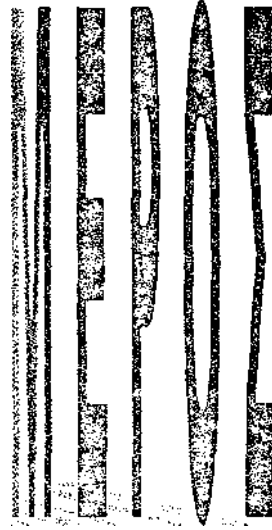
Ο «καρκίνος», μία από τις σοβαρότερες ασθένειες της εποχής. Η ασθένεια που με το άκουσμα και μόνο προκαλεί φόβο και τρόμο στον πληθυσμό ως ασθένεια ανίατη.

Εμφανίζεται τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες με την ίδια συχνότητα. Στις γυναίκες ένας από τους πιο συχνούς καρκίνους είναι του τραχήλου της μήτρας, ο οποίος είναι τρίτος σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου. Η λέξη τρομάζει τις περισσότερες γυναίκες, πρέπει όμως οι ειδικοί, γιατροί και νοσηλευτές να καταστήσουν σαφές ότι είναι πιθανόν η μοναδική μορφή καρκίνου που μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα, με συνέπεια τα ποσοστά τάσης να είναι υψηλά.

Ο σκοπός της εργασίας μας είναι να αναφερθούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες που προδιαθέτουν σε καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, την σπουδαιότητα των διαγνωστικών εξετάσεων με την πολύτιμη ανακάλυψη του Γεωργίου Παπανικολάου, την μέθοδο που έχει το όνομα του, «test-pap». Που το ιδανικό του ήταν «να μην πλουτίσει, ούτε να ζήσει ευτυχής, αλλά να εργασθεί, να δράσει, να δημιουργήσει, να κάμει κάτι αντάξιο ενός ανθρώπου ηθικού και δυνατού»...

Θα γίνει λόγος για τον πολύτιμο ρόλο της νοσηλευτικής παρέμβασης στην θεραπεία (χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) αλλά και μετά από αυτή. Ο τρόπος αντιμετώπισης των αρνητικών συναισθημάτων της γυναίκας που πάσχει από τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας, ο τρόπος ενημέρωσης της για την ασθένεια. Και μέσα από την Νοσηλευτική διεργασία μας τονίζεται ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να σχεδιάζεται να διαμορφώνεται η νοσηλευτική φροντίδα να είναι όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη.

Στόχος εργασίας μας είναι να εισάγει τον μελετητή στην φιλοσοφία και στην παροχή αυτής της εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς με καρκίνο τραχήλου της μήτρας, προσφέροντας όλα τα βασικά στοιχεία που θα την βοηθήσουν στην κατανόηση του θέματος.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από ένα σύνολο οργάνων, που η συντονισμένη λειτουργία τους αποβλέπει κατά κύριο λόγο στην εξυπηρέτηση της αναπαραγωγής και την διαίωνιση του είδους. Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά και χωρίζονται μεταξύ τους από την παρεμβολή του παρθενικού υμένα ή από τα υπολείμματα του, τα μύρτα. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούνται από το αιδοίο, ενώ τα εσωτερικά απαρτίζονται από τον κόλπο ή κολεό, τη μήτρα, τις σάλπιγγες ή ωαγωγούς και τις ωοθήκες. (Καρπάθιος., 1984, σελ. 23 - 33)

1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα εφάπτονται στο έξω μέρος της εισόδου του κόλπου. Προστατεύουν τον κόλπο και παρέχουν πρόσβαση για το όργανο αναπαραγωγής του ανδρός (Shapiro 2001, σελ. 27 - 38). Το σύνολο των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο, που εμφανίζει σχήμα τριγωνικό. Η βάση του αντιστοιχεί στην ηβική πτυχή, οι πλευρές του στις αιδοιομηρικές πτυχές και η κορυφή του στο περίνεο. Στη μέση εμφανίζει κάθετη σχισμή, την αιδοϊκή.

Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κόλπου, τους Bartholinειους αδένες, τους βολβούς του προδρόμου, το έξω στόμιο της ουρήθρας, τους παραουρηθρικούς αδένες και τον παρθενικό υμένα. (Παπανικολάου., 1994, σελ. 8-31)

^H Εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης

Αποτελείται από ποσότητα ινολιπώδη ιστού, ανάλογη με την πάχυνση της γυναίκας που καλύπτει τους κλάδους των ηβικών οστών. Είναι μια υποστρόγγυλη τριγωνική περιοχή, που η βάση της αντιστοιχεί στην ηβική αύλακα ή πτυχή και η κορυφή της προς τα κάτω καταλήγει στα μεγάλα χείλη

του αιδοίου. Το δέρμα του εφηβαίου έχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες και μέχρι την προηβική ηλικία είναι άτριχο. Δύο χρόνια περίπου πριν από την εμφάνιση της εμμήνου ρύσης αρχίζει να παρουσιάζεται η χαρακτηριστική τρίχωση του. Το εφηβαίο χαρακτηρίζεται από την άθροιση υποδόριου ιστού που χαρακτηρίζεται από ινώδεις δεσμίδες.

■ **Μεγάλα χείλη του αιδοίου**

Είναι δύο δερματικές υποστρώγγυλες πτυχές, που αποτελούν τα πλάγια όρια του. Στη μέση γραμμή εφάπτονται μεταξύ τους και σχηματίζουν την αιδοϊκή σχισμή. Αποτελούνται από δέρμα, λιπώδη, συνδετικό ιστό και μερικές δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Το δέρμα στην εξωτερική τους επιφάνεια έχει τρίχες και μοιάζει με το δέρμα του οσχέου, ενώ στην εσωτερική είναι άτριχο, λείο και ροδαλό. Το δέρμα τους είναι πλούσιο σε σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Στην μετάπτωση τους, στο εφηβαίο προς τα εμπρός και στο περίνεο προς τα πίσω, σχηματίζουν μεταξύ τους τον πρόσθιο και οπίσθιο σύνδεσμο τους. Η κατάληξη τους είναι το περίνεο.

• **Μικρά χείλη του αιδοίου**

Είναι δύο δερμάτινες πτυχές που βρίσκονται ανάμεσα στα μεγάλα χείλη και συνήθως καλύπτονται από αυτά. Προς τα πάνω αποσχίζονται σε δύο μέρη, που συνενώνονται με τα αντίστοιχα τμήματα της αντίθετης πλευρά και σχηματίζουν την πρόσθη και το χαλινό της κλειτορίδας. Τα μικρά χείλη προς τα πίσω συνενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό. Μεταξύ του χαλινού των μικρών χειλέων και του παρθενικού υμένα βρίσκεται ένα εντυπωμα, που ονομάζεται σκαφοειδής βόθρος. Τα μικρά χείλη αποτελούνται από ινώδη συνθετικό ιστό και ελαστικές ίνες. (Καρπάθιος., 1984, σελ. 23 - 33) Το δέρμα τους δεν καλύπτεται από τρίχωμα, περιέχει μελαγχρωστική, σμηγματογόνους και σπάνια ιδρωτοποιούς αδένες. Ο λιπώδης ιστός, που βρίσκεται κάτω από αυτό, περιέχει συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολυάριθμα αγγεία και στυτικό ιστό, που κάνουν τα μικρά χείλη πολύ ευαίσθητα. (Γαπανικολάου., 1994, σελ. 8-31)

- Κλειτορίδα

Η κλειτορίδα αποτελείται από δύο σηραγγώδη σώματα, που αρχίζουν από τους ηβοϊσχιακούς κλάδους των ηβικών οστών και ονομάζονται σκέλη. Το δεξιό και αριστερό σκέλος στην πορεία τους προς τα εμπρός και πάνω συνενώνονται στη μέση γραμμή και σχηματίζουν το σώμα της, που καταλήγει σε μια πάχυνση, τη βάλανο. (Καρπάθιος 1984, σελ. 23 - 33) Η κλειτορίδα έχει μήκος 3 - 4 εκ. και περιβάλλεται από περιτονία, που στο πάνω μέρος της προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και σχηματίζει τον κρεμαστήρα σύνδεσμο. (Παπανικολάου., 1994, σελ. 8-31)

- Προδομος του κόλπου

Είναι η περιοχή που ορίζεται μεταξύ των μικρών χειλέων του αιδοίου και εκτείνεται προς τα πάνω ως το χαλινό της κλειτορίδας και προς τα κάτω ως το χαλινό των μικρών χειλέων. Στην άνω περιοχή του προδρόμου εκβάλλει το έξω στόμιο της ουρήθρας, που περιβάλλεται από τους παραουρηθρικούς αδένες, ενώ οι εκφορητικοί πόροι των βαρθολινείων αδένων εκβάλλουν στην εσωτερική επιφάνεια των μικρών χειλέων. Εκεί βρίσκεται και ο παρθενικός υμένας.

- ΒαρθοΑίναιο! αδένες

Είναι δύο μικροί στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδρόμου, βαθιά κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων. Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης παράγουν βλέννα που εκκρίνεται στον πρόδρομο του κόλπου λίγο έξω από τον παρθενικό υμένα, για να υγρανθεί ο κόλπος. (Καρπάθιος., 1984, σελ. 23- 33)

β Βολβοί του προδρόμου

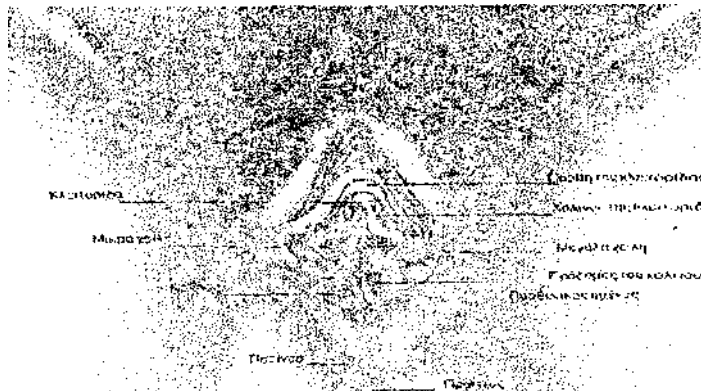
Είναι δύο σχηματισμοί όμοιοι με αμύγδαλα, που βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου, σκεπάζονται από τους βολβοσηραγγώδεις μυς και αποτελούνται από πυκνά φλεβικά πλέγματα. Αντιστοιχούν στο σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας του άνδρα και κατά τη σεξουαλική διέγερση διογκώνονται από συγκέντρωση αίματος στενεύοντας τον κόλπο. (Παπανικολάου., 1994, σελ. 8 - 31)

Παραουρηθρικοί αδένες

Είναι πολυάριθμες κρύπτες που βρίσκονται συνήθως στην περιοχή που ορίζεται από την κλειτορίδα και το έξω στόμιο της ουρήθρας ή γύρω από την ουρήθρα. Οι δύο από τους αδένες είναι μεγαλύτεροι, λέγονται αδένες του Skene και αντιστοιχούν στον προστάτη του άνδρα. (Καρπάθιος., 1984, σελ. 23 - 33)

- Παρθενικός υμένας

Είναι μια λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, που καλύπτεται στην κοιλική της επιφάνεια από πολύστοιβο πλακώδες και στην αιδοϊκή από κυλινδρικό επιθήλιο. Ο παρθενικός υμένας εμφανίζει ποικιλία όσον αφορά το πάχος, την ελαστικότητα και τον αριθμό, το σχήμα και το μέγεθος των τρημάτων του. Αποτέλεσμα των πιο πάνω ανατομικών ποικιλιών είναι η διάκριση του σε ηθμοειδή, μηνοειδή, δακτυλιοειδή, κροσσωτό, δίθυμο, άτρητο, ελαστικό, ινώδη κ.τ.λ. Αν δεν επιτρέπει το άνοιγμα του συνουσία, σχίζεται στην πρώτη συνουσία της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη χείλη, που λέγονται μύρτα και που εξαφανίζονται μετά από τοκετούς. (Παπσινικολάου., 1994, σελ. 8-31).



1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας βρίσκονται μέσα στην πυελική κοιλότητα και αποτελούνται από τον κόλπο ή κολεό, τη μήτρα, της σάλπιγγες ή ωαγωγούς και τις ωοθήκες. Κάθε σάλπιγγα μαζί με τη σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το εξάρτημα. (*Shapiro., 2001, σελ. 27-32*)

- Κόλπος η κολεός

Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα, καμπυλωτό σα σήραγγα, μήκους 8 - 12 εκ. περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα από τον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Η φορά του είναι τέτοια ώστε σχηματίζει με τη μήτρα σχεδόν ορθή γωνία. Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό με μικρή διάταση στο ανώτερο τμήμα του κι έχει δύο άκρα. Το πάνω συνδέεται με τον τράχηλο της μήτρας και το κάτω οδηγεί στην έξοδο του στον πρόδρομο του κόλπου. Έχει επίσης, τέσσερα τοιχώματα: το πρόσθιο, το οπίσθιο και τα δύο πλάγια το αριστερό και το δεξιό. Το οπίσθιο είναι μακρύτερο από το πρόσθιο γιατί συνάπτεται με τον τράχηλο σε ψηλότερο σημείο. Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι ώστε η κάτω μοίρα του τραχήλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο.

Γύρω από την κοιλιακή μοίρα του τραχήλου και τα κοιλικά τοιχώματα σχηματίζονται οι θόλοι που διακρίνονται σε πρόσθιο, οπίσθιο, δεξιό και αριστερό. Οι κοιλικοί θόλοι έχουν την ικανότητα να διατείνονται περισσότερο από το υπόλοιπο μέρος του κόλπου και να είναι πάντα υγροί. (*Παπανικολάου., 1994, σελ. 8 - 31*) Τα τοιχώματα του κόλπου αποτελούνται από επιθήλιο και μυϊκό χιτώνα. Το επιθήλιο του κόλπου είναι πολύστοιβο πλακώδες και το πάχος του εξαρτάται άμεσα από την επίδραση των ωοθηκικών στεροειδών ορμονών.

- Μήτρα

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυϊκό όργανο με παχιά τοιχώματα κι έχει σχήμα αχλαδιού αποπλατυσμένου από εμπρός προς τα πίσω. Το βάρος της στην άτοκη γυναίκα ,είναι περίπου 40 γρ. και στη γυναίκα που γέννησε 70 γρ. Τα τοιχώματα της έχουν πάχος 2,5 - 3 εκ. και μήκος 7,5 εκ. περίπου. Η μήτρα

είναι το όργανο το οποίο διατηρεί το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στην κύηση κάτω από τις διάφορες ορμονικές επιδράσεις έχει την ικανότητα να μεγαλώνει πάρα πολύ, ώστε να αυξάνεται η χωρητικότητα της. Καταλαμβάνει το μέσο της πυέλου μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου και αποτελείται από το στρογγυλεμένο άνω τμήμα των πυθμένα, το μεσαίο τμήμα το σώμα και το κατώτερο τμήμα τον τράχηλο. Το σώμα είναι ογκώδες και τριγωνικό ενώ ο τράχηλος είναι στενό και κυλινδρικό τμήμα. Ανάμεσα στον τράχηλο και το σώμα υπάρχει ο ισθμός εσωτερικά αντιστοιχεί στο έσω στόμιο. (Shapiro., 2001, σελ. 27- 32)

- Τράχηλος

Ο τράχηλος έχει μήκος περίπου 2,5 εκ. και διακρίνεται σε δύο μοίρες: την υπερκολπική μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα που βρίσκεται σε συνέχεια με το σώμα της μήτρας και την ενδοκολπική μέσα στον κόλπο που είναι συνέχεια της - πρώτης. Ο αυλός του τραχήλου λέγεται ενδοτράχηλος, έχει σχήμα ατρακτοειδές και εμφανίζει στο βλεννογόνο της τις φοινικοειδείς πτυχές, οι οποίες έχουν προορισμό την αρτιότερη σύγκλειση του τραχηλικού σωλήνα. Προς τα πάνω οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα με το εσωτερικό στόμιο και προς τα κάτω στην κολπική κοιλότητα με το εξωτερικό στόμιο. (Παπανικολάου., 1985, σελ. 24-25)

Ο τράχηλος της μήτρας αποτελείται από στρώμα, επιθήλιο, και αδένες. Το στρώμα αποτελείται από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό μέσα στον οποίο βρίσκονται διάσπαρτες λείες μυϊκές ίνες, που ο αριθμός τους ποικίλει από άτομο σε άτομο και αυξάνεται στο όριο του τραχήλου με το σώμα της μήτρας. Η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται από το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του κόλπου μέχρι το έξω τραχηλικό στόμιο της μήτρας. Αντίθετα η ενδοτραχηλική κοιλότητα καλύπτεται από υψηλό κυλινδρικό επιθήλιο με σπάνια κροσσωτά κύτταρα σε ένα στοίχο. Μέσα στο στρώμα του τραχήλου υπάρχουν καταδύσεις που καλύπτονται με το ίδιο επιθήλιο του ενδοτραχήλου και ονομάζονται αδένες. (Καρπάθιος., 1984, σελ. 23 - 33)

Η μήτρα που φέρει ολόκληρο σχεδόν το βάρος της εγκυμοσύνης έχει ανάγκη από ισχυρή στήριξη, στην οποία συμβάλλουν:

1. Στρογγυλοί σύνδεσμοι
2. Πλατείς σύνδεσμοι

3. Πλάγιοι σύνδεσμοι
4. Ιερομητρικοί σύνδεσμοι

Μητροκυστικοί σύνδεσμοι (Παπανικολάου., 1994, σελ. 8-31)

β Σάλπιγγες Πωαγωγοί

Είναι δύο σωλήνες, που αρχίζουν από τα κέρατα της μήτρας και φτάνουν στα πλάγια τοιχώματα της μικρής πυέλου κι έχουν μήκος 10 - 12 εκ. περίπου. Στο μητρικό τους άκρο είναι πολύ στενοί και στη συνέχεια πλαταίνουν βαθμιαία μέχρι το ελεύθερο άκρο τους, που ακουμπά στις ωθήκες. Από άποψη περιγραφής τους διακρίνεται το διάμεσο, το ισθμικό, το λυκηθικό και το κωδωνικό τμήμα καθώς επίσης και δύο στόμια, το μητρικό και το κωδωνικό. Το κωδωνικό τμήμα τελειώνει σε 10 ως 15 κροσσούς, που καταλήγουν ελεύθερα, εκτός από ένα, το μεγαλύτερο, που ακουμπά στην ωθήκη και ονομάζεται ωθητικός κροσσός ή ίδιος σύνδεσμος του ωαγωγού.

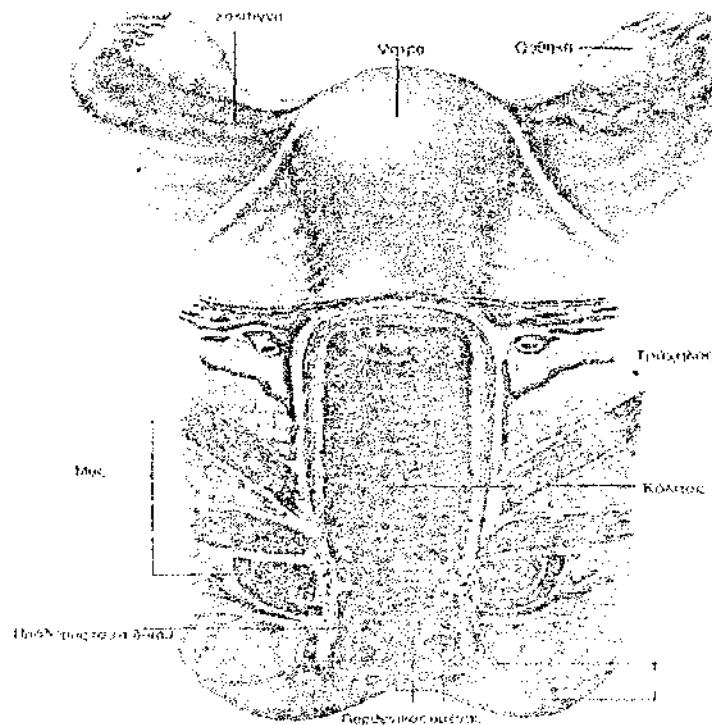
Το τοίχωμα του ωαγωγού αποτελείται από ορογόνο, μυϊκό χιτώνα και βλεννογόνο. Ο ορογόνος σκεπάζει τις σάλπιγγες από τα εμπρός, πάνω και πίσω, ενώ η κάτω επιφάνεια αντιστοιχεί στην πρόσφυση του μεσοσαλπιγγίου και μένει ακάλυπτη. Το μυϊκό τοίχωμα των σαλπίγγων σχηματίζεται από λείες μυϊκές ίνες, που ξεχωρίζουν σε δύο στιβάδες, την εσωτερική από μακρές και την εσωτερική από κυκλικές ίνες. Στο διάμεσο ή ενδοτοίχικο τμήμα της σάλπιγγας ο μυϊκός χιτώνας σχηματίζεται από ένα πλέγμα λείων μυϊκών ινών, που προέρχονται από το μυομήτριο. Ο βλεννογόνος των σαλπίγγων ή ενδοσαλπίγγιο αποτελείται από τριών ειδών κύτταρα: κροσσωτά, εμβόλιμα ή πασσαλοειδή και εκκριτικά. (Καρπάθιος., 1984, σελ. 23- 33)

Αποστολή των σαλπίγγων είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωθηκών μέσα στον αυλό τους, με περισταλτικές κινήσεις για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να πετύχουν τη σύλληψη. Η σύλληψη κανονικά λαμβάνει μέρος στο έξω ένα τρίτο της σάλπιγγας. (Shapiro., 2001, σελ. 27 - 32)

- Ωθήκες

Είναι δύο συμπαγείς στη σύσταση, ινώδεις, λευκές προς το ασημί και έχουν το σχήμα και το μέγεθος αμυγδάλου. Το βάρος τους ανέρχεται σε 7 -12 γρ. και βρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια των πλατεών συνδέσμων, κάτω

από τις σάλπιγγες και μέσα στα πλάγια και ανώτερα τοιχώματα της μικρής πυέλου, που λέγονται ωθητικοί βόθροι. Παρομοιάζονται σαν «αποθήκες του γενετικού υλικού», δηλαδή των ωαρίων και αποτελούνται, από έξω προς τα μέσα, από τον ινώδη χιτώνα με μονόστιβο επιθήλιο στην επιφάνεια του, τη φλοιώδη και τη μυελώδη ουσία. Η φλοιώδης ουσία περιέχει το ωθητικό παρέγχυμα που στα κορίτσια κατά τη γέννηση υπολογίζεται, ότι αποτελείται από 1.000.000 ωκύτταρα. Από αυτά τα ωκύτταρα 99% χρησιμοποιούνται μέχρι την εμμηνόπαυση, ύστερα από την οποία εξακολουθούν να υπάρχουν 5 ως 10 χιλιάδες. Στην εφηβεία οι ωθήκες αρχίζουν να απελευθερώνουν συστηματικά ένα ωάριο τη φορά. Η διαδικασία αυτή συνεχίζεται μέχρι την εμμηνόπαυση εκτός αν διακοπεί από εγκυμοσύνη ή χρήση αντισυλληπτικών από το στόμα. Μετά την εμμηνόπαυση οι ωθήκες ατροφούν. (Καρπάθιος., 1984, σελ. 23-33)



1.3 Άλλα όργανα **σχετικά με το γεννητικό σύστημα**

Ουρήθρα

Η γυναικεία ουρήθρα αποτελεί λεπτό σωλήνα μήκους 3,5 εκ. περίπου που εκτείνεται ανάμεσα από το ουθηθρικό στόμιο της ουροδόχου κύστης και

τον πρόδρομο του κόλπου, όπου εκβάλλει με το εξωτερικό στόμιο της. Τα τοιχώματα της αποτελούνται από δύο χιτώνες το μυϊκό και το βλεννογόνο.

Ουροδόχος κύστη

Η ουροδόχος κύστη είναι κοίλο μυώδες όργανο που βρίσκεται ανάμεσα στην ηβική σύμφυση και την μήτρα και δέχεται τα ούρα των νεφρών με τους δύο ουρητήρες. Στην ουροδόχο κύστη διακρίνουμε την κορυφή, το σώμα και τον πυθμένα.

Ουρητήρες

Οι ουρητήρες είναι δύο ινομυώδεις σωλήνες μήκους 30 εκ. περίπου, που αποτελούνται από ορογόνο χιτώνα, ινώδη και βλεννογόνο.

Ορθό

Το ορθό έχει μήκος 12 - 15 εκ. περίπου και βρίσκεται μπροστά από την πυελική επιφάνεια του ιερού οστού και τον κόκκυγα. Διακρίνεται σε δύο μούρες την ιερή και την περινεϊκή.

Πυελικό έδαφος

Το πυελικό έδαφος αντιστοιχεί στην περιοχή του κάτω στομίου της μικρής πυέλου. Προς τα εμπρός έχει την ηβική σύμφυση και τους ηβοϊσχιακούς κλάδους, στα πλάγια τα ισχιακά κυρτώματα και πίσω τον κόκκυγα.

1.4 Ανατομία μήτρας και τραχήλου, θέση και στήριξη μήτρας

- Ανατομία μήτρας

Η μήτρα είναι κοίλο όργανο με παχιά μυϊκά τοιχώματα. Έχει σχήμα αχλαδιού αποπλατισμένου από εμπρός προς τα πίσω. Το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40 γραμ. και στην γυναίκα που γέννησε 70 γραμ. τα τοιχώματα της έχουν πάχος 2 εκ. και το μήκος της είναι 7,5 εκ. περίπου.

Η μήτρα αποτελείται από δύο τμήματα: το πάνω που είναι ογκώδες και τριγωνικό και λέγεται σώμα και το κάτω που είναι στενό και κυλινδρικό και λέγεται τράχηλος. Ανάμεσα από τον τράχηλο και το σώμα υπάρχει ο ισθμός.

Η σχέση σώματος - τραχήλου διαφέρει ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Έτσι, στις ενήλικες από τα 7,5 εκ. του μήκους της μήτρας, τα 5 εκ. αντιστοιχούν στο σώμα και τα 2,5 εκ. στον τράχηλο της ενώ στις κορασίδες συμβαίνει το αντίθετο. Στις ηλικιωμένες γυναίκες που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση, η μήτρα μικραίνει από ατροφία του μυϊκού της τοιχώματος και η ενδοκολπική μήτρα του τραχήλου σχεδόν εξαφανίζεται.

- **Σώμα μήτρας**

Αυτό αποτελείται από παχύ μυϊκό τοίχωμα που περικλείει την ενδομήτρια κοιλότητα. Το τμήμα του σώματος της μήτρας που βρίσκεται πάνω από γραμμή, που ενώνει τα δύο σημεία εισόδου των σαλπίνγων λέγεται πυθμένας. Αυτό το τμήμα συμβάλλει πολύ στην μεγέθυνση της ενδομήτριας κοιλότητας στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Το σχήμα της ενδομήτριας κοιλότητας είναι τριγωνικό με τη βάση προς τον πυθμένα και την κορυφή προς το μέρος της συμβολής του σώματος με τον τράχηλο, όπου σχηματίζεται στο εσωτερικό τραχηλικό στόμιο.

Στις γωνίες της βάσης της ενδομήτριας κοιλότητας βρίσκονται τα στόμια που οδηγούν στις σάλπιγγες. Το τμήμα της κοιλότητας που αντιστοιχεί στις γωνίες αυτές λέγεται κέρας της μήτρας. Φυσιολογικά το πρόσθιο και το οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας συμπίπτουν.

® **Ανατομία τραχήλου**

Ο τράχηλος της μήτρας διακρίνεται σε δύο μοίρες την υπερκολπική, που βρίσκεται σε συνέχεια με το σώμα της μήτρας και την ενδοκολπική που είναι συνέχεια της πρώτης και προβάλλει μέσα στον κόλπο σχηματίζοντας τους θόλους που αναφέραμε. Ο αυλός του τραχήλου λέγεται ενδοτράχηλος, έχει σχήμα ατράκτου και προς τα κάτω στην κολπική κοιλότητα με το εξωτερικό στόμιο.

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

- **Θέση μήτρας**

Η μήτρα βρίσκεται μέσα στην πυελική κοιλότητα ανάμεσα από την ουροδόχο κύστη και τον ορθό και γέρνει προς τα εμπρός, έτσι ώστε η οπίσθια επιφάνεια της να έρχεται προς τα πάνω και η πρόσθια προς τα κάτω.

Όταν η μήτρα βρίσκεται στην φυσιολογική της θέση, το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο αντιστοιχεί σε γραμμή, που ενώνει τις ισχιακές άκανθες της οστέϊκής πυέλου και ο πυθμένας της σε γραμμή που ενώνει το άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης με τον τέταρτο ιερό σπόνδυλο.

Η φορά του τραχήλου είναι ανάλογη με την θέση της μήτρας. Έτσι ο τράχηλος φέρεται προς τα κάτω και πίσω, σχηματίζοντας σχεδόν ορθή γωνία με τον άξονα του κόλπου και το εξωτερικό του στόμιο βλέπει προς τον οπίσθιο κοιλιακό θόλο.

- **Στήριξη μήτρας**

Στην παραπάνω φυσιολογική θέση κρατάνε την μήτρα τα παρακάτω στοιχεία: Στρογγυλοί σύνδεσμοι:

Αυτοί είναι δύο και εκφύονται από τον πυθμένα της μήτρας μπροστά από τα σημεία έκφυσης των σαλπίνγων φέρονται στα πλάγια πυελικά τοιχώματα, περνάνε μέσα από τους βουβωνικούς πόρους και καταφύονται στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Πλατείς σύνδεσμοι:

Αυτοί βρίσκονται στα δύο πλάγια της μήτρας και παριστάνουν αναδιπλώσεις του πυελικού περιτοναίου. Μέσα στο ελεύθερο χείλος τους βρίσκονται οι σάλπιγγες και ανάμεσα στ απέταλά τους που ξεχωρίζουν όσο κατεβαίνουμε από τις σάλπιγγες σχηματίζονται τριγωνικοί χώροι μέσα στους οποίους υπάρχουν παραμήτρια.

Τα παραμήτρια αποτελούνται από συνδετικό και λιπώδη ιστό, αιμοφόρα αγγεία, λεμφαδένες και νεύρα. Μέσα στα παραμήτρια βρίσκονται οι ουρητήρες μετά την είσοδο τους στην μικρή πύελο.

Από την ανάκαμψη του πευλικού περιτοναίου και το σχηματισμό των πρόσθιων και οπίσθιων πετάλων των πλατεών συνδέσμων σχηματίζονται δύο χώροι. Ο ένας βρίσκεται ανάμεσα από την ουροδόχο κύστη και την πρόσθια επιφάνεια της μήτρας και λέγεται κυστεομητριακό κόλπωμα ή οπίσθιος δουγλάσιος χώρος (από τον Douglas που πρώτος τον περιέγραψε). Και άλλος ανάμεσα από την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας και το ορθό και λέγεται ευθυμήτριο κόλπωμα ή οπίσθιος δουγλάσιος χώρος. Κάτω από τον οπίσθιο δουγλάσιο χώρο υπάρχει το ευθυλοκολπικό κόλπωμα ή πυθμένας του δουγλάσιου, γιατί το περιτόναιο της οπίσθιας επιφάνειας του τραχήλου συνεχίζει την πορεία του καλύπτοντας και το ανώτερο μέρος του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Πλάγιοι σύνδεσμοι:

Αυτοί είναι δύο και εκτείνονται από τα πλάγια πευελικά τοιχώματα προς τον κόλπο και την υπερκολπική μοίρα του τραχήλου. Ιερομητριάιοι σύνδεσμοι:

Αυτοί είναι δύο και εκφύονται από την περιοχή της πυελικής επιφάνειας του ιερού οστού στο ύψος του 3ου - 4ου σπονδύλου, περιβάλλουν το ορθό και εκφύονται στο κατώτερο τμήμα της οπίσθιας επιφάνειας της μήτρας, στο ύψος του εσωτερικού τραχηλικού στομίου.

Μητροκυοτικοί σύνδεσμοι:

Αυτοί είναι δύο, αντιστοιχούν στους ιερομητριάιους συνδέσμους και εκτείνονται από το κάτω μέρος της πρόσθιας επιφάνειας της μήτρας ως την βάση της ουροδόχου κύστης. Ανελκυστήρας μυς:

Αυτός ανήκει στους εσωτερικούς μυς του περινέου και μαζί με ολόκληρο το πευελικό έδαφος, συμβάλλει στην στήριξη της μήτρας. (Παπανικολάου., 1994, σελ. 8-31)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας

2.1 Ορμονικό σύστημα της γυναίκας

Στο ορμονικό σύστημα της γυναίκας λαμβάνουν μέρος τρεις κατηγορίες ορμονών:

A) Η υποθαλαμική ορμόνη: GnRH ή LHRH (γοναδορελίνη) B) Οι ορμόνες της πρόσθιας υπόφυσης: ωθυλακιοτρόπος (FSH), ωχρινότροπος (LH), και προλακτίνη (PRL). Εκκρίνονται με την επίδραση της GnRH. Γ) Οι ορμόνες των ωθηκών: οιστρογόνα, προγεστερόνη. Εκκρίνονται με την επίδραση των FSH και LH.

Οι διάφορες αυτές ορμόνες δεν εκκρίνονται συνεχώς σε σταθερές ποσότητες αλλά με ρυθμό που διαφέρει σημαντικά κατά την διάρκεια των διάφορων φάσεων του κύκλου της γυναίκας. (Czygion., 1984, σελ. 728 - 736)

2.2 Μηνιαίος κύκλος

Η εμμηνόρρυσια εμφανίζεται συνήθως σε ηλικία 9 με 16 ετών και διαρκεί κατά προσέγγιση μέχρι τα 50, οπότε επέρχεται η εμμηνόπαυση. Διακόπτεται μόνο κατά τις περιόδους κύησης. Στην Ελλάδα στις περισσότερες γυναίκες αρχίζει ανάμεσα στο 11^ο - 13^ο έτος της ηλικίας και σταματάει ανάμεσα στο 45^ο - 50^ο έτος. Η εμμηνόρρυσια έρχεται στις περισσότερες γυναίκες κάθε 28 ημέρες, κρατάει 3 - 5 ημέρες περίπου και η γυναίκα στη διάρκεια της χάνει 50 - 60 γρ. αίματος. Ο χρόνος εμφάνισης της εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως την κληρονομικότητα, την φυλή, το κλίμα, την ιδιοσυγκρασία, τον τρόπο διαβίωσης, τις ασθένειες κλπ. (Παπανικολάου., 1994, σελ. 8-13)

Το κέντρο ελέγχου της εμμήνου ρύσης βρίσκεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Ο υποθάλαμος στέλνει πληροφορίες στην υπόφυση, δίνοντας έτσι εύκολη απελευθέρωση ορμονών όπως είναι η θυλακιοτρόπος (FSH) και η ωχρινότροπος ορμόνη (LH). Και οι δυο συντελούν στην ωρίμανση του ωαρίου

και προετοιμάζουν το έδαφος για τη σύλληψη. Ειδικότερα η FSH! εμφανίζει την μεγαλύτερη δράση στο πρώτο μισό του μηνιαίου κύκλου, οπότε συμβάλλει στην ωρίμανση του ωαρίου, που ακολουθεί την πιο κάτω διαδικασία. Η ωρίμανση του ωοθυλακίου παράγει οιστρογόνα κατά την ωορρηξία και το ώριμο ωάριο απελευθερώνεται από την ωοθήκη, διέρχεται μέσα από τις σάλπιγγες και κάτω από την επίδραση της οιστρογόνης και προγεστερόνης που προετοιμάζουν την λειτουργική στοιβάδα του ενδομητρίου, κατεβαίνει και εγκαθίσταται στην μήτρα οριστικά πια. Εάν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, η γυναίκα δεν συλλαμβάνει, οπότε η επίδραση των οιστρογόνων και η προγεστερόνη πέφτουν σε χαμηλά επίπεδα με αποτέλεσμα να γίνει ρήξη του ενδομητρίου και να αρχίσει η έμμηνη ρύση (που κρατά 3 μέχρι 7 ημέρες).

Όταν το επίπεδο της οιστρογόνης πέσει χαμηλά, τότε η υπόφυση ελευθερώνει FSH και ο νέος κύκλος αρχίζει πάλι. (Δετοράκης., 1999, σελ. 17-19)

- Γονιμοποίηση

Γονιμοποίηση είναι το σμίξιμο του ώριμου ωαρίου, που απελευθερώνεται μετά την ωοθυλακιωορρηξία, με το σπερματοζωάριο και ο σχηματισμός ενός νέου κυττάρου, που το ονομάζουμε ζυγώτη. Από το ζυγώτη θα προκύψει ένας νέος οργανισμός.

Κατά την διαδικασία της σεξουαλικής επαφής το σπέρμα με ρυθμό περίπου 360 εκατομμύρια σπερματοζωάρια ανά εκσπερμάτωση εναποτίθεται μέσα στον γυναικείο κόλπο. Το σπέρμα ταξιδεύει με ταχύτητα περίπου 1 έως 5 mm το λεπτό. Όταν το σπέρμα φτάσει στο ωάριο περιβάλλει την εξωτερική του επιφάνεια. Προσπαθώντας να μπει μόνο το πιο δυνατό σπερματοζωάριο μπορεί να διασωθεί από την τοξικότητα των κολπικών εκκρίσεων και να προσβάλλει τον προστατευτικό ακτινωτό στέφανο που περιβάλλει το ωάριο. Με επαναλαμβανόμενες επιθέσεις το σπέρμα απελευθερώνει ένζυμα (υαλουρονιδάση) και σταδιακά διασπά την προστασία του ωαρίου. Τέλος, η εκτεθειμένη περιοχή της μεμβράνης επιτρέπει σε ένα σπερματοζωάριο να εισβάλλει στο ωάριο. Ο πυρήνας του σπέρματος κινείται για να συνδυαστεί με τον πυρήνα του ωαρίου και να σχηματιστεί το ζυγωτό. Αυτή τη στιγμή τα χαρακτηριστικά που κληρονομούνται καθώς και το φύλο του νέου ατόμου αποφασίζονται και δεν μπορούν να αλλάξουν. Ο πατέρας προσδιορίζει το

φύλο, ενώ τα άλλα χαρακτηριστικά έρχονται σε συνδυασμό και από τους δύο γονείς. Σε αυτό το σημείο έχει ολοκληρωθεί η σύλληψη. (Παπανικολάου., 1994, σελ. 60 -64)

- **Εμμηνόπαυση**

Είναι η περίοδος της γυναίκας που αρχίζει ύστερα από ένα χρόνο μετά την τελευταία εμμηνορρυσία της σε ηλικία 40 - 50 χρονών. Αίτιο της εμμηνόπαυσης είναι η προοδευτική έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας. Ο μηχανισμός της αρχίζει από τότε που οι γοναδοτρόπες ορμόνες να επιδρούν στα ωοθυλάκια και επέρχεται αδυναμία ωρίμανσης τους.

Κατά την εμμηνόπαυση, η μήτρα μικραίνει από ατροφία του μυομητρίου και ανάπτυξη περισσότερου συνδετικού ιστού. Ο τράχηλος δεν παράγει βλέννα, μικραίνει και ατροφεί. (Παπανικολάου., 1994, σελ. 176- 177)

2.3 Φυσιολογία του τραχήλου της μήτρας

Ο τράχηλος της μήτρας μοιάζει με μια βιολογική βαλβίδα που επιτρέπει την είσοδο των σπερματοζωαρίων στη μητρική κοιλότητα σε ορισμένες φάσεις του κύκλου. Παίζει δηλαδή και παθητικό και ενεργητικό ρόλο όσον αφορά τη διείσδυση των σπερματοζωαρίων.

Στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου της γυναίκας παρατηρείται βαθμιαία διάνοιξη του έσω τραχηλικού στομίου που σκοπό έχει, όπως είναι ευνόητο, τη διευκόλυνση της γονιμοποίησης την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας. Έτσι, ενώ στην αρχή της παραγωγικής φάσης του κύκλου είναι τελείως κλειστό, κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας φτάνει στο διπλάσιο της αρχικής διαμέτρου του. Αυτό γίνεται γιατί, κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων, ο μυϊκός τόνος στο έσω τραχηλικό στόμιο προοδευτικά ελαττώνεται.

Μεταβολές, όμως εμφανίζονται και στο επιθήλιο της τραχηλικής κοιλότητας, που συνίστανται κυρίως σε αύξηση του ύψους των κυττάρων των ενδοτραχηλικών αδένων στην αντίστοιχη αύξηση της εκκρίσεως της τραχηλικής βλέννας. Παράλληλα μ' αυτή την ποσοτική επίδραση των οιστρογόνων πάνω στην παραγωγή της τραχηλικής βλέννας υπάρχει και

ποιοτική μεταβολή. Πράγματι, όσο πλησιάζουμε προς τη στιγμή της ωοθυλακιορρηξίας αυτή γίνεται διαυγέστερη και αποκτά τελικά την χαρακτηριστική σαν φύλλα φτέρης κρυστάλλωση τη στιγμή της ρήξεως του ωοθυλακίου. Φαίνεται ότι το φαινόμενο της κρυστάλλωσης της βλέννας οφείλεται σε ανόργανα στοιχεία και πιο ειδικά στο χλωριούχο νάτριο, η δε κρυστάλλωση θεωρείται γενικά φαινόμενο έντονης οιστρογονικής επίδρασης. Αντίστοιχα με την κρυστάλλωση επηρεάζεται και η ελαστικότητα και η εκτασιμότητα της τραχηλικής βλέννας που φθάνει ακόμα και τα 20 έως 25 εκατοστά τη μέρα της ωοθυλακιορρηξίας.

Η μεταβολή αυτή την ημέρα της ωοθυλακορρηξίας εξασφαλίζει τις ιδανικότερες προϋποθέσεις για τη διείσδυση των σπερματοζωαρίων μέσα από την τραχηλική βλέννα στη μητρική κοιλότητα. Μετά την 14η ημέρα του κύκλου η βλέννα παθαίνει και πάλι ορισμένες μεταβολές, που αποδίδονται στην προγενεστερονική δράση και χαρακτηρίζονται κυρίως από καταστροφή της κρυστάλλωσης, ελάττωση της εκτασιμότητας και διήθηση από πολυμορφοπύρηννα σε συνδυασμό με σημαντική ελάττωση της ποσότητας της, ώστε τις παραμονές της εμμηνορρυσίας να μην υπάρχει στο τραχηλικό στόμιο παρά ελάχιστη ποσότητα.

Το ΡΗ της τραχηλικής βλέννας από καθαρά αλκαλικό (7,5) που είναι στην διάρκεια της πρώτης φάσης του κύκλου γίνεται λιγότερο αλκαλικό και μερικές φορές και όξινο μετά την ωοθυλακιορρηξία και ακόμη περισσότερο προς το τέλος της δεύτερης φάσης. Όπως φαίνεται λοιπόν, και ο τράχηλος της μήτρας επηρεάζεται λειτουργικά από τις ωοθηκικές ορμόνες και παρουσιάζει κι αυτός του κύκλου του, με αποκορύφωμα το τέλος της πρώτης φάσης, που συμπίπτει με την ωοθυλακιορρηξία και χαρακτηρίζει το μέγιστο της οιστρογονικής δραστηριότητας και με ολοκλήρωση στη δεύτερη φάση που συμπίπτει με την παράλληλη επίδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης.

Στο ενδοτραχηλικό επιθήλιο, το οποίο επενδύει τις διάφορες μικροκρύπτες και σχισμές του τραχήλου της μήτρας παράγεται κάτω από την επίδραση των ορμονών της ωοθήκης η τραχηλική βλέννα. Αλλά και η χημική σύσταση της βλέννας παρουσιάζει μεταβολές στη διάρκεια του κύκλου. Βασικά η βλέννα αποτελείται από νερό, πρωτεΐνες, ανόργανα συστατικά και ένζυμα. Η περιεκτικότητα σε νερό βρίσκεται στη μεγαλύτερη αναλογία της

κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας ενώ είναι ελαττωμένη στην αρχή και στο τέλος του κύκλου. Αντίστοιχες μεταβολές παρουσιάζουν και οι διάφορες οργανικές και ανόργανες ουσίες της τραχηλικής βλέννας.

Πριν από την ωοθυλακιορρηξία η τραχηλική βλέννα είναι παχύρρευστη και γεμάτη λευκοκύτταρα. Τη στιγμή όμως της μεγαλύτερης οιστρογονικής παραγωγής που αντιστοιχεί στην εκκριτική αιχμή της LH η βλέννα γίνεται λεπτορρευστη, πιο υδαρή, αλκαλικότερη και χωρίς κανένα κυτταρικό στοιχείο μέσα της. Οι μεταβολές είναι χαρακτηριστικές και χρησιμοποιούνται σαν δείκτες για διαπίστωση της ωοθυλακιορρηξίας. Μεταβολή επίσης γίνεται στην οξεοβασική ισορροπία δηλαδή στο PH της βλέννας, το οποίο από ελαφρώς όξινο μετατρέπεται σε αλκαλικό κατά την ωοθυλακιορρηξία. (Αραβαντινός., 1982, σελ. 62 - 67)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Επιδημιολογία - Αιτιολογικοί

παράγοντες

3.1 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τρίτος κατά σειρά συχνότητας καρκίνος στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου. Η μέση ηλικία των γυναικών που εμφανίζουν καρκίνο του τραχήλου κυμαίνεται μεταξύ 48 και 52 ετών. Η θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου έχει ελαττωθεί κατά 50% στα τελευταία χρόνια και η συχνότητα της προχωρημένης νόσου κατά τη διάγνωση έχει ελαττωθεί κατά 70% στο ίδιο χρονικό διάστημα. Αυτό είναι αποτέλεσμα της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας στην οποία έχει συμβάλει κατά πολύ το test Παπανικολάου. Οι συχνότερες μορφές του καρκίνου τραχήλου της μήτρας είναι ο επιθυλάκιος καρκίνος 90% των περιπτώσεων που αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου και το αδενοκαρκίνωμα 10% των περιπτώσεων που εμφανίζεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού. (<http://www.medlook.net>).

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι συχνότερος σε παντρεμένες και σε πολύτοκες γυναίκες σε αντίθεση με τον καρκίνο του σώματος της μήτρας που παρατηρείται συχνότερα σε άτοκες. Δεν έχει παρατηρηθεί ποτέ σε παρθένες και πιο συχνά εμφανίζεται σε νέες γυναίκες ηλικίας 35 - 44 ετών, με πολλούς ερωτικούς συντρόφους. (Ανθούλη., 2001, σελ. 176- 190)

Το 1991 στην Ελλάδα είχαμε 442 καταγεγραμμένες περιπτώσεις καρκίνου τραχήλου της μήτρας, το 1994 ο αριθμός αυξήθηκε σε 1.129, ενώ το 1995 τα κρούσματα έφτασαν τα 1.357, το 1996 επίσης ανευρέθηκαν 640 περιπτώσεις. Στην Ελλάδα ετησίως ανακοινώνονται 800 νέες περιπτώσεις, ενώ το 1996 διαγνώστηκαν παγκοσμίως 525.000 νέες περιπτώσεις, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 5% όλων των νέων περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου μήτρας. Συνολικά το 80% των περιπτώσεων αφορά επίσης χώρες του τρίτου κόσμου. (Π.Ο.Υ. 1997), (Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια... 2002, σελ. 92- 95)

Κάθε χρόνο 14.000 νέες γυναίκες εμφανίζουν αυτό το καρκίνωμα στις ΗΠΑ και περίπου 11.000 στην Γαλλία. Αντίστοιχα, κάθε χρόνο 53.000 νέες

περιπτώσεις in situ καρκινώματος του τραχήλου αναγνωρίζονται στις ΗΠΑ και 35.000 στην Γαλλία. (Σπηλιώτης., 1999, σελ. 350-351)

3.2 Αιτιολογικοί - προδιαθετικοί παράγοντες

- **Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων, HPV (Human Papilloma Virus)**

Η οικογένεια των ιών των ανθρωπίνων θηλωμάτων, HPV (Human Papilloma Virus), μπορεί να προσβάλει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες.

Οι ιοί HPV προκαλούν θηλώματα και κονδυλώματα στο δέρμα των ποδιών και των χεριών όπως επίσης και στα γεννητικά όργανα και στην πρωκτική περιοχή.

Τα θηλώματα είναι όγκοι που φαίνονται σαν εξογκώματα στις περιοχές που αναπτύσσονται. Είναι καλοήθεις όγκοι αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις και όταν προκαλούνται από ορισμένα στελέχη της οικογένειας των ιών HPV, μπορούν να εξελιχθούν προς καρκίνο.

Οι ιοί HPV που προσβάλλουν τα πόδια ή τα χέρια είναι διαφορετικοί από αυτούς που προσβάλλουν τα γεννητικά όργανα.

Τα στελέχη της οικογένειας των ιών HPV που προσβάλλουν τα γεννητικά όργανα μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής επαφής και το κάνουν χωρίς να προκαλέσουν οποιαδήποτε συμπτώματα στον ασθενή.

Ορισμένες ομάδες των ιών HPV (τύποι 16, 18, 31 και 33) που προσβάλλουν τα εσωτερικά γυναικεία γεννητικά όργανα και ιδιαίτερα τον τράχηλο της μήτρας (που είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας), αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο για καρκίνο του οργάνου αυτού.

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι ορισμένοι ιοί της οικογένειας HPV μπορούν να αυξήσουν μέχρι και 100 φορές τον κίνδυνο για καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Σε μια τέτοια έρευνα που έγινε στην Ολλανδία βρέθηκε ότι σε 55 από 77 γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου, υπήρχε ο ιός HPV.

Όταν μάλιστα οι ερευνητές προχώρησαν να αναγνωρίσουν τα στελέχη των ιών, διαπίστωσαν ότι ο τύπος 16 του ιού HPV αύξανε κατά 100 φορές τον κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν προσβληθεί από τον ιό.

Οι γυναίκες που είχαν προσβληθεί με τους τύπους 18, 31 και 33 των ιών HPV, είχαν 50 φορές υψηλότερο κίνδυνο να εκδηλώσουν καρκίνου τραχήλου μήτρας.

Ο κίνδυνος για τον καρκίνο αυτό, αυξάνεται με την ηλικία. Ωστόσο, είναι ο δεύτερος πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες κάτω των 35 ετών.

Οι ιοί HPV οι οποίοι προκαλούν κονδυλώματα στις εξωτερικές και πρωκτικές περιοχές δεν προκαλούν καρκίνο.

Πρόσφατες εξελίξεις

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων, HPV 18, αυξάνει σημαντικά την θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (01-05-2001).

Η ομάδα των ιών των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV (Human Papilloma Virus) προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ένα είδος των ιών αυτών, ο ιός HPV 18, προκαλεί διπλάσια θνησιμότητα λόγω του τραχηλικού καρκίνου που δημιουργεί σε σύγκριση με την θνησιμότητα που προκαλείται από τους άλλους καρκινογόνους ιούς HPV.

Ο ιός HPV 18 είναι ο δεύτερος πιο συχνός παράγοντας που προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η πλειονότητα των καρκίνων αυτών προκαλείται από τον HPV 16.

Το σημαντικό αυτό εύρημα πηγάζει από μια μελέτη που έκαναν Αμερικανοί γιατροί από το 1986 μέχρι το 1997 στην Ουάσιγκτον. Συμμετείχαν 399 γυναίκες που διαγνώσθηκαν με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και οι οποίες παρακολουθήθηκαν για 4 χρόνια. Στα δείγματα των όγκων έγινε έρευνα με μέθοδο μοριακής βιολογίας για να βρεθεί κατά πόσον περιείχαν ή όχι τον ιό της ομάδας HPV.

Από τις ασθενείς αυτές, 86 είχαν καρκίνο που είχε σχέση με τον ιό HPV 18. Άλλες 210 είχαν καρκίνο που είχε σχέση με τον ιό HPV 16. Οι ασθενείς που είχαν στον όγκο τους τον ιό HPV 18 είχαν περισσότερη από διπλάσια θνησιμότητα σε σχέση με αυτές που είχαν τον ιό HPV 16.

Σύμφωνα με τους γιατρούς που έκαναν τη μελέτη αυτή, τα ευρήματα αυτά έχουν σημαντικές κλινικές προεκτάσεις. Κατ' αρχήν είναι πιθανόν ότι ο έλεγχος και η ανίχνευση του ιού HPV και των διαφόρων τύπων του στις γυναίκες, να έχει σημασία. Η παρουσία του HPV 18, μπορεί οδηγή στη

χορήγηση περισσότερο επιθετικής θεραπείας δεδομένου ότι οι όγκοι με τον ιό αυτό έχουν χειρότερη πρόγνωση.

Όμως παραμένει ακόμη να αποδειχθεί με κλινικές μελέτες εάν η χορήγηση περισσότερης ή πιο επιθετικής θεραπείας, πράγματι προσφέρει μεγαλύτερη επιβίωση, σε γυναίκες με καρκίνο λόγω του HPV 18. Είναι σίγουρο ότι τώρα, με βάση τα δεδομένα αυτά, είναι πρόωρο να αλλάξει η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών .

Πρόσφατα έχει γίνει λόγος για συστηματική ανίχνευση του ιού HPV στις γυναίκες. Ήδη κυκλοφορούν ειδικά τεστ για την ανίχνευση του ιού αυτού αλλά είναι γενικού τύπου και δεν διευκρινίζουν τον ακριβή τύπο του ιού.

Το θέμα, του κατά πόσο πρέπει να γίνεται συστηματικά ανίχνευση σε όλες τις γυναίκες του ιού HPV, αποτελεί αντικείμενο επίμαχων συζητήσεων. Όμως για αυτές, που έχουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας φαίνεται ότι υπάρχει ομογνωμία για να γίνεται η ανίχνευση και τυποποίηση του ιού αυτού.

Επίσης στις περιπτώσεις που υπάρχει δυσπλασία η οποία ανιχνεύεται στο τεστ Παπανικολάου μπορεί να μελετηθεί η λήψη θεραπευτικών μέτρων εάν διαπιστωθεί ότι υπάρχει στη συγκεκριμένη γυναίκα ο ιός HPV 18.

Ένα άλλο σημαντικό ερώτημα που προκύπτει από τη μελέτη αυτή είναι το κατά πόσο θα ήταν χρήσιμο να γίνεται εμβολιασμός εναντίον του ιού HPV. Υπάρχουν 100 διαφορετικά είδη του ιού αυτού αλλά ο εμβολιασμός θα μπορούσε να γίνει για τους περισσότερο επιθετικούς και επικίνδυνους τύπους όπως για τους HPV 18 και HPV 16.

Το πρόβλημα για τους εμβολιασμούς αυτούς είναι ότι είναι άγνωστο εάν βοηθούν ή όχι. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για το θέμα αυτό όπως επίσης για τους μηχανισμούς που οδηγούν στην καρκινοποίηση από τους ιούς HPV και για την αυξημένη θνησιμότητα που προκαλεί ο ιός HPV 18.

Το άρθρο αυτό, "Human Papillomavirus and prognosis of invasive cervical cancer: A population based study" δημοσιεύτηκε στο Journal of Clinical Oncology, τον Απρίλιο του 2001.

Τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής είναι πολύ σημαντικά. Επιτρέπουν να αναγνωριστούν ομάδες γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ο οποίος προκλήθηκε από τον ιό HPV 18, οι οποίες έχουν χειρότερη πρόγνωση και για τις οποίες θα πρέπει μελλοντικές θεραπευτικές δοκιμές να προσδιορίσουν καλύτερη αντιμετώπιση.

β Σεξουαλική δραστηριότητα

Οι γυναίκες που ήσαν σεξουαλικά δραστήριες σε μια νεαρή ηλικία και που είχαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους έχουν περισσότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν τον καρκίνο αυτό. Όσο νωρίτερα στην ηλικία αρχίσει την σεξουαλική δραστηριότητα μια γυναίκα τόσο περισσότερο είναι αυξημένος ο κίνδυνος της για την ασθένεια. Το ίδιο επίσης ισχύει με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων με αποτέλεσμα, αυτές με πολλούς να έχουν περισσότερο κίνδυνο. Να σημειωθεί ότι ο καρκίνος αυτός είναι σπάνιος στις παρθένες. Πιστεύεται ότι ο αυξημένος κίνδυνος στις γυναίκες με πολλούς ερωτικούς συντρόφους και σε αυτές που αρχίζουν σε μικρή ηλικία το σεξ, έχει σχέση με την μόλυνση με τον ιό HPV, ο οποίος μεταδίδεται κατά τη σεξουαλική επαφή. (<http://www.medlook.net>)

Σε μια έρευνα που έγινε την τελευταία δεκαετία στην Ιταλία βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή σε ηλικία μικρότερη των 17 χρόνων, είχαν 5,4 μεγαλύτερη πιθανότητα για διηθητικό καρκίνο και 2,4 μεγαλύτερη πιθανότητα για τοπικό (IN SITU) καρκίνο από ότι οι γυναίκες που είχαν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή σε ηλικία πάνω των 23. Επίσης 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για διηθητικό ή τοπικό καρκίνο, έχουν οι γυναίκες που είχαν τρεις και παραπάνω ερωτικούς συντρόφους σε σύγκριση με αυτές που είχαν έναν ή κανένα ερωτικό σύντροφο. Άλλη μια έρευνα που έγινε την τελευταία δεκαετία στις ΗΠΑ απέδειξε ότι όσες γυναίκες είχαν εννιά και παραπάνω ερωτικούς συντρόφους, είχαν τριπλάσια πιθανότητα να αποκτήσουν καρκίνο τραχήλου από ότι οι γυναίκες που η πρώτη τους συνουσία έγινε σε ηλικία κάτω των 22 χρόνων.

β Κάπνισμα

Πριν από δέκα χρόνια προτάθηκε ότι υπήρχε σχέση μεταξύ τσιγάρου και καρκίνου του τραχήλου. Μια σειρά ερευνών ανέφεραν ότι υπήρχε αυξημένη τραχηλική νεοπλασία στους καπνιστές. Οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν ότι αν και οι σημαντικότεροι παράγοντες πρόκλησης καρκίνου είναι η ηλικία της πρώτης συνουσίας και ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων, υπάρχει δύο φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτυχθεί καρκίνος του τραχήλου στους καπνιστές από ότι στους μη καπνιστές. Είναι

πιθανόν ότι τα καρκινογόνα στον καπνό του τσιγάρου δρουν συνεργιστικά τον HPV και οδηγούν στην εξέλιξη της τραχηλικής νεοπλασίας. (Ανθούλη., 2001, σελ. 176-190)

- **Φυλή και ηλικία γυναίκας**

Τη φυλή στην οποία ανήκει η γυναίκα, γιατί βρέθηκε πως επίσης στις Εβραίες δεν είναι τόσο πολύ συχνός. Αυτό αποδόθηκε σε κληρονομική ανοσολογική συμπεριφορά ή στην εκτέλεση επίσης περιτομής των αντρών, που δεν επιτρέπει την ανάπτυξη σμήγματος στην βαλανοποσθική αύλακα, που πιστεύεται, πως μέσα σε αυτό υπάρχει κάποιος καρκινογόνος παράγοντας, που μπορεί να είναι ιός. Ακόμη διαπιστώθηκε πως, ενώ επίσης Αφρικανές η συχνότητα είναι 50:100.000, επίσης Ισραηλινές είναι 6:100.000, και πως είναι συχνότερος στη μαύρη φυλή απ' ότι στη λευκή. (Παπανικολάου., 1987, σελ. 157)

Οι καρκίνοι που ανιχνεύονται επί του τραχήλου, οι οποίοι δεν έχουν ξαπλωθεί υπόλοιπα μέρη του σώματος είναι αυξημένοι στις ηλικίες από 20 έως 30 ετών. Μετά από τα 25, αυξάνονται ανάλογα με την ηλικία τα περιστατικά διεισδυτικού καρκίνου.

- * **Χλαμύδια**

Οι γυναίκες οι οποίες μολύνονται με τα χλαμύδια, έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Τα χλαμύδια είναι μια ομάδα βακτηριδίων, των οποίων το επιστημονικό όνομα είναι *Chlamydia Trachomatis*, που μεταδίδονται κυρίως διαμέσου της σεξουαλικής επαφής.

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα Σουηδών γιατρών, οι γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τα χλαμύδια, παρουσιάζουν 17 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες που δεν έχουν μολυνθεί από τα βακτηρίδια αυτά.

Τα χλαμύδια είναι από τις συχνότερες, σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο, καταγράφονται 3 εκατομμύρια νέων περιστατικών σε γυναίκες, άνδρες και παιδιά.

Η ασθένεια μεταδίδεται δια μέσου της σεξουαλικής επαφής (κολπικής ή πρωκτικής). Πολύ σπάνια δια μέσου των χεριών, μπορεί να μεταδοθεί και στα μάτια.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι τα χλαμύδια μπορούν να μεταδοθούν στο παιδί κατά τη γέννηση του. Τα μικρόβια προσβάλλουν το νεογνό κατά τη διέλευση του από το γεννητικό σωλήνα.

Οι Σουηδοί γιατροί στην έρευνα τους, διαπίστωσαν ότι μεταξύ των γυναικών που παρουσίασαν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το 8% είχε ιστορικό μόλυνσης με τα χλαμύδια. Στην έρευνα τους, καμιά από τις γυναίκες που δεν είχε καρκίνο του τραχήλου, παρουσίαζε ιστορικό μόλυνσης με χλαμύδια.

Η άποψη τους είναι ότι τα βακτηρίδια αυτά αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου, λόγω της αλλοίωσης των νοσολογικών ανωμαλιών που προκαλούν στα προσβαλλόμενα όργανα.

Επιπρόσθετα τονίζουν ότι είναι πιθανόν ότι τα χλαμύδια από μόνα τους, να μη μπορούν να προκαλέσουν τον καρκίνο, αλλά συνεργούν με άλλους νοσηρούς παράγοντες οδηγώντας έτσι στον καρκίνο.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας σχετίζεται και με άλλες μολυσματικές ασθένειες που μεταδίδονται δια μέσου του σεξ.

Η οικογένεια των ιών HPV προκαλεί καρκίνο του τραχήλου αλλά όπως και στην περίπτωση των χλαμύδια, δεν σημαίνει ότι οποιαδήποτε γυναίκα μολυνθεί από το μικρόβιο τότε κατ' ανάγκη θα παρουσιάσει καρκίνο. Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που τροποποιούν την τελική εξέλιξη.

Όπως και στην περίπτωση των ιών HPV, έτσι και με τα βακτηρίδια χλαμύδια, ενώ είναι μεγάλος ο αριθμός των γυναικών που μολύνονται, μόνο ένας μικρός αριθμός από αυτές θα παρουσιάσει καρκίνο τραχήλου μήτρας.
(<http://medlook.net>)

» Διατροφή

Λίγες επιδημιολογικές έρευνες έχουν ασχοληθεί με τη σχέση διατροφής και καρκίνου του τραχήλου. Στις ΜΠΑ, 19 θρεπτικά συστατικά αξιολογήθηκαν σε μια διατροφική έρευνα η οποία έδειξε ότι υπάρχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ συγκέντρωσης βιταμίνης C στον οργανισμό και σεξουαλικής

δραστηριότητας. Η ίδια έρευνα έδειξε ότι άτομα με καρκίνο του τραχήλου είχαν μικρή ποσότητα βιταμίνης Α και ρετινόλης στον οργανισμό.

Σε μια μεγαλύτερη έρευνα που έγινε πάλι στις Η ΠΑ, βρέθηκε ότι το λίπος έχει ανάλογη σχέση με την αύξηση του καρκίνου του τραχήλου, ενώ η β-καροτίνη έχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση με τον καρκίνο του τραχήλου. Επίσης η ελάτπωση του φυλλικού οξέος σε γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά έχει άμεση σχέση με την αύξηση του καρκίνου του τραχήλου. Είναι ευνόητο επομένως ότι η διατροφή πλούσια σε β-καροτίνη, σε βιταμίνες και λαχανικά βοηθά στην εξασφάλιση της υγείας και πιθανώς στην πρόληψη του καρκίνου, εφόσον διατηρηθούν σε χαμηλά επίπεδα και οι άλλοι παράγοντες πρόκλησης καρκίνου του τραχήλου.

β Αντισυλληπτικά

Η σχέση μεταξύ αντισυλληπτικών και τραχηλικής νεοπλασίας έχει μελετηθεί από πολλές επιδημιολογικές έρευνες. Σύμφωνα με αυτές συμπεραίνεται ότι η χρήση αντισυλληπτικών για 10 χρόνια ή και παραπάνω, αυξάνει δύο φορές την πιθανότητα καρκίνου του τραχήλου. (ΑνΘούλη., 2001, σελ. 176- 190)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Κορφές καρκίνου τραχήλου της μήτρας - Σταδιοποίηση

4.1 Ανατομική παθολογική διάκριση καρκίνου

α) Υπερπλασία

Είναι η αύξηση του αριθμού φυσιολογικών κυττάρων που είναι αναστρέψιμη, όπως π.χ. το επιθήλιο του μαστικού αδένα στην εγκυμοσύνη.

β) Μετακλάσια

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

γ) 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, π.χ. η αποδιοργάνωση και πάχυνση του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας μετά από τραχηλίτιδα.

δ) Αναπλασία

Είναι η μεγαλύτερη αύξηση της ποικιλίας στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων από ότι στη δυσπλασία και η ύπαρξη υπερχρωματικών πυρήνων και πυρηνοκινηστών, που δεν είναι αναστρέψιμη και παρατηρείται στις κακοήθεις νεοπλασίες.

4.2 Ιστολογική διάκριση καρκίνου

α) Δυσπλασία ή τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία και κονδύλωμα

Σε αυτή βρίσκουμε άτυπα κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και διακρίνεται σε ελαφρά (CIN I), μέτρια (CIN II) και βαριά (CIN III), ανάλογα με το πάχος του επιθηλίου που περιέχει τα άτυπα κύτταρα.

Ειδικότερα, στην ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου στους τρεις τύπους της διακρίνουμε:

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

Στον CIN II 20 άνω 1/3 του πλακώδους επιθηλίου είναι ώριμο και καλά διαφοροποιημένο αλλά μερική ατυπία στους πυρήνες, ενώ τα κύτταρα στα κάτω 2/3 εμφανίζουν παθολογικές μιτωτικές εικόνες.

Στον CIN III υπάρχει ωριμότητα στα κύτταρα εντοπισμένη στο πάνω 1/3 του επιθηλίου ανωμαλίες πυρήνων και μιτωτικές εικόνες σε όλο το πάχος του επιθηλίου. *{Παπανικολάου., 1994, σελ. 252- 262}*

Αν και τα οξυτενή κονδυλώματα είναι ένας καλοήθης σχηματισμός, συνήθως με πολυπλοειδικό DNA και με τάση υποχώρησης με την πάροδο του χρόνου, έχουν υψηλό δείκτη επικινδυνότητας για εξέλιξη σε ενδοεπιθηλιακή τραχηλική νεοπλασία (CIN). Από τις βιοψίες αποδεικνύεται ότι τουλάχιστον το 20% των γυναικών με εμφανή οξυτενή κονδυλώματα έχουν και συνύπαρξη CIN. Αντίθετα, το 1/3 των επιπέδων κονδυλωμάτων υποχωρεί, το 1/3 ανταποκρίνεται σε απλές διαγνωστικές μεθόδους όπως η βιοψία, ενώ το τελευταίο 1/3 παραμένει, παρουσιάζοντας επιθηλιακή ατυπία και συχνά επεκτείνεται αυξάνοντας τον κίνδυνο εξέλιξης σε νεοπλασία. Η κλινικοπαθολογική απόδειξη για μια σχέση ανάμεσα στα κονδυλώματα και το CIN είναι ποικίλη. Έχει αποδειχθεί ότι το 37% των CIN αλλοιώσεων αναπτύσσεται σε έδαφος κονδυλωματώδους τραχηλίτιδας. Επίσης, DNA των HPV ιών ανιχνεύεται στο 80 - 90% των αλλοιώσεων τύπου CIN III και των διηθητικών καρκίνων του τραχήλου.

Το κονδύλωμα του τραχήλου και το CIN είναι ασθένειες νεαρών γυναικών με παράγοντες κινδύνου χαρακτηριστικούς των σεξουαλικά

μεταδιδόμενων ασθενειών. Πάνω από το 65% των ασθενειών με γεννητικά κονδυλώματα έχουν ηλικία από 15-29 χρονών. Τα άτομα ηλικίας 20 - 24 χρόνων τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες θεωρούνται ομάδες υψηλού κινδύνου. Το 60 - 80% των σεξουαλικών συντρόφων, ατόμων μολυσμένων με HPV αναπτύσσει γεννητικά κονδυλώματα και κατά συνέπεια την ασθένεια. Η περίοδος επώασης είναι περίπου 2 - 3 μήνες.

Η εμφάνιση CIN σε κάθε γυναίκα έχει άμεση σχέση με το σεξουαλικό ιστορικό της συντρόφου. Δηλαδή, αν ο ερωτικός της σύντροφος ανήκει ή όχι σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Ως ομάδες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται οι άνδρες που έχουν:

1. καρκίνο των γεννητικών οργάνων (κυρίως πέους)
2. σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια (ειδικότερα κονδύλωμα του πέους ή της ουρήθρας)
3. προηγούμενη σύντροφο με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας
4. πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους.

Όλα αυτά υποστηρίζουν ότι το CIN είναι μεταδιδόμενη νεοπλασία.

Η μόλυνση από συγκεκριμένους τύπους HPV δεν είναι αρκετή για τη δημιουργία τραχηλικού καρκίνου. Συνήθως για να εξελιχθεί σε καρκίνο μια HPV τραχηλίτιδα πρέπει να περάσει κάποια χρονική περίοδος 20 - 50 ετών. Επιπρόσθετα, δευτερογενείς παράγοντες όπως ανεφέρθη παραπάνω, επηρεάζουν την εξέλιξη αυτή. Επειδή η πρόβλεψη της ομάδας ασθενών με CIN αλλοιώσεις του τραχήλου που θα εξελιχθεί σε επιδερμοειδές καρκίνωμα δεν είναι δυνατή, ακόμα και όταν α CIN αλλοιώσεις έχουν παραμείνει σταθερές για μεγάλο χρονικό διάστημα, κρίνεται σκόπιμη η άμεση αντιμετώπιση της HPV τραχηλίτιδας με CIN αλλοιώσεις, ώστε να εμποδιστεί η ανάπτυξη του επιδερμοειδούς καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Is> χ^>

-v^r^

A.* κ4

Λ.

'*A> J-

J*Λ,C

v<''' yi**'

^?^H-v:/:

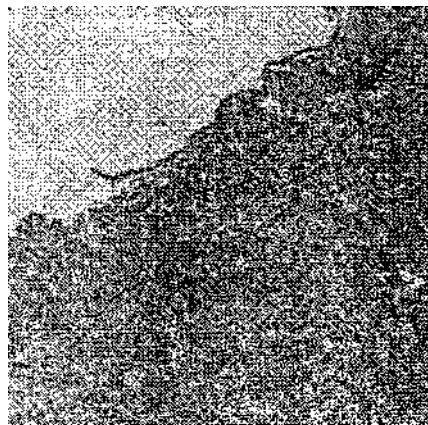
^ .**X v

/χ V

ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΜΗΤΡΑΣ: (H+E). Επίπεδο (πλατύ) κονδύλωμα (χ 40 μεγέθυνση)

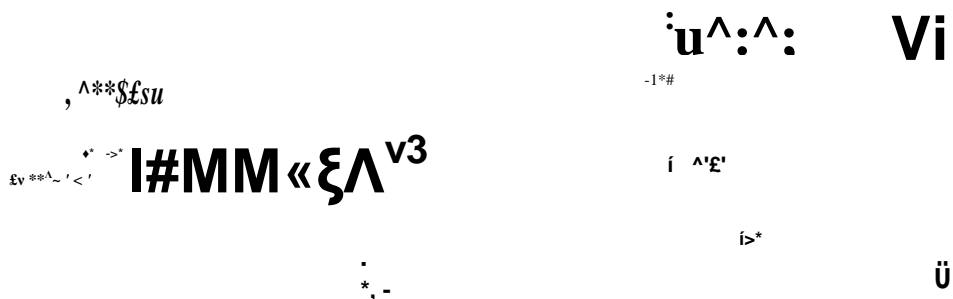
^*H/N

«κ. «α; ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΜΗΤΡΑΣ: (H+E). Οξυτενές κονδύλωμα (χ 200 μεγέθυνση). **Γυναίκα 33** ετών με ιογενή τραχηλίτιδα (HPV). Διακρίνονται οι χαρακτηριστικές αλλοιώσεις και η κοίλοκντωση (όιανντίς ζώνη) της ακανθωτής στιβάδος (I) '»



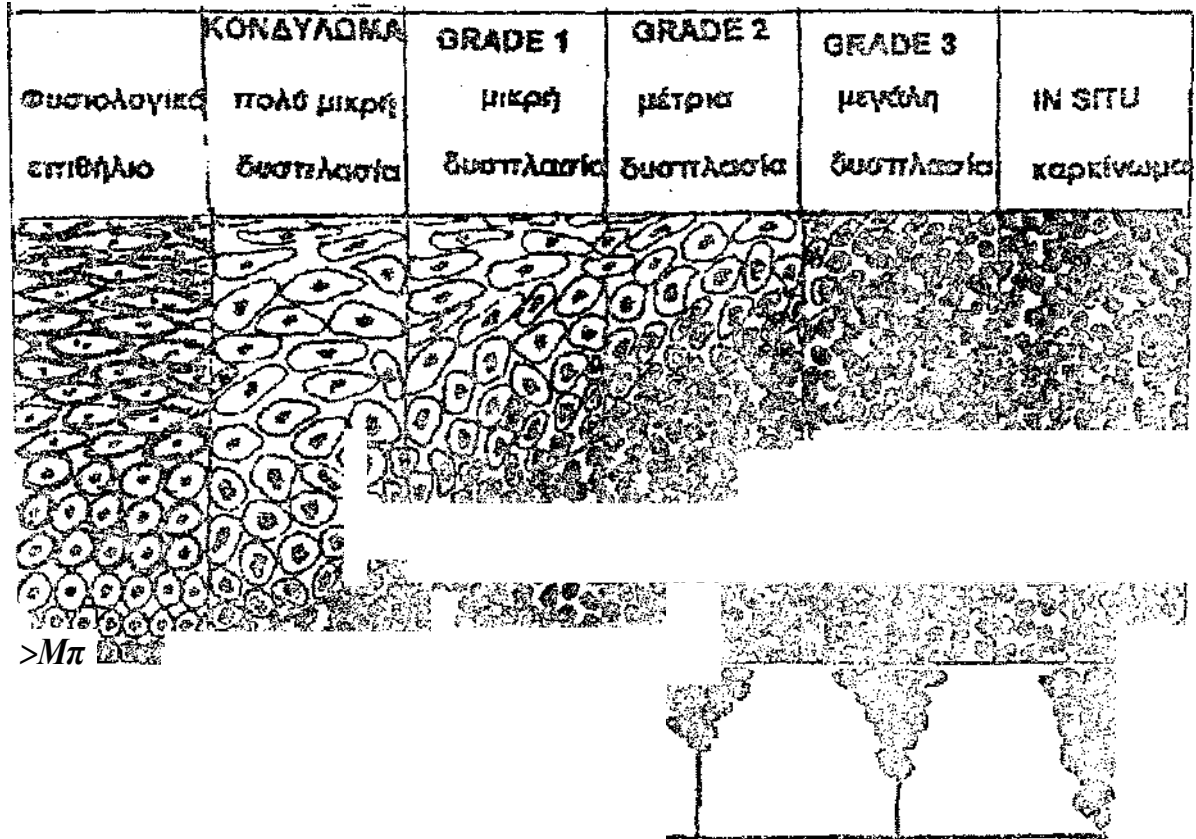
^ -4 ***^o -** 'A A- S'ij * *í? í v^ft "P
sar

ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΜΗΤΡΑΣ: (H+E). Συνύπαρξη κονδυλώματος και μέτριου βαθμού (CIN II) εν δ ο επιθηλιακής τραχηλικής νεοπλασίας (x 40 μεγέθυνση). Διακρίνεται η χαρακτηριστική θηλωμάτωση των εξωτραχηλικού βλεννογόνου.



ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΜΗΤΡΑΣ: (H+E). Κονδυλωματώδης τραχηλίτιδα με μεγάλου βαθμού (CIN III) ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις (x200 μεγέθυνση). Διακρίνονται νεοπλασματικά κύτταρα με βαθνχρωματικονς πυρήνες στο αριστερό της εικόνας, ενώ στο δεξί παρατηρούνται τα χαρακτηριστικά κοάοκύτταρα.

ΕΝΔΟΕΙΥΘΗΛΙΑΚΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΝΕΟΠΜ!



>Μπ

ΜΙΚΡΟΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑ

Σχηματική απεικόνιση των προδρόμων σταδίων του τραχηλικού καρκίνου. Τα στάδια CIN I, CINII, CIN III αντιστοιχούν σε ελαφριά, μέτρια και σοβαρή δυσπλασία αντίστοιχα, που μπορεί να φθάσει μέχρι CIS (in situ carcinoma). Χαρακτηρίζονται από αύξηση του αριθμού των αδιαφοροποίητων καρκινικών κυττάρων τα οποία έχουν πυρηνική ατυπία και από ελάττωση των επιφανειακών διαφοροποιημένων κοιλοκυττάρων καθώς αυξάνεται το στάδιο του CIN. Παλαιότερα αλλοιώσεις με πολύ ελαφρά δυσπλασία αναφερόντουσαν ως CIN I, αλλά σήμερα ορίζονται ως κονδύλωμα. Αυτές οι αλλοιώσεις περιέχουν φυσιολογικά βασικά και πα-ραβασικά κύτταρα και αυξημένο αριθμό κοιλοκυττάρων στις επιφανειακές στιβάδες του επιθηλίου. Σε αυτή την εικόνα επίσης βλέπουμε την μι-κροδιήθηση που αν και σχετίζεται με την CINIII αλλοίωση, μπορεί να ξεκινήσει από οποιοδήποτε στάδιο CIN ακόμα και κονδύλωμα.'

β) Προδιηθητικό καρκίνωμα ή in situ καρκίνωμα

Σε αυτό που όπως αναφέρθηκε, αντιστοιχεί στο CIN III, υπάρχουν άτυπα κύτταρα σε όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου. Η βασική μεμβράνη του τραχήλου, που βρίσκεται κάτω από αυτό και είναι ακύτταρη δεν έχει προσβληθεί. Με αυτή την μορφή ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει 8-10 χρόνια και να είναι ασυμπτωματικό.

γ) Μικροδιηθητικό καρκίνωμα

Σε αυτό εκτός από τις ατυπίες των κυττάρων ολόκληρου του πάχους του πλακώδους επιθηλίου, υπάρχουν σε μικρή έκταση ατυπίες στη βασική μεμβράνη και μικροδιηθήσεις με τη μορφή βελονών ή σταγόνων στον υποκείμενο χόριο, που δεν ξεπερνούν τα 3 χιλ. και δεν διηθούν αγγεία ή λε μ αγγεία.

δ) Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές καρκίνωμα

Σε αυτό ο καρκίνος διήθησε την βασική μεμβράνη και έφτασε στο μυϊκό στρώμα του τραχήλου και από αυτό προχώρησε με διήθηση η λεμφογενή ή αιματογενή μετάσταση.

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

1. Σε καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στον πρώτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία, με μεσοκυττάρια γέφυρες σφαίρες κεράτινης και μιτώσεις λιγότερες από δυο.
2. Σε μέτρια διαφοροποιημένο καρκίνωμα, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στο δεύτερο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζουν μέτρια ποικιλομορφία, λίγες μεσοκυττάρια γέφυρες και σφαίρες κεράτινης και 2 -4 μιτώσεις.
3. Σε χαμηλής διαφοροποίηση καρκίνωμα, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στον τρίτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζονται βαθυχρωματικά δεν έχουν μεσοκυττάρια γέφυρες και σφαίρες κεράτινης και μιτώσεις παραπάνω από 4.

ε) Αδενοκαρκίνωμα

Αυτό αποτελεί περίπου το 5% των καρκίνων του τραχήλου, αρχίζει από το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου, διακρίνεται σε καλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης, όπως και το επιδερμοειδές, διηθεί τους κάτω από τη βλάβη ιστούς και επεκτείνεται στη μήτρα, στον κόλπο και στα παραμήτρια. (Παπανικολάου., 1994, σελ. 253-262)

4.3 Σταδιοποίηση του καρκίνου τραχήλου μήτρας

Ανάλογα με την επέκταση του καρκινώματος διακρίνονται τα παρακάτω στάδια σύμφωνα με την κατά F.I.G.O. (International Federation of Gynecology and Obstetrics) ταξινόμηση: ΣΤΑΔΙΟ 0: Ενδοεπιθηλιακό ή τοπικό καρκίνωμα (Cancer in Situ: CINS).

Με τον όρο αυτό εννοούμε την κατάσταση εκείνη του τραχήλου στην οποία το επιθήλιο δεν παρουσιάζει την κανονική του υφή, αλλά ολόκληρο το πάχος του αποτελείται από βασικού τύπου (της βασικής στιβάδας), επιθήλια.

Η βασική μεμβράνη διατηρείται ακέραια.

Ύψος αυτός παρατηρείται σε αναλογία 30% περίπου. Θεραπευτικά γίνεται__ ινοειδής εκτομή του τραχήλου και απόξεση του ενδοτραχήλου και μόνο σε παρουσία και άλλων παρομοίων υπολειμμάτων γίνεται ριζική εξαίρεση της μήτρας με τα εξαρτήματα της (ολική υστερεκτομή). Πρόγνωση πολύ καλή (90% πενταετής επιβίωση ή ίαση).

ΣΤΑΔΙΟ I: Το καρκίνωμα περιορίζεται στον τράχηλο, υπάρχει όμως εστία μικρής αρχόμενης διάσπασης της βασικής μεμβράνης. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται:

α) το μικροδιηθητικό (εικ. 68) και

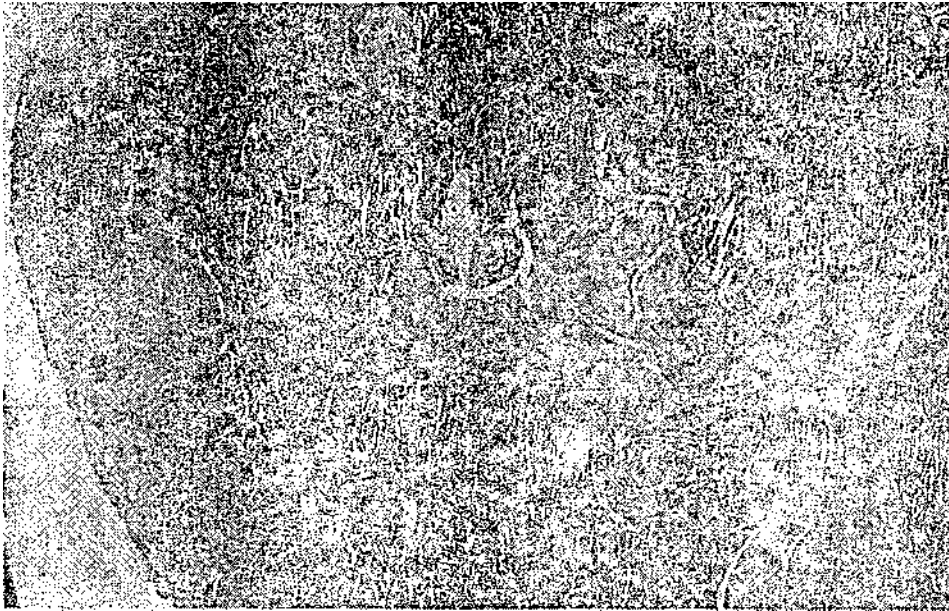
β) το λανθάνον καρκίνωμα. Πρόγνωση καλή (75% πενταετής επιβίωση).

ΣΤΑΔΙΟ II: Επέκταση του καρκίνου στην κοιλότητα της μήτρας ή στα δύο τριτημόρια του κόλπου. Πρόγνωση σχετικά καλή (50% πενταετής επιβίωση).

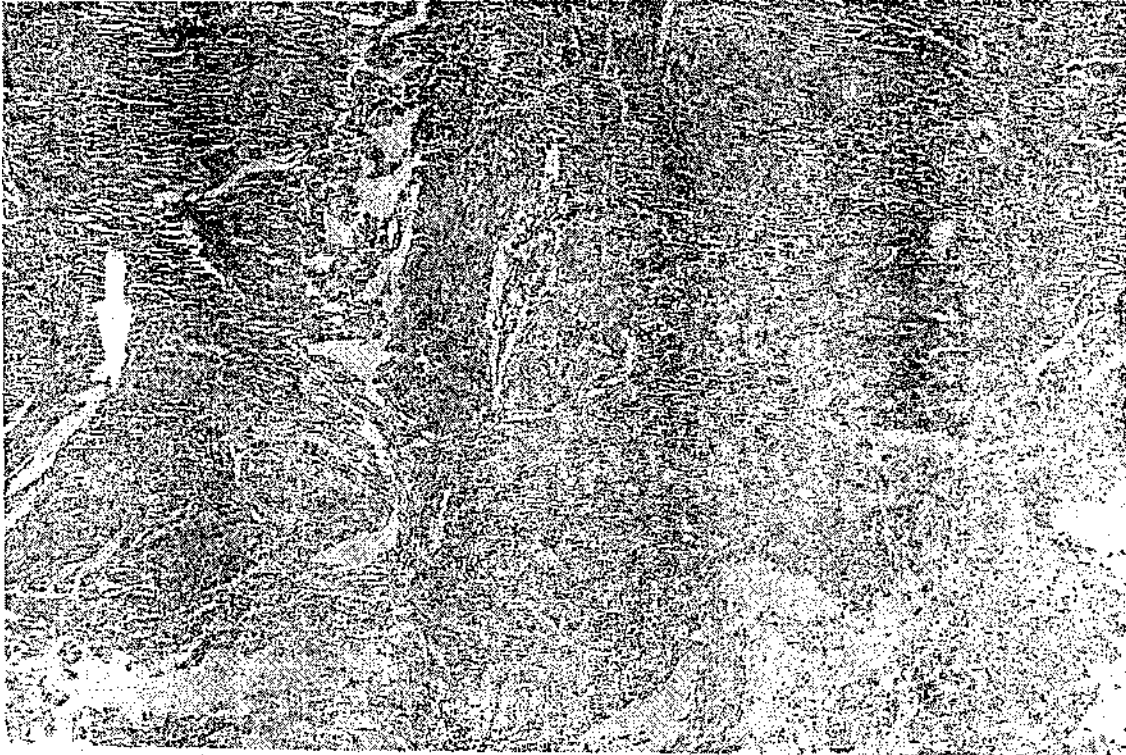
ΣΤΑΔΙΟ III: Επέκταση του καρκίνου στα πλάγια τοιχώματα με διήθηση του παραμητρίου και του πλάγιου τοιχώματος της πυέλου. Πρόγνωση μέτρια (25% πενταετής επιβίωση).

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι η κακή πορεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας οφείλεται ακριβώς στην προς τα πλάγια επέκταση του οπότε και γίνεται η διήθηση των λεμφαδένων που βρίσκονται στο γύρω από τον τράχηλο της μήτρας συνδετικό ιστό (παραμήτριο).

ΣΤΑΔΙΟ IV: Επέκταση και διήθηση της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Πολύ κακή πρόγνωση (πρακτικά ανύπαρκτη πενταετής επιβίωση).



ΤΡΑΧΗΛΙΟΣ ΜΗΤΡΑΣ: (H+E). Διακρίνονται οι χαρακτηριστικοί «μαργαριτοειδείς» σχηματισμοί (-1)



68: ΤΡΑΧΗΛΟΣΜΗΤΡΑΣ: (H+E). Μικροδιηθητικό επιδερμοειδές καρκίνωμα, ^{τον} ενδοτραχήλιον (x40μεγέθυνση) καλής κυτταρικής διαφοροποίησης (GRADEI)
Διακρίνονται οι νεοκλασματικές σφαίρες κεράτινης

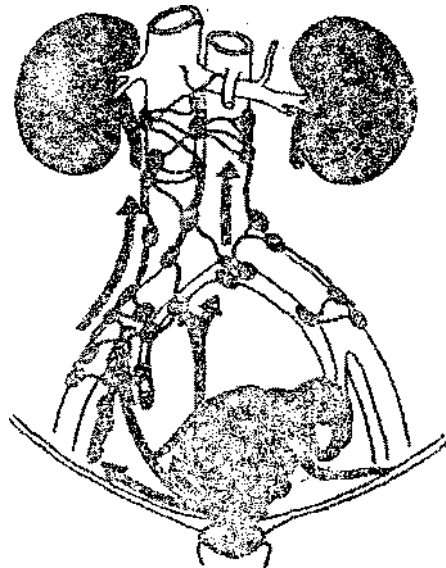
4.4 Επέκταση του όγκου του τραχήλου της μήτρας

Η επέκταση του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας κατά συνέχεια ιστού οδηγεί στην προσβολή του κόλπου, των ανωτέρω τμημάτων της μήτρας, των παραμήτριων και τελικά των γύρω οργάνων (ουροδόχου κύστης, ορθού).

Λόγω της πυκνής διάταξης λεμφαγγείων στην περιοχή μπορούν να προσβληθούν λεμφαδένες και σε περιπτώσεις μικρού σε μέγεθος καρκινώματος. Συνήθως προσβάλλονται αρχικά οι παραμητρικοί και λαγόνιοι λεμφαδένες και αργότερα οι ομάδες των προϊερών, της έξω λαγόνιου της υπογαστρικής και των παρααορτικών λεμφαδένων.

Μέσα από μαζική διήθηση των παραμητρίων προκαλείται συνένωση ή και απόφραξη των ουρητήρων, με συνέπεια την υδρονέφρωση και την νεφρική ανεπάρκεια και κατάληξη το ουραιμικό κόμμα, εξελίξεις οι οποίες συνεπάγονται και το τέλος της ασθενούς.

Αιματογενείς μεταστάσεις σε πνεύμονες, ήπαρα και οστά είναι σπάνιες και παρατηρούνται στα τελικά στάδια της νόσου. (Παπαλουκάς., 1998, σελ. 138-139)



ΑΕτχροσνfc: Φηοηορό του Κορpfrou του χραχίΜου' σκκις nusfii-
κοδς urn παραγράφους Α&υφαδέν&ς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Καρκίνος - Συμπτώματα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

5.1 Τι είναι καρκίνος;

Ο καρκίνος είναι μια πολύ παλιά αρρώστια. Μερικοί τύποι καρκίνου είναι γνωστό ότι υπάρχουν από τα προϊστορικά χρόνια. Μια αρρώστια των οστών που πιθανότατα ήταν καρκίνος, έχει βρεθεί σε οστά δεινοσαύρου και υπολογίζεται ότι είναι ηλικίας 80 εκατομμυρίων χρόνων. Σε Αιγυπτιακούς παπύρους περιγράφονται εγχειρήσεις για την θεραπεία του καρκίνου ενώ ο Ιπποκράτης αναγνωρίζει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και τον ξεχωρίζει από παρόμοιες αρρώστιες. Συνεπώς, μερικές τουλάχιστον από τις αιτίες του καρκίνου υπάρχουν στην γη για εκατομμύρια χρόνια.

Είναι όμως σίγουρο ότι πολλές αιτίες καρκίνου είναι πράγματι δημιουργήματα του σύγχρονου τρόπου ζωής. Μερικές αιτίες υπάρχουν στο φυσικό περιβάλλον αλλά γίνονται επικίνδυνες λόγω κακής τους χρήσης ή κατάχρησης. Όταν βλέπουμε μια ομάδα ανθρώπων που έχουν ένα συγκεκριμένο ή έχουν συγκεκριμένο κοινό χαρακτηριστικό δείχνει αυξημένη έμφαση ενός ειδικού τύπου καρκίνου πρέπει να αναζητήσουμε τις πιθανές αιτίες για το είδος αυτό του καρκίνου στο κοινό χαρακτηριστικό που ενώνει συνολικά την ομάδα αυτή των ανθρώπων. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο κάθε άνθρωπος που εκτίθεται σε έναν αποδεδειγμένο καρκινογόνο παράγοντα αναπτύσσει καρκίνο.

Στο παρελθόν υπήρχαν λανθασμένες πεποιθήσεις για τα αίτια του καρκίνου. Καθώς όμως η έρευνα έχει συσσωρεύσει περισσότερες πληροφορίες για τον καρκίνο μπορούμε να καταλάβουμε καλύτερα τη φύση του και να διδαχθούμε περισσότερα πράγματα για την πρόληψη του.

«Νεοπλασματά είναι διαταραχές ανάπτυξης των κυττάρων, χαρακτηριζόμενες πρωτίστως από απεριόριστη, μη φυσιολογική και εκσεσημασμένη υπερπλασία των κυττάρων».

Μερικές φορές η διαίρεση ενός κυττάρου δεν γίνεται σωστά. Το λάθος ξεκινά από τον πυρήνα όπου κάτι παίρνει στραβό δρόμο. Μερικές φορές τα χρωμοσώματα σπάζουν και χάνονται κομμάτια τους. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορούν να φέρουν σε πέρας τη σχετική με το είδος του ιστού που ανήκουν λειτουργία. Σχηματίζεται ένα σύνολο ανώμαλων κυττάρων και αυτό συνεχίζει να αυξάνεται έξω από κάθε φυσιολογικό έλεγχο. Το σύνολο αυτών των κυττάρων είναι ένας καρκίνος και καθώς η ανάπτυξη που προχωρεί μπορεί να επεκταθεί μεταξύ των φυσιολογικών κυττάρων και να τα καταστρέψει. Αυτό ονομάζεται διήθηση. Στην συνέχεια, κάποια καρκινικά κύτταρα που έχουν διηθήσει τα αιμοφόρα ή τα λεμφικά αγγεία μπορεί να μεταφερθούν μακριά σε άλλα μέρη του σώματος με το αίμα ή τη λέμφο όπου εγκαθίστανται και σχηματίζουν αποικίες του ίδιου είδους καρκίνου που λέγονται μεταστάσεις. Οι διαδικασίες αυτές είναι κοινές σε όλους του κακοήθεις όγκους.

Υπάρχουν και όγκοι που δεν είναι καρκίνοι. Δεν επιτίθενται στους γειτονικούς ιστούς, ούτε εξαπλώνονται στο σώμα, αλλά παραμένουν στο σημείο στο οποίο εμφανίστηκαν και σχηματίζουν όγκους. Οι υπερπλασίες αυτού του είδους είναι οι καλοήθεις όγκοι που περιβάλλονται από ένα περίβλημα ή κάλυμμα που τους εμποδίζει να διηθήσουν τους γύρω ιστούς και συνήθως είναι ακίνδυνοι. (Μόσχου., 1999, σελ. 3-4)

5.2 Καρκίνος στον τράχηλο της μήτρας

Μήτρα) Ο καρκίνος του τραχήλου είναι γυναικολογικός καρκίνος. Αναπτύσσεται στον τράχηλο, δηλαδή i στην περιοχή μεταξύ του κόλπου και της μήτρας. Ωοθήκη Y, JI Τράχηλος $i, | > o i$ Είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως. Περίπου 500.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου διαγιγνώσκονται ετησίως. Στην Ευρώπη καταγράφονται 60.000 νέες περιπτώσεις και περίπου 30.000 θάνατοι κάθε χρόνο. Κόλπος

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αφορά κυρίως γυναίκες ηλικίας 40 έως 45 ετών όταν πολλές από αυτές έχουν ακόμη οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις. Το γεγονός έχει επομένως μεγάλες κοινωνικές προεκτάσεις.

Σήμερα, γνωρίζουμε αρκετά για τον καρκίνο του τραχήλου. Το σημαντικότερο είναι ότι ξέρουμε ότι ο ιός των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV) είναι απαραίτητος παράγων για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου. Τούτο σημαίνει ότι ο συγκεκριμένος καρκίνος δεν μπορεί να αναπτυχθεί εάν υπάρχει απουσία λοίμωξης του τραχήλου της γυναίκας από συγκεκριμένους τύπους των HPV. Εντούτοις, είναι γνωστό ότι η πλειοψηφία των λοιμώξεων HPV θα υποτραπούν αυτόματα χωρίς να δημιουργήσουν κάποιο πρόβλημα. Μόνο ένας μικρός αριθμός λοιμώξεων θα επιμείνει και θα προχωρήσει σταδιακά στην ανάπτυξη τραχηλικού καρκίνου. Έτεροι παράγοντες που είναι απαραίτητοι για να συμβεί αυτό, δεν είναι γνωστοί προς το παρόν.

Ο καρκίνος του τραχήλου χρειάζεται αρκετά χρόνια για να αναπτυχθεί και να προχωρήσει μέσα από μία σειρά σταδίων τα οποία μπορεί να αναγνωριστούν μέσα από την διαδικασία του πληθυσμιακού ελέγχου.

Όλες οι περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου μπορούν να προληφθούν εάν τα πρώιμα στάδια της νόσου αναγνωριστούν μέσω του πληθυσμιακού ελέγχου. Τα αρχικά στάδια συνήθως θεραπεύονται με απλές επεμβάσεις που έχουν υψηλό ποσοστό επιτυχίας. Εξαιτίας του πληθυσμιακού ελέγχου και της πρώιμης θεραπείας, οι θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου έχουν μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια στις ανεπτυγμένες χώρες.

Παρόλα αυτά, ακόμα και οι χώρες όπου ο πληθυσμιακός έλεγχος τραχήλου εφαρμόζεται ευρέως, η μείωση των περιπτώσεων διηθητικής νόσου έχει αγγίξει ένα πλατό. Το γεγονός αυτό δείχνει τον περιορισμό του πληθυσμιακού ελέγχου μέσω της κυτταρολογικής δοκιμασίας κατά Παπανικολάου, η οποία εφαρμόζεται ευρέως. Η τυποποίηση του ιού HPV φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει μία βελτίωση στον μαζικό πληθυσμιακό έλεγχο για την συγκεκριμένη νόσο. Επιπλέον, η ανάπτυξη ενός εμβολίου για συγκεκριμένους τύπους ιού HPV, έχει φανεί ότι μπορεί να είναι αποτελεσματική και να συμβάλλει στην περαιτέρω μείωση του καρκίνου του τραχήλου στο μέλλον.

5.3 Συμπτώματα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Οι καταστάσεις που οδηγούν στον καρκίνο τραχήλου μήτρας συνήθως δεν προκαλούν πόνο. ΓΓ αυτό η ασθένεια μπορεί να εξελιχθεί αθόρυβα χωρίς συμπτώματα.

Οι πρώτες ενοχλήσεις εμφανίζονται όταν τα ανώμαλα κύτταρα γίνουν πλέον καρκινικά και αρχίζουν να διηθούν τους γειτονικούς ιστούς. Όταν αυτό συμβεί το συχνότερο σημείο είναι η ασυνήθιστη απώλεια αίματος από τον κόλπο. Επίσης, μπορεί να εκδηλωθεί και ο πόνος ή άλλες κολπικές εκκρίσεις. (<http://www.medlook.net>)

Τα συμπτώματα εξαρτώνται από την μορφή και τα στάδια εξέλιξης του καρκίνου.

Στις δυσπλασίες, στο προδιηθητικό και μικροδιηθητικό καρκίνωμα δεν υπάρχουν συμπτώματα.

Στο διηθητικό καρκίνωμα στην αρχή υπάρχει κολπική υπερέκκριση πυώδης ή αιματηρή και σταγονοειδής αιμορραγία μετά συνουσία ή κολπική πλύση.

Σε προχωρημένα στάδια η καρκινική διήθηση μπορεί να προκαλέσει μονόπλευρο πόνο που αντανακλάται στο σύστοιχο ισχίο ή μηρό, μητρορραγίες, αναιμία, αιματουρία, απώλεια βάρους, αδυναμία κλπ. Σε περισσότερα προχωρημένα στάδια υπάρχουν συμπτώματα πίεσης από διήθηση, δηλ. οιδήματα των σκελών από φλεβική έμφραξη, πνευμονεφρίτιδα, έμφραξη των ουρητήρων και υδρονέφρωση, στην οποία οφείλεται τις περισσότερες φορές ο θάνατος. (Παπανικολάου., 1994, σελ. 252- 262)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Διαγνωστικές εξετάσεις

6.1 Γεώργιος Μ. ΠαπανικόΑάου (Δρ. ΠΑΠ). Ο πατέρας της αποφολιδωτικής κυτταρολογίας

Ο Γεώργιος Παπανικολάου (1883 - 1962) γεννήθηκε στην Κύμη της Εύβοιας, σπούδασε ιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και αργότερα φιλοσοφία και βιολογία στο Πανεπιστήμιο του Μονάχου. Από το 1913 μέχρι το θάνατο του εργάστηκε στο Πανεπιστήμιο Cornell της Νέας Υόρκης. Δημιούργησε ένα νέο κλάδο στην ιατρική την «Αποφολιδωτική Κυτταρολογία», την εξέταση δηλαδή των κυττάρων που αποφολιδώνονται - πέφτουν - από βλάβες, κυρίως νεοπλασματικές στους βλεννογόνους των διαφόρων σωματικών κοιλοτήτων.

Μέγιστη προσφορά του στην ανθρωπότητα η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου, με τη μέθοδο που έχει το όνομα του, «ΠΑΠ-Τεστ» και που καθιερώθηκε παγκοσμίως.

«Το ιδανικό μου δεν είναι να πλουτίσω ούτε να ζήσω ευτυχής, αλλά να εργασθώ, να δράσω, να δημιουργήσω, να κάμω κάτι τι αντάξιο ενός ανθρώπου ηθικού και δυνατού».

Γεώργιος Παπανικολάου

Αυτό ήταν το ιδανικό και γι' αυτό πάλεψε σε όλη του τη ζωή ο Γεώργιος Παπανικολάου, ο μυθικός Δρ. ΠΑΠ, ο πιο διάσημος Έλληνας γιατρός του αιώνα μας. Έτος Γεωργίου Παπανικολάου ονομάστηκε το 1983 και ολόκληρος ο κόσμος γιόρτασε τα 100 χρόνια από την γέννηση του.

Η πρώτη ανίχνευση καρκινικών κυττάρων σε επίχρισμα του τραχήλου της μήτρας ήταν μια από τις πιο συναρπαστικές εμπειρίες της επιστημονικής του σταδιοδρομίας.

Το έργο του «Άτλας Αποφολιδωτικής Κυτταρολογίας» που ήρθε το 1954 σαν αποκορύφωμα της μακρόχρονης προσπάθειας του, αποτελεί μέχρι

και σήμερα το «Ευαγγέλιο» των κυτταρολόγων κα! κοσμεί τις βιβλιοθήκες των εργαστηρίων όλου του κόσμου.

Στις 18 Φεβρουαρίου του 1962, η ανθρωπότητα χάνει για πάντα τον Μεγάλο Ερευνητή. Η καρδιά του τον πρόδωσε. Έκλεισαν τα μάτια που για μισό αιώνα παρατηρούσαν μέσα από το μικροσκόπιο τα φαινόμενα της ζωής, της νόσου και του θανάτου στο κύτταρο. Εξέπνευσε διατηρώντας μέχρι την τελευταία στιγμή το πνεύμα της επιστημονικής δημιουργίας που φώτιζε τις έρευνες του εναντίον της επάρατης νόσου.

Ο Παπανικολάου θα ζήσει στην αιωνιότητα ως ένας από τους αθάνατους της Ιατρικής όλων των εποχών. (Κώτσης., 1984, σελ. 133 - 137)

6.2 Τεστ Παπανικολάου

Το τεστ Παπανικολάου επιτρέπει την πρόωρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου και των σταδίων που προηγούνται έτσι ώστε να είναι δυνατή η αποφυγή της ανάπτυξης τους.

Κατά τη διάρκεια μίας χρονικά μικρής και χωρίς πόνο γυναικολογικής εξέτασης λαμβάνεται δείγμα κυττάρων από το εξωτερικό τμήμα του τραχήλου και από το αρχικό τμήμα του ενδοτραχήλου. Το δείγμα αποτελείται κυρίως από πλακώδη κύτταρα τα οποία είναι πλατιά, επίπεδα κύτταρα που καλύπτουν την εξωτερική επιφάνεια του τραχήλου.

Αυτά τα κύτταρα αποστέλλονται στο εργαστήριο όπου εξετάζονται προσεκτικά με το μικροσκόπιο ώστε να διαπιστωθεί εάν είναι φυσιολογικά η όχι.

Ανάλογα με το τι θα βρεθεί με αυτή τη μικροσκοπική εξέταση, διάφορα αποτελέσματα είναι πιθανά. (<http://www.medlook.net>)

Το PAP-test (κυτταρολογική εξέταση κολπικών και τραχηλικών επιχρισμάτων), διακρίνεται σε 5 κατηγορίες: ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ I: Φυσιολογικό με λίγα φλεγμονώδη κύτταρα. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ II: Φυσιολογικό με αρκετά φλεγμονώδη κύτταρα. Ο τύπος αυτός απαντάται στις περισσότερες γυναίκες που έχουν ελαφρά συμπτώματα τραχηλίτιδας. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ III: Αυτή χωρίζεται σε 3 επιμέρους ομάδες:

Ομάδα α: Άφθονα φλεγμονώδη κύτταρα. Μικρός βαθμός δυσπλασίας του καλυπτικού επιθηλίου του τραχήλου. Συχνός τύπος, που απαντάται σε χρονίζουσες τραχηλίτιδες.

Ομάδα β: Άφθονα φλεγμονώδη κύτταρα. Μέτριος βαθμός δυσπλασίας του καλυπτικού επιθηλίου του τραχήλου. Ο τύπος αυτός απαντάται σε χρονίζουσες τραχηλίτιδες και απαιτεί προσοχή και έγκαιρη αντιμετώπιση δια κρουσκοπίας ή καυτηριασμού.

Ομάδα γ: Αυτή χωρίζεται 1) στην βαρεία δυσπλασία και 2) στο CINS.

1. Όταν υπάρχει βαρεία δυσπλασία η αντιμετώπιση της χρονίζουσας τραχηλίτιδας πρέπει να είναι άμεση, διότι η δυσπλασία του τραχηλικού επιθηλίου, σαν επακόλουθο της ικανής τραχηλίτιδας προδικάζει την εξέλιξη της σε CINS.
2. Ο όρος CIN (cervical intraepithelial neoplasia), σημαίνει ύπαρξη ενδοεπιθηλιακής ή άλλως τοπικής νεοπλασίας, που χαρακτηρίζεται από την παρουσία ακέραιας βασικής μεμβράνης του τραχηλικού επιθηλίου (CINS: ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ IN SITU).

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι αν ένα PAP-test χαρακτηρίζεται κατηγορία III, θα πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί στην ονομασία καρκίνωμα γιατί η βαρεία δυσπλασία ΔΕΝ σημαίνει οπωσδήποτε καρκίνο τοπικό, δηλαδή in situ.

Βέβαια, η ανεύρεση CIN γενικά, αποτελεί προκαρκινωματώδη κατάσταση και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση διότι δεν εξελίσσεται σε διηθητικό καρκίνο τραχήλου εφόσον γίνουν οι απαιτούμενες ενέργειες. (Ανθούλη., 2001, σελ. 176- 190)

Αποτελέσματα τεστ Παπανικολάου

Το τεστ Παπανικολάου θα είναι αρνητικό εάν δε βρεθούν παθολογικά κύτταρα. Σε αυτή τη περίπτωση, ο γυναικολόγος σας θα σας συμβουλευσει να επανέλθετε για το επόμενο τεστ Παπανικολάου από 1 χρόνο.

Περίπου 5 με 10% των γυναικών θα έχουν παθολογικό τεστ Παπανικολάου. Υπάρχουν διαβαθμίσεις, στην Παθολογία των κυττάρων: τα κύτταρα ASGUS και τα κύτταρα που δείχνουν ήπια, μέτρια και σοβαρού βαθμού δυσπλασία.

Είναι σημαντικό να ξέρετε ότι ένα παθολογικό τεστ Παπανικολάου δεν σημαίνει ότι έχετε καρκίνο. Εντούτοις, αποτελεί μία προειδοποίηση ότι οι

πιθανότητες να αναπτύξετε καρκίνο στον τράχηλο είναι περισσότερες. Είναι ουσιαστικό λοιπόν να ακολουθήσετε τις οδηγίες του γιατρού σας έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος.

Ακολουθώντας τις οδηγίες του γιατρού σας θα είστε σίγουρες ότι εάν χρειάζεται θεραπεία, αυτή θα πραγματοποιηθεί έγκαιρα προτού αναπτυχθεί ο καρκίνος. Οι πρώιμες θεραπείες είναι εύκολες και έχουν υψηλά ποσοστά επιτυχίας. (<http://www.medlook.net>)

6.3 Ανοσολογία

Εκτεταμένες έρευνες γίνονται τα τελευταία χρόνια στην ανοσολογία του καρκίνου. Για τον καρκίνο του τραχήλου βρέθηκαν ειδικά αντιγόνα των νεοπλασματικών κυττάρων και η ανοσολογική αντίδραση των ασθενών σ' αυτά μελετάται με δερματικά test.

Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) βρέθηκε ότι αυξάνεται στον ορό ασθενών με καρκίνωμα του τραχήλου, αλλά ÷εν παρατηρήθηκε άμεση συσχέτιση με το στάδιο της νόσου ή τον ιστολογικό τύπο. Τα επίπεδα του αντιγόνου γίνονται φυσιολογικά μετά θεραπευτική ακτινοβολία, ενώ επανεμφάνιση του σημαίνει υποτροπή. Έτσι το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο αποτελεί σημαντική παράμετρο για την διαπίστωση και την πορεία της νόσου, δίνοντας σημαντική διαγνωστική βοήθεια.

Το νεοπλασματικό αντιγόνο TA_4 του ανθρώπινου καρκίνου από πλακώδη επιθήλια, βοηθάει στη διάγνωση και παρακολούθηση του καρκίνου του τραχήλου. Πρόκειται για μια γλυκοπρωτεΐνη M.B. 48.000 που ανευρίσκεται στον ορό του αίματος και προσδιορίζεται ραδιοανοσολυτικά, το αντιγόνο είναι αυξημένο σε ποσοστό 40% σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου. Η αύξηση σχετίζεται με το στάδιο του καρκίνου. Στα αρχικά στάδια 0 και I είναι αυξημένο περίπου 10% και 30% αντίστοιχα. Στο στάδιο II αυξημένο σε ποσοστό 50%, ενώ στα στάδια III και IV υπερβαίνει το 80%. Η παρακολούθηση των τιμών του TA_4 μετά την θεραπευτική αντιμετώπιση των καρκινοπαθών βοηθάει στην αντιμετώπιση των υποτροπών. (Λωλής., 1998, σελ. 420-421)

6.4 Κλινική εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση)

Η κλινική εξέταση επιτυγχάνεται με την επισκόπηση και την ψηλάφηση, αν και τις περισσότερες φορές δεν αποκαλύπτεται και παθολογικό.

Επισκόπηση

Αν πρόκειται για δυσπλασία με την επισκόπηση και την ψηλάφηση δε θα διαπιστώσουμε την ύπαρξη αλλοίωσης του επιθηλίου του γιατί η βλάβη δεν είναι φανερή.

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

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

Ψηλάφηση

Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση από τον κόλπο ή τον ορθό, θα ψηλαφήσουμε την καρκινωματώδη μάζα όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική, όσο και προχωρημένη ενδοφυτική και την περιορισμένης κινητικότητας μήτρα, γιατί αυτή καθηλώθηκε από την διήθηση. (Παπανικολάου., 1994, σελ. 253 -262)

6.5 Κολποσκόπηση, κολποτραχηλοσκόπηση, κολποτραχηλομικροσκόπηση

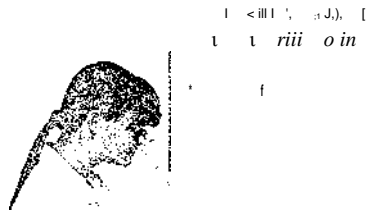
- Κολποσκόπηση

Το κολποσκόπιο είναι ένα διόφθαλμο μικροσκόπιο, που χρησιμοποιείται για την άμεση επισκόπηση του τραχήλου με τη βοήθεια μιας ισχυρής πηγής φωτισμού. Με το κολποσκόπιο είναι δυνατή μέχρι και 60/πλάσια μεγέθυνση, αλλά συνηθέστερα οι διοφθαλμοί φακοί παρέχουν μεγεθύνσεις 6 - 40/πλάσιες, από τις οποίες συνήθως πράξη χρησιμοποιείται η 20/πλάσια του φυσιολογικού. Μερικά κολποσκοπία είναι εφοδιασμένα με φωτογραφική μηχανή για την λήψη φωτογραφιών ή με ειδική βιντεοκάμερα για τη διαδοχική φωτογραφική απεικόνιση των παθολογικών καταστάσεων. (*Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια ...*, 2002, σελ. 92- 95).

Η παρακολούθηση ενός παθολογικού τεστ Παπανικολάου θα εξαρτηθεί από τη διαβάθμιση της παθολογίας των κυττάρων. Ήπιες αλλοιώσεις συνήθως παρακολουθούνται είτε με επανάληψη του τεστ Παπανικολάου ή με την τυποποίηση του ιού των κονδυλωμάτων (HPV).

Κάποιες αλλοιώσεις μπορεί να παρακολουθούνται με μία πιο ειδική εξέταση του τραχήλου που λέγεται κολποσκόπηση. Η κολποσκόπηση είναι μια εξέταση που μοιάζει πολύ με τη λήψη του τεστ Παπανικολάου μόνο που σε αυτή, χρησιμοποιείται ένα μικροσκόπιο δηλαδή το κολποσκόπιο το οποίο βοηθά τον γιατρό να δει τον τράχηλο σας σε μεγέθυνση κολποσκόπηση δεν προκαλεί πόνο διότι το κολποσκόπιο βρίσκεται εκτός του κόλπου.

Εάν παρατηρηθούν αλλοιώσεις στον τράχηλο σας κατά τη διάρκεια της κολποσκόπησης μπορεί να χρειαστεί να ληφθεί ένα μικρό κομμάτι ιστού (βιοψία απόξεση τραχήλου). Ο ιστός αυτός αποστέλλεται στο εργαστήριο και εξετάζεται με το μικροσκόπιο για παθολογικά κύτταρα. Αυτό, βοηθά στη βελτίωση της ακρίβειας της διάγνωσης (<http://www.medlook.net>).



« Κολποτραχηλοσκόπηση

Είναι η διαγνωστική μέθοδος με την οποία ελέγχουμε τις επιφανειακές αλλοιώσεις του κόλπου και ιδιαίτερα της κολπικής μοίρας του τραχήλου και τις μεταβολές του τραχηλικού επιθηλίου, κάτω από μεγέθυνση.

Η κολποτραχηλοσκόπηση εκτελείται με την βοήθεια κολποτραχηλοσκοπίου που επινοήθηκε από την Hinselman. Για την εκτέλεση της εφαρμόζουμε τους κολποδιαστολές και εξετάζεται η περιοχή που μας ενδιαφέρει όπως είναι ή ύστερα από καθορισμό της με φυσιολογικό ορό.

Κατόπιν ακολουθεί η εξέταση ύστερα από έκπλυση της περιοχής με οξικό οξύ 3% που ρευστοποιεί και καθαρίζει την τραχηλική βλέννα, ή με διάλυμα Iugoi. Σε περίπτωση που επιθυμούμε τον έλεγχο της ενδοτραχηλικής κοιλότητας εφαρμόζουμε ενδοτραχηλικό διαστολέα.

* ΚοΑτίΟτραχηλομικροσκόπηση

Είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία ελέγχουμε επιφανειακές αλλοιώσεις του κόλπου, και ιδιαίτερα της κολπικής μοίρας του τραχήλου και τις μεταβολές του τραχηλικού επιθηλίου κάτω από μικροσκοπική μεγέθυνση.

Η κολποτραχηλομικροσκόπηση εκτελείται με τη βοήθεια του κολποτραχηλομικροσκοπίου που μοιάζει με το κολποτραχηλοσκόπιο, αλλά διαφέρει στο ότι η μεγέθυνση είναι μεγαλύτερη, όπως του μικροσκοπίου, και ότι ο έλεγχος γίνεται με άμεση επαφή του οργάνου στην ελεγχόμενη περιοχή.

Πριν από την εξέταση χρωματίζουμε τον τραχήλο ή το ύποπτο σημείο του κόλπου με αιματοξυλίνη για 3 λεπτά και ύστερα με κυανούν της τουλοϊδίνης ή του Evans για 1 λεπτό.

Οι ενδείξεις της είναι σχεδόν ίδιες με της τραχηλοσκόπησης με τη διαφορά πως δεν μπορεί να αποτελέσει συμπληρωματική μέθοδο επισκόπησης, αλλά ειδικότερη μέθοδο επισκόπησης.

6.6 Δοκιμασία Schiller

Είναι η διαγνωστική μέθοδος με την οποία εντοπίζεται σημείο παθολογικής βλάβης του τραχήλου, προκειμένου να προβούμε σε ιστολογικό έλεγχο και στηρίζεται στην ιδιότητα των παθολογικών κυττάρων να μην ανασυνθέτουν το γαλακτικό οξύ σε γλυκογόνο.

Για την εκτέλεση της δοκιμασίας χρησιμοποιούμε διάλυμα Lugai (1% ιώδιο και 2% ιωδιούχο κάλιο) που έχει την ιδιότητα να βάφει καφέ κίτρινα τα φυσιολογικά κύτταρα του τραχήλου και να αφήνει άβαφα τα παθολογικά γιατί έχουν γλυκογόνο.

Η επάλειψη του τραχήλου γίνεται μετά από διάνοιξη του κόλπου με μικροσκόπιο ή κολποδιαστολείς και μετά από καθορισμό της ενδοκολπικής μοίρας.

Η δοκιμασία βγαίνει θετική σε περιπτώσεις καρκίνου, εκτοπίας, λευκοπλακίας κ.λ.π. Σε κάθε θετική περίπτωση απαιτείται ιστοληψία της περιοχής όπου δεν βάφτηκε. (Παπανικολάου., 1986, σελ. 242-248).

6.7 Ανίχνευση HPV

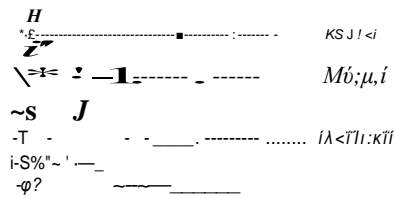
Δεδομένου ότι DNA του ιού HPV βρίσκεται σε ποσοστό 90% των καρκινωμάτων του τραχήλου της μήτρας και των προκαρκινικών αλλοιώσεων, φαίνεται λογικός ο συνδυασμός της κυτταρολογίας με τον έλεγχο για HPV με σκοπό την αύξηση της ευαισθησίας του πληθυσμιακού ελέγχου για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η επιλογή της δοκιμασίας ελέγχου HPV βασίζεται στην ευαισθησία, την αναπαραγωγιμότητα, την ευκολία στη χρήση και την καταλληλότητα για εσοαρμογή σε ευρεία κλίμακα.

Δύο είναι οι επικρατέστερες σήμερα μέθοδοι για τον έλεγχο του HPV, η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και η υβριδική δέσμευση (HC). Οι μέθοδοι αυτές έχουν μεγάλη ευαισθησία και ανιχνεύουν πολύ μικρές ποσότητες του υπό έλεγχο DNA διότι βασίζονται σε διαδικασίες ενίσχυσης. Το PCR βασίζεται στην ενίσχυση του στόχου DNA και είναι κατάλληλο για την ανίχνευση και ελάχιστης ποσότητας DNA ενώ το HC βασίζεται στην ενίσχυση του τελικού σήματος και είναι κατάλληλο για υψηλότερα επίπεδα DNA καθώς και για ποσοτικές ή ημιποσοτικές εφαρμογές.

Το HC είναι το μόνο διαθέσιμο εμπορικά ως έτοιμο προς χρήση kit εγκεκριμένο από το FDA και βασίζεται σε υβριδισμό με RNA ανιχνευτές, ενίσχυση του τελικού σήματος μέσω αντίδρασης αντιγόνου - αντισώματος και ανίχνευση με χημειοφωταύγεια. Με την δοκιμασία αυτή γίνεται ποιοτικός προσδιορισμός του HPV και διαφοροποίηση μεταξύ χαμηλού και υψηλού κινδύνου τύπων. Η τεχνική αυτή δεν εμφανίζει σημαντικό πρόβλημα επιμόλυνσης και άρα ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. Η τελευταία εξέλιξη της τεχνολογίας αυτής, το λεγόμενο Hybrid capture microparticle με το εμπορικό όνομα Hybrid Capture II HPV DNA Test (Digene), εμφανίζει μεγαλύτερη ευαισθησία (1000 αντίτυπα του ιού), είναι περισσότερο εύχρηστο και περιλαμβάνει ανιχνευτές για όλους σχεδόν τους υψηλού κινδύνου τύπου (16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68) (3,10, 13). (Μαρκίδου,, 2001, σελ. 102- 103)

6.8 Ενδομητρική βιοψία - εστοληψία του τραχήλου της μήτρας

/-/ ενδομητρική βιοψία: Συνιστάται στην λήψη δείγματος από το ενδομήτριο, με εισαγωγή ενός κολπικού διαστολέα και στη συνέχεια ενός λεπτού καθετήρα στον τράχηλο. Το δείγμα αποστέλλεται στη συνέχεια στο εργαστήριο για να ελεγχθεί στο μικροσκόπιο. Αυτό ίσως να είναι απαραίτητο αν έχετε ακανόνιστη αιμορραγία ή πρόσθετη αιμορραγία μεταξύ των εμμήνων ρύσεων. Η βιοψία μπορεί να γίνει στην κλινική ή στο χειρουργείο και διαρκεί μόνο δύο λεπτά, κατά τη διάρκεια των οποίων θα αισθάνεστε μια ήπια δυσφορία, παρόμοια με τον πόνο της περιόδου.



Ιστοληψία: Η ιστοληψία τραχήλου μήτρας είναι διαγνωστική επέμβαση, που μας επιτρέπει τον ιστολογικό έλεγχο παθήσεων του. Μετά από προετοιμασία της εξεταζόμενης, πως σε κάθε κολπική επέμβαση, και χωρίς γενική αναισθησία σε όλες τις περιπτώσεις, τοποθετείται μητροσκόπιο ή τοποθετούνται κολποδιαστολείς, συλλαμβάνεται ο τράχηλο με μονοδοντές λαβές 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 την δοκιμασία Schiller ή με κολποτραχηλοσκόπηση.

Η ιστοληψία του τραχήλου έχει ένδειξη:

- 1) Σε κάθε περίπτωση παθολογικής αλλοίωσης του.
- 2) Σε κάθε περίπτωση, που κυτταρολογικός έλεγχος του απέδειξε την ύπαρξη ύποπτων καρκινικών κυττάρων. Παθήσεις, που είναι δυνατό να διαγνωστούν με την ιστοληψία του τραχήλου, είναι ο καρκίνος του και οι διάφορες μορσές φλεγμονής του, όπως η ελκωτική, η διαβρωτική τραχηλίτιδα κλπ. (Μαρκίδου., 2001, σελ. 102-103)

6.9 Κυτταρολογικός έλεγχος τραχήλου

Κυτταρολογικός έλεγχος του τραχήλου είναι η διαγνωστική μέθοδος που στηρίζεται στην αποφολίδωση των κυττάρων της κολπικής μοίρας του τραχήλου και του ενδοτραχήλου. Εκτελείται ύστερα από λήψη, χρώση και μελέτη των επιχρισμάτων για την διάγνωση δυσπλασιών του ή καρκίνου. Τη μέθοδο επινόησε ο Παπανικολάου.

Για ακριβέστερο διαγνωστικό αποτέλεσμα παίρνουμε τρία επιχρίσματα.

- Κολπικό από τον οπίσθιο θόλο του κόλπου.
- Εξωτραχηλικό από το μέρος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου που αντιστοιχεί στο εξωτερικό του στόμιο.
- Ενδοτραχηλικό, από την ενδοτραχηλική κοιλότητα.

Εκτός από τα παραπάνω επιχρίσματα, δυνατό να παίρνουμε και ενδομητριαίο, από την μητρική κοιλότητα με τη βοήθεια ψήκτρας ή με αναρρόφηση ή με παρακέντηση στον οπίσθιο κολπικό θολό. (Παπανικολάου., 1986, σελ. 242 - 248)

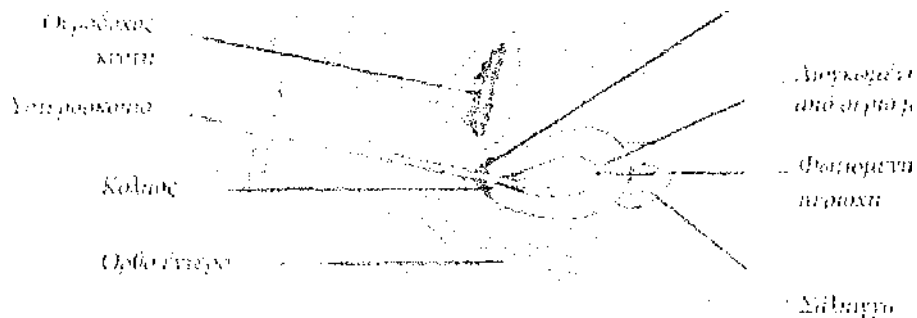
6.10 Διαστολή και απόξεση]

Η διαστολή και απόξεση συνιστάται στη διαστολή του τραχήλου και στη συνέχεια στην απόξεση του ενδομήτριου. Αυτό πρέπει να γίνει υπό γενική αναισθησία. Κάποτε ήταν η παραδοσιακή μέθοδος διερεύνησης των αιμορραγικών προβλημάτων, αλλά τώρα πια δεν χρησιμοποιείται συχνά, διότι οι νεότερες μέθοδοι είναι πιο εύκολες και συνήθως δεν απαιτούν γενική αναισθησία. Εντούτοις οι νέες μέθοδοι δεν είναι κατάλληλες για όλες τις γυναίκες και ορισμένες, κυρίως όσες έχουν αιμορραγία μετά την εμμηνόπαυση, μπορεί να χρειαστούν διαστολή και απόξεση. Πρέπει να τονιστεί ότι η διαστολή και απόξεση δεν έχει αξία για την θεραπεία των εμμηνορροϊκών προβλημάτων, ό,τι και αν λέγεται για το αντίθετο.

6.11 Υστεροσκόπησι]

Η υστεροσκόπηση είναι η εξέταση του εσωτερικού της μήτρας με ένα ειδικό όργανο που λέγεται υστεροσκόπιο και είναι εφοδιασμένο με μια πηγή φωτός και μια κάμερα, ώστε να προβάλλεται η εικόνα της κοιλότητας της μήτρας σε μια οθόνη. Το υστεροσκόπιο εισάγεται στον τράχηλο της μήτρας μέσω του κόλπου και ένα αέριο ή υγρό χρησιμοποιείται για να διαστέλλει την κοιλότητα της μήτρας μέσω του κόλπου και ένα αέριο ή υγρό χρησιμοποιείται για να διαστέλλει την κοιλότητα της μήτρας σας. Η τεχνική αυτή μπορεί να ανιχνεύσει τυχόν πολύποδες και ινομυώματα και συνήθως ακολουθείται από

ενδομητρική βιοψία. Σε ορισμένα νοσοκομεία, η υστεροσκόπηση γίνεται εξωνοσοκομείακή βάση, ενώ σε άλλα γίνεται σε τμήματα ημερήσιας νοσηλείας υπό γενική αναισθησία.



6.12 Εξετάσεις αίματος

Οι εξετάσεις αίματος είναι σημαντικές για τη διάγνωση της αναιμίας, των διαταραχών της πήκτικότητας του αίματος, τη μέτρηση των επιπέδων των ορμονών, τη διάγνωση του υπερλειτουργώντος ή υπολειτουργώντος θυρεοειδούς και για ορμονικό προσδιορισμό, αν νομίζετε ότι πλησιάζετε στην εμμηνόπαυση.

6.13 Διαγνωστική Λαπαροσκόπηση

Η διαγνωστική λαπαροσκόπηση μπορεί να συσταθεί αν το πρόβλημα σας είναι κυρίως πόνος στην κοιλιά, ο οποίος εκδηλώνεται την εποχή της εμμήνου ρύσεως. Η εξωτερική επιφάνεια της μήτρας, καθώς και οι σάλπιγγες, οι ωθήκες και οι περιβάλλοντες ιστοί ελέγχονται με ένα ειδικό όργανο που λέγεται λαπαροσκόπιο και είναι συνδεδεμένο, μέσω μιας πηγής φωτός και μιας κάμερας, με μια οθόνη. Η λαπαροσκόπηση απαιτείται γενική αναισθησία, διάνοιξη μιας ή δυο μικρών τομών στην κοιλιά και βραχεία παραμονή στο νοσοκομείο, συνήθως σε τμήμα ημερήσιας νοσηλείας (δεν απαιτείται παραμονή της ασθενούς και το βράδυ).



6.14 Υπερηχογράφημα

Το υπερηχογράφημα θα παράσχει περισσότερες πληροφορίες αν η μήτρα ή οι ωοθήκες σας είναι διογκωμένες και θα ανιχνεύσει τυχόν ινομυώματα ή ωοθηκικές κύστες. Η εξέταση αυτή μπορεί να εκτελεστεί εξωτερικά, με την κεφαλή του υπέρηχου να μετακινείται στο δέρμα του κάτω τμήματος της κοιλίας, ή εσωτερικά μέσω του κόλπου. (Γουέστ., 2000, σελ. 28 - 39).

6.15 Διαφορική διάγνωση

Αυτή θα γίνει από την οξεία και χρόνια τραχηλίτιδα, το τραχηλικό εκτρόπιο, την τραχηλική φυματίωση, τα κονδυλώματα, το συφιλιδικό έλκος, την αδένωση, το νεκρωμένο έμμισχο υποβλεννογόνιο ινομύωμα, το προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο κ.λ.π. (Παπανικολάου., 1994, σελ. 253 -262).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Πρόληψη στον καρτίίνου τραχήλου της μήτρας

7.1 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του προληπτικού ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ο σκοπός του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο είναι να ανιχνευθεί η συγκεκριμένη κακοήθης πάθηση σε προκλινικό στάδιο, αν είναι δυνατόν με ένα απλό test. Αυτό λογικά θα πρέπει να έχει ως επακόλουθο τη μείωση των θανάτων από τη συγκεκριμένη κακοήθη πάθηση. Για τον καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ο σκοπός του προληπτικού ελέγχου είναι να ανιχνευθεί σε προδιηθητικό στάδιο. Η αποτελεσματικότητα του προληπτικού ελέγχου μπορεί να ελεγχθεί είτε διαπιστώνοντας μείωση των περιστατικών διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στο συγκεκριμένο πληθυσμό γυναικών με την εφαρμογή του προγράμματος είτε διαπιστώνοντας διασορές στην επίπτωση μεταξύ των γυναικών που υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο και αυτών που δεν υποβάλλονται.

Αλλά ο προληπτικός έλεγχος δυνατόν να παρέχει και άλλα οφέλη πέραν της μείωσης της συχνότητας και της θνησιμότητας από τη συγκεκριμένη κακοήθη πάθηση. Εάν η θεραπεία της κακοήθους νεοπλασίας στο προδιηθητικό στάδιο είναι απλή και δεν απαιτεί ριζικές εγχειρήσεις, αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών που θεραπεύονται βάσει των αποτελεσμάτων του προληπτικού ελέγχου. Ακόμα, ο εφησυχασμός των γυναικών που έχουν αρνητικό test είναι κι αυτό προς όφελος τους.

Όμως, η ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε προδιηθητικό στάδιο, με τον προληπτικό έλεγχο, στην ουσία σημαίνει ότι ανιχνεύεται ένα κακοήθες νεόπλασμα πολλά χρόνια πριν να καταστεί κλινικά έκδηλο. Αυτή η παράμετρος (lead time) ενδεχομένως να έχει δυσμενείς συνέπειες για την ασθενή, γιατί της προσδίδει άγχος πολλά χρόνια πριν, με το να γνωρίζει ότι παρουσίασε καρκίνο, που αντιμετώπιστηκε όμως επιτυχώς.

Οι περιπτώσεις των ασθενών που ανιχνεύονται με τον προληπτικό έλεγχο ότι πάσχουν από καρκίνο παραπέμπονται στον ειδικό γιατρό για επιβεβαίωση της αρχικής διάγνωσης με την ιστολογική εξέταση αντιπροσωπευτικού παθολογοανατομικού υλικού. Σε πολλές περιπτώσεις πρόκειται για προδιηθητικές ή ακόμα και οριακής κακοήθειας ανωμαλίες που, ενδεχομένως, να μην εξελίσσονταν σε καρκίνο, ακόμα και αν αφηνόταν χωρίς θεραπεία. Πάντως, το καρκίνωμα *in situ* του τραχήλου της μήτρας, καθώς και η βαριά δυσπλασία, εξελίσσονται σε διηθητικό καρκίνο, αν αφεθούν χωρίς θεραπεία. Γίνεται, επομένως, αντιληπτό, ότι ο προληπτικός έλεγχος αυξάνει σε κάποιο βαθμό τον αριθμό των περιστατικών της, συγκεκριμένης νεοπλασίας σε αρχικό στάδιο και προκαλεί ανεπιθύμητες παρενέργειες σε αυτά τα άτομα με το να τους προσθέτει το άγχος και τις οποιεσδήποτε δυσμενείς συνέπειες από τη θεραπεία στην οποία υποβάλλονται. Αλλά, δε θα πρέπει να υποτιμηθεί και το γεγονός, ότι υπάρχει το ενδεχόμενο να προκύψουν ψευδώς θετικές διαγνώσεις ή και ψευδώς αρνητικές από τον προληπτικό έλεγχο, με τις αντίστοιχες δυσμενείς επιπτώσεις. Κάθε πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου, επειδή απευθύνεται σε μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, απαιτεί τη διάθεση αυξημένων κονδυλίων που, ενδεχομένως, να επηρεάζουν δυσμενώς την παροχή άλλων υγειονομικών υπηρεσιών. Απαιτείται, επομένως, ο λεπτομερής υπολογισμός του πιθανού οφέλους και των πιθανών ζημιών, πριν να αποφασιστεί η εφαρμογή ενός συγκεκριμένου προγράμματος προληπτικού ελέγχου. (Βασιλόπουλος., 1997, σελ. 94 - 95)

7.2 Πρόληψη και ανίχνευση του καρκίνου

Πρωτογενής πρόληψη

Αποφυγή του καπνίσματος για όσους δεν καπνίζουν και η απόλυτη και συνεπής διακοπή της συνήθειας για όσους καπνίζουν.

Στον τομέα της διατροφής ο περιορισμός της καταναλώσεως θερμίδων, κρέατος μεγάλων ζώων, λιπών ζωικής προέλευσης, καπνιστών και υπεραλατισμένων τροφίμων, πυκνών οιοπνευματώδων ποτών και καφέ.

Αύξηση της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, ορισμένων βιταμινών (Α.С).

Τέλος, ο εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β, η αποφυγή ακροτητών στη γενετήσια δραστηριότητα, η μείωση της ατμοσφαιρικής ρυπάνσεως και οι γενετικές συμβουλές μπορεί να συμβάλλουν σε ποικίλο βαθμό στην μείωση της επίπτωσης των κακοηθών νεοπλασιών.

Δευτερογενής πρόληψη

Για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συνιστάται να γίνεται κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου κάθε τρία έτη μετά το 20ο έτος της ζωής (αφού προηγηθούν δυο επάλληλες αρνητικές κυτταρολογικές εξετάσεις σε χρονική απόσταση ενός έτους και γυναικολογική εξέταση κάθε τρία έτη μέχρι το 40ο έτος, ή κάθε έτος, μετά το 40ο έτος της ζωής. Οι εξετάσεις αυτές καλύπτουν εκτός από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τους καρκίνους του ενδομητρίου και των ωοθηκών. Επιπλέον, σε γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του ενδομητρίου (παχύσαρκες, με ενδείξεις μειωμένης γονιμότητας ή συχνής ανωορρηξίας ή με ιστορικό ανεξήγητων αιμορραγιών από την μήτρα ή θεραπευτικής λήψεως οιστρογονικών σκευασμάτων) συνιστάται ο ιστολογικός έλεγχος του ενδομητρίου κατά το χρόνο της εμμηνοπαύσεως. Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν έχει τεκμηριωθεί αλλά θεωρείται πολύ πιθανή, με ενδεχόμενη μείωση της θνησιμότητας κατά τα 2/3 του σημερινού επιπέδου ενώ ευνοϊκές συνέπειες άγνωστης εκτάσεως μπορεί να αναμένονται και στη θνησιμότητα από καρκίνους του ενδομητρίου και ίσως των ωοθηκών (Τριχοπούλου., 1986, σελ. 61 - 63).

7.3 Πρόληψη καρκίνου τραχήλου της μήτρας με εμβόλιο

Ο τύπος 16 του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), σχετίζεται με την πρόκληση και ανάπτυξη του 50% των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Ο τύπος 18 του ιού HPV ευθύνεται για το 20% των περιπτώσεων του ίδιου καρκίνου.

Σε χώρες όπου το τεστ Παπανικολάου δεν γίνεται τακτικά, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, σκοτώνει κάθε χρόνο δεκάδες χιλιάδες γυναίκες. Στις ανεπτυγμένες χώρες η διενέργεια του τεστ και η αντιμετώπιση των

προκαρκινικών σταδίων όπως επίσης και των περιπτώσεων του εν λόγω καρκίνου έχουν τεράστιο οικονομικό, ανθρώπινο και κοινωνικό κόστος.

Για πολλά χρόνια πολλές ερευνητικές ομάδες, συγκεντρώθηκαν στην ανάπτυξη ενός εμβολίου για την πρόληψη του καρκίνου αυτού. Το 2002 είχαν δημοσιευτεί τα πρώτα αποτελέσματα ενός πειραματικού εμβολίου εναντίον του ιού HPV - 16. Τα προκαταρκτικά συμπεράσματα ήταν ότι το εμβόλιο υπό διερεύνηση θα μπορούσε να μειώνει σημαντικά τον αριθμό των νέων περιστατικών καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

Τώρα ερευνητές από το πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον, παρουσίασαν τα αποτελέσματα κλινικών δοκιμών του εμβολίου εναντίον του ιού HPV - 16 που έγιναν σε 2.391 γυναίκες ηλικίας 16 έως 23 ετών. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε στο ετήσιο συνέδριο Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy υπό την αιγίδα του American Society for Microbiology.

Οι γιατροί διαπίστωσαν ότι το εμβόλιο είναι σε θέση να προστατεύει εναντίον των μολύνσεων από τον ιό HPV - 16.

Επιπρόσθετα μπορεί να προλαμβάνει τη δημιουργία και εξέλιξη των δυσπλασιών των κυττάρων του τραχήλου της μήτρας που προκαλούνται από τους ιούς HPV.

Οι δυσπλασίες των κυττάρων του τραχήλου της μήτρας μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο. Το εμβόλιο κατά του ιού HPV- 16 βρέθηκε ότι μπορεί να αποτρέπει την εξέλιξη των δυσπλασιών αυτών σε προκαρκινικά στάδια.

Τα προκαρκινικά στάδια που δημιουργούνται από τις δυσπλασίες λόγω του ιού HPV - 16, στο 13% των περιπτώσεων γίνονται καρκίνοι του τραχήλου. Όταν εμφανιστούν τέτοια ανησυχητικά ευρήματα στο τεστ Παπανικολάου, οι γιατροί προχωρούν άμεσα σε θεραπεία και δεν αναμένουν την εξέλιξη.

Τα νέα αυτά δεδομένα που επαληθεύονται μετά από χρόνια δοκιμών, είναι πολύ ενθαρρυντικά και ελπιδοφόρα.

Δείχνουν ότι το εμβόλιο κατά του ιού HPV - 16 είναι ικανό όχι μόνο να προστατεύει από τη μόλυνση με τον εν λόγω ιό αλλά επιπρόσθετα να σταματά την εξέλιξη προς προκαρκινικά στάδια των δυσπλασιών των κυττάρων του τραχήλου της μήτρας που προκαλούνται από τον ιό HPV.

Τώρα αναμένεται ότι κατά το 2005, φαρμακευτική εταιρεία, θα υποβάλει στην αρμόδια αρχή για τα εμβόλια στις Ηνωμένες Πολιτείες (Food and Drug Administration) αίτηση έγκρισης για ένα συνδυασμένο εμβόλιο εναντίων των ιών HPV16 και 18.

Το ίδιο εμβόλιο θα παρέχει και προστασία εναντίον των ιών HPV 6 και 11 που είναι υπεύθυνοι για την πρόκληση κονδυλωμάτων στη γεννητική περιοχή. Οι ιοί των κονδυλωμάτων αυτών μεταδίδονται στα παιδιά κατά τη γέννηση προκαλώντας σοβαρά προβλήματα.

Θα αναμένουμε με μεγάλο ενδιαφέρον τις εξελίξεις στον τομέα αυτό. Οι θετικές επιπτώσεις του εμβολίου εναντίον των ιών HPV μπορεί να είναι εξαιρετικά σημαντικές.

Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι οι μολύνσεις με τους ιούς HPV μεταδίδονται δια μέσου του σεξ και παρουσιάζουν ανησυχητική αύξηση ιδιαίτερα μεταξύ των νέων. Οι ιοί HPV είναι η κυριότερη αιτία πρόκλησης καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και η αντιμετώπιση τους με εμβόλιο αποτελεί μια σημαντική πρόοδο και επίτευξη της ιατρικής (<http://www.medlook.net>).

7.4 Ευρωπαϊκός κωδικός κατά του καρκίνου

Τον Ιούνιο του 1985 οι Αρχηγοί Κρατών της Ε.Ο.Κ. που συνήλθαν στο Μιλάνο, έλαβαν το θεμέλιο ενός ειδικού προγράμματος που οριστικοποίησαν στην επόμενη σύσκεψη τους στο Λουξεμβούργο το Δεκέμβριο του ίδιου χρόνου και του έδωσαν το γενικό τίτλο: «Η Ευρώπη Κατά του Καρκίνου».

Η υλοποίηση άρχισε αμέσως με τη σύνταξη ενός δεκάλογου. Το πρόγραμμα έδωσε ιδιαίτερη έμφαση και σημασία σε τέσσερις τομείς:

1. Την πρόληψη του καρκίνου
2. Την ενημέρωση και την διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα υγείας
3. Την κατάρτιση υγειονομικού προσωπικού
4. Την έρευνα για καρκίνο (Δόντας., 1991. σελ. 157).

Ο δεκάλογος του Ευρωπαϊκού κώδικα κατά του καρκίνου είναι ο ακόλουθος:

1. Μην καπνίζετε. Καπνιστές, σταματήστε το γρηγορότερο το κάπνισμα και μην καπνίζετε όταν είστε μαζί με άλλους.

2. Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.
3. Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
4. Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας κατά την παραγωγή, διακίνηση ή χρήση οποιουδήποτε υλικού που μπορεί να προκαλέσει καρκίνο.
5. Τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές πλούσιες σε ίνες.
6. Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις λιπαρές τροφές. Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι ιάσιμες αν:
7. Επισκεφθείτε τον γιατρό όταν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος.
8. Επισκεφθείτε το γιατρό όταν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.

Για τις γυναίκες:

9. Κάνετε περιοδικά το τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας
10. Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και, αν είναι δυνατόν, κάνετε περιοδικά μαστογραφία ιδιαίτερα μετά το 50^ο έτος (*Αθανάτου 2000, σελ. 90-91*).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Θεραπεία στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

8.1 Προληπτική θεραπεία

Η προληπτική θεραπεία συνίσταται στον περιοδικό έλεγχο του τραχήλου, με λήψη επιχρισμάτων προς κυτταρολογικό έλεγχο με τη μέθοδο Παπανικολάου. Ο έλεγχος αυτός στις μέρες μας κατέβασε αισθητά τη συχνότητα εκτέλεσης μεγάλων επιχειρήσεων και ανέβασε το ποσοστό επιβίωσης.

Η συμβολή του αείμνηστου συμπατριώτη μας Γ. Παπανικολάου, του θεμελιωτή της αποφολιδωτικής κυτταρολογίας, στην ανίχνευση του καρκίνου σε στάδια, που εξασφαλίζουν ίαση, υπήρξε μεγάλη.

Σ' όλα τα μέρη του κόσμου υπάρχουν κέντρα αποφολιδωτικής κυτταρολογίας, και στη χώρα μας ένας κυτταρολογικός έλεγχος είναι εύκολος και προσιτός σε κάθε βαλάντιο. Απομένει η διαφώτιση του κοινού στη σημασία της προληπτικής εξέτασης. Και αυτό δεν είναι μονάχα χρέος του γιατρού, της μαίας, της αδελφής, είναι χρέος και των αρμοδίων υπηρεσιών του κράτους «κάθε καρκίνος, που αφήνεται να επεκταθεί και να σκοτώσει την άρρωστη, πρέπει να θεωρείται ως αποτυχία των υπευθύνων και μομφή για το επίπεδο του πολιτισμού» αναφέρει ο Fegerl.

Ο τακτικός έλεγχος των γυναικών, που πέρασαν τα τριάντα και ιδιαίτερα όσων παντρεύτηκαν μικρές ή είχαν πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα, είναι απαραίτητος. Περισσότερα αναφέρονται στο ειδικό κεφάλαιο των διαγνωστικών μεθόδων.

8.2 Χειρουργική θεραπείας

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου περιλαμβάνει τις παρακάτω επεμβάσεις:

Κρυοπηξία. Οι ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και το καρκίνωμα in situ μπορούν να αντιμετωπισθούν με καταστροφή της ζώνης μετάπτωσης στην οποία αναπτύσσονται. Αυτή πρέπει να γίνει σε βάθος 7 χιλ. τουλάχιστον, για να καταστραφούν οι δυσπλαστικές εστίες στους αδένες. Προϋπόθεση αποτελεί η καλή εκτίμηση της έκτασης της βλάβης και της βαρύτητας για να μην διαφύγει από την προσοχή διηθητικός καρκίνος. Αυτά απαιτούν κολποσκόπηση από έμπειρο γυναικολόγο, πολλαπλές βιοψίες από αντιπροσωπευτικά σημεία της βλάβης και ενδοτραχηλική απόξεση. Η καταστροφή της ζώνης μετάπτωσης μπορεί να γίνει με κρυοπηξία, ηλεκτροκαυτηρίαση με διαθερμία και εξάχνωση με ακτίνες laser. Η κρυοπηξία έχει το μειονέκτημα του μη ελέγχου του βάθους της καταστροφής και αντενδείκνυται σε βλάβες μεγάλης έκτασης. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της κυμαίνονται στο 80 - 90%. Απαιτείται τακτική παρακολούθηση.

Η κρυοπηξία από τους περισσότερους αποφεύγεται και προτιμάται η εκτομή της βλάβης, ως περισσότερο ασφαλής.

Κωνοειδής εκτομή τραχήλου. Αυτή θα την εκτελέσουμε σε σοβαρή δυσπλασία του επιθηλίου του τραχήλου και στο καρκίνωμα in situ σε νέες γυναίκες, για να μη τις στερήσουμε από τη μήτρα τους. Η κωνοειδής εκτομή επιβάλλει, όχι μόνο την εξαίρεση τμήματος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου, αλλά και του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου. Κατά την επέμβαση πρέπει να εκτελείται απόξεση του ενδομητρίου για τον έλεγχο του. Αν ο ιστολογικός έλεγχος του χειρουργικού παρασκευάσματος αποδείξει, πως η διήθηση δεν πέρασε τη βασική μεμβράνη, τότε η επέμβαση κρίνεται ικανοποιητική και απομένει η κάθε 3-6 μήνες παρακολούθηση της άρρωστης με κυτταρολογικό έλεγχο για πέντε χρόνια και μετά σε αραιότερα χρονικά διαστήματα.

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

Ακρωτηριασμό του τραχήλου. Αυτόν θα τον εκτελέσουμε στις ίδιες με τις παραπάνω περιπτώσεις σε ηλικιωμένες γυναίκες και όταν υπάρχει κάποιος

βαθμός πρόπτωσης της μήτρας ή επιμήκυνσης του τραχήλου. Θα τον συνδυάσουμε με κολποπερινεορραφία. Η παρακολούθηση είναι ίδια, όπως στην κωνοειδή εκτομή.

Απλή υστερεκτομία. Αυτή θα την εκτελέσουμε:

α) Σε γυναίκες, που γέννησαν, στο καρκίνωμα *in situ*, για το φόβο εγκατάλειψης μικτών εστιών διηθητικού καρκινώματος, που βρίσκεται σε ψηλότερο σημείο από το μέρος της ιστοληψίας και γιατί η στέρωση της μήτρας δεν προκαλεί σ' αυτές ψυχολογικά προβλήματα, όσο σ' όσες δεν γέννησαν ακόμη. Έχει ένδειξη και σε διηθητικό καρκίνο όταν η διήθηση δεν περνάει τα 3 χιλ.

β) Σε ηλικιωμένες γυναίκες, θα την εκτελέσουμε στο *in situ* καρκίνωμα και στο στάδιο Ia, όταν η διήθηση είναι κάτω από 3 χιλ. πρώτα γιατί οι μεταστάσεις σπανίζουν, κι ύστερα για να τις απαλλάξουμε από το άγχος της συχνής παρακολούθησης. Επίσης, εύκολα θα την αποφασίσουμε σ' αυτές, που εμφανίζουν χαλάρωση κόλπου και πρόπτωση της μήτρας. Στις περιπτώσεις αυτές προτιμάμε την κολπική υστερεκτομία.

Αν η γυναίκα είναι κάτω από 45 ετών, μπορούμε να διατηρήσουμε τις ωοθήκες.

Ριζική υστερεκτομία (υστερεκτομία τύπου III). Αυτή θα την εκτελέσουμε στο στάδιο Ia, όταν το βάθος διήθησης πέρασε τα 5 χιλ. και έχει διάμετρο 1-3 εκ., και στο στάδιο Ib συνδυασμένη με πυελική λεμφαδενεκτομία και βιοψία των παραορτικών λεμφαδένων. Εάν η διήθηση πέρασε τα 5 χιλιοστά και δεν έχει γίνει λεμφαδενεκτομία ή υπάρχουν διηθημένοι πυελικοί λεμφαδένες, τότε, μετά την εγχείρηση θα συστήσουμε ακτινοθεραπεία. Ριζική υστερεκτομία δυνατό να εκτελέσουμε και στο στάδιο I Ia, όταν ο όγκος έχει διάμετρο μικρότερη από 3 εκ., και θα συστήσουμε συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. Η ριζική υστερεκτομία αποβλέπει στην εξαίρεση της μήτρας μαζί με τους παραμήτριους ιστούς και λεμφαδενεκτομία. Σε νέες γυναίκες, μπορούμε να διατηρήσουμε τις ωοθήκες, γιατί ο καρκίνος του τραχήλου σπάνια κάνει μεταστάσεις στο στάδιο I και II. Επιπλοκές της επέμβασης αποτελούν το ουρητηροκολπικό συρίγγιο, από τραυματισμό ή νέκρωση του ουρητήρα λόγω απαγγείωσής του και ατονία της ουροδόχου κύστης.

Τροποποιημένη **ριζική** υστερεκτομία (υστερεκτομία τύπου II). Αυτή θα την εκτελέσουμε όταν το βάθος διήθησης είναι κάτω από 5 χιλ. και έχει διάμετρο κάτω από 1 εκ. Η εγχείρηση περιλαμβάνει την εξαίρεση των παραμητρίων, των ιερομητριάων συνδέσμων και του κόλπου σε μικρότερη έκταση από τη ριζική υστερεκτομία. Επίσης, περιλαμβάνει και πυελική λεμφαδενεκτομία. Την εγχείρηση πρότεινε πρώτος ο Werthein, ο οποίος εξαιρούσε μόνο τους διογκωμένους λεμφαδένες

Εξεντέρωση. Αν και ο όρος δεν αποδίδει την πραγματικότητα, αυτός χρησιμοποιείται για να δηλώσει την εγχείρηση, που εκτελούμε σε υποτροπές μετά την ακτινοθεραπεία και όταν η διήθηση δεν αφορά στα κοιλιακά τοιχώματα και δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε απομακρυσμένους λεμφαδένες. Με την εγχείρηση πετυχαίνουμε την εκκένωση της πυέλου από τα γεννητικά όργανα της με συνεξαίρεση της ουροδόχου κύστης και του σιγμοειδούς, τη δημιουργία τεχνητής ουροδόχου κύστης και μόνιμης παρά φύση έδρας. Η εξεντέρωση αποτελεί τολμηρή εγχείρηση, που την πρότεινε ο Brunschwing, και που έχει άμεση θνησιμότητα μέχρι 10%. Τη διακρίνουμε σε πρόσθια (*εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου και της ουροδόχου κύστης και εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο*) και σε οπίσθια (*εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, του απευθυσμένου και κολοστομιά*) και σε ολική (*εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, της κύστης και του απευθυσμένου, εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο και κολοστομιά*).

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου απαιτεί ορθή προεγχειρητική εκτίμηση του σταδίου, στο οποίο αυτός βρίσκεται. Και μεγάλης πείρας γυναικολόγοι, είναι δυνατό να αποτύχουν σε μία τέτοια εκτίμηση σε συχνότητα 30%. Η πραγματική εκτίμηση του σταδίου γίνεται μόνο κατά την εκτέλεση της εγχείρησης. Πριν από την εγχείρηση απαιτείται πάντα, όπως και σε κάθε μεγάλη εγχείρηση, έλεγχος όλων των συστημάτων του οργανισμού και ιδιαίτερα του κυκλοφορικού, του αναπνευστικού και του ουροποιητικού.

Τους υπέρμαχους των μεγάλων εγχειρήσεων αντικρούουν οι συντηρητικότεροι με το επιχείρημα, πως εκθέτουν την άρρωστη σε εγχειρητικούς κινδύνους, χωρίς να είναι βέβαιη η ολοκληρωτική εξαίρεση των λεμφαδένων, που έχουν μεταστάσεις.

Στην εποχή μας, οι μεγάλες εγχειρήσεις όλο και παραχωρούν τη θέση τους στις συντηρητικότερες. (Παπανικολάου, 1994, σελ. 253-2 62).

8.3 Ακτινοθεραπεία

Ακτινοθεραπεία είναι η χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας για διακοπή κυτταρικής ανάπτυξης. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να επιλεγεί όταν ο θεραπευτικός σκοπός είναι ίαση, όπως σε νόσο του Hodgkin, καρκίνο όρχεων, εντοπισμένους καρκίνους κεφαλής και λαιμού και καρκίνους του τραχήλου της μήτρας. Η ακτινοθεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για έλεγχο κακοήθους νόσου, όταν υπάρχει τοπική διήθηση γαγγλίων, ή προφυλακτικά για να εμποδίσει λευχαιμική διήθηση στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Παρηγορητική ακτινοβολήση χρησιμοποιείται συχνά προκειμένου να μειώσει συμπτώματα μεταστατικής νόσου, ειδικά όταν αυτή αφορά εγκέφαλο, οστά και μαλακούς ιστούς.

Ιονίζουσες ακτινοβολίες και οι ακτινοβολίες που, όταν βομβαρδίσουν την ύλη, προκαλούν την ιονισμό της. Υπάρχουν δύο είδη ιονίζουσας ακτινοβολίας, η ηλεκτρομαγνητική (ακτίνες χ και γ) και η σωματιδιακή [σωματίδια α , β (ηλεκτρόνια), πρωτόνια και νετρόνια].

Ο ιονισμός στη ζώσα ύλη ακολουθείται από ολόκληρη σειρά αλυσιδωτών αντιδράσεων, οι οποίες καταλήγουν σε αλλοίωση ζωτικών για τη λειτουργία του κυττάρου μεγαλομορίων. Η μεγαλύτερη βλάβη από τον ιονισμό προκαλείται στο μόριο του DNA, οι αλυσίδες της έλικας του οποίου σπάζουν οδηγώντας στον κυτταρικό θάνατο. Η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί επίσης να ιονίσει το νερό του υγρού του σώματος και να οδηγήσει στο σχηματισμό ελεύθερων ριζών, οι οποίες επίσης προκαλούν μη αναστρέψιμες βλάβες στο DNA.

Ο κυτταρικός θάνατος μπορεί να συμβεί αμέσως, αν δεν γίνει επιδιόρθωση του DNA, ή κατά την κυτταρική διαίρεση, όταν το κύτταρο που υπέστη βλάβη επιχειρεί μίτωση και πεθαίνει. Τέλος, εξαιτίας των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας, ένα νεοπλασματικό κύτταρο μπορεί να καταστεί στείρο και να πεθάνει με φυσικό θάνατο, χωρίς όμως να αφήνει απογόνους.

Τα κύτταρα είναι περισσότερο επιρρεπή στα καταστρεπτικά αποτελέσματα της ιονίζουσας ακτινοβολίας κατά τη διάρκεια της σύνθεσης του DNA και της μίτωσης (*πρώιμη S, G2 και M φάση του κυτταρικού κύκλου*). Κατά συνέπεια, οι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία ιστοί του σώματος είναι εκείνου που υφίστανται συχνή κυτταρική διαίρεση, όπως ο μυελός των οστών, ο λεμφικός ιστός, το επιθήλιο του γαστρεντερικού συστήματος και οι γεννητικοί αδένες. Αντίθετα, μύες, χόνδροι και συνδετικός ιστός είναι από τους λιγότερο ευαίσθητους στην ιονίζουσα ακτινοβολία ιστοί.

Ακτινοευαίσθητος όγκος, είναι ο όγκος που μπορεί να καταστραφεί από μια δόση ακτινοβολίας, η οποία, ωστόσο, επιτρέπει αναγέννηση των κυττάρων στους φυσιολογικούς ιστούς.

Παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα των ιονιζουσών

ακτινοβολιών στους ιστούς είναι:

το είδος της ακτινοβολίας

η δόση της ακτινοβολίας

ο ρυθμός δόσης

το είδος του ιστού

η έκταση του ακτινοβολούμενου πεδίου

η οξυγόνωση του ιστού, που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία, γι'

αυτό η ακτινοθεραπεία συχνά συνδυάζεται με υπερβαρική οξυγόνωση η θερμοκρασία, που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία επειδή

επηρεάζει το ρυθμό κυκλοφορίας του αίματος και, επομένως, την

οξυγόνωση του ιστού διάφορες ουσίες που ελαττώνουν την

ακτινοευαισθησία, όπως: (α) Ουσίες που περιέχουν τη ρίζα σουλφυδρίλιο (-SH), όπως κυστιδίνη, κυστίνη, γλουταθείο κ.α.

(β) Ουσίες που προκαλούν ανοξία (παρααμινοπροπιόσοαινόνη) (γ) Ουσίες που αναστέλλουν τη δράση ορισμένων ενζύμων (κυανιούχα).

ίνιέθαδοι εφαρμογής ακτινοθεραπείας Η

ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται:

1. Ως τηλεθεραπεία. Το είδος της τηλεθεραπείας που επιλέγεται εξαρτάται από το βάθος του όγκου που ακτινοβολείται. Τα μηχανήματα

χλιόστασης ελευθερώνουν τη μέγιστη δόση ακτινοβολίας σε επιφανειακούς όγκους, όπως δέρματος και μαστού. Οι πηγές ακτινών γ (*Κοβάλτιο - 60 μονάδες*) ελευθερώνουν τη δόση ακτινοβολίας σε βαθύτερες δομές του σώματος και αφήνουν άθικτο το δέρμα από πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Άλλα μηχανήματα ακτινοθεραπείας, οι γραμμικοί επιταχυντές, ελευθερώνουν τη δόση τους σε βαθύτερους ιστούς, χωρίς να βλάπτουν το δέρμα και, επίσης δημιουργούν λιγότερο σκεδασμό της ακτινοβολίας μέσα στους ιστούς του σώματος. Ορισμένα ακτινοθεραπευτικά κέντρα θεραπεύουν περισσότερο υποξικούς, ακτινοάντοχους όγκους με κύκλοτρα, που ελευθερώνουν δέσμη νετρονίων στον όγκο.

2. Εξωτερικά. Το ραδιοϊσότοπο, μέσα σε θήκη εφαρμόζεται απευθείας πάνω σε επιφάνεια δέρματος ή βλεννογόνου (καρκίνος χειλαίας, λοβίου αυτιού, κεφαλής, γλώσσας, πέους κ.λ.π.).
3. Ενδοκοιλιακά. Το ραδιοϊσότοπο εισάγεται μέσα σε κοίλα όργανα ή σε υπάρχουσες κοιλότητες του σώματος. Στην υπεζωκοτική και περιτοναϊκή κοιλότητα εισάγονται κολλοειδή διαλύματα χρυσού ή φωσφόρου, ενώ διαλύματα ραδιενεργού χρυσού, νατρίου και βρώμιου, μέσα σε ελαστικούς σάκους, εισάγονται σε κοίλα όργανα.
4. Με εμφύτευση. Ραδιοϊσότοπα μέσα σε στερεά περιβλήματα (προστατευτικές θήκες), που μπορεί να έχουν μορφή βελονών, χόκκων, κάψουλων, συρμάτων και σωλήνων νάυλον, προεμφυτεύονται μέσα σε ορισμένους όγκους. Μένουν μόνιμα μέσα στον ιστό ή αφαιρούνται μετά από ορισμένο χρόνο. Ισότοπα που εμφυτεύονται είναι ο χρυσός, το ράδιο, τα ραδόνιο, το ταντάλιο, το ύτριο κ.α.
5. Με ένεση κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσοτόπου, όπως χρυσού και φωσφόρου, μέσα στο νεοπλασματικό ιστό.
6. Εσωτερικά από το στόμα ή ενδοφλέβια (ραδιοϊώδιο, ραδιοχρυσός, ραδιοφώσφορος). (*Σαχίνη., 1997, σελ. 186- 191*).

Επιπλοκές από το Λεπτό έντερο:

S Απόφραξη λεπτού εντέρου S
Σύριγγα λεπτού εντέρου S
Διάτρηση λεπτού εντέρου S
Εντερικά έλκη

Επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα

Κυστεοκολπικά συρίγγια
Ουρητηρικές στενώσεις
Ακράτεια

Άλλες επιπλοκές

S Διάτρηση της μήτρας
s Ίνωση
-/ Στένωση του κόλπου (*Shapiro, 2001, σελ. 27- 32*)

8.4 Χημειοθεραπεία

Χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της λειτουργίας τους και της αναπαραγωγής τους. Χρησιμοποιείται κύρια στη θεραπεία λευχαιμιών, λεμφωμάτων και άλλων παθήσεων και αιμοποιητικών κυττάρων, αλλά και σε διάσπαρτο μεταστατικό καρκίνο. Δηλαδή, χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου δεν μπορούν να βοηθήσουν η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με χειρουργική θεραπεία και ακτινοθεραπεία ή και με τις δύο, με σκοπό: (α) να μειώσει το μέγεθος του όγκου προεγχειρητικά και (β) να καταστρέψει κακοήθη κύτταρα που απέμειναν μετά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου.

Οι στόχοι της χημειοθεραπείας (ίαση, έλεγχος, παρηγορητική) πρέπει να είναι ρεαλιστικοί, επειδή αυτοί καθορίζουν τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν και την επιθετικότητα του θεραπευτικού σχήματος.

Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα των κακοηθών νεοπλασμάτων εφαρμόζονται σε επαναλαμβανόμενες συνεδρίες. Θανάτωση 100% των κακοηθών κυττάρων είναι σχεδόν αδύνατη. Ένας στόχος της χημειοθεραπείας, ωστόσο, είναι να καταστρέψει αρκετά κακοήθη κύτταρα, ώστε να είναι δυνατή η καταστροφή των υπολοίπων από το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή.

Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα που διακόπτουν την κυτταρική δραστηριότητα σε ορισμένες φάσεις του κύκλου δίνονται σε τέτοιους συνδυασμούς, ώστε να καταστρέφουν το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό κακοηθών κυττάρων χωρίς να προκαλούν σοβαρά τοξικά φαινόμενα στον ξενιστή.

Τα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα μέσα σε ένα όγκο κύτταρα είναι τα πιο ευαίσθητα στα χημειοθεραπευτικά μέσα. Τα λιγότερο ευαίσθητα και επομένως τα δυνητικά επικίνδυνα, είναι τα κύτταρα που δεν διαιρούνται, είναι όμως ικανά για μελλοντική ανάπτυξη. Τα κύτταρα αυτά, ωστόσο πρέπει να καταστραφούν. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται επαναλαμβανόμενοι κύκλοι χημειοθεραπείας, ώστε να θανατώνονται αυτά τα κύτταρα όταν εισέρχονται σε φάση ενεργού αύξησης. Τα αποτελέσματα αυτά σχετίζονται με τις φάσεις κύκλου αναπαραγωγής του κυττάρου, που ακολουθούν τόσο τα υγιή όσο και τα κακοήθη κύτταρα.

Οι φάσεις του κυτταρικού αναπαραγωγικού κύκλου είναι τέσσερις: (α) Φάση G₁: στη φάση αυτή γίνεται σύνθεση RNA και πρωτεΐνης, (β) φάση S: σύνθεση DNA, (γ) φάση G₂: προμιτωτική φάση, συμπλήρωση σύνθεσης DNA, σχηματισμός μιτωτικής ατράκτου, (δ) μίτωση: διαίρεση του κυττάρου. Η φάση G₀: αδρανής φάση ή φάση ανάπαυσης, μπορεί να συμβεί μετά τη μίτωση και κατά τη διάρκεια της φάσης G₁. Στη φάση αυτή υπάρχουν εκείνα τα επικίνδυνα κύτταρα που δεν διαιρούνται ενεργά, αλλά ενέχουν μελλοντικό δυναμικό για διαίρεση.

■Φ· Τα χημειοθεραπευτικά μέσα ταξινομούνται ως εξής:

1. Αλκυλιωτικοί παράγοντες. Τα φάρμακα αυτά περιέχουν ομάδες αλκυλίου, που αντιδρούν με μόρια που έχουν ρίζες $-NH_2$, $-COOH$, $-SH$ και PO_4 , καθώς και με μόρια που περιέχουν τεταρτογενείς αζωτούχες ενώσεις σε ετεροκυκλικά συστήματα. Οι πιο κοινές, ζωτικής σημασίας, ουσίες που περιέχουν τέτοιες ρίζες είναι το DNA, το RNA, τα ένζυμα, οι δομικές πρωτεΐνες και τα στοιχεία της κυτταρικής μεμβράνης.

Τα αλκυλιωτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία των κακοηθών νεοπλασμάτων δρουν ως κυτταροτοξικά και μεταλλαξιογόνα. Επηρεάζουν κυρίως τη συμπεριφορά της γουανίνης, γεγονός που οδηγεί σε αναστολή ενζυμικών λειτουργιών και έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή της πρωτεϊνικής σύνθεσης, της γλυκόλυσης και άλλων μεταβολικών επεξεργασιών, κυρίως όμως τη διαστροφή λειτουργίας των νουκλεϊκών οξέων.

2. Νιτροζουρίες.

3. Αντί μεταβολίτες. Είναι ουσίες που μοιάζουν σε χημική δομή με ορισμένους μεταβολίτες οι οποίοι είναι απαραίτητοι για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊκών οξέων. Υποκαθιστώντας αυτές τις ουσίες προσροφώνται από τα ένζυμα, των οποίων αναστέλλουν τη δράση. Στη χημειοθεραπεία των κακοηθών νεοπλασμάτων χρησιμοποιούνται παράγωγα που μοιάζουν σε χημική δομή με την πουρίνη, την πυριμιδίνη και το φολικό οξύ. Τα φάρμακα της ομάδας αυτής αναφέρονται στον πίνακα 6.2.

4. Αντινεοπλασματικά αντιβιοτικά. Πιθανά δρουν μέσω ένωσης τους με DNA, αναχαιτίζοντας τη σύνθεση RNA και πρωτεϊνών.

5. Φυτικά αλκαλοειδή. Βρέθηκε ότι έχουν την ικανότητα να αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων στο στάδιο της μετάφασης.

6. Ορμονικοί παράγοντες. Η πρεδνιζολόνη είναι αποτελεσματική σε κακοήθειες του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος. Καταστέλλει δραστηριότητα του λεμφικού ιστού και μπορεί να συνδέεται με αύξηση σε κύτταρα μυελοειδών και αιμοπεταλιακών σειρών. Ακόμα, μπορεί να αναστρέψει την αιμορραγική διάθεση και να αναστείλει την αυτοσυγκόλληση που παρατηρείται σ' αυτές τις διαταραχές.

Στη θεραπεία νεοπλασιών σε όργανα που βρίσκονται κανονικά κάτω από την επίδραση των γεννητικών ορμονών, όπως οι μαστοί, οι ωθήκες, η μήτρα και ο προστάτης, χρησιμοποιούνται οιστρογόνα, ανδρογόνα και προγεστερόνη.

Η ορμόνη του θυρεοειδούς, χορηγούμενη ως θυροξίνη ή αποξηραμένο εκχύλισμα θυρεοειδούς, μπορεί να προκαλέσει υποχώρηση διαφοροποιημένου καρκινώματος θυρεοειδούς και των μεταστάσεων του. 7. Διάφοροι παράγοντες.

Φ Χορήγηση χημειοθεραπευτικών παραγόντων

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να χορηγηθούν με τους εξής τρόπους:

1. Από το στόμα
2. Σε μεγαλύτερες δόσεις, ενδοφλέβια
3. Ενδαρτηριακά
 - Αν το νεόπλασμα είναι εντοπισμένο στα άκρα, αποφράσσονται τα κύρια αγγεία με περίσφιξη του άκρου ή απολίνωση της φλέβας. Το φάρμακο εισάγεται από την αρτηρία. Το αίμα απάγεται από τη ζολέβα και αζοού περάσει από κλειστό κύκλωμα που περιέχει οξυγονωτή, επανεισέρχεται στην αρτηρία. Πριν από τη λύση της περίσφιξης ή απολίνωσης γίνεται πλύση του κυκλώματος αυτού του κυκλοφορικού συστήματος.
- © Με καθετήρα που εισάγεται στην αρτηρία του οργάνου ή της περιοχής όπου είναι εντοπισμένο το κακόηθες νεόπλασμα. Ο καθετήρας συνδέεται με ενδοφλέβια χορήγηση, της οποίας η φιάλη τοποθετείται σε ύψος τουλάχιστον τριών μέτρων.
4. Άμεση έγχυση του φαρμάκου μέσα στον όγκο
5. Ενδοϋπεζωκοτική ή ενδοπεριτοναϊκή έγχυση.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται όταν χορηγούνται ενδοφλέβια χημειοθεραπευτικά που προκαλούν εκδορά. Τα φάρμακα αυτά, όταν εναποθέτονται μέσα στο υποδόριο ιστό ((έξοδος από τη φλέβα), προκαλούν νέκρωση του και β.λάβη των υποκείμενων τενόντων, νεύρων και αγγείων. Η πλήρης έκταση της ιστικής βλάβης φαίνεται μετά αρκετές εβδομάδες. Τα φάρμακα που χαρακτηρίζονται ως παράγοντες που προκαλούν εκδορά είναι η

δακτινομυκίνη, η δαουνορουβικίνη, η δοξορουβικίνη, η αζωτούχος μουστάρδα, η μιθραμυκίνη, η μιτομυκίνη, η βινβλαστίνη, η βινκριστίνη και η βινδεσίνη.

Στη χορήγηση αυτών των φαρμάκων πρέπει να εμπλέκονται μόνο ειδικά εκπαιδευμένοι γιατροί και νοσηλεύτες. Βασικής σημασίας είναι η προσεκτική επιλογή της περιφερικής φλέβας, η επιδέξια φλεβοκέντηση και η προσεκτική χορήγηση του φαρμάκου. Σε υποψία εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα, σταματά αμέσως η χορήγηση και εφαρμόζεται πάγος την περιοχή (με εξαίρεση τη χορήγηση νίνα αλκαλοειδών). Ο γιατρός μπορεί να αναρροφήσει το φάρμακο από τους ιστούς και να ενέσει σ' αυτούς εξουδετερωτικό διάλυμα για να ελαττώσει τη βλάβη τους.

Όταν προβλέπεται συχνή, μακροχρόνια χορήγηση αυτών των φαρμάκων, μπορεί να τοποθετηθούν καθετήρες από σιλικόνη (silastic) δεξιού κόλπου ή συσκευή φλεβικής προσπέλασης. (Σαχίνη., 1997, σελ. 186- 191).

8.5 Αντιμετώπιση της **ενδοεπιθηλιακής** νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας και του κόλπου με **Laser CO₂**

Οι ακτίνες laser CO₂ εισήχθησαν στη χειρουργική γυναικολογία το 1973 και μετά από 4 χρόνια άρχισε η χρησιμοποίησή τους για τη συντηρητική αντιμετώπιση της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου και του κόλπου (CIN, VAIN). Τα πλεονεκτήματα της χρησιμοποίησης των laser CO₂ είναι: (α) Δεν διαταράσσεται η αρχιτεκτονική του τραχήλου και του κόλπου, (β) Ελαττώνεται ο χρόνος νοσηλείας στο νοσοκομείο, (γ) Η απώλεια αίματος είναι ελάχιστη, (δ) Μπορεί να γίνει επί βάσεως εξωτερικού ιατρείου, (ε) Δεν είναι απαραίτητη πάντα η γενική νάρκωση.

Από τον Ιανουάριο 1986 μέχρι το Δεκέμβριο 1987, 66 γυναίκες αντιμετωπίστηκαν στο Κέντρο του Μαιευτηρίου Αθηνών. Τριάντα δύο με CIN Hi (17 με καρκίνωμα in situ και 15 με βαριά δυσπλασία), 10 με C'N !!, οκτώ με CIN I και 6 με VAI N II - III. Σε όλες τις γυναίκες έγινε κυτταρολογική διαβάθμιση της νόσου και η διάγνωση τέθηκε ιστολογικά μετά από κατευθυνόμενη βιοψία με τη βοήθεια κολποσκοπίου.

Δια του κολποσκοπίου εντοπίστηκαν επακριβώς η έκταση και τα όρια της νόσου, για τις περιπτώσεις CIN και VAIN, ενώ για τις C1N εντοπίζονταν το σημείο μετάπτωσης του πλακώδους προς κυλινδρικό επιθήλιο (squamo - columnar junction) και σχεδιάζονταν το σχήμα του κώνου που θα αφαιρείτο (διάμετρος βάσης, ύψος κώνου). Καμία από τις γυναίκες δεν παρουσίασε υποτροπή της νόσου στο μέχρι τώρα διάστημα της παρακολούθησής τους. Πέντε από τις γυναίκες με CIN III έμειναν έγκυες στον πρώτο και δεύτερο κύκλο προσπάθειας μετά παρέλευση 5 μηνών από τη θεραπεία. (Μάμας., 1989, σελ. 486).

8.6 Παρηγορητική θερσατεία

Όταν η εγχείρηση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν πρόλαβαν τον καρκίνο και ο θάνατος της άρρωστης είναι αναπόφευκτος, πριν από αυτόν μπορούμε να ανακουφίσουμε αυτή από τους πόνους, που προέρχονται από τοπική διήθηση, που έπιασε το ιερό πλέγμα, και από οσφυϊκή, που έπιασε το οσφυϊκό πλέγμα.

Στις ημέρες μας η ανάγκη επέβαλε την ίδρυση Ειδικών Κέντρων Ανακούφισης του πόνου των καρκινοπαθών. (Παπανικολάου., 1994, σελ. 253 - 262).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 Καρκίνος τραχήλου μήτρας κατά την κύηση

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται σε 1:1.500-8.000 κυήσεις. Το μεγάλο εύρος διακύμανσης αντικατοπτρίζει κυρίως επιδημιολογικές διαφορές του καρκίνου του τραχήλου στις διάφορες χώρες. Είναι γνωστό ότι τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μείωση της μέσης ηλικίας γυναικών με καρκίνο του τραχήλου και κυρίως με πρώιμο διηθητικό καρκίνο. Η ομοιότητα των συμπτωμάτων ανάμεσα στις δύο αυτές καταστάσεις, όπως κολπική υπερεκκριση και αιμορραγία, και η νέα ηλικία των γυναικών μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διάγνωσης του καρκίνου. Για το λόγο αυτό θεωρείται απαραίτητο να πραγματοποιείται μακροσκοπικός έλεγχος του τραχήλου και λήψη τραχηλικού επιχρίσματος για Pap-test κατά την πρώτη εξέταση της εγκύου. Ιδιαίτερα δε επιβάλλεται να γίνεται αυτό σε γυναίκες που δεν έχουν πρόσφατο ή και κανένα προηγούμενο Pap-test, γεγονός που συνήθως παρατηρείται στις ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Σε περίπτωση που το Pap-test συνιστά τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία υψηλής βαθμίδας ή πρώιμο διηθητικό καρκίνο, θα πρέπει να γίνει προσεκτική κολποσκοπική εξέταση του κατώτερου γεννητικού συστήματος. Παρόλο ότι η κολποσκόπηση στη διάρκεια της κύησης παρουσιάζει δυσκολίες, λόγω της πρόπτωσης του κολπικού τοιχώματος, συνήθως είναι ικανοποιητική, καθώς το άνω όριο της ζώνης μετασχηματισμού βρίσκεται στο ορατό τμήμα του εξωτραχήλου. Εάν τα κυτταρολογικά και κολποσκοπικά, ευρήματα συνιστούν μικροδιήθηση, είναι αναπόφευκτη η εξοαρμογή εκτεταμένης βιοψίας, η οποία σήμερα γίνεται με τις σύγχρονες εξωτερικού ιατρείου μορφές θεραπείας, όπως η laser και η loop κωνοειδείς εκτομές. Οι κολποσκοπικά κατευθυνόμενες αυτές επεμβάσεις είναι όχι μόνο διαγνωστικές, αλλά είναι ταυτόχρονα και θεραπευτικές, καθώς αφαιρούν όλη τη βλάβη. Αυτό ισχύει για τις περιπτώσεις που η διήθηση του στρώματος δεν ξεπερνά τα 3mm είναι ελεύθερα τα όρια του παρασκευάσματος της κωνοειδούς εκτομής και χωρίς λεμφική ή αγγειακή συμμετοχή. Όταν δεν ισχύουν οι παραπάνω προϋποθέσεις και η ηλικία κύησης είναι μικρότερη από

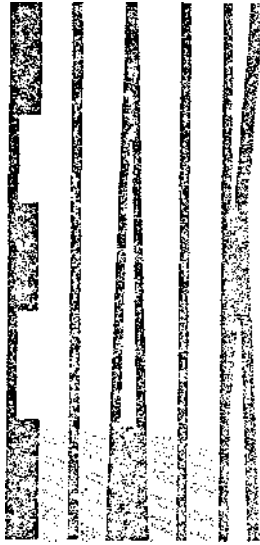
24 εβδομάδες, η λήψη της απόφασης για διακοπή ή συνέχιση της εγκυμοσύνης γίνεται με βάση την επιθυμία της γυναίκας, Εάν η κύηση είναι μεγαλύτερη από 24 εβδομάδες, τότε η θεραπεία μπορεί με ασφάλεια να καθυστερήσει μέχρι την 28η-30η εβδομάδα της κύησης.

Στις περιπτώσεις που η διήθηση είναι μεγαλύτερη από 3 mm και η ηλικία κύησης είναι μικρότερη από 24 εβδομάδες, η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι είτε ριζική υστερεκτομή είτε ακτινοθεραπεία. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ακτινοθεραπεία έχει τα ίδια ποσοστά επιβίωσης με τη ριζική υστερεκτομή αλλά παρουσιάζει σοβαρές παρενέργειες. Όταν η ηλικία κύησης είναι μεγαλύτερη από 24 εβδομάδες, η θεραπεία μπορεί να καθυστερήσει μέχρι να υπάρξει ωριμότητα του εμβρύου, συνήθως στις 28-30 εβδομάδες. Αν το στάδιο είναι μεγαλύτερο από Μα θα πρέπει να ακολουθήσει ακτινοθεραπεία μετά την καισαρική τομή.

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η επιβίωση σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι ίδια σε έγκυες και μη-έγκυες γυναίκες, όταν λαμβάνονται υπόψη κοινός προγνωστικοί παράγοντες, όπως σταδιοποίηση, λεμφαδενικές μεταστάσεις, ιστολογικός τύπος. (Αωλής., 1998, σελ. 448-449).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 Καρκίνος χαμηλού κολοβώματος

Αυτός εμφανίζεται σε συχνότητα 4 - 8%. Αν εμφανισθεί λίγα χρόνια μετά την υφολική υστερεκτομία, η χειρουργική αντιμετώπιση του είναι δύσκολη λόγω ίνωσης της περιοχής του και συμφυσεων του κολοβώματος με την κύστη και το ορθό. Σ' αυτή την περίπτωση προτιμάται η ακτινοθεραπεία. Η πρόγνωση του είναι η ίδια όπως και στον καρκίνο του τραχήλου. Πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια να εξαιρεθεί ο τράχηλος στις υστεροεκτομίες. *(Γαπανικολάου., 1994, σελ. 253-262).*



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Νοσηλεύτρια -της και ασθενής με καρκίνο

1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή -τριας στην αποκατάσταση του καρκίνου

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

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

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

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

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

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

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

* Διεργασία αποκατάστασης

Η τυπική πορεία του καρκίνου χαρακτηρίζεται από περιόδους ηρεμίας και επιπλοκών. Αναφέρεται ότι δύο στους τρεις ασθενείς παρουσιάζουν επιπλοκές στα πέντε πρώτα χρόνια από την αρχική διάγνωση της νόσου.

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

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

Προβλήματα που παρουσιάζονται πολύ συχνά στη νοσηλευτική φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών επικεντρώνονται στις εξής περιοχές: Στην παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου, Στην διαπαιδαγώγηση του ασθενή και της οικογένειας, Στον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου από τον ασθενή, Στον έλεγχο των συμπτωμάτων, Στους προστατευτικούς μηχανισμούς του ασθενή.

• Παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου

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

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και των οικείων του για την έγκαιρη εφαρμογή του διαγνωστικού ελέγχου στον καθορισμένο χρόνο ή όταν προκύψει ανάγκη και νωρίτερα, συμβάλλει στην εντόπιση των προειδοποιητικών σημείων και κατά συνέπεια στην αντιμετώπιση και αναστολή της εξέλιξης της νόσου. (Μπεσμπέας., 1991, σελ. 103- 104).

1.2 Νοσηλευτική παρέμβαση σε άτομο με καρκίνο τραχήλου μήτρας

Εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης

- Ιστορικό υγείας α. Ηλικία
β. Συζυγική κατάσταση
γ. Έμμηνο ρύση, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό δ.
Ατομικές υγιεινές συνήθειες
ε. Προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα, συμπτώματα, έρπης στ.
Χρήση κολπικών αντιβιοτικών ζ. Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης
κολπικού επιχρίσματος κατά
Παπανικολάου (Pap.test)
η. Οικογενειακό ιστορικό

Φυσική εκτίμηση

Η πυελική εξέταση θα αποκαλύψει:

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

Διαγνωστικές εξετάσεις

- α. Κολπικό επίχρισμα (Pap.test)
β. Κολποσκόπηση - Καμιά υποψία ή άτυπες αλλοιώσεις
γ. Δοκιμασία μήλης - Στον καρκίνο του τραχήλου η μήλη εύκολα εισχωρεί
μέσα στους ιστούς που είναι εύθρυπτοι δ. Δοκιμασία Schiller. Ο
υγιής ιστός παίρνει το χαρακτηριστικό βαθύ καφέ
χρώμα ενώ η καρκινική περιοχή παραμένει αχρωμάτιστη ε.
Βιοψία τραχήλου - Η ιστολογική εξέταση τμήματος ιστού από τον
αλλοιωμένο τράχηλο επισφραγίζει τη διάγνωση στ.
Άλλες πληροφορίες - Προηγούμενα ευρήματα Pap.test

Προβλήματα της άρρωστης

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

« Σκοποί της φροντίδας

1. Άμεσοι

α. Μείωση της ανησυχίας και του φόβου της εγχείρησης β.

Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου

2. Μακροπρόθεσμοι

α. Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου

β. Μείωση του κινδύνου υποτροπής (Σαχίνη., 1997, σελ. 456-457)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Νοσηλευτική φροντίδα κατά τις διαγνωστικές εξετάσεις

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 φύσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να σέβεται την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών της άρρωστης. Αυτές οι πληροφορίες πρέπει να επικοινωνούνται μόνο σ' εκείνους που άμεσα εμπλέκονται στη φροντίδα της υγείας της άρρωστης, όπως πρέπει να γίνεται και για όλες τις πληροφορίες που δίνουν οι άρρωστοι.

Πυελική εξέταση.

Είναι η επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων για σημεία φλεγμονής, διόγκωσης, αιμορραγίας, εκροή υγρών ή τοπικές δερματικές και επιθηλιακές αλλαγές. Για την επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας χρησιμοποιούνται οι κολποδιαστολείς.

Ετοιμασία της άρρωστης: α) Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Η άρρωστη χρειάζεται ενθάρρυνση, κατανόηση και επιδέξιο χειρισμό τόσο των συγκινησιακών όσο και των φυσικών της προβλημάτων. α) Παροχή συμβουλών στην άρρωστη για αποφυγή συνουσίας και κολπικής πλύσης 24 ώρες πριν από την εξέταση, σε περίπτωση που θα ληφθεί κολπικό έκκριμα για κυτταρολογική εξέταση. ο) Παρότρυνση της άρρωστης για κένωση της κύστης και του εντέρου πριν από την εξέταση, γιατί έτσι εξασφαλίζεται χαλάρωση των περιτοναϊκών ιστών. β) Αφαίρεση περιττών ενδυμάτων για να επιτραπεί ικανοποιητική έκθεση των γεννητικών οργάνων και εξέταση της κοιλιάς. « Αποφυγή υπερβολικής έκθεσης της άρρωστης.

Θέσεις της άρρωστης για εξέταση:

ο Θέση λιθεκτομής: Η άρρωστη τοποθετείται σε ύπτια θέση με τα γόνατα και τα ισχία σε κάμψη και απαγωγή και τους γλουτούς στο χείλος εξεταστικού τραπεζιού. Τα πόδια ακουμπούν πάνω σε ειδικά στηρίγματα. Στη θέση αυτή, τα γεννητικά όργανα είναι προσιτά για επισκόπηση και ψηλάφηση.

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 κεκαμμένο. Η άρρωστη καλύπτεται όπως και πιο πάνω, για εύκολη έκθεση των γεννητικών οργάνων.

Θέση νόνατα - θώρακας: Η άρρωστη γονατίζει πάνω στο τραπέζι, με τα γόνατα να εξέχουν ελαφρά από το χείλος του εξεταστικού τραπεζιού.

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 της περινεϊκής χώρας από εκκρίσεις και λιπαντική ουσία, μετά το τέλος της εξέτασης, Τοποθέτηση της άρρωστης σε άνετη θέση, μόλις τελειώσει η εξέταση. Επίλυση αποριών της άρρωστης και διασαφήνιση των ιατρικών οδηγιών.

ΑήρΗ τραχηλικού επιχρίσματος ysaPap.tesi

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

Νοσηλευτικά καθήκοντα;

Μετά τη λήψη του αντιπροσωπευτικού δείγματος τραχηλικού επιχρίσματος ο νοσηλευτής σημειώνει την προέλευση του σε κάθε

αντικειμενοφόρο πλάκα. Επίσης, στο παραπεμπτικό σημειώνεται η ημερομηνία έμμηνης ρύσης και αν η γυναίκα έπαιρνε οιστρογόνα ή αντισυλληπτικά χάπια. Πριν ξεραθεί το έκκριμα, οι αντί κει μενοφόρες πλάκες τοποθετούνται μέσα σε γυάλινο δοχείο με αιθέρα και αιθυλική αλκοόλη και στέλνονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο.

Βιοψία τραχήλου:

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

Μοσηλευτικά καθήκοντα

Προτού φύγει η άρρωστη είναι απαραίτητο να ξεκουραστεί για λίγο μετά τη διαδικασία. Στη συνέχεια δίνονται οι ακόλουθες οδηγίες: » Να αποφύγει να σηκώνει βαριά αντικείμενα για 24 ώρες.

- Ο πωματισμός μπορεί να μείνει στη θέση του για 12 - 24 ώρας, ανάλογα με την οδηγία του γιατρού.
- Ενδέχεται να παρατηρηθεί κάποια αιμορραγία. Αν είναι περισσότερη απ' ότι σε μια φυσιολογική έμμηνη ρύση, πρέπει να αναφερθεί αμέσως στο γιατρό.
- Να πάρει οδηγίες από το γιατρό σχετικά με τις πλύσεις και τις σεξουαλικές της επαφές (αποφεύγονται για αρκετές εβδομάδες μετά τη βιοψία).

Δοκιμασία Schiller:

Γίνεται για διάγνωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Νοσηλευτικά καθήκοντα;

Μετά τη δοκιμασία, συστήνεται στην άρρωστη να φορέσει μια σερβιέτα για μερικές ώρες, για να αποφευχθεί η χρώση των εσωρούχων της.

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.

Διαστολή και απόξεση

Η διαστολή και απόξεση γίνεται για να ληφθεί ενδομητρικός και ενδοτραχηλικός ιστός για εξέταση και να ελεγχθεί παθολογική αιμμοραγία της μήτρας.

Μοσηλευτικά καθήκοντα:

Προεγχειρητικά Ενημέρωση της άρρωστης για τη φύση της επέμβασης Απάντηση σε ερωτήσεις που ενδέχεται να έχει η άρρωστη Έλεγχος αν έχει γίνει ξύρισμα της περινεϊκής χώρας Υποκλυσμός για κένωση του εντέρου και παρότρυνση της άρρωστης να ουρήσει πριν την εξέταση.

Μετεγχειρητικά Έλεγχος αν οι περινεϊκές γάζες διατηρούνται στη θέση τους Αντικατάσταση τους κάθε φορά που χρειάζεται με αποστειρωμένες γάζες. Μπορεί να χρησιμοποιήσει ταμπόν κόλπου και αφαιρείται από το χειρουργό το πρώτο 24ωρα.

Παρακολούθηση για αιμορραγία τις πρώτες ώρες μετά την απόξεση Σύσταση να παραμείνει στο κρεβάτι το υπόλοιπο της ημέρας Παροχή οδηγιών κατά την έξοδο για αποφυγή έντονων δραστηριοτήτων για μια εβδομάδα περίπου.

(Σαχίνη., 1997, σελ. 429- 431).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Νοσηλευτική

φροντίδα κατά τη χειρουργική θεραπεία

3.1 Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Αν κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας, αυτή που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα, ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της επέμβασης και τη νευροψυχική κατάσταση της ασθενούς. Ο φόβος και η ανησυχία μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης καθώς και τα οικονομικά προβλήματα.

Ο νοσηλευτής με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, 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 αρρώστου και των οικείων της.

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος, τη σοβαρότητα της εγχείρισης και την κατάσταση της ασθενούς. Η προεγχειρητική ετοιμασία συνίσταται σε: Γενική προεγχειρητική ετοιμασία
Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία Τελική προεγχειρητική ετοιμασία
(Μαλαγρίνου. 2001, σελ. 241 - 252).

Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

Ενημέρωση από το νοσηλευτή:

Ερμηνεία του όρου «υστερεκτομή» στην άρρωση και την οικογένεια της.
v" Εξασφάλιση συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνική στείρωσης και τη διακοπή κύησης αν η άρρωση είναι έγκυος, v Ενημέρωση της άρρωστης σχετικά με τη μετεγχειρητική θεραπεία, πόνο, δραστηριότητα, δίαιτα, συνουσία, έμμηνη ρύση.

Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.

Υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής κατά την απώλεια των γεννητικών οργάνων. Μερικές γυναίκες είναι ικανές να αποδεχθούν την υστερεκτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου τους και τη σεξουαλική τους ανάγκη. Άλλες, διατηρούν αμφιβολία για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψη τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Άλλες πάλι μπορεί να παρουσιάζουν κατάθλιψη και άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, αν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη. (Σαχίνη., 1997, σελ. 456- 457).

Τόνωση του ηθικού:

Οι ασθενείς που εισέρχονται στο νοσοκομείο διακατέχονται από φόβο και ανησυχίες. Ο νοσηλευτής επιτυγχάνει την τόνωση του ηθικού της με το: Να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες της ασθενούς και να τις ικανοποιήσει.

Να καταλάβει την ασθενή και να συμμεριστεί τη θέση της. (Μαλαρινού. 2001, σελ. 241-252).

Να παρέχει ευκαιρίες στην ασθενή να εκφράσει τα αισθήματά της, τους φόβους της και τις ανησυχίες της.

Να κατανοήσει τα πολύπλοκα προβλήματα της ασθενούς (φυσικά, συγκινησιακά, κοινωνικά). (Σαχίνη., 1997, σελ. 456-457).

Τόνωση σωματική:

Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Η ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος τον ιδρώτα και τους τυχόν εμετούς. Γι αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι, η ασθενής βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών.

Την προηγούμενη της εγχείρησης μέρα η ασθενής τρέφεται ελαφρά, με τροφές χωρίς πολλά υπολείμματα και έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν

παίρνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμετών και μετεωρισμού κοιλίας. Για την καλή θρέψη της ασθενούς η συμβολή του νοσηλευτή είναι αποφασιστική.

Ιατρικές εξετάσεις:

Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση της ασθενούς σε:

Εξέταση αίματος: γενική αίματος, τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και Rhesus αίματος για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, σάκχαρο και ουρία αίματος. Γενική ούρων. Προηγείται εξέταση της ασθενούς από χειρουργό και παθολόγο. Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση της ασθενούς καλείται αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθοριστεί το είδος της νάρκωσης και των αναισθητικών.

Καθαριότητα της ασθενούς: Αυτή συνίσταται σε: Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα με καθαρτικό υποκλυσμό γίνεται συνήθως το προηγούμενο βράδυ από την επέμβαση. Κολπική πλύση με αντισηπτικό σε κολπική υστερεκτομή. Καθαρισμό του σώματος με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα.

Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου: Πάντα η αναμονή εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβο που μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Η αϋπνία και η κόπωση προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και στην εμφάνιση επιπλοκών. Ο νοσηλευτής για την εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου χορηγεί την προηγούμενη νύχτα ηρεμιστικά και υπνωτικά φάρμακα.

Προσανατολισμός:

Ο νοσηλευτής προσανατολίζει την ασθενή στο νέο δωμάτιο που θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, για να μην ανησυχήσει όταν μετά την αφύπνιση βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον.

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η εγχείρηση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μόλυνση.

Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει: Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς. Ο νοσηλευτής κατά την πρωινή λήψη των ζωτικών σημείων ελέγχει για τυχόν παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια και προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρυολογήματος.

Κατάλληλη ένδυση ασθενούς. Μισή ώρα πριν το χειρουργείο ο νοσηλευτής ντύνει την ασθενή αφού προηγουμένως την ειδοποιήσει ότι πρέπει να ουρήσει για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Η ενδυμασία αποτελείται από ποδονάρια, ρόμπα χειρουργείου και σκούφο. Ωστόσο, αφαιρούνται τα ρούχα της ασθενούς, κοσμήματα, φουρκέτες, μασέλες.

Προνάρκωση: Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν την εγχείρηση και το είδος καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο. Αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. (Μαλγαρινού, 2001, σελ. 241 - 252).

3.2 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνο, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος.

- Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.
- Ανακούφιση από τον πόνο.
Προαγωγή επούλωσης του τραύματος.
- Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μεταγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισης τους.
 - Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κοιλιακή υστερεκτομή, είναι κυρίως δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων (ειδικά αν υπάρχει χαλάρωση των ιστών από τη νεοπλασματική εξεργασία ή αν η άρρωστη είχε υποβληθεί σε ραδιοθεραπεία της πυελικής περιοχής).
 - Αν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.
 - Η άρρωστη παρακολουθείται στενά, γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μη χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.
Μείωση πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την κύηση (οφείλονται στη γειτονία της κύστης με τη χειρουργική περιοχή).
 - Παρακολούθηση και αναγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία.
 - Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα, αν δόθηκε εντολή, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός των νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Δυνατόν να τοποθετηθεί υπερηβικός καθετήρας.
 - Αφαίρεση του καθετήρα, με οδηγία του γιατρού, μετά από 5 μέρες.
 - Καθετηριασμός της κύστης, αν η άρρωστη δεν έχει καθετήρα και δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.
 - Διαπίστωση υπολείμματος, η άρρωστη καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.
Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης.
 - Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο.
 - Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.
 - Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού.
 - Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός.

Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.

Βοήθεια της άρρωστης να αλλάζει θέση κάθε 2 ώρες και ενθάρρυνση να παίρνει βαθιές αναπνοές.

Αποφυγή τοποθέτησης της άρρωστης σε υψηλή Flower θέση, καθώς και πίεσης κάτω από τα γόνατα, για πρόληψη στάσης του αίματος.

Υπολογισμός του αίματος που χάνεται με τη ζύγιση των γαζών αμέσως μετά την αφαίρεση τους σύγκριση βρεγμένων και στεγνών γαζών η διαφορά του βάρους θα είναι το αίμα που χάνεται.

Επισκόπηση κάτω άκρων για παρουσία κιρσών προαγωγή κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις άκρων.

Χρήση ελαστικών καλτσών, ως προφυλακτικό μέτρο, για προαγωγή της κυκλοφορίας.

- Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υπόθετων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.
- Παρακολούθηση για κοιλιακή απέκκριση, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.

Έγκαιρη έγερση της άρρωστης, για πρόληψη επιπλοκών. (Σαχίνη., 1997, σελ. 458-459).

3.3 Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών δυσχερειών

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέριες είναι οι ακόλουθες:

Πόνος:

Ασθενείς που υποβάλλονται σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση βρίσκονται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση, η οποία επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση.

Ο νοσηλευτής για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, του δίνει θέση η οποία να προκαλεί χαλάρωση των μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα ή τους εμετούς και, όταν υπάρχει ανάγκη, του χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται από το γιατρό.

Αίτια:

Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμη και τοπική αναισθησία. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμετοι).

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται από το νοσηλευτή με συνεχείς πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με νερό, και με χορήγηση υγρών για της πεπτικής ή παρεντερικής οδού. Η χορήγηση ή όχι υγρών καθώς και το είδος τους ρυθμίζεται από το είδος της εγχειρήσεως και τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24 ωρών από την αποναρκωση της ασθενούς.

Εάν η ασθενής έχει εμετούς, ο νοσηλευτής τοποθετεί το κεφάλι της προς τα πλάγια και της προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον εμετό, διότι η παραμονή του κοντά στην άρρωστη προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και εμετό. Μετά από κάθε εμετό πρέπει το στόμα της αρρώστου να πλένεται με λίγο νερό και να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Σε συνεχιζόμενους εμετούς δυνατό να γίνει διασωλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα Levin. Έτσι, απαλλάσσεται η ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου. Τα έχοντα σχέση με τους εμετούς (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων κ.λπ), πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο. (Μαλαγαρινού., 2001, σελ. 241 - 252).

3.4 Διδασκαλία - σχεδιασμός εξόδου αϊτό το νοσοκομείο μετά από χειρουργική θεραπεία

Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.

Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή με ωθηκεκτομή/σαλπιγγεκτομή.

Παροχή συμβουλών στην άρρωση:

- Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα (για ένα μήνα μέχρι 6 εβδομάδες) ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή άνοδο κλίμακας, για πρόληψη διάσπασης του τραύματος. Η οδήγηση αυτοκινήτου μπορεί να καθυστερήσει για 3 εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πεντάλ του φρένου μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλιά.
- Να ασκείται και να αποφεύγει το παρατεταμένο κάθισμα, όπως κατά την οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας να λιμνάσει το αίμα στην πύελο και να δημιουργηθούν θρομβοεμβολές.

Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωση ότι η κολπική έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι ζουσιολογική και ότι η ποσότητα της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει.

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

Βοήθεια της άρρωστης στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σ' ένα μήνα μετά από δύο μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.

Έμφαση στην ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με οδηγία γιατρού, θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες στην εργασία κ.τ.λ.

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

- * Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινικοεργαστηριακού ελέγχου για πέντε χρόνια. (Σαχίνη., 1997, σελ. 458- 460).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία

4.1 Παρενέργειες ακτινοθεραπείας

Πρώιμες

1. Τοπικές βλάβες του δέρματος που δέχεται άμεσα ακτινοβολία (ακτινοδερματίτιδες). Η ακτινοδερματίτιδα μπορεί να είναι τριών βαθμών:
Ερυθηματώδης: Παρουσιάζεται 1 - 3 εβδομάδες μετά την έναρξη έκθεσης στην ακτινοβολία. Διαρκεί μερικές εβδομάδες.
Φυσαλιδώδης: Προκαλείται από μεγαλύτερες δόσεις. Παρουσιάζεται την πρώτη ή δεύτερη εβδομάδα. Αν η βασική στιβάδα είναι ανέπαφη, η αποκατάσταση είναι πλήρης. Το καινούριο δέρμα είναι λεπτό και ξηρό.
Εσχαροποιητική: Παρουσιάζεται αμέσως σχεδόν μετά την έκθεση, με επώδυνη ερυθρότητα και οίδημα του δέρματος. Μετά δύο ή τρεις μέρες σχηματίζονται φυσαλίδες που σπάζουν και παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις. Η βλάβη του δέρματος είναι πλήρης.
2. Αλωπεκία, που ανήκει επίσης στις τοπικές βλάβες του δέρματος και παρουσιάζεται μετά 2-3 εβδομάδες.
3. Μεταβολές στο στοματικό βλεννογόνο: ξηροστομία, αλλαγή και απώλεια γεύσης και μείωση έκκρισης σάλιου.
4. Ερεθισμός οισοφάγου με αποτέλεσμα πόνο στο θώρακα και δυσφαγία.
5. Αν το στομάχι ή το έντερο βρίσκονται στο πεδίο ακτινοβολήσης, μπορεί να προκληθούν ανορεξία, ναυτία, έμετοι και διάρροιες.
6. Αν ο αιμοποιητικός ιστός βρίσκεται στο πεδίο ακτινοβολήσης, μπορεί να προκληθούν αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία, με αύξηση κινδύνου λοίμωξης και αιμορραγίας.
7. Γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα κόπωσης, κακουχία, πονοκέφαλος, ναυτία και εμετοί. Τα συμπτώματα αυτά, που είναι παροδικά και σταματούν με τη λήξη της θεραπείας, οφείλονται σε ουσίες που απελευθερώνονται από τη ρήξη των κυττάρων του όγκου.

Όψιμες

Μπορεί να συμβούν σε διάφορους ιστούς του σώματος. Είναι χρόνια, προκαλούν συνήθως ινωσικές μεταβολές, δευτεροπαθείς από τη μειωμένη αιματική παροχή και είναι μη αναστρέψιμα. Αυτά τα όψιμα αποτελέσματα είναι περισσότερο σοβαρά όταν περιλαμβάνουν ζωτικά όργανα όπως πνεύμονες, καρδιά, κεντρικό νευρικό σύστημα και κύστη.

4.2 Νοσηλευτική φροντίδα παρενεργειών

1. Ενημέρωση, από το νοσηλευτή, της άρρωστης για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
2. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης και ακινητοποίηση της άρρωστης κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρηση της ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.
3. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα της άρρωστης, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.
4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπιση τους όταν εκδηλωθούν.
5. Αν η άρρωστη παρουσιάζει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωση μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.
6. Υποστήριξη της άρρωστης για να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό της είδωλο (αλωπεκία).

Ειδικότερα στις παρενέργειες ο νοσηλευτής ενεργεί οχ εϊή-ς.

Ναυτία κοπ εμετοί

Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.

Ενθάρρυνση της άρρωστης να λαμβάνει υγρά.

Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.

Σημείωση αντιδράσεων άρρωστης.

Αντιδράσεις από το δέρμα

Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση.

- Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα.
 - Παροχή συμβουλών στον άρρωστο να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα, να αποφεύγει αλοιφές, λωσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη.
- « Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέι και γαζών Lanettwax.

Διάρροια

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία,
- Χορήγηση διαίτας με μικρό υπόλειμμα.

Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

- Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών.
 - Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά).
- Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας.
- Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς.

Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών

Προστασία της άρρωστης από λοιμώξεις και τραυματισμούς. Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για σημεία λοίμωξης και αιμορραγίες.

4.3 Ισέτρα προστασίας νοσηλευτή κατά την ακτινοθεραπεία

Όταν ένα ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στον οργανισμό για θεραπευτικό σκοπό, η δόση του είναι της τάξης των millicuries και γι αυτό δεν είναι ακίνδυνο. Εφόσον όμως εφαρμοστούν τα απαραίτητα μέτρα προστασίας γίνεται ακίνδυνο.

Το ποσό της ραδιενέργειας που δέχεται ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

1. Την απόσταση από τη ραδιενεργό πηγή, με το τετράγωνο της οποίας η ένταση μεταβάλλεται αντιστρόφως ανάλογα.
2. Το χρόνο παραμονής κοντά στον άρρωστο, με τον οποία η ένταση έχει σχέση ανάλογη.
3. Τη θωράκιση, που εξαρτάται από το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει το ραδιοϊσότοπο.

Το τι μέτρα, γενικά, θα ληφθούν, εξαρτάται από:

1. Το είδος του ραδιοϊσοτόπου.
2. Τον τρόπο εφαρμογής του.

Κάθε ραδιοϊσότοπο εκπέμπει ορισμένο είδος και ποσό ακτινοβολίας και έχει δικό του χρόνο υποδιπλασιασμού.

Στην εξωτερική εφαρμογή και στην εμφύτευση στερεάς μορφής ραδιοϊσοτόπου, που είναι κλεισμένο σε προστατευτική θήκη, το ραδιοϊσότοπο μένει σε ορισμένο σημείο και δεν μολύνει τα απεκκρίματα του αρρώστου. Όμως, ο άρρωστος είναι πηγή ραδιενέργειας και, επομένως, όταν φροντίζεται πρέπει να τηρείται η αρχή της μεγάλης απόστασης από αυτόν και του μικρού χρόνου παραμονής κοντά σε αυτόν. Ένας άλλος κίνδυνος των δύο αυτών τρόπων εφαρμογής των ραδιοϊσοτόπων είναι η εκτόπιση τους από το σημείο εμφύτευσης ή εφαρμογής και η μόλυνση του περιβάλλοντος με ραδιενέργεια.

Στην περίπτωση έγχυσης κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσοτόπου μέσα σε νεοπλασματικό ιστό και πάλι θα πρέπει να τηρούνται οι αρχές της απόστασης και χρόνου. Τα απεκκρίματα του αρρώστου είναι πολύ λίγο ή καθόλου μολυσμένα, αφού το διάλυμα είναι κολλοειδές.

Στην ενδοκοιλιακή εφαρμογή, που γίνεται μετά παρακέντηση, πρέπει να λαμβάνονται μέτρα ώστε:

1. Να αποφεύγεται η διαρροή του διαλύματος από το σημείο εφαρμογής.
2. Να αποφεύγεται η μόλυνση από τυχόν μολυσμένα πτύελα (όταν υπάρχει επικοινωνία ανάμεσα στην υπεζωκοτική κοιλότητα και το βρογχικό δένδρο).

Στις πιο πάνω περιπτώσεις η ελάττωση της έντασης της ακτινοβολίας που εκπέμπουν τα ραδιοϊσότοπα είναι συνάρτηση μόνο του φυσικού τους χρόνου υποδιπλασιασμού.

Στην εσωτερική χορήγηση, που το ραδιοϊσότοπο, δεν είναι θωρακισμένο, μπαίνει μέσα στην κυκλοφορία και αποβάλλεται από ορισμένα εκκρίματα, οι κίνδυνοι για το νοσηλευτή είναι περισσότεροι και τα προστατευτικά μέτρα περιλαμβάνουν τα εξής:

1. Τήρηση αρχών απόστασης, χρόνου με βάση τα διεθνή πρότυπα.
2. Αν τις πρώτες ώρες μετά τη λήψη από το στόμα ραδιοϊσοτόπου ο άρρωστος κάνει εμετό, προσεκτικός καθαρισμός κάθε χώρας που μολύνθηκε.
3. Φύλαξη των απεκκριμάτων με τα οποία αποβάλλεται το ραδιοϊσότοπο, ώσπου να γίνουν ακίνδυνα για το περιβάλλον.

Στην περίπτωση εξωτερικής χορήγησης, η ελάττωση έντασης της εκπεμπόμενης ακτινοβολίας είναι συνάρτηση τόσο του φυσικού όσο και του βιολογικού χρόνου υποδιπλασιασμού του ραδιοϊσοτόπου (ενεργού χρόνου υποδιπλασιασμού).

Το προσωπικό που παρέχει φροντίδα σε αρρώστους που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία με ραδιενεργά ισότοπα, πρέπει να φέρει δοσίμετρο (όργανο που μετρά τη δόση έκθεσης στην ακτινοβολία).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χημειοθεραπεία

5.1 Παρενέργειες κατά τη χημειοθεραπεία

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα. (Σαχψη 1997, σελ. 186- 191).

Αναλυτικότερα παρατηρούνται:

Καταστολή του μυελού των οστών

Λευκοπενία Θρομβοπενία Αναιμία

Γαστρεντερικές διαταραχές

Ναυτία, εμετούς Διάρροια

Δυσκοιλιότητα

Στοματίτιδα, έλκη βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

Μυοσκελετικά Ηπτοτοξικά

Ανοσοκατασταλασία

Ενδοκρινών κέντρων Αλωπεκία Αλλαγές στο δέρμα

5.2 Νοσηλευτική φροντίδα παρενεργειών

Καταστολή του μυελού των οστών

Λευκοπτενία

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

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

Θρομβοπτενία

α) Παρακολουθούνται (1) τα αιμοπετάλια (φυσιολογικές τιμές $200.000 - 300.000 / \text{mm}^3$). Αν ο άρρωστος έχει αιμοπετάλια κάτω από $50.000 / \text{mm}^3$ θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, (2) τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινο-ουλορραγίες, (3) η αρτηριακή πίεση του αίματος σε περίπτωση που αυτή βρεθεί χαμηλή ο άρρωστος πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, β) Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως: (1) περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ενέσεως για 3 λεπτά περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή

εξόδου αίματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή και υποδόρια ένεση γίνεται γνωστή στο γιατρό, (2) οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσεως σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.α., πρέπει να είναι μικράς διάρκειας, (3) δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, την ακατάλληλη ξυριστική μηχανή (κατάλληλη είναι η ηλεκτρική), τη σκληρή οδοντόβουρτσα κ.α. γ) Προσφέρεται βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας όπως, να υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος. Κατά τη μετάγγιση αίματος παρακολουθείται η ροή του και ο άρρωστος για σημεία αντιδράσεως από το αίμα.

Αναμία

α) Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη (φυσ. τιμ. 14 - 16 g/100ml αίματος), ο αιματοκρίτης (φυσ. τιμ. 40 - 54% στους άνδρες και 37 - 47% στις γυναίκες) και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα εύκολη κόπωση, απάθεια, β) Βοηθείται ο άρρωστος με (1) διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα, (2) αποφυγή κοπώσεως, (3) χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού, (4) περιορισμός των απώλειας αίματος.

Γαστρεντερικές διαταραχές

Ναυτία, εμετός

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

Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμέτων όπως: (1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού). Πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωση της, (2) χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που ο άρρωστος θα κοιμηθεί, (3) εκπαιδεύεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειας του πώς να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα, (4) δίνονται κομμάτια μικρά πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία, (5) ενισχύεται ο άρρωστος να φάει λίγη φρυγανιά, (8) σερβίρεται η τροφή μετά την

υποχώρηση της ναυτίας, (7) προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με τον άρρωστο, για το περιεχόμενο και την ώρα, (8) χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες, (9) αποφεύγονται αυτές που έχουν έντονη οσμή (μυρωδιά), (10) ενισχύεται ο άρρωστος να μασάει πολύ καλά την τροφή, (11) μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

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

Διάρροια I Σύσταση κοιλιακών μυών

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

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

Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με (1) χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια, με οδηγία γιατρού και ενημέρωση του γιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια και ο σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή ίσως να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών, (2) χορήγηση πολλών υγρών, εφόσον δεν αντενδείκνυνται, (3) βοήθεια

στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (4) φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού.

Στοματίτιδα - Έλκη (πληγές) του βλεννογόνου στη στοματική κοιλότητα

- © Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.
- » Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με (1) την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες (ξυνές) τροφές, (2) την οργάνωση προγράμματος φροντίδας στοματικής κοιλότητας, όπως αναφέρεται με την πρόληψη των λοιμώξεων και (3) επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές την ημέρα.
- © Προσφέρεται βοήθεια για τη θεραπεία της στοματίτιδας με τη συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής, χλιαρής τροφής (λευκή είναι η τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες).

Νευροτοξικότητα

Παρακολουθείται άρρωστη για συμπτώματα ήπια νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των «εν τω βάθει» αντανακλαστικών και τενόντων και σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δύναμης των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός ειλεός. Επίσης, προστατεύεται η άρρωστη από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Βοηθείται η άρρωστη για την προστασία του, τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση.

Ηπατοτοξικότητα

Παρακολουθείται η λειτουργικότητα του ήπατος με υπατικές εξετάσεις και ενημέρωση του γιατρού για εμφάνιση συμπτωμάτων που πιθανόν να

προέρχονται από βλάβη του ήπατος όπως: πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.

Νεφροτοξικότητα

Παρακολούθηση της λειτουργικότητας των νεφρών με εργαστηριακές εξετάσεις, ενημέρωση σε εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας: οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων, προσοχή στο ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών.

Ανοσοκατασταλτική επίδραση

Παρακολούθηση της άρρωστου για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων, προστασία της άρρωστης από μολύνσεις.

Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων

Παρακολούθηση της άρρωστης για συμπτώματα όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου, ενημερώνεται η άρρωστη πως κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας και για μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία δεν θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης.

Αλϋ-ίπεκία

M-υχολογική υποστήριξη της άρρωστης για την αντιμετώπιση της αλωπεκίας, προσπάθεια του νοσηλευτή να ενημερώσει και να βεβαιώσει την άρρωστη ότι το τριχωτό της κεφαλής θα μεγαλώσει οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας με πιθανή αλλαγή χρώματος αλλά καλύτερης ποιότητας. Οι τρόποι αντιμετώπισης είναι η χρήση μαντηλιού ή περούκας. Αν η κλινική χρησιμοποιεί ως προληπτικό μέτρο για την αλωπεκία τη μέθοδο της εφαρμογής πίεσης ή κρυοθεραπείας κατά τη χημειοθεραπεία η άρρωστη ενημερώνεται από το νοσηλευτή. Η πίεση στο τριχωτό ασκείται με ειδικό μανόμετρο και η κρυοθεραπεία με κάσκα ψύξης, η οποία εφαρμόζεται 15 λεπτά πριν τη θεραπεία και 30 τουλάχιστον από τη χορήγηση του φαρμάκου. Θεωρητικά και οι δύο μέθοδοι έχουν το ίδιο αποτέλεσμα.

Αλλαγές στο δέρμα

Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνέχειας του, διατηρείται καθαρό με χρήση ουδέτερου σαπουνιού και κρέμας σε ξηρότητα, προστασία από μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες. {Μαλαγρινού., 1997, σελ. 113- 118).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Νοσηλευτική φροντίδα σε υποτροπή

8.1 Υποτροπή: κολυκός θολός

A. Εκτίμηση

Υποπτο pap.test (κλάση III)

Η ορθική και η κολπική ψηλάφηση αποκαλύπτουν όγκο στα παραμήτρια

Βαθιά βιοψία του θόλου του κόλπου αποκαλύπτει διεισδυτικό και μεταστατικό

καρκίνωμα Άγχος, φόβος B. Παρέμβαση » Ενημέρωση της

άρρωστης. Ετοιμασία για πνευλική ακτινοθεραπεία

- Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης κατά τη διάρκεια των συνεδρών της ακτινοθεραπείας, για μείωση του άγχους
- « Εκτίμηση κακουχίας, ναυτίας, ερεθισμού δέρματος. Προαγωγή ανάπαυσης
- * Παραπομπή σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες
- ® Παρότρυνση για συχνή κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση

6.2 Υποτροπή: κύστη

A. Εκτίμηση

© Πόνος, δυσχέρεια

s Αιματουρία

B. Παρέμβαση

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

Ετοιμασία άρρωστης για πνευλική εξεντέρωση (ολική, πρόσθια, οπίσθια) -

Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με: v" Το σκοπό και την

εναλλακτική της επέμβασης s Προεγχειρητικές διαδικασίες

S Μεταβολές στο σωματικό είδωλο, την αποχετευτική και σεξουαλική

λειτουργία. Αλλαγές στη ρουτίνα των καθημερινών δραστηριοτήτων

- * Εκτίμηση συγκινησιακής σταθερότητας, οικογενειακής υποστήριξης, οικονομικής κατάστασης, ευκολιών και δυνατοτήτων για φροντίδα στο σπίτι και αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.
 - * Προετοιμασία εντέρου για χειρουργείο με χορήγηση αντιβιοτικού, υπακτικού, υποκλυσμού και ετοιμασία κοιλιάς.
 - * Τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής για μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης.
 - * Αξιολόγηση της άμεσης μετεγχειρητικής κατάστασης: μεταβολές καρδιακής λειτουργίας, σημεία shock, νεφρική λειτουργία.
 - * Βοήθεια άρρωστης ώστε να αποδεχτεί το αλλαγμένο σωματικό είδωλο
 - * Μέτρα για μείωση πόνου, άγχους και δυσχέρειας
 - * Μετεγχειρητική διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας, που αφορά τις αλλαγές του τραύματος και τη φροντίδα ουρητηροστομίας.
 - * Ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης, ώστε να αντιμετωπίσει την εκτεταμένη αυτή χειρουργική επέμβαση. Τις αλλαγές της σωματικής λειτουργίας και του τρόπου ζωής, το φόβο ξαφνικού θανάτου και την εμφάνιση νέας υποτροπής.
 - * Εξασφάλιση συνέχισης της ζοροντίδας και υποστήριξης κατά την περίοδο ανάρρωσης.
- /Αναφορά στις ανάλογες υπηρεσίες για μετανοσοκομειακή παρακολούθηση S Παροχή συμβουλών σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία και τα νέα προβλήματα S Αναφορά για σεξουαλικές συμβουλές σε ζευγάρια, αν το επιθυμούν.

6.3 Μετάσταση στη σπονδυλική στήλη

A. Εκτίμηση

- * Πόνος στη ράχη
- Απώλεια βάρους, κόπωση
- « Κατάθλιψη, απογοήτευση

Β. Παρέμβαση

» Ετοιμασία άρρωστης για χημειοθεραπεία

Διατήρηση θρεπτικής και υγιεινής κατάστασης Διδασκαλία σχετικά με το σκοπό, τη διαδικασία, τα αποτελέσματα και τις παρενέργειες της θεραπείας

Παροχή συμβουλών και συγκινησιακή υποστήριξη • Μείωση της δυσχέρειας εξαιτίας των παρενεργειών της χημειοθεραπείας, π.χ. πόνου,

ναυτίας, εμετών, αιμορραγίας, βλεννογόνου στόματος, ερεθισμού

δέρματος, διάρροιας. β Μείωση κινδύνου λοίμωξης « Προαγωγή

οικογενειακής υποστήριξης και δημιουργία ατμόσφαιρας για

έκφραση συναισθημάτων » Παρακολούθηση για εμφάνιση σημείων που

δηλώνουν μη ανοχή στο φάρμακο. (Σαχίνη., 1997, σελ. 462-464).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Νοσηλευτική φροντίδα και πληροφόρηση στην ασθενή με καρκίνο τραχήλου της μήτρας

7.1 Νοσηλευτική φροντίδα

Η άριστη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα κατά την οποία ενισχύεται η εμπιστοσύνη του αρρώστου και το αίσθημα ασφάλειας του. Δηλαδή, με εκτέλεση των νοσηλευτικών της τεχνικών.

Άρα σωστή εφαρμογή νοσηλευτικών κανόνων, όπου ο άρρωστος θα πονέσει λιγότερο, δεν θα του στερηθεί η άνεση στη χειρουργική θεραπεία και θα ταλαιπωρηθεί λιγότερο στην ακτινοθεραπεία.

Στη χημειοθεραπεία με το να προσπαθήσει να ανιχνεύσει, να προλάβει και να αντιμετωπίσει έγκαιρα και σωστά τις παρενέργειες για να ανακουφίσει τον άρρωστο. Και με το να διευκολύνει την προμήθεια απαραίτητων υλικών, όπως κάσκα ψύξεως, περούκα και άλλα.

Στο τελικό στάδιο ο νοσηλευτής θα φροντίσει ο άρρωστος να αντιμετωπίσει το θάνατο με αξιοπρέπεια και στωϊκότητα.

7.2 Τι είναι πληροφόρηση - εκπαίδευση

Πριν γίνει η εκπαίδευση πρέπει να γίνει η πληροφόρηση. Η θεμελιώδης διαφορά μεταξύ της άμεσης πληροφόρησης και της εκπαίδευσης, είναι ότι στην πρώτη δεν χρειάζεται εξήγηση, δηλαδή κάποιος δεν χρειάζεται αναγκαστικά να ξέρει το γιατί, ενώ στη δεύτερη χρειάζεται.

Ο τελικός σκοπός της εκπαίδευσης, είναι να προκαλέσει μια αλλαγή στη συμπεριφορά, σαν αποτέλεσμα της μαθήσεως που παράγεται όπως τις γνώσεις που πήρε ο ασθενής. Η εκπαίδευση είναι μια διαδικασία που μπορεί να απαιτήσει χρόνο.

Πραγματικά το δόσιμο πληροφοριών, μπορεί να είναι μερικές φορές το πρώτο σκαλοπάτι στη θεμελίωση μιας σχέσης αρρώστου - νοσηλευτή στην οποία, η μελλοντική εκπαίδευση μπορεί να στηριχθεί.

Δεν μπορεί να γίνει εκπαίδευση εάν δεν γίνει πρώτα πληροφόρηση, ενημέρωση του αρρώστου.

Η πληροφόρηση - εκπαίδευση προϋποθέτει: ®

Στενή διαπροσωπική σχέση.

- Αμοιβαία εμπιστοσύνη.
- β Γνώση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου.
- Θεραπευτικούς προβληματισμούς.

7.3 Πληροφόρηση του αρρώστου

Η πληροφόρηση του ογκολογικού αρρώστου για τη διάγνωση, είναι έργο του κλινικού γιατρού και ίσως έργο της υγειονομικής ομάδας.

Ο νοσηλευτής όμως, μέσω του ρόλου του θα δώσει πληροφορίες στον άρρωστο, στο επίπεδο που θέλει και μπορεί ο άρρωστος, η οικογένεια, ή οι φίλοι του.

Το άγχος, η αγωνία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η αβεβαιότητα, είναι κοινές συγκινήσεις που δοκιμάζουν οι άρρωστοι και οι οποίες είναι πιο έντονες σε αρρώστους που δεν έχουν ακριβή γνώση της θεραπείας τους.

Οι νοσηλευτές λοιπόν μέσω του ρόλου τους θα δώσουν τις κατάλληλες πληροφορίες, όπου μπορεί να κρατήσουν όλο αυτό το stress του αρρώστου σε άριστο επίπεδο, όπως και σε μεταβολές του follow up.

Σε χειρουργικούς αρρώστους για παράδειγμα, μελέτες απέδειξαν ότι υστερεκτομηθείσες γυναίκες που είχαν δεχθεί από γιατρό κα νοσηλευτή συμβουλές δοκίμασαν λιγότερο προεγχειρητικό άγχος και λιγότερη μετεγχειρητική αναλγησία από ασθενείς που είχαν αφεθεί στο να το αντιμετωπίσουν μόνες τους.

Στη χημειοθεραπεία θα δώσει πληροφορίες (φάρμακα, διάρκεια και τρόπο θεραπείας, παρενέργειες), μεμονωμένο ή καθ' ομάδας και θα δώσει χρόνο στον άρρωστο να συνηθίσει στην ιδέα της χημειοθεραπείας και στη σημασία της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη ή άγχος του.

7.4 Πως γίνεται η πληροφόρηση στον ογκολογικό άρρωστο

Οι πληροφορίες και οι εξηγήσεις αν δίνονται, είναι συχνά ασαφείς. Δίνονται με έναν ελαφρόκαρδο τρόπο που κάνει το περιεχόμενο τιποτένιο και χωρίς περιεχόμενο. Συχνά δεν υπάρχει επανάληψη ή ενίσχυση στις ακόλουθες συναντήσεις. Οι επιπλοκές συμβαίνουν καθώς η θεραπεία προχωρεί. Αλλά τα συμπτώματα που πρέπει να προσεχθούν δεν μπορεί να περιγραφούν και οι πράξεις που πρέπει να γίνουν δεν καταγράφονται καθαρά. Δεν αναγνωρίζεται πάντα ότι μία λέξη όπως ο όγκος, μπορεί να προκαλέσει σοκ στον ασθενή. Τότε ξεχνιούνται οι προσεκτικές εξηγήσεις και σε επόμενες κλινικές επισκέψεις ο ασθενής μπορεί να μην ζητήσει εξηγήσεις, γιατί φοβάται μήπως θεωρηθεί ανόητος.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσπαθεί να είναι παρόν κατά την ώρα των συμβουλών από τον ογκολόγο γιατρό ή να ανακαλύψει τι ειπώθηκε στον ασθενή. Αυτό βοηθά να χρησιμοποιηθούν όμοιες λέξεις και φράσεις εξασφαλίζοντας την συνοχή. Όταν ο νοσηλευτής αναλαμβάνει τον ασθενή πριν π.χ. από την χημειοθεραπεία. Πρέπει να ζητήσει από τον ασθενή να επαναλάβει με δικά του λόγια για ότι καταλαβαίνει ότι θα συμβεί. Αυτό δίνει στο νοσηλευτή μια βάση για τις εξηγήσεις του. Πρέπει να δοθούν γραπτές πληροφορίες, ώστε στο σπίτι σε ένα περιβάλλον με λιγότερο stress ο ασθενής και η οικογένεια να μπορέσουν να ξεπεράσουν τα σχετικά σημεία.

Ένα φύλλο ή ένα φυλλάδιο με πληροφορίες είναι επίσης ένα εξαιρετικό μέρος για ονόματα π.χ. κυτταροστατικών φαρμάκων. Οδηγίες χορηγήσεως, ονόματα προσώπων που θα έλθει σε επαφή, αριθμοί τηλεφώνων κ.λπ.

Οι ασθενείς πρέπει να αισθάνονται άνετα, να μπορούν, να ζητήσουν περαιτέρω εξηγήσεις. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να ακούει ότι λέει ο ασθενής και να παρακολουθεί προσεκτικά τους τρόπους για να ανιχνεύσει τα ειδικά προβλήματα και τα άγχη του.

7.5 Ο άρρωστος θέλει την πληροφόρηση

Ο ασθενής πρέπει πάντα να ερευνάται εάν θέλει να πληροφορηθεί, ποιος πρέπει να ενημερωθεί γι' αυτόν και να εκπαιδευτεί και το πώς θέλει να οργανωθεί το πρόγραμμα.

Ο άρρωστος δεν μπορεί να αποκλείεται από τέτοιες διεργασίες, χωρίς να ερωτηθεί, για τη στρατηγική της πληροφόρησης.

Όταν ο άρρωστος βρίσκεται εξαρτώμενος σε περιόδους οξείας νόσου που μπορεί να χρειαστεί και δικηγόρος, πρέπει να ερωτηθεί οπωσδήποτε, γιατί θα πρέπει να τακτοποιήσει οικονομικές και νομικές εκκρεμότητες. Σε αυτούς που διαισθάνονται το τέλος τους να λάβουν τα μέτρα τους όπως το έλεγε και ο Καβάφης:

*«Σαν έτοιμος από καιρό
σαν θαρραλέος...»*

Πριν δηλαδή γίνει οτιδήποτε, το σπουδαιότερο είναι η εξασφάλιση (βεβαίωση) του ασθενή εάν θέλει την πληροφόρηση όπου θα έχουμε και την βάση από την οποία θα ξεκινήσουμε.

Δηλαδή χρειάζεται ένας έλεγχος για το εάν ο ογκολογικός άρρωστος, θέλει την πληροφόρηση για την αρρώστια του και τη θεραπεία της.

Σε μια στατιστική που κάναμε στο Νοσοκομείο «Ο ΑΠΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», στην Παθολογική κλινική, για το πόσο θέλουν την πληροφόρηση, από γιατρό και νοσηλεύτη, απάντησαν ΝΑΙ σχετικά με την χημειοθεραπεία από γιατρό και νοσηλεύτη, είναι όμως φανερό πως οι περισσότεροι άρρωστοι αποφεύγουν την πληροφόρηση για τη διάγνωση σαν να ήθελαν να αυτοπροστατευθούν από τις ψυχολογικές συνέπειες αυτής της γνώσης.

Στην Φινλανδία, χώρα με μακρά παράδοση στην ενημέρωση του αρρώστου 30% των αρρώστων με καρκίνο δεν γνωρίζουν τη φύση της αρρώστιας τους. Οι ίδιοι δεν το απαιτούν ούτε ο γιατρός προθυμοποιείται σε ενημέρωση. Από το 70% των αρρώστων που το ξέρουν μόνο το 30% το ζήτησαν από τον γιατρό, οι άλλοι ενημερώθηκαν αυθόρμητα.

Το ερώτημα είναι, ο άρρωστος θέλει την πληροφόρηση για την αλήθεια της αρρώστιας του; Και η εκκλησία ακόμα το φιλοσοφεί. Ο Χριστιανός φοβάται την αλήθεια της οδύνης της βαριάς αρρώστιας (ο ίησούς ο Ναζωραίος

έκλαυσε όταν πληροφορήθηκε τον θάνατο του φίλου του Λαζάρου) αλλά παράλληλα ελπίζει στην πανσθενουργό χάρη του Θεού και τη θεραπευτική παρέμβαση του Αγίου Πνεύματος.

7.6 Από τι εξαρτάται η πληροφόρηση του αρρώστου

Η πληροφόρηση του αρρώστου εξαρτάται από: •

Ηλικία

- ο Φύλο
- © Θρήσκευμα
- « Νοημοσύνη
- β Κατάσταση προσωπικών υποθέσεων
- « Κοινωνική θέση
- β Ενημερότητα σε ιατρικά θέματα εάν ο ασθενής είναι γιατρός

7.7 Οι σπουδαιότεροι παράγοντες για την **πληροφόρηση** του αρρώστου

- » Η νοημοσύνη του αρρώστου
- β Η συναισθηματική του σταθερότητα
- » Η επιθυμία του να μάθει από τι πάσχει
- β Η ενημερότητα του σε ιατρικά θέματα
- β Εάν ο άρρωστος είναι γιατρός
- β Το αν αποδέχεται τη θεραπεία του
- © Η ηλικία του αρρώστου
- © Η κατάσταση των προσωπικών του υποθέσεων

Πάνω απ' όλα αυτά στην πληροφόρηση μπορεί να σηκώσει ο άρρωστος όχι περισσότερα απ' ότι η πληροφόρηση σε αυτούς που την θέλουν και την αντέχουν. Διότι με το αντίθετο διασώζουμε την αλήθεια αλλά συντομεύουμε τη ζωή του αρρώστου. Και εδώ ο Καβαφικός λόγος δεν βρίσκει γνήσια ανταπόκριση: «Πρέπει να είμαστε τίμιοι και δίκαιοι σ' όλες μας τις πράξεις αλλά με έλεος και αγάπη για τους αδύνατους.

7.8 Έχει δικαίωμα να πληροφορηθεί ο άρρωστος;

Σεβόμενοι τα δικαιώματα του αρρώστου, θα πρέπει να ενημερωθεί. Για παράδειγμα:

Η αφαίρεση του μαστού προκαλεί σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στις γυναίκες. Αυτό το σοβαρό πρόβλημα αποτελεί το δικαίωμα της γυναίκας να ξέρει για τη νόσο και τον μαστό της και όλες τις δυνατότητες αποκατάστασης της, η οποία βοηθά σωματικά και ψυχολογικά τη γυναίκα να ξεπεράσει ένα μέρος του «σοκ» που υφίσταται μετά την μαστεκτομή.

Πάντως, όποια και να είναι η αλήθεια που θα μεταδώσουμε στον άρρωστο με καρκίνο, πρέπει να είναι δοσμένη με ήπιο τρόπο, ντυμένη με μια συγκρατημένη αισιοδοξία σχετικά με την έκβαση της αρρώστιας του.

7.3 Έχουμε υποχρέωση να πληροφορήσουμε τον άρρωστο;

Η πληροφόρηση του αρρώστου, όταν έχει καρκίνο, είναι μια διαδικασία η οποία στη χώρα μας είναι πρόχειρη και γηραιά.

Στη Γερμανία έχει θεσπιστεί νόμος, η υποχρέωση του γιατρού να πληροφορεί τον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο.

Κατά τον ιατροδικαστή κ. Κουτσελίνη, έχουμε υποχρέωση γιατροί και νοσηλευτές σεβόμενοι τα δικαιώματα του αρρώστου, να ενημερώσουμε τις αρρώστους σεβόμενοι και το δικαίωμα του απόρρητου.

Σύμφωνα με τις διακηρύξεις δικαιωμάτων του ανθρώπου και ειδικά της διακηρύξεως του (1979):

Ο ασθενής που χρησιμοποιεί το Νοσοκομείο, έχει δικαίωμα να πληροφορηθεί για την κατάσταση της υγείας του.

Έχει δικαίωμα να ζητεί πλήρη ενημέρωση όσον αφορά τους κινδύνους για κάθε ασυνήθη επέμβαση, διάγνωση ή θεραπεία.

7.1 Q Εκπαίδευση! Πότε γίνεται από το νοσηλευτή;

Αφού γίνει η πληροφόρηση του αρρώστου, θα ακολουθήσει η εκπαίδευση με ορισμένες διαδικασίες.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα εφαρμόζεται ορισμένες ημέρες και ώρες καθ' ομάδας ή μεμονωμένα, καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο και όχι πριν από την έξοδο του από αυτό.

Ο συντονισμός της εκπαίδευσης μπορεί επίσης να γίνει με την κατάλληλη επικοινωνία νοσηλευτή - αρρώστου, όλες τις ώρες για να μην έχουμε τεμαχισμένη φροντίδα του ασθενή και σπατάλη χρόνου αυτών που φροντίζουν την υγεία.

7.11 Εκπαίδευση του αρρώστου κατά την έξοδο από το νοσοκομείο

Η επαναφορά στην κοινωνία μπορεί να φοβίζει. Ο κύριος σκοπός μας είναι να προετοιμάζουμε τους ασθενείς, την οικογένεια τους, για να πετύχουν τη φροντίδα για την εαυτό τους διατηρώντας την αυτοεκτίμησή τους.

Εκτός τούτου, κατά την εκπαίδευση - πληροφόρηση ενημερώνεται ο άρρωστος για τα συμπτώματα που πρέπει να προσέχει (εκτός νοσοκομείου) τα οποία πρέπει να αναφέρει επικοινωνώντας εκτός από το γιατρό και με το νοσηλευτή. Όπως π.χ. ασυνήθιστες αιμορραγίες, υπερπυρεξία, πετέχιες στο δέρμα κ.λ.π. (*Πρακτικά 18^{ου} Ετήσιου Παν....1991, σελ. 103- 109*).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Νοσηλευτική διεργασία

8.1 Περιστατικό Α.

Ιστορικό ασθενούς

Η κυρία Π.Κ. ετών 41 εισήλθε στη γυναικολογική κλινική του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στις 13/1/2004.

Η γενική κατάσταση ήταν καλή. Παρουσίαζε ΑΠ - 120/80mmHg, σφίξεις 68/min, θερμοκρασία 36,5°C, αναπνοές 12/min. Χωρίς κανένα σύμπτωμα, με σκοπό όμως να κάνει έναν γενικό έλεγχο της κατάστασης της υγείας της.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό τα στοιχεία του οποίου συγκεντρώθηκαν από την ίδια και το σύζυγο της ήταν τα ακόλουθα: είναι έγγαμη, χωρίς παιδιά, μόνιμος κάτοικος Πατρών. Η ασθενής στο παρελθόν είχε μια αποτυχημένη προσπάθεια τεκνοποίησης.

Όσον αφορά το ιστορικό υγείας, πάσχει από έντονες ημικρανίες και στην οικογένεια δεν υπάρχει ιστορικό καρκίνου.

Όπως αναφέρει η ίδια, η έμμηνος ρύση εμφανίστηκε σε ηλικία 13 ετών και διαρκούσε 5 ημέρες.

Η πρώτη της σεξουαλική επαφή ήταν σε ηλικία 18 ετών και από τότε εκτελεί test-pap κάθε χρόνο. Κατά την κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου εντοπίστηκε καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στο δεύτερο 2^ο στάδιο (1/a). Επακολούθησαν και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις όπως: βιοψία τραχήλου, δοκιμασία Schiler κ.τ.λ. όπου επιβεβαιώθηκε πλήρως το τεστ Παπανικολάου.

Στις 7/1/2005 έγινε εισαγωγή στη γυναικολογική κλινική. Αποφασίστηκε ριζική υστερεκτομία και υποβολή της ασθενούς σε ακτινοβολία.

Νοσηλευτική διεργασία

Προβλήματα ή ανάγκες <i>τιού</i> διατυπώθηκαν	Αντί κει μ ενικός σκοπός νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>1. Εκνευρισμός. Εκδηλώσεις υστερίας</p> <p>Αρνητική στάση έναντι των συγγενών της, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ύστερα από ενημέρωση της για τη διάγνωση της ασθένειάς της.</p>	<p>1. Καθησυχασμός της ασθενούς και προτροπή αυτής προς ψύχραιμη αντιμετώπιση της κατάστασης της.</p>	<p>1. © Να αφήσουμε την ασθενή να ξεσπάσει. ο Χορηγείται ηρεμιστικό φάρμακο κατόπιν ιατρικών οδηγιών. * Πραγματοποιείται συζήτηση κατά την οποία παρέχεται στην ασθενή πλήρης ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της. Ενημερώνουμε για τη θεραπεία που θα επιλεγεί και βεβαιώνουμε την ασθενή για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης προσπαθούμε να κάνουμε την ασθενή να νιώσει εμπιστοσύνη και ασφάλεια.</p>	<p>1. » Η ασθενής αφήνεται να ξεσπάσει. * Χορηγείται ηρεμιστικό φάρμακο κατόπιν ιατρικών οδηγιών. • Πραγματοποιείται συζήτηση κατά την οποία παρέχεται στην ασθενή πλήρης ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της. Ενημερώνουμε για τη θεραπεία που θα επιλεγεί και βεβαιώνουμε την ασθενή για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης προσπαθούμε να κάνουμε την ασθενή να νιώσει εμπιστοσύνη και ασφάλεια.</p>	<p>1. Η ασθενής ηρεμεί, εμφανίζεται ψυχραιμότερη και μοιάζει να εμπιστεύεται τους γιατρούς.</p>

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>2. Φόβος και αγωνία της ασθενούς για τη χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>2. Διώξιμο άγχους και απαλλαγή της ασθενούς στ."ό αγωνία και φόβο.</p>	<p>2. • Να επιδιώξουμε μια δημιουργική, ενημερωτική και άκρως φιλική συζήτηση με την ασθενή. -! Να εξηγήσουμε στην ασθενή τη φύση της επέμβασης. ® Να την ενημερώσουμε για την αναισθησία, τη δίαιτα, τον πόνο. » Να διαβεβαιώσουμε την ασθενή ότι η χειρουργική επέμβαση θα αποτελέσει ιδανική θεραπεία και θα επιφέρει την ίαση της.</p>	<p>2. β Πραγματοποιείται μια φιλικότατη συζήτηση με την ασθενή. ε Εξηγούμε τη φύση της επέμβασης. » Ενημερώνουμε την ασθενή σχετικά με τα της επέμβασης. β Διαβεβαιώνουμε την ασθενή για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.</p>	<p>2. Μείωση αγωνίας και άγχους. Εφησυχασμός της ασθενούς. Εξασφάλιση ετοιμότητας και καλύτερης συνεργασίας με την ασθενή.</p>

Προβλήματα ή ανάγκες που δ&ατυ-πώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
3. Ψυχολογική ανασ(ράλεια - Stress.	3. Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος, ώστε η ασθενής να νιώθει άνετα και να μπορεί να συζητάει το πρόβλημα της.	3. <ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει γνωριμία της ασθενούς με το Νοσηλευτικό προσωπικό. » Οι νοσηλευτές να δώσουν ένα νουσημα ώστε να γνωριστούν μεταξύ τους όλοι οι ασθενείς του θαλάμου. 	3. Η γνωριμία με το προσωπικό του τμήματος καθώς και με τις υπόλοιπες ασθενείς του θαλάμου, έγινε σε κλίμα εγκαρδιότητας και ενθάρρυνσης.	3. Η γνωριμία της ασθενούς με το Νοσηλευτικό προσωπικό και τις υπόλοιπες ασθενείς του θαλάμου, την βοήθησε αρκετά στην εξοικείωση της με το χώρο. Γνωρίζοντας τις άλλες ασθενείς, της δόθηκε η ευκαιρία να γνωρίσει και άλλα άτομα με προβλήματα παρόμοια αυτής. Όλα αυτά συνέβαλαν στην ψυχολογική της ανάταξη.

Προβλήματα ή ανάγκες του διατυπώθηκαν	Αντί κει μ ενικός σκοτίας νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
4. Εργαστηριακές εξετάσεις για τις ανάγκες της εγχείρησης	4. Να ελεγχθεί αν η ασθενής είναι σε θέση να χειρουργηθεί.	4. * Να μην φάει η ασθενής τίποτε άλλο όλο το απόγευμα προκειμένου να παρθούν σωστά οι εργαστηριακές εξετάσεις.	4. ® Έγινε λήψη αίματος και ούρων για τις ανάγκες των εξετάσεων.	4. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων είναι ικανοποιητικά.
5. Προεγχειρητική ετοιμασία	5. • Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς. • Η ασθενής να μείνει νηστική. ® Να γίνει εκκένωση του εντέρου. *? Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.	5. • Να παρακολουθήσουμε για τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων. • Η ασθενής δεν πρέπει να φάει τίποτε πριν το χειρουργείο. © Να γίνει καθαρτικός υποκλυσμός του εντέρου της ασθενούς. ο Λίγες ώρες πριν μπει στο χειρουργείο να γίνει περιποίηση του χειρουργικού πεδίου.	5. © Η παρακολούθηση έγινε από Νοσηλευτές που βρίσκονταν στο θάλαμο. • Η ασθενής έμεινε νηστική. • Έγινε υποκλυσμός. » Έγινε περιποίηση του χειρουργικού πεδίου.	5. Η ασθενής ήταν έτοιμοι σχεδόν για να μπει στο χειρουργείο.
6. Έλεγχος ζωτικών σημείων	6. Διατήρηση των ζωτικών σημείων σε φυσιολογικά επίπεδα.	6. Μα γίνει λήψη των ζωτικών σημείων.	6. Η λήψη των ζωτικών σημείων έγινε.	6. - Θερμ.=36,7°0 - Α.ν.=120/70mm Hg - Ζ(ρ.=78/min - Αναπν.=20/ΐ Υίιη

Προβλήματα ή ανάγκες που δ?α-τυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοση-λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελε-σμάτων
7. Ανάγκη συνεχούς ψυχολογικής υπο-στήριξης της ασθε-νούς.	7. Να προετοιμαστεί η α-σθενής ψυχολογικά για την είσοδο της στο χει-ρουργείο.	7. β Να γίνει συζήτηση των Νοσηλευτών με την ασθενή σ' αυτήν την κρίσιμη και δύσκολη στιγμή της ζυοής της. © Να δοθούν απαντήσεις σε όλα τα ερωτήματα της.	7. Η συζήτηση πραγματοποιή-θηκε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.	7. Η ασθενής παρά την κατάθλιψη που την κα-ταλάμβανε συνεχώς, έδειξε να καθησυχάζει.
8. *> Μεταφορά της ασθενούς στο χειρουργικό φορείο.	8. © Να μεταφερθεί η α-σθενής με φορείο μέχρι την είσοδο του χειρουργείου.	8. β Να γίνει η μεταφορά με τη βοήθεια των τραυματιοφορέων και του Νοσηλευτικού προσωπικού.	8. © Η ασθενής μεταφέρθηκε με φορείο στην είσοδο του χειρουργείου.	8. • Ευχηθήκαμε στην ασθενή η χειρουργική επέμβαση να της φέρει καλύτερα αποτελέσματα και αυτή με τη σειρά της μας ευχαρίστησε εγκάρδια.
9. Θ Μεταφορά της ασθενούς από την ανάνηψη στο θάλαμο <i>inc.</i>	9. ο Να μεταφερθεί η α-σθενής στο θάλαμο της με ασφάλεια.	9. ® Οι νοσηλευτές να είναι έ-τοιμοι να παραλάβουν την ασθενή.	9. » Η μεταφορά και η παρα-λαβή της ασθενούς έγινε.	9. « Η ασθενής τοποθετή-θηκε στο κρεβάτι σε άνετη θέση.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
10. α Έλεγχος των ζωτικών σημείων.	10. « Μα διατηρηθούν τα ζωτικά σημεία σε φυσιολογικά επίπεδα.	10. • Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων από το Νοσηλευτικό προσωπικό.	10. • Η λήψη των ζωτικών σημείων πραγματοποιήθηκε.	10. - Θερμ.=36°0 - Α.π.=110/65mmHg - Σφ.=68/ιτιή - Αναπν.=18/ίππη
11. Πόνος (μετεγχειρητικός)	11. εξάλειψη αυτού και ανακούφιση της ασθενούς.	11. - Να τοποθετηθεί η ασθενής σε αναπαυτική θέση. - Να ανακουφιστεί από τον πόνο χορηγώντας αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με ιατρική οδηγία. - Να εξασφαλίσουμε ηρεμία της ασθενούς με την απομάκρυνση συγγενών από το θάλαμο. - Συχνή αλλαγή της θέσεως της άρρωστης για την ανακούφιση των μελών της. - Εντριβή των πιεζόμενων μελών.	11. β Η ασθενής τοποθετήθηκε σε αναπαυτική θέση. » Χορηγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα κατόπιν ιατρικών οδηγιών. ο Οι συγγενείς απομακρύνθηκαν, εξασφαλίστηκε ένα ήσυχο και άνετο περιβάλλον. » Κατά συχνά χρονικά διαστήματα γίνεται αλλαγή της θέσεως της ασθενούς. β Έγινε εντριβή των πιεζόμενων μελών.	11. • Χαλάρωση των μυών και ανακούφιση της ασθενούς. » Ο πόνος σταδιακά υποχωρεί και μειώνεται στο ελάχιστο δυνατό. • Η ασθενής ηρεμεί και ξεκουράζεται.

Προβλήματα ή ανάγκες τώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
12. Δίψα	12. Απαλλαγή από το αίσθημα της δίψας.	12. ® Να εφυγρανθεί η στοματική κοιλότητα της ασθενούς με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό. * Να προχωρήσουμε σε σταδιακή χορήγηση υγρών από το στόμα. α Να χορηγηθούν υγρά παρεντερικά.	12. • Η στοματική κοιλότητα της ασθενούς εφυγραίνεται. » Χορηγούνται σταδιακά υγρά από το στόμα. β Χορηγούνται υγρά παρεντερικά.	12. • Η ασθενής ανακουφίστηκε. β Το αίσθημα της δίψας μετριάστηκε.
13. Ναυτία - εμετοί.	13. » Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα της ναυτίας και εξάλειψη των εμέτων. β Διατήρηση ισοζυγίου των υγρών. β Πρόληψη αφυδάτωσης. ® Ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς.	13. « Άμεση προμήτευση νεφροειδούς, όταν παραστεί ανάγκη και άμεση απομάκρυνση του. * Τοποθέτηση της κεφαλής της σε πλάγια θέση ώστε να αποφευχθεί εισρόφηση εμεσμάτων. ο Διατήρηση καθαριότητας της ασθενούς. » Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικών οδηγιών. © Ενημέρωση της ασθενούς πως ο εμετός είναι αποτέλεσμα της νάρκωσης. * Πρόσθεση επιπλέον υγρών, προς αποφυγή και διατήρηση του ισοζυγίου υγρών σε ισορροπία.	13. » Η ασθενής βοηθήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια των εμέτων. • Η κεφαλή της ασθενούς τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση και έτσι αποφεύχθηκε η πιθανότητα εισρόφησης εμεσμάτων.	13. β Η ασθενής απαλλάχθηκε από τους εμετούς. Νιώθει καλύτερα και είναι ήρεμη και χαρούμενη.

Προβλήματα ή ανάγκες που διάτυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
14. Ⓜ Αϋπνία	14. β Χαλάρωση ασθενούς • Εξασφάλιση καλού ύπνου.	14. Ⓜ Να μειώσουμε τους θορύβους στο ελάχιστο. * Να βοηθήσουμε την άρρωστη να απαλλαγεί από τις σκέψεις και τους φόβους της. Ⓜ Να δώσουμε τη δυνατότητα στην ασθενή να μιλήσει και να εκφραστεί εφ' όσον αυτό την ανακουφίζει. » Να χορηγήσουμε ηρεμιστικά φάρμακα κατόπιν ιατρικών οδηγιών αν αυτό κριθεί αναγκαίο.	14. • Μειώθηκε στο ελάχιστο ο κάθε είδους θόρυβος. Ⓜ Μέσα από δημιουργική συζήτηση βοηθήσαμε την ασθενή να απαλλαγεί από τις σκέψεις και τους φόβους της. • Ενθαρρύναμε την ασθενή να εκφραστεί όπως ήθελε προκειμένου να επιτύχουμε την ανακούμισή της. « Χορηγήσαμε κάποιο ηρεμιστικό φάρμακο ύστερα από ιατρική οδηγία.	14. β Η ησυχία μαζί με την ανακούφιση που επήλθε από τη συζήτηση και την ενήμερωση της ασθενούς, συντελούν στην εξασφάλιση καλού ύπνου.
15. β Ακτινοθεραπεία	15. Ⓜ Σωστή εφαρμογή και εκτέλεση της ακτινοθεραπείας.	15. β Να ενημερώσουμε την ασθενή σχετικά με την όλη διαδικασία της ακτινοθεραπείας. • Να ζητήσουμε τη συνεργασία της στην εκτέλεση της θεραπείας.	15. β Ενημερώσαμε την ασθενή σχετικά με τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας, τονίσαμε τη σπουδαιότητα της ακτινοθεραπείας στη φάση της αποθεραπείας της ασθενούς και τέλος ζητήσαμε τη συνεργασία της για την ορθότερη διεξαγωγή της θεραπείας.	15. » Η ασθενής συνεργάζεται πλήρως με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, πράγμα που καθιστά τη θεραπεία ευκολότερη και σωστότερη.

<p>ι ίροβλήματα ή ανάγκες που δ«.α-γυπτώθηκαν</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νασ. Φροντίδας</p>	<p>Προγραμματισμός νοση-λευτικής φροντίδας</p>	<p>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εκτίμηση αποτελε-σμάτων</p>
<p>16. • Ακτινοδερματίτι-δα (κατά και μετά την ακτινοθε-ραπεία).</p>	<p>16. β Μείωση και εξάλειψη της ακτινοδερματίτι-δας.</p>	<p>16. • Παρακολούθηση της περι-οχής του ακτινοβολήθηκε. « Αποφυγή χρήσης ερεθιστι-κών ουσιών. β Καθαρισμός της περιοχής με χλιαρό νερό. © Τοποθέτηση στην περιοχή αμυλούχων ουδέτερων αλοιφών κατόπιν ιατρικών οδηγιών. ® Διακοπή της θεραπείας για κάποιο χρονικό διάστημα, αν η βλάβη είναι εκτεταμένη.</p>	<p>16. • Παρακολουθούμε την πε-ριοχή που ακτινοβολείται. « Πλένουμε την περιοχή με χλιαρό νερό και ουδέτερο σαπούνι και αποφεύγουμε τη χρήση των οποιονδήποτε ερεθιστικών ουσιών. « Τοποθετούνται αμυλούχες ουδέτερες αλοιφές.</p>	<p>16. β Η ακτινοδερματίτιδα περιορίστηκε.</p>

Η πορεία της κατάστασης της ασθενούς έχει καλώς. Η ασθενής μας αποδέχθηκε την υστερεκτομία και συνεχίζει τη ζωή της όντας ψυχολογικά ενισχυμένη με θάρρος, ελπίδα και αισιοδοξία.

Επόμενες διαγνωστικές εξετάσεις δεν έχουν εμφανίσει καμία μετάσταση.

8.2 Περιστατικό Β.

Ιστορικό ασθενούς

Η κυρία Κ.Β. ετών 39 εισήλθε στη γυναικολογική κλινική του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στις 5/6/2004.

Ήταν περιπατητική και η γενική κατάσταση ήταν καλή. Παρουσίαζε Α.π=125/70mmHg, σφύξεις 98/min, θερμοκρασία 36,6°C, αναπνοές 18/min. Κατά την εισαγωγή είχε έκδηλα αισθήματα φόβου και ανησυχίας.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό τα στοιχεία του οποίου συγκεντρώθηκαν από την ίδια και τον σύζυγο της ήταν τα ακόλουθα: είναι έγγαμη, μητέρα 3 παιδιών δημόσιος υπάλληλος κα μόνιμος κάτοικος Πατρών.

Όσον αφορά το ιστορικό υγείας, πάσχει από υποθυρεοειδισμό που αντιμετωπίζεται με θυρεορμονική αγωγή και στην οικογένεια δεν υπάρχει ιστορικό καρκίνου.

Όπως αναφέρει η ίδια, η έμμηνος ρύση εμφανίστηκε σε ηλικία 12 ετών και είχε φυσιολογική μέχρι τα 35 χρόνια της. Είχε φυσιολογική έμμηνο ρύση 28 ημερών.

Η πρώτη της σεξουαλική επαφή ήταν σε ηλικία 19 ετών και από τότε εκτελεί test-παρ κάθε χρόνο. Τεκνοποίησε σε ηλικία 24 ετών με φυσιολογικό τοκετό και μέχρι τότε χρησιμοποιούσε αντισυλληπτικά δισκία. Οι επόμενοι τοκετοί οι οποίοι ήταν και αυτοί φυσιολογικοί, ακολούθησαν σε ηλικία 26 και 27 ετών.

Στις 15/10/2004 είχε επισκεφτεί τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου του Ρίου για την προγραμματισμένη εξέταση test-παρ. Τα αποτελέσματα του κυτταρολογικού ελέγχου έδειξε εικόνα συμβατή με CINII. Οι ανοσοϊστολογικές εξετάσεις του τραχήλου έδωσαν θετική ανοσοαντίδραση στο καρκινοεμβρυϊκό

αντιγόνο. Η ασθενής παρουσίαζε συμπτώματα λευκόρροιας και περιστασιακά σταγονοειδής αιμορραγία μετά την συνουσία.

Στις 25/10/2004 εκτελέστηκε κωνοειδή εκτομή του τραχήλου. Η βιοψία έδειξε αδenoκαρκίνωμα ενδομητριοειδούς τύπου μέσης βαθμίδας διαφοροποίησεως το οποίο εμφανίζει αδενικό και θηλώδη τρόπο ανάπτυξης στη θέση προέλευσης του ενδροτραχήλου. Κατά τη γυναικολογική εξέταση το τράχηλος εμφανίστηκε σκληρός, ενώ το τμήμα του οπίσθιου κολπικού θόλου ελαφρά διηθημένο.

Στις 5/11/2004 πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία κάτω κοιλίας που ανέδειξε: Διόγκωση και ανομοιογενή σύσταση τραχήλου της μήτρας και διήθηση που επεκτείνεται προς τοίχωμα της μήτρας.

Η ασθενής προγραμματίστηκε για χειρουργική επέμβαση στις 11/12/2004. Έγινε κατάλληλος αιματολογικός και εργαστηριακός έλεγχος της ασθενούς όπου τα αποτελέσματα ήταν φυσιολογικά.

Η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν κατά φύση. Έγινε η κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία από νοσηλευτικής πλευράς και περιελάμβανε τοπική και τελική ετοιμασία.

Στις 12/11/2004 υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση στη διάρκεια της οποίας έγινε ολική υστερεκτομή ύστερα από ενημέρωση της ίδιας και του συζύγου της. Η ασθενής είχε καλή μετεγχειρητική πορεία και η επέμβαση ήταν επιτυχής.

Το εξιτήριο έγινε στις 14/11/2004 αφού ενημερώθηκε από το θεράποντα γιατρό ότι κάθε 6 μήνες θα πρέπει να κάνει επαναληπτικές εξετάσεις.

Νοσηλευτική διεργασία

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοση- λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής ο>ροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
1.	1.	1.	1. Αντιδράσεις της ασθενούς τους ενθαρρύνουν και τους συστήνει να στηρίξουν την ασθενή ψυχολογικά χωρίς να δείξουν ότι τη λυτούνται.	1.
2. Γενική προεγχειρητική προετοιμασία για την εκτέλεση ολικής υστερεκτομής.	2. Σωματική τόνωση της ασθενούς 24 ώρες πριν την επέμβαση.	2. & Να δοθεί διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες και φτα)χό σε λίπη. © Να εξασφαλιστεί παρεντερική χορήγηση υγρών. β Να εξασφαλιστεί επαρκής και καλός ύπνος.	2. • Χορηγείται τροφή πλούσια σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες και φτωχή σε λίπη. ® Χορήγηση ελαφρός τροφής τις δύο τελευταίες μέρες πριν την επέμβαση. « Έξι ώρες πριν την επέμβαση δεν πήρε τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμετών και μετεωρισμού κοιλίας. » Χορήγηση ενδοφλέβια Dextrose 5% 1000 cc 1x1 για πέντε μέρες. • Επισήμανση της αναγκαιότητας να κοιμηθεί νωρίς για να είναι ξεκούραστη και εξήγηση ότι η κόπωση και η αϋπνία δεν βοηθάνε στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία.	2. • Έγινε προαγωγή της θρέψης με τη χορήγηση τροφής πλούσιας σε θρεπτικές ουσίες. • Η ασθενής δεν πήρε τίποτα από το στόμα 6 ώρες πριν την επέμβαση για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. • Επαρκής θρέψη της ασθενούς με Dextrose 5% γιατί περιέχει υδατάνθρακες. β Η ασθενής κοιμήθηκε χωρίς τη χορήγηση ηρεμιστικού.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοση. Φροντίδας	Π; :γραμματισμός νοσηλευτικής (ρροντίδας)	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
	® Καθαριότητα της ασθενούς.	« Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. <* Καθαριότητα του σώματος της ασθενούς.	ο Η καθαριότητα του εντερικού σωλήνα επιτεύχθηκε με δύο υψηλούς υποκλυσμούς. Ο ένας έγινε το απόγευμα ν/λε παραμονής της επέμβασης και ο άλλος 6 ώρες πριν από την επέμβαση. » Έγινε λουτρό καθαριότητας στην ασθενή την παραμονή της εγχείρησης.	• Έγινε καθαρισμός του εντέρου για την αποφυγή εκκένωσης του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι και ευχερέστερη διένεργεια της εγχείρησης από τον χειρουργό. ® Έγινε καθαρισμός του σώματος της ασθενούς που είναι απαραίτητος για την αποφυγή μόλυνσης του τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.
	β Πρόληψη μετεγχειρητικών αναπνευστικών λοιμώξεων, θρομβοφλεβίτιδας.	^ Εκπαίδευση ασθενούς για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις.	® Γίνεται εκπαίδευση της ασθενούς για τη συχνή αλλαγή της θέσης της και να παίρνει βαθιές αναπνοές.	• Η ασθενής κατανόησε τις οδηγίες που έχουν πολύ μεγάλη σημασία για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.

Προβλήματα ή αν-νάγιες που διατιηΐύΒηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοση-λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
3. Τοπική προεγχει-ρητική ετοιμασία.	3. ® Αποφυγή κινδύ-νου από τη μόλυνση του εγχειρητικού πεδίου.	3. © Να γίνει προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου.	3. ® Έγινε τοπική πλύση των έξω γεννητικών οργάνων με αντισηπτικά διάλυμα και στη συνέχεια και του κόλπου, αποτρίχωση και αντισηψία της περιοχής του εγχειρητικού πεδίου.	3. « Επιτεύχθηκε ο καθα-ρισμός και η αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου που είναι απαραίτητη για την αποφυγή μολύνσεων.
4. Τελική προεγχει-ρητική ετοιμασία.	4. » Τελευταίος έλεγ-χος στην ασθενή και να εφαρμοστούν οι τελευταίες παρεμβάσεις, μια ώρα πριν την επέμβαση για την ο-μαλή διεξαγωγή της.	4. β Να γίνει παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κα-τάστασης της ασθενούς. © Να γίνει κατάλληλη έν-δυση για το χειρουργείο και κένωση της ουροδόχου κύστης. © Ένδυση της ασθενούς.	4. β Το πρωί της ημέρας της εγχεί-ρησης ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. • Ούρησε η ασθενής πριν φορέσει τη ρόμπα του χειρουργείου. ® Ντύθηκε η ασθενής με τη ρόμπα του χειρουργείου και τα ποδο-νάρια, αφού πρώτα αφαιρέθηκαν τα κοσμήματα της.	4. • Τα ζωτικά σημεία ή-ταν καλά. © Εκκενώθηκε η ουρο-δόχος κύστη για την αποφυγή κένωσης στο χειρουργικό τραπέζι. • Η ασθενής φόρεσε την κατάλληλη ενδυ-μασία για το χειρουργείο που θα διευκο-λύνει το χειρουργό.

Προβλήματα ή ανάγκες ντου διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοση-λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
5. Παραλαβή ασθενούς από το χειρουργό.	5. ® Έλεγχος της κατάστασης της ασθενούς. β Κατάλληλη θέση. » Απονάρκωση. » Παρακολούθηση και πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.	5. » Να γίνει έλεγχος της κατάστασης της ασθενούς. ο Μα γίνει έλεγχος των παροχετεύσεων που φέρει και του τραύματος. ® Να τοποθετηθεί η ασθενής σε ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρι με το κεφάλι στο πλάι.	5. β Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων της ασθενούς: - Θερμ.=36,1°0 - Α.Τρ.=120/70mmHg - Σφίξεις=86/ιπιή - Αναπν.= 14/min © Έφερε καθετήρα Folley, μια περιφερική φλέβα και το τραύμα ήταν καθαρό. ο Η ασθενής τοποθετήθηκε στο κρεβάτι με το κεφάλι στο πλάι χωρίς μαξιλάρι.	5. • Η γενική κατάσταση της ασθενούς ήταν καλή. • Αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων. • Ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού χωρίς το μαξιλάρι. Η ασθενής ξύπνησε μετά από μία ώρα.
8. Αιμορραγία που οφείλεται στην επέμβαση.	6. ® Διακοπή της αιμορραγίας σε σύντομο χρονικό διάστημα. ® Αναπλήρωση του όγκου αίματος μέσα σε μισή ώρα.	6. » Να τοποθετηθούν πιεστικά επιθέματα και να ειδοποιηθεί ο γιατρός. Αν είναι μεγάλη η αιμορραγία να επιστρέψει στο χειρουργείο. « Μέτρηση του ΗCT. « Ειδοποίηση της Τράπεζας Αίματος να μεριμνήσει ώστε να υπάρχει αίμα σε περίπτωση ανάγκης άμεσης χορήγησης.	6. • Τοποθετήθηκαν πιεστικά επιθέματα στην είσοδο του κόλπου. » Η αιμορραγία ήταν μεγάλη, δόθηκε εντολή να οδηγηθεί στο χειρουργείο για νέα απολίνωση. • Ο ΗCT ήταν 27% και δόθηκε εντολή για χορήγηση μιας φιάλης αίματος. Η ομάδα και το Rhesus ήταν γνωστά γιατί είχε σταλεί δείγμα της ασθενούς πριν την εγχείρηση.	6. 9 Η αιμορραγία σταμάτησε με τη νέα απολίνωση μέσα σε μία ώρα και ο όγκος του αίματος αναπληρώθηκε σε λιγότερο από δύο ώρες.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
7. Έντονος πόνος που οφείλεται στην ένταση της ασθενούς και την επέμβαση.	7. ® Μείωση στο ελάχιστο του πόνου της ασθενούς ή παροδική εξαφάνιση του.	7. ε- Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο με τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. ® Να εξασφαλιστεί ηρεμία και να δημιουργηθεί άνετο περιβάλλον. ® Συχνή αλλαγή θέσης της ασθενούς για την ανακούφιση από των μελών της.	7. « Συστηματική χορήγηση αναλγητικών ζοαρμάκων μετά από ιατρική εντολή. (Aprotel amb. M 1x2). β Απομάκρυνση των επισκεπτών στο θάλαμο για την εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος. «s Γίνεται συχνή αλλαγή της θέσης της ασθενούς. β Γίνεται ζεστό και φιλικό πλησίασμα της ασθενούς και συζήτηση μαζί της.	7. β Μειώθηκε η ένταση του πόνου στο ελάχιστο δυνατό και δημιουργήθηκε μυϊκή χαλάρωση.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νος, Φροντίδας	Προγραμματισμός νοση-λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
8. Ναυτία - έμετος	8. β Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα της ναυτίας. Να μειωθούν και να εξαλειφθούν οι εμετοί σε μισή ώρα. » Διατήρηση της ισορροπίας του ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών. ο Πρόληψη της αφυδάτωσης με παρεντερική χορήγηση υγρών. s Ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς.	8. β Να προμηθευτεί η ασθενής με νεφροειδές. © Να τοποθετηθεί το κεφάλι της προς το πλάι για να προληφθεί η επανεισρό-φηση των εμεσμάτων. ο Να εξασφαλιστεί η διατήρηση καθαρών κλινισκεπασμάτων. « Να ενημερωθεί η ασθενής πως ο έμετος είναι αποτέλεσμα της νάρκωσης. & Να χορηγηθούν αντιεμετικά φάρμακα, μετά από εντολή γιατρού. α Να χορηγηθούν επιπλέον υγρά προς αποφυγή αφυδάτωσης και διαταραχής του ισοζυγίου.	8. « Προετοιμάστηκε το κομοδίνο της ασθενούς με νεφροειδές, pro-cotision, χαρτοβάμβακο. • Τοποθετήθηκε η ασθενής στη σωστή θέση. • Διατηρήθηκε καθαρή με προστασία κλινισκεπασμάτων και νυχτικού κατά τη διάρκεια του εμετού, έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά τον εμετό. « Ενημέρωση της ασθενούς για την αιτιολογία του εμετού. • Χορήγηση επιπλέον υγρών N/S 0,9% 1000ccx2 εμπλουτισμένα με 1 amb. Primperan.	8. β Η ασθενής στη διάρκεια του πρώτου 24ώρου απαλλάχθηκε σταδιακά από τη ναυτία και τους εμετούς. • Νιώθει καλύτερα και είναι ήρεμη.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντιχειμενίϊός σκοπός νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
9. Έντονο αίσθημα δίψας που οξείλεται στη νάρκωση.	9. β Αντιμετώπιση της δίψας λόγω της ξηρότητας του βλεννογόνου που προκαλείται από την ατροπίνη και λόγω απώλειας υγρών του οργανισμού (αίμα, ιδρώτας, εμετός).	9. © Να γίνονται συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με ύγραση των χειλιών με por-cotton. ο Να ενημερωθεί η ασθενής για το λόγο που δεν πρέπει να πιει νερό.	9. » Έγινε ύγραση των χειλιών με por-cotton τις δύο πρώτες μέρες και την Τρίτη δόθηκε νερό από το στόμα σε μικρή ποσότητα. ο Ενημερώθηκε η ασθενής ότι λόγω της νάρκωσης το αντανακλαστικό της κατάποσης δεν έχει αποκατασταθεί και υπάρχει κίνδυνος πνιγμού.	9. • Το αίσθημα της δίψας μειώθηκε σταδιακά.
10. Πυρετός 38,8°C στην Τρίτη μετεγχειρητική ημέρα.	10. β Επαναφορά της ασθενούς στη φυσιολογική της θερμοκρασία μέσα στις επόμενες τρεις ώρες.	10. • Να χορηγηθούν αντιπυρετικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή. • Να γίνεται συχνή λήψη της θερμοκρασίας της ασθενούς. β Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει υγρά για αποφυγή αφυδάτωσης. ® Να γίνει κρύο μπάνιο της ασθενούς και να αλλαχθούν τα κλινοσκεπάσματα, αν είναι αναγκαίο. β Να τοποθετηθούν παγοκύστες.	10. • Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Lonarid, ο πυρετός δεν υποχώρησε και έγινε μια amb. Apoie! IM. ® Έγινε παρακολούθηση της θερμοκρασίας της ασθενούς ανά τρίωρο. ® Η ασθενής πήρε αρκετά υγρά από το στόμα. © Έγινε κρύο μπάνιο αφού πρώτα έκλεισαν οι πόρτες και τα παράθυρα του θαλάμου. « Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα.	10. • Οι παρεμβάσεις ήταν επιτυχείς αφού ο πυρετός υποχώρησε μέσα σε δύο ώρες. Η θερμοκρασία της ασθενούς έφτασε στα φυσιολογικά επίπεδα.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντίκειμενικός σκοπός νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας
11. Καθημερινή ατομική καθαριότητα.	11. ® Ανακούφιση, αναζωογόνηση και χάλαση του μυϊκού τόνου. * Διατήρηση των λειτουργιών του δέρματος. Απομάκρυνση των εκκρίσεων, του ιδρώτα, των μικροοργανισμών, των νεκρών κυττάρων.	11. • Να εξασφαλιστεί η κατάλληλη θερμοκρασία του περιβάλλοντος και η μοναχικότητα της άρρωστης. • Συγκέντρωση όλων των απαραίτητων αντικείμενων πριν την έναρξη της εργασίας. © Αλλαγή των κλινοσκε-πασμάτων.

Εφαρμογή νοσηλευτικής (φροντίδας)

- 11.
- Απομάκρυνση των επισκεπτών από το θάλαμο και χρησιμοποίηση παραβάν.
 - » Εργαζόμαστε σύντομα και συστηματικά για να μην κρυώσει η ασθενής και να μην κουραστεί.
 - ® Επιμένουμε ιδιαίτερα και κάνουμε τριβή στις περιοχές που πιέζονται.

Εκτίμηση αποτελεσμάτων

- 11.
- Προσφορά ανακούφισης και ευχαρίστησης της ασθενούς, ενώ ταυτόχρονα φροντίζουμε για την αποφυγή κατακλίσεων.

Προβλήματα ή ανάγκες που	Αντικειμενικός σκοπός νοσ. Φροντίδας_	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>*> 12. Περιποίηση χειρουργικού τραύματος.</p>	<p>12. ® Σταθερή επούλωση του τραύματος. « Αποφυγή μόλυνσεων με όλα τα μέτρα αντισηψίας.</p>	<p>12. β Να καθαριστεί το τραύμα, να απομακρυνθούν οι νεκρωμένοι ιστοί και να καθαριστούν με αποστειρωμένο νερό. © Μα γίνει αντισηψία της τραυματικής περιοχής με Betadine Solution και αντιβιοτικό spray Nebacetin.</p>	<p>12. • Έγινε η πρώτη αλλαγή του τραύματος την δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα. Όλα τα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αποστειρωμένα. ® Η απομάκρυνση των νεκρωμένων ιστών έγινε με αποστειρωμένο ψαλίδι και καθαρισμός με αποστειρωμένο νερό. (Water for injection). β Η αντισηψία του τραύματος έγινε με γάζα αποστειρωμένη με λαβίδα, εμπλουτισμένη με μερ-κουροχρώμ με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια. ® Έγινε καθαρισμός της περιφέρειας με Betadine Solution και εφαρμογή αντιβιοτικού spray Nebacetin.</p>	<p>12. • Υπήρξε σταδιακή επούλωση του χειρουργημένου τραύματος. • Την 15^η ημέρα κόπηκαν τα εξωτερικά ράμματα από το γιατρό. • Την 16^η ημέρα αποφασίστηκε η έξοδος της ασθενούς από το νοσοκομείο αφού πήρε όλες τις απαιτούμενες συμβουλές από τον γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό.</p>

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Προς τους νοσηλευτές

Να διατηρήσει τον ρόλο του στην πρόληψη του καρκίνου ο οποίος περιλαμβάνει:

- Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος του.
- Εξοαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.

β Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον.

® Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.

® Διαφώτιση κοινού.

Προς την πολιτεία Η λήψη νομοθετικών μέτρων για την προστασία ομάδων πληθυσμού και επαγρύπνηση για τήρηση τους, η τήρηση διεθνών κανονισμών και η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου. {Μαλγαρινου., 1991, σελ. 96}.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

Αθανάτου Ε.Κ., *Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική*, έκδοση ΣΤ, Αθήνα 2000.

Ανθούλη Φρ - Αναγνωστοπούλου - Ε Καννέλος, *Στοιχεία παθολογικής ανατομικής και ογκολογίας*, Β' έκδοση, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 2001.

Αραβαντινός Δ.Ι., *Φυσιολογία της γυναίκας*, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιανου, Αθήνα 1982.

Βασιλόπουλος Π., *Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου - ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας*, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1997.

Δετοράκης Γιάννης, *Οικογενειακός Προγραμματισμός*, Επίτομος, Έκδοση ΣΤ., εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 2001.

Δόντας Ν., *Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου*, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991.

Καρπάθιος Σ.Ε., *Βασική περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία*, μέρος Α', Αθήνα 1984.

Κώτσης Α., *Ιατρική επιθεώρηση ενόπλων Δυνάμεων*, τόμος 18^{ος}, τεύχος 2^ο, Αθήνα 1984.

ρωλής Ε.Δ., *Γυναικολογία και μαιευτική*, τόμος Β', Επιστημονικές εκδόσεις, Γρ. Παρισιανου, Αθήνα 1998.

Μαλγαρινού Μ .Α. - Κ(ονσταντινίδου ΣΦ., *Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική*, τόμος Α', εκδόσεις «Η ταβιθά», Αθήνα 2001.

Μαλγαρινού Μ .Α. - Κωνσταντινίδου Σφ., *Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική*, τόμος Β', μέρος 2°, Εκδόσεις «Η ταβιθά», Αθήνα 1997.

Μάμας Π., Χριστοδούλου Κ., Κασταρας Α., Τραμπούκης Σ., Δεληγιαννίδης Β., *Ιατρική*, Τόμος 35, Τεύχος 5, Αθήνα - Μάιος 1989.

Μαρκίδου Σ., *Διεθνείς στρατηγικές αντιμετώπισης του καρκίνου*, 1° Διεθνές συνέδριο, Αθήνα, Μάρτιος 2001.

Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογικής και Ψυχο-ογκολογίας: Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2001.

Μόσχου - Κόκκου Αθηνά, ΜSc, *Ογκολογική Νοσηλευτική* Πάτρα, Σεπτέμβριος 1999.

Μπεσμπέας Σταύρος Συντονιστής, Σεμινάριο Νοσηλευτικό με θέμα., *Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα Καρκινοπαθούς*. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Επιτροπής Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Αθήνα 1991.

Παπαλουκάς Α. Χρ., *Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής*, τόμος Α', University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1985.

Παπαλουκάς Α. Χρ., *Γυναικολογική Ογκολογία*, Επίτομος, Έκδοση Α', Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1988.

Παπανικολάου Ν. Α., *Γυναικολογία*, έκδοση 3^η, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1994.

Παπανικολάου Νίκος., *Γυναικολογική ογκολογία*, Θεσσαλονίκη 1987 έκδοση Α'.

Παπανικολάου Νίκος., *ΣτεΨώση*, επίτομος έκδοση Α' Θεσσαλονίκη 1986.

Πρακτικά 18^{ου} Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου., *Βελτίωση Νοσηλευτικής φροντίδας - κοινωνική προσφορά*, ΕΣΔΝΕ, Έκδοση Asceut ΕΠΕ - Δημόσιες Σχέσεις Ξενοδοχείο Κάραβελ, Αθήνα 14-16 Μαΐου 1991.

Σαχίνη Καρδάση Α. Πάνου., *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική - Νοσηλευτικές διαδικασίες*, τόμος 1^{ος}, Έκδοση Β', εκδόσεις Βήτα medias arts, Αθήνα 1997.

Σαχίνη Καρδάση Α. Πάνου., *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική - Νοσηλευτικές διαδικασίες*, τόμος 2^{ος}, Έκδοση Β', εκδόσεις Βήτα medias arts, Αθήνα 1997.

Σπηλιώτης Ι.Δ., *Καρκίνος από την άγνοια στο φόβο*, Α' έκδοση, Αχαϊκές εκδόσεις, Πάτρα 1999.

Τριχοπούλου Αντωνία, Τριχόπουλος Δημήτριος., *Προληπτική Ιατρική*, Επίτομος έκδοση, πρώτη Αθήνα 1986.

Ξένη βιβλιογραφία

Cyugton ND., *Φυσιολογία του ανθρώπου*, Μετάφραση Κούβελας Η - Ευαγγέλου Α, Έκδοση 3^η, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.

Γουέστ Κριστίν, *Βρετανική Ιατρική Εταιρεία, Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός, υστερεκτομή και εναλλακτικές λύσεις*, Ελληνική έκδοση, Ελληνικά γράμματα, 2000.

Shapiro J. Pamela, *Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική*, Μετάφραση Α. Σιορφανέ - Γ. Καραχάλιος, Εκδόσεις «Έλλην», Αθήνα 2001.

<http://www.medlook.net>