

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ**

**Σ.Ε.Υ.Π.**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

**Μπακάλη Βασιλική**

**Μπαχού Ελένη**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:**

**Dr. Ζήσης Θεόδωρος**

**Πάτρα 2008**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Πρόλογος.....σελ.7
Εισαγωγή.....σελ.9

### **Πρώτο Μέρος**

#### **Κεφάλαιο 1**

Γεννητικό σύστημα.....σελ. 11
1.1 Ανατομία μήτρας.....σελ. 11
1.2 Σώμα μήτρας.....σελ. 12
1.3 Ανατομία τραχήλου.....σελ. 13
1.4 Θέση μήτρας.....σελ. 13
1.5 Στήριξη μήτρας.....σελ. 14
1.6 Υφή μήτρας.....σελ. 15
1.7 Φυσιολογία.....σελ. 16
1.8 Μηνιαίος κύκλος.....σελ. 16

#### **Κεφάλαιο 2**

2.1 Ορισμοί Καρκίνου Του Τραχήλου Της Μήτρας.....σελ.17
2.2 Είδη Καρκίνου .....σελ.19
2.3 Στάδια Καρκίνου.....σελ.21

#### **Κεφάλαιο 3**

Επίπτωση-Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.....σελ.25
---

## **Κεφάλαιο 4**

- 4.1 Αιτιολογία-Παθογενετικοί μηχανισμοί.....σελ.29  
4.2 Επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου .....σελ.31

## **Κεφάλαιο 5**

- 5.1 Τεστ Παπανικολάου.....σελ.36  
5.2 Επισκόπηση.....σελ.40  
5.3 Ψηλάφηση.....σελ.41  
5.4 Κόλπο-Τραχηλοσκόπηση.....σελ.41  
5.5 Κόλπο-Τραχήλομικροσκόπηση.....σελ.43  
5.6 Μαγνητική Τομογραφία.....σελ.44  
5.7 Δοκιμασία SCHILLER.....σελ.45  
5.8 Ιστοληψία Τραχήλου Μήτρας.....σελ.46  
5.9 Κυστεοσκόπηση.....σελ.46  
5.10 Πρωκτοσκόπηση.....σελ.47  
5.11 Λεμφαγγειο-Λεμφαδενογραφία.....σελ.47  
5.12 Ακτινογραφία.....σελ.47  
5.13 Πνευλογραφία.....σελ.47  
5.14 Διαφορική διάγνωση.....σελ.47

## **Κεφάλαιο 6**

- Κλινική Συμπτωματολογία.....σελ.49

## **Κεφάλαιο 7**

- Θεραπεία.....σελ.51  
7.1 Προληπτική.....σελ.52  
7.2 Χειρουργική .....σελ.52  
1. Κρυοπηξία.....σελ.53

2. Κωνοειδή εκτομή του τραχήλου.....σελ.54	σελ.54
3. Ακρωτηριασμό του τραχήλου.....σελ.54	σελ.54
4. Απλή υστεροκτομία.....σελ.55	σελ.55
5. Ριζική υστεροκτομία.....σελ.55	σελ.55
6. Τροποποιημένη ριζική υστεροκτομία.....σελ.56	σελ.56
7. Εξεντέρωση.....σελ.56	σελ.56
7.3 Ακτινοθεραπεία.....σελ.58	σελ.58
7.4 Χημειοθεραπεία.....σελ.60	σελ.60
7.5 Παρηγορητική.....σελ.61	σελ.61

## **Κεφάλαιο 8**

Πρόγνωση.....σελ.63	σελ.63
---------------------	--------

## **Κεφάλαιο 9**

Καρκίνος τραχήλου και εγκυμοσύνη.....σελ.65	σελ.65
---	--------

## **Δεύτερο Μέρος**

### **Κεφάλαιο 1**

1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην αποκατάσταση του καρκίνου.....σελ.68	σελ.68
1.2 Γενικές Νοσηλευτικές Οδηγίες.....σελ.70	σελ.70
1.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή με Καρκίνο Του Τραχήλου Της Μήτρας.....σελ.73	σελ.73

### **Κεφάλαιο 2**

Πρόληψη Καρκίνου Του Τραχήλου Της Μήτρας.....σελ.75	σελ.75
2.1 Πρωτογενής πρόληψη.....σελ.77	σελ.77
2.2 Δευτερογενής πρόληψη.....σελ.81	σελ.81

2.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή –τριας στην πρόληψη του καρκίνου.....σελ.84

### **Κεφάλαιο 3**

Γενικές αρχές για τη νοσηλευτική φροντίδα του χειρουργικού ασθενούς.....σελ.87

3.1 Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.....σελ.89

3.2 Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.....σελ.93

3.3 Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.....σελ.93

3.4 Μετεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση.....σελ.93

3.5 Σχεδιασμός και διδασκαλία εξόδου από το νοσοκομείο.....σελ.95

### **Κεφάλαιο 4**

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.....σελ.98

4.1 Προβλήματα ασθενούς .....σελ.98

4.2 Ετοιμασία της ασθενούς για την εφαρμογή καισίου.....σελ.99

4.3 Νοσηλευτική αγωγή μετά την τοποθέτηση καισίου.....σελ.100

4.4 Αφαίρεση καισίου.....σελ.101

4.5 Φροντίδα της ασθενούς μετά την ακτινοβολία.....σελ.101

4.6 Αξιολόγηση.....σελ.102

4.7 Αντιμετώπιση παρενεργειών.....σελ.105

4.8 Μέτρα προστασίας από την ακτινοβολία.....σελ.106

### **Κεφάλαιο 5**

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.....σελ.107

5.1 Προβλήματα του ασθενή.....σελ.108

5.2 Σκοποί της φροντίδας.....σελ.108

5.3 Νοσηλευτική παρέμβαση.....σελ.108

## **Κεφάλαιο 6**

Ψυχολογικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο.....σελ.110

## **Κεφάλαιο 7**

1<sup>ο</sup> Ιστορικό ασθενούς και νοσηλευτική διεργασία.....σελ.113

2<sup>ο</sup> Ιστορικό ασθενούς και νοσηλευτική διεργασία.....σελ. 118

## **Κεφάλαιο 8**

Προτάσεις – Συμπεράσματα.....σελ.123

**Παράρτημα**.....σελ.127

Βιβλιογραφία.....σελ.132

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος είναι μια αρρώστια που από πολύ παλιά απασχόλησε τον άνθρωπο. Μερικοί τύποι καρκίνου, είναι γνωστό ότι υπάρχουν από τα προϊστορικά χρόνια. Για παράδειγμα, μια αρρώστια των οστών που πιθανότατα ήταν καρκίνος, έχει βρεθεί σε οστά δεινοσαύρων και υπολογίζεται ότι είναι ηλικίας 80 εκατομμυρίων χρόνων!

Στην αρχαία εποχή πρώτος μίλησε για καρκίνο και για τα καρκινώματα ο Ιπποκράτης .Αργότερα ο Ηρόφιλος και ο Ερασίστρατος .Για αυτούς καρκίνος ήταν ο όγκος που δεν θεραπευόταν .Πρώτοι καρκινολόγοι μεγάλοι επιστήμονες στην νεότερη εποχή (20<sup>ος</sup> αιώνας ) είναι ο Μύλερ , ο Βίρχωβ ,και ο Ρεμάκ . Αργότερα ασχολήθηκαν με τη ίδια υπόθεση ο Τίρς , ο Βαλδάϊερ και ο Χάουζερ . Έτσι ανακαλύφθηκαν περισσότερες από 500 καρκινογόνες ουσίες, (η χοληστερίνη , οι ακτίνες του ηλίου ,του ραδίου και άλλες ).

Σε Αιγυπτιακούς παπύρους περιγράφονται εγχειρήσεις για την θεραπεία του καρκίνου. Ο Ιπποκράτης αναγνωρίζει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και τον ξεχωρίζει (καρκίνο) από παρόμοιες αρρώστιες. Συνεπώς, μερικές τουλάχιστον από τις αιτίες του καρκίνου, υπάρχουν στη 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 χρήσης τους ή κατάχρησης.

Στο παρελθόν υπήρχαν πολλές λανθασμένες πεποιθήσεις για τα αίτια του καρκίνου. Σήμερα όμως μέσω και της έρευνας έχουν συσσωρευτή περισσότερες πληροφορίες για τον καρκίνο, και μπορούμε να καταλάβουμε καλύτερα τη φύση του και να διδαχτούμε περισσότερα πράγματα για την πρόληψή του.

Ένας σοφός κινέζος είπε : Αν παραστήσουμε την υγεία με μια μονάδα και κάποιος είναι υγιής , τότε αυτός έχει μια μονάδα . Εάν ο πλούτος αντιπροσωπευθεί με 0 και είναι και πλούσιος τότε έχει 10 μονάδες . Εάν

συγχρόνως είναι και έξυπνος και ωραίος , ευγενής , κ.ο.κ . θα μπορούσε να έχει 100 ,1000 , 10.000 κ.ο.κ. μονάδες .Εάν όμως χάσει την υγεία του , δηλαδή την μονάδα , όλα μηδενίζονται .

Αυτό γίνεται πραγματικά αντιληπτό στον καθένα μας , όταν αρρωστήσουμε , πολύ δε μάλλον όταν η αρρώστια είναι πολύ σοβαρή .Και ο καρκίνος είναι κατά μεγάλο ποσοστό σοβαρή και κάποιες φορές ανίατη αρρώστια



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι απόψεις και τα πιστεύω μας για την σπουδαιότητα του Νοσηλευτή – τριας, έπαιξαν και παίζουν καθοριστικό ρόλο στην προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο. Η προσφορά υπηρεσιών είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Η φροντίδα των ασθενών και ιδιαίτερα των καρκινοπαθών, έχει ιδιαίτερο χαρακτήρα και αποβλέπει στην στήριξη αυτών είτε σωματική είτε ψυχολογική, και στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

Οι νοσηλευτές –τριες, με την δική τους ταυτότητα, το δικό τους αντικείμενο και την δική τους μεθοδολογία, βοηθούν τον άρρωστο από άλλες πηγές γνώσης από εκείνες της Ιατρικής.

Γιατί το άτομο, υγιές ή άρρωστο είναι μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα με βασικές ανάγκες. Η απειλή της υγείας του, η αρρώστια, καθώς επίσης και η εισαγωγή του στο νοσοκομείο του δημιουργούν προβληματικές καταστάσεις, γιατί προκαλούν ανισοζύγια στις ανάγκες του.

Η αγάπη μας και η συμπάθεια μας για τους ανθρώπους που πάσχουν από καρκίνο μας ώθησαν στην δημιουργία αυτής της εργασίας με θέμα αυτή την φοβερή αρρώστια και ιδιαίτερα τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας .

Αποφασίσαμε λοιπόν να ασχοληθούμε με αυτόν ιδιαίτερα τον καρκίνο για ένα ακόμη λόγο .Γιατί έχουμε μια ιδιαίτερη ευαισθησία στο γυναικείο φύλο αφού άλλωστε ανήκουμε σε αυτό .

Η Florence Nightingale λέει ότι υγεία δεν είναι μόνο το αίσθημα της ευεξίας αλλά η ικανότητα να χρησιμοποιεί σωστά ο άνθρωπος κάθε δυνατότητα που διαθέτει.



***ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ***

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο. Αυτό έχει σχήμα τριγωνικό, με τη βάση του στην ηβική πτυχή, τις πλευρές του στις αιδοιομηρικές πτυχές και την κορυφή του στο κέντρο του περινέου. 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 βολβούς του πρόδρομου, τους Bartholinovius αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες.

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν: ο κόλπος ή κολέος, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι ωοθήκες. Κάθε σάλπιγγα μαζί με τη σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το εξάρτημα.<sup>1</sup>

#### 1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΗΤΡΑΣ

Η μήτρα είναι κοίλο όργανο με παχιά τοιχώματα. Έχει σχήμα αχλαδιού αποπλατυσμένου από εμπρός προς τα πίσω. Το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40 γραμ. και, στη γυναίκα που γέννησε, 70 γραμ. Τα τοιχώματά 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

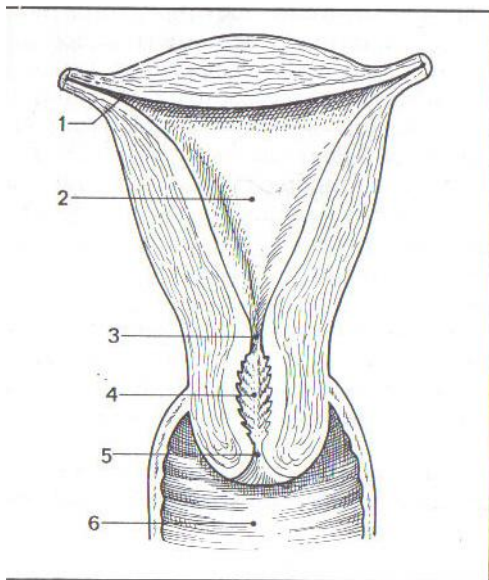
στο σώμα της και τα 2,5 εκ. στον τράχηλό της, ενώ στις κορασίδες συμβαίνει το αντίθετο. Στις ηλικιωμένες γυναίκες, που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση, η μήτρα μικραίνει από ατροφία του μυϊκού της τοιχώματος και η ενδοκολπική μήτρα του τραχήλου σχεδόν εξαφανίζεται.<sup>1</sup>

## 1.2 ΣΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ

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 στη 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 το 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 κερας της μήτρας. Φυσιολογικά, το πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας συμπίπτουν.<sup>1</sup>



Εικ. 1.1 1. Σαλπινγικό στόμιο, 2. Κοιλότητα σώματος, 3. Εσωτερικό τραχηλικό στόμιο, 4. Τραχηλικός αυλός, 5. Εξωτερικό τραχηλικό στόμιο, 6. Κόλπος.

### **1.3 ANATOMIA ΤΡΑΧΗΛΟΥ**

Ο τράχηλος της μήτρας διακρίνεται σε δυο 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 πάνω οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα με το εσωτερικό στόμιο και προς τα κάτω στην κολπική κοιλότητα με το εξωτερικό στόμιο.

Το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου στις άτεκνες γυναίκες είναι στρογγυλό , ενώ σε αυτές που γέννησαν ή έκαναν επεμβάσεις στην κοιλότητα της μήτρας εμφανίζεται σαν εγκάρσια σχισμή.<sup>1</sup>

### **1.4 ΘΕΣΗ ΜΗΤΡΑΣ**

Η μήτρα βρίσκεται μέσα στην πυελική κοιλότητα , ανάμεσα από την ουροδόχο κύστη και το ορθό , και γέρνει προς τα εμπρός , έτσι ώστε η οπίσθια επιφάνεια της να έρχεται προς τα εμπρός 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 οστέινης πυέλου και ο πυθμένας της σε γραμμή , που ενώνει το άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης με τον τέταρτο ιερό σπόνδυλο.

Η φορά του τράχηλου 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 κολπικό θόλο.<sup>1</sup>

## 1.5 ΣΤΗΡΙΞΗ ΜΗΤΡΑΣ

Στην παραπάνω φυσιολογική θέση κρατάνε την μήτρα τα παρακάτω στοιχεία :

### **Στρογγυλοί σύνδεσμοι**

Αυτοί είναι δυο 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 δυο πλάγια της μήτρας και παριστάνουν αναδιπλώσεις του πυελικού περιτοναίου. Μέσα στο ελεύθερο χείλος τους βρίσκονται οι σάλπιγγες και ανάμεσα στα πέταλά τους , που ξεχωρίζουν όσο κατεβαίνουμε από τις σάλπιγγες , σχηματίζονται τριγωνικοί χώροι μέσα στους οποίους υπάρχουν τα 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 πυελικού περιτόναιου και τον σχηματισμό των πρόσθιων και οπίσθιων πετάλων των πλατεών συνδέσμων σχηματίζονται δυο χώροι . Ο ένας βρίσκεται ανάμεσα από την ουροδόχο κύστη και την πρόσθια επιφάνεια της μήτρας και λέγεται κυστεομητριάιο κόλπωμα ή πρόσθιος δουγλάσειος χώρος ( από τον Douglas , που πρώτος τον περιέγραψε ) και ο άλλος ανάμεσα από την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας και το ορθό και λέγεται ευθυμητριάιο κόλπωμα ή οπίσθιος δουγλάσειος χώρος .Κάτω από τον οπίσθιο δουγλάσειο χώρο υπάρχει το ευθυκολπικό κόλπωμα ή πυθμένας του δουγλάσειου, γιατί περιτόναιο της οπίσθιας επιφάνειας του σώματος της μήτρας και της οπίσθιας επιφάνειας του τραχήλου συνεχίζει την πορεία του καλύπτοντας και το ανώτερο μέρος του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος .

## **Πλάγιοι σύνδεσμοι**

Αυτοί είναι δυο και εκτείνονται από τα πλάγια πυελικά τοιχώματα προς τον κόλπο και την υπερκολπική μοίρα του τραχήλου.

## **Ιερομητριάιοι σύνδεσμοι**

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

## **Μυτροκυστικοί σύνδεσμοι .**

Αυτοί είναι δυο , και 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 πυελικό έδαφος , συμβάλλει στην στήριξη της μήτρας.<sup>1</sup>

## **1.6 ΥΦΗ ΜΗΤΡΑΣ**

Αποτελείται από τρεις χιτώνες από τα έσω προς τα έξω : το ενδομήτριο ( βλεννογόνο) ,το μυομήτριο ( μυϊκό χιτώνα) και το περιμήτριο ( ορογόνο).Το ενδομήτριο έχει πάχος 2-8 mm και είναι λείο. Οι αδένες στον τράχηλο παράγουν την προστατευτική βλέννα. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από τρεις στοιβάδες ( έξω – μέση –έσω ). Το περιμήτριο είναι το περιτόναιο που περιβάλλει την μήτρα. Εκατέρωθεν της μήτρας , σχηματίζει τους πλατείς συνδέσμους της μήτρας.

Ο βλεννογόνος της μήτρας υφίσταται καταμήνιες μεταβολές , διάρκειας 28 ημερών και διακρίνουμε τρία στάδια : α) αιμορροϊκό στάδιο , β)παραγωγικό στάδιο και γ) εκκριτικό στάδιο.<sup>2</sup>

## 1.7 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ο τράχηλος βοηθάει τη διαδικασία της γονιμοποίησης , παράγοντας μια βλέννα η οποία διευκολύνει την κίνηση των σπερματοζωαρίων μέσα από αυτή την δίοδο στο ταξίδι τους να βρουν το ωάριο.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης , η μήτρα γίνεται πολύ μαλακή και αυξάνεται κατά πολύ σε μέγεθος για να κρατήσει το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης , η μήτρα γίνεται ένας λεπτός μυώδης σάκος με μαλακά τοιχώματα που υποχωρεί με την κίνηση του εμβρύου.<sup>3</sup>

## 1.8 Μηνιαίος κύκλος

Το κέντρο ελέγχου της έμμηνης ρύσης βρίσκεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Ο υποθάλαμος στέλνει πληροφορίες στην υπόφυση , δίνοντας έτσι εντολή απελευθέρωσης ορμονών όπως είναι η θυλακιοτρόπος ( F.S.H.) και η ωχρινοτρόπος ορμόνη ( L.H.).Και οι δυο συντελούν στην ωρίμανση του ωαρίου , και προετοιμάζουν το έδαφος για την σύλληψη. Ειδικότερα η F.S.H. εμφανίζει την μεγαλύτερη δράση στο πρώτο μισό του μηνιαίου κύκλου , οπότε συμβάλλει στην ωρίμανση του ωαρίου , που ακολουθεί την πιο κάτω διαδικασία<sup>3</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ :

Ο καρκίνος είναι ένα από τα πλέον κοινά και σοβαρά προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει η κλινική Ιατρική. Οι στατιστικές δείχνουν ότι ο καρκίνος σε όλες του τις μορφές, προσβάλλει περισσότερο από το 1/3 του πληθυσμού, ευθύνεται για το 20% των θανάτων και, στις ανεπτυγμένες χώρες απορροφά τουλάχιστον το 10% των συνολικών δαπανών για ιατρική περίθαλψη.

Ο καρκίνος δεν είναι μια μόνο μορφή ασθένειας, αλλά αποτελεί μάλλον τη συλλογική ονομασία μιας μεγάλης ποικιλίας κακοηθών όγκων που σχηματίζονται με την ίδια βασική διαδικασία ανεξέλεγκτης αύξησης.<sup>4</sup>

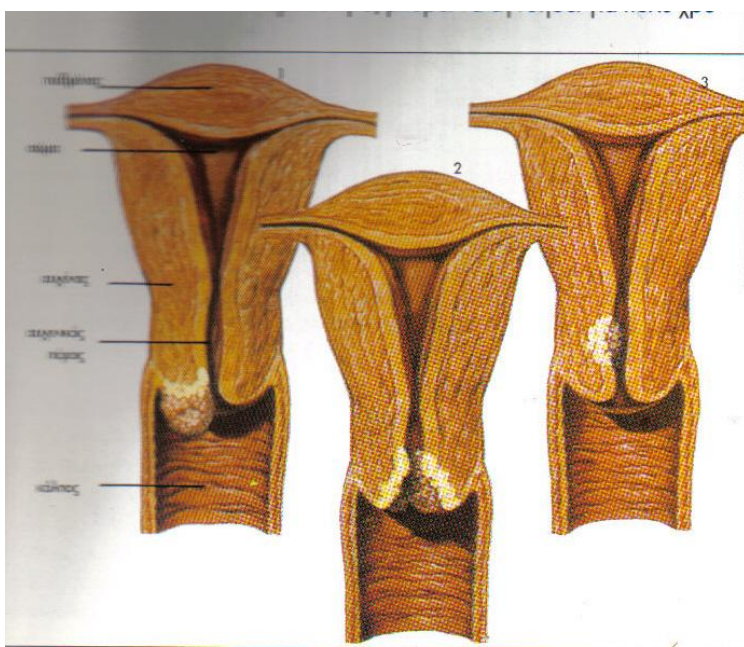
Ο Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας, (ΚΤΜ) είναι ο τρίτος πιο συχνός γυναικείος καρκίνος μετά τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου, και το 79% παρατηρείται σε αναπτυσσόμενες χώρες. Η υποχώρηση του στην δεύτερη θέση αποδίδεται στην επιτυχημένη εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στις αναπτυγμένες χώρες.<sup>5</sup>

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αφορά κυρίως γυναίκες ηλικίας 40-45 ετών όταν πολλές από αυτές έχουν ακόμα οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν εμφανίζεται και σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία.<sup>6</sup> Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί σπάνια ακόμη και στη δεύτερη δεκαετία της ζωής και καμιά φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.<sup>7</sup>

Το πρόβλημα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι τεράστιο. Κάθε χρόνο στην Ευρώπη , περίπου 50.000 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και 25.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο. Σε ολόκληρο τον κόσμο , εμφανίζονται ετησίως 510.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου και περίπου 288.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο από την ασθένεια αυτή.<sup>8</sup>

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα χρόνων οι ορισμοί και τα θεραπευτικά μοτίβα έχουν μεταβληθεί δραματικά. Πιστεύουμε ότι οι αλλαγές αυτές γίνονται εξ αιτίας των νέων δεδομένων που προκύπτουν και για αυτό είναι λογικές. Πρόσφατα έρευνες έχουν επεκτείνει τον όρο ώστε να περιλαμβάνει και τα πρώιμα αδενοκαρκινώματα του τραχήλου και κρατούν τον όρο «μικροδιηθητικός» για να χρησιμοποιείται στο ιστορικό του πλαίσιο ,που είναι σε σχέση με τον καρκίνο από πλακώδη κύτταρα.

Το μεγαλύτερο μέρος της σύγχυσης σχετίζεται με το γεγονός ότι η Figo έχει αλλάξει τα κριτήρια για τα πρώιμα στάδια του διηθητικού καρκινώματος του τραχήλου τουλάχιστον έξι φορές από το 1960, για αυτό έχουν δοθεί τουλάχιστον 20 διαφορετικοί ορισμοί. Παρόλα αυτά τονίζει ότι οι σταδιοποιήσεις του καρκίνου είναι για συγκριτικούς σκοπούς και όχι οδηγός για τη θεραπεία. Το 1985 για πρώτη φορά η Figo έδωσε ιστολογικό ορισμό του σταδίου I<sub>a</sub>. Μερικοί ερευνητές πρότειναν ότι ακόμα και το μέγεθος του όγκου θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ως στοιχείο ορισμού. Άλλοι ερευνητές βέβαια βλέπουν το μέγεθος του όγκου ως ένα ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα και γενικά συμφωνούν ότι δεν έχει σημασία.



**Εικ.2.1 1. Εσωαυθενικό καρκίνωμα** στη φυτική του μορφή. Παρουσιάζεται σαν φυτό σχήματος κουνουπιδιού.  
**2. Εσωτραχηλικό καρκίνωμα** στην εξέλκωτική του μορφή. Έχει όψη εξέλκωσης με ακανόνιστα όρια.  
**3. Ενδοτραχηλικό καρκίνωμα.** Παρουσιάζεται σαν ένα εξόγκωμα που αναπτύσσεται στον αυχενικό πόρο.

Το 1994 η Figo δίνει τον ορισμό ότι σταδίου  $I_{a1}$ , καρκίνος θα πρέπει να είναι εκείνοι με στρωματική διήθηση έως 3mm και όχι μεγαλύτερη των 7mm. Στο στάδιο  $I_{a2}$  η διήθηση θα έχει βάθος 3-5mm και μεγαλύτερη από 7mm.

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι υπάρχουν τρεις ευρέως αποδεκτοί ορισμοί της μικροδιηθητικής νόσου, είναι αυτοί της Figo, της εταιρίας Γυναικολόγων Ογκολόγων (SGO) και ένας Ιαπωνικός ορισμός. Η μεν Figo καθορίζει το βάθος και το εύρος του όγκου, η δε SGO καθορίζει το βάθος του όγκου αλλά αποκλείει πολυεστιακές βλάβες και παρουσία διήθηση του λεμφαγγειακού χώρου (LVSI). Ο ιαπωνικός ορισμός καθορίζει το βάθος, τη συμβολή και τον κυτταρικό όγκο αλλά αποκλείει το (VS).<sup>9</sup>

## 2.2 Είδη καρκίνου:

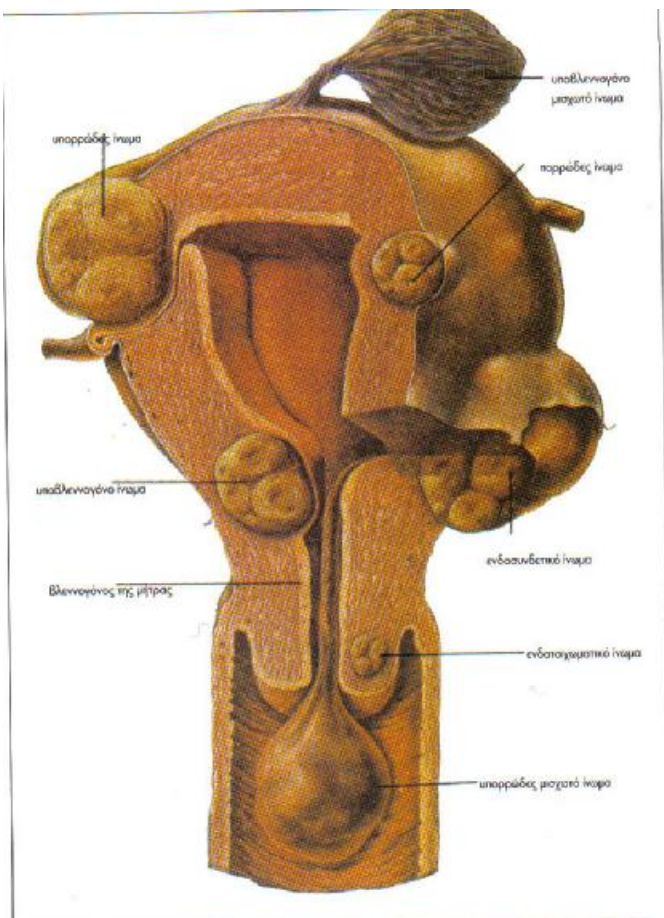
Στις περισσότερες περιπτώσεις (35%), ο όγκος εντοπίζεται, τουλάχιστον αρχικά, στο υπερκολεϊκό τμήμα (εσωτραχηλικός καρκίνος), στο ύψος του σημείου όπου έχουμε το πέρασμα από το επίπεδο πολλαπλοστρωματικό επιθήλιο, που καλύπτει το ενδοκολπικό τμήμα του τραχήλου, στο κυλινδρικό επιθήλιο που καλύπτει τον αυχένα. Σε έναν περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων (5%), εντοπίζεται, αντιθέτως, στο ύψος του αυχενικού πόρου (ενδοτραχηλικός καρκίνος). Σε μια ενδοκολπική παρατήρηση (όπως εκείνη που μπορεί να γίνει μέσω της εξέτασης του κόλπου), το εσωτραχηλικό καρκίνωμα που έχει φτάσει σε μια κάποια ανάπτυξη μπορεί να παρουσιαστεί με διαφορετικές μορφές. Μπορεί, πράγματι, να εμφανισθεί με την όψη φυτού, σαν «κουνουπίδι» (φυτικό σχήμα), που προβάλλει προς τον αυλό του κόλπου. Αυτές οι διακλαδώσεις έχουν αρχικά ένα χρώμα κοκκινωπό. Ύστερα, λόγω των αναπόφευκτων φαινομένων νέκρωσης που εκδηλώνονται γίνονται πολύ «εύθρυπτα», εκδηλώνουν αιμορραγίες εύκολα και δίνουν άσχημη οσμή στο έκκριμα του κόλπου.

Το καρκίνωμα μπορεί επίσης να παρουσιαστεί ως μια εξέλκωση με ακανόνιστο περίγραμμα, που εκτείνεται και εις βάθος, και προς τον υπόλοιπο τράχηλο, και προς τον κόλπο (ελκωτική μορφή). Τέλος, σε άλλες περιπτώσεις το εσωτραχηλικό καρκίνωμα μπορεί να αναπτυχθεί κάτω από το βλεννογόνο,

προσβάλλοντας τον τράχηλο, και να παράγει μόνον αργότερα την εξέλκωση του βλεννογόνου (οξιδιακή μορφή).

Το ενδοτραχηλικό καρκίνωμα, αναπτυσσόμενο στο εσωτερικό του αυχένα, για κάποιο χρονικό διάστημα, δύσκολα παρατηρείται. Αυτό μπορεί να λάβει και τη φυτική μορφή, που αναπτύσσεται προς τον πόρο και διαστέλλει τον αυλό, και την ελκωτική και την οξιδιακή. Αν παρατηρήσουμε τους εσωτραχηλικούς όγκους στο μικροσκόπιο, αφού τους κόψουμε σε πολύ μικρές φέτες και τους χρωματίσουμε κατάλληλα, βλέπουμε ότι η φυσιολογική δομή του επιθηλίου έχει πλήρως εξαφανιστεί.

Τα κύτταρα έχουν μια τερατώδη εμφάνιση, και στη μορφή και στις διαστάσεις, και προσβάλλουν τους κοντινούς ιστούς χωρίς να τηρούν την κανονική αρχιτεκτονική. Όμως, παρά τον άτυπο χαρακτήρα τους, σέβονται ορισμένα χαρακτηριστικά, ίδια των κυττάρων που παρουσιάζονται κανονικά στο επιθήλιο. Έτσι, μπορούμε να έχουμε την επικράτηση κυττάρων λίγο ή πολύ κερατοειδών, συγκεντρωμένων σε σχηματισμό μαζών (τα αποκαλούμενα κερατοειδή μαργαριτάρια), επίπεδων κυττάρων σε διάταξη, όπως οι φέτες του κρεμμυδιού (ώριμο επιθηλίωμα), ή μπορεί να κυριαρχούν τα κύτταρα που



**Εικ.2.2** Εμπρόσθια τομή μήτρας που απεικονίζει τις διάφορες θέσεις του ινομυώματος.

θυμίζουν τα στοιχεία που αποτελούν τα πιο βαθιά στρώματα του επιθηλίου, τα οποία παρουσιάζουν ένα σχήμα λιγότερο διαφοροποιημένο (ανώριμη μορφή ή βασοκυτταρικό επιθηλίωμα).

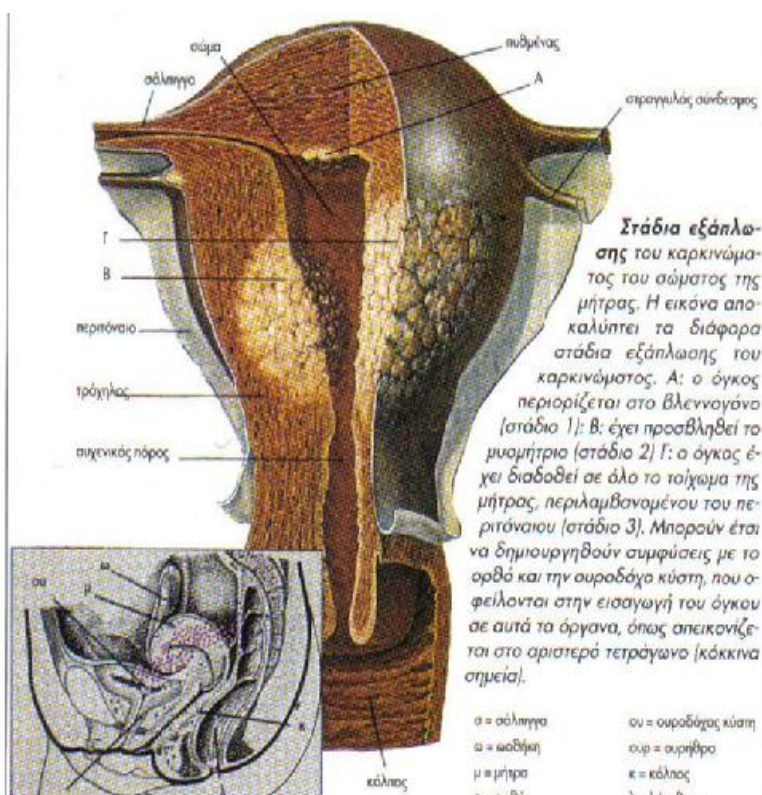
Στην περίπτωση του ενδοτραχηλικού καρκινώματος, η μικροσκοπική όψη στις πιο πολλές περιπτώσεις θυμίζει θολά εκείνη των αδένων που ανοίγουν στον αυχένα (αδενοκαρκίνωμα), παρ' ότι παρουσιάζει διαταραχές και τερατισμούς και προσβάλλει τους γύρω ιστούς.

### 2.3 Στάδια καρκίνου:

Όπως όλοι οι κακοήθεις όγκοι, και ο καρκίνος του τραχήλου έχει την τάση να διεισδύει στους γύρω ιστούς και να φτάνει, μέσω του αίματος και της λέμφου, σε σημεία ακόμη και μακρινά από τη θέση προέλευσης. Η δυνατότητα να αντιμετωπιστεί και να σωθεί μια γυναίκα που προσβλήθηκε από αυτό τον όγκο εξαρτάται κατά κύριο λόγο από το βαθμό έκτασης στον οποίο έχει φτάσει ο όγκος. Γι' αυτό, υπήρξε η ανάγκη να καταταγούν οι όγκοι του τράχηλου της μήτρας ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξης. Διακρίνονται σε πέντε στάδια:<sup>10</sup>

**Στάδιο 0 ή προμεταδοτικό στάδιο:** αποκαλείται επίσης και καρκίνωμα in situ. Σε αυτό παρουσιάζεται ένας άτυπος πολλαπλασιασμός του επιθηλίου, που προέρχεται από το φυσιολογικό τύπο ανάπτυξης ενός ιστού, και εκδηλώνεται χωρίς κανένα σκοπό ή στόχο. Αυτός ο πολλαπλασιασμός, όμως, είναι ακόμη

περιορισμένος μόνο στην κάλυψη του επιθηλίου και δεν έχει υπερβεί τη λεπτή μεμβράνη, (βασική μεμβράνη) που χωρίζει το επιθήλιο από τον κάτω συνεκτικό ιστό



Εικ. 2.3

**Στάδιο I:** το καρκίνωμα έχει αρχίσει να προσβάλλει τους κοντινούς ιστούς, αλλά περιορίζεται ακόμη στον τράχηλο της μήτρας, του οποίου διατηρείται ακόμη η αρχιτεκτονική.<sup>10</sup>

I<sub>A</sub> → προκλινικό καρκίνωμα

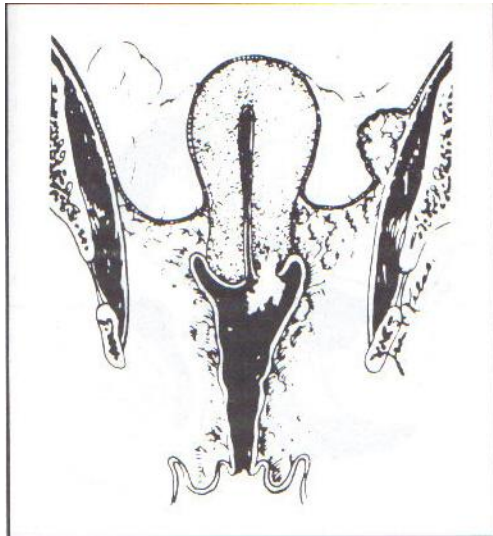
I<sub>A1</sub> → Στρωματική διήθηση < 3mm βάθος

I<sub>A2</sub> → Βλάβες διαπιστωμένες με μετρητές διαστάσεις >3mm αλλά όχι > 5mm.

I<sub>B</sub> → Βλάβες μεγαλύτερων διαστάσεων από το στάδιο I<sub>A2</sub>.

I<sub>B1</sub> → Όγκος μέγιστης διαμέτρου <4cm

I<sub>B2</sub> → Όγκος μέγιστης διαμέτρου >4cm<sup>11, 12</sup>



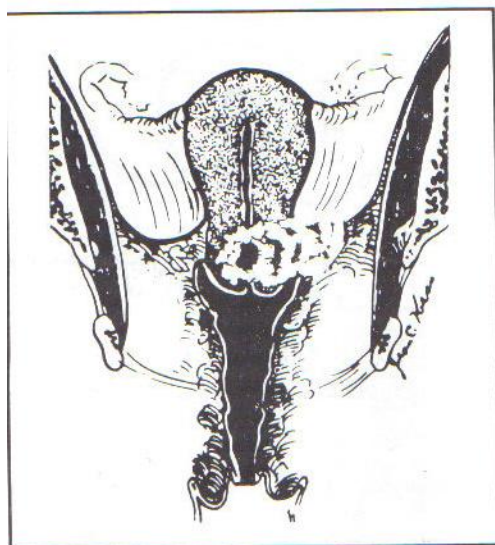
Εικ.2.4

Καρκίνος τραχήλου σταδίου Ιβ

**Στάδιο II:** το καρκίνωμα έχει αρχίσει να προσβάλλει τις ψαλίδες, το κάτω τρίτο του κόλπου και ένα μέρος του συνεκτικού ιστού που περιβάλλει τον τράχηλο και τον θέτει σε σύμφυση με τα τοιχώματα της πυέλου. Λόγω αυτής της προσβολής, η κινητικότητα της μήτρας μειώνεται, αλλά δεν εξαφανίζεται εντελώς.<sup>10</sup>

II<sub>A</sub> → χωρίς εμφανή επέκταση στο παραμήτριο.

II<sub>B</sub> → εμφανής επέκταση στο παραμήτριο.<sup>11, 12</sup>



Καρκίνος τραχήλου σταδίου II<sub>B</sub>  
(Disaia)

Εικ.2.5



Καρκίνος τραχήλου σταδίου II<sub>a</sub>

Εικ.2.6

**Στάδιο III:** το καρκίνωμα έχει φτάσει έως το τρίτο κάτω τμήμα του κόλπου και τα τοιχώματα της πυέλου, άρα η μήτρα δεν μετακινείται πλέον. Όταν η ανάπτυξη του όγκου φτάσει σε αυτό το στάδιο, υπάρχουν σίγουρα μεταστάσεις στους πρώτους λεμφαδένες, στους οποίους φτάνει η λέμφος που προέρχεται από τον τράχηλο της μήτρας.<sup>10</sup>

III<sub>A</sub> → χωρίς επέκταση στο πυελικό τοίχωμα

III<sub>B</sub> → επέκταση στο πυελικό τοίχωμα<sup>11, 12</sup>



Καρκίνος τραχήλου σταδίου III  
(Disaia)

Εικ.2.4

**Στάδιο IV:** ο όγκος προσβάλλει το ορθό και την ουροδόχο κύστη, δίνοντας μεταστάσεις σε απόσταση, και μέσω της λέμφου και μέσω του αίματος.<sup>10</sup>

IV<sub>A</sub> → επέκταση σε γειτονικά όργανα

IV<sub>B</sub> → επέκταση σε απομακρυσμένα όργανα.<sup>11, 12</sup>

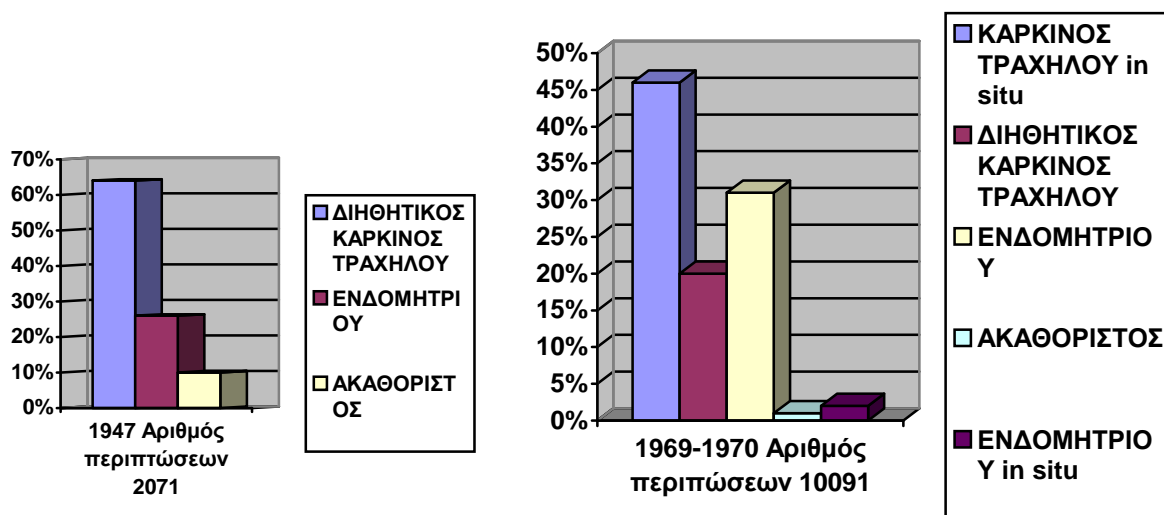
Το καρκίνωμα του τράχηλου, όμως, έχει τη δυνατότητα να δώσει μεταστάσεις σε απόσταση, γιατί από τον καρκινικό όγκο μπορούν να αποσπασθούν ομάδες κύτταρων, που μεταφέρονται μέσω των αγγείων του αίματος και της λέμφου σε σημεία του οργανισμού, ακόμη και πολύ μακρινά, όπου αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται.<sup>10</sup>



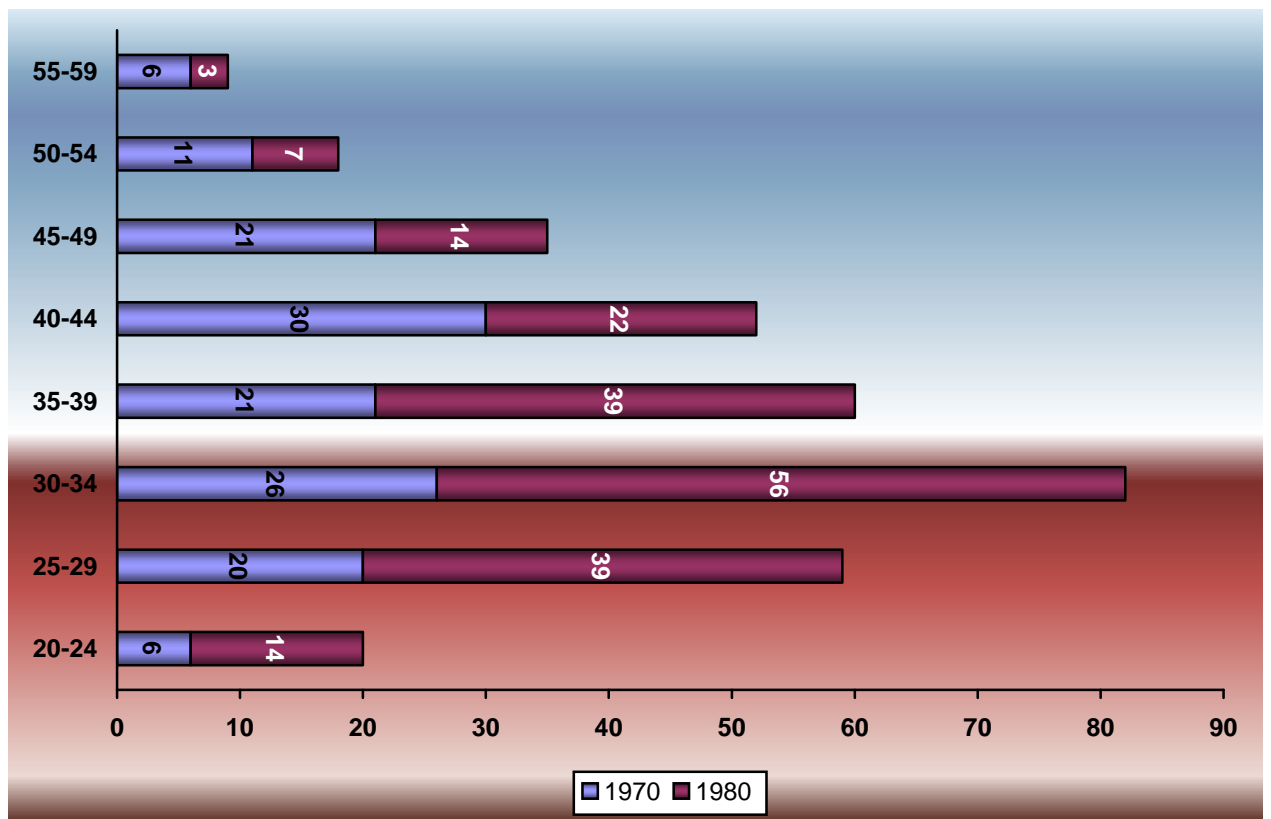
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΕΠΙΠΤΩΣΗ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η μείωση της συχνότητας του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου οφείλεται στη συστηματική εφαρμογή του έλεγχου των τραχηλοκολπικών επιχρισμάτων με τη μέθοδο Παπανικολάου. Στις Η.Π.Α. είναι χαρακτηριστική η ελάττωση των ασθενών με διηθητικό καρκίνο του τράχηλου (εικόνα 3.1). Επίσης στο Η.Β. παρουσιάζεται παρόμοια εικόνα που γίνεται εμφανής μετά τη δεκαετία του 1960. Αλλά και σε άλλες χώρες με υψηλό υγειονομικό επίπεδο παρουσιάζονται παρόμοιες διαφοροποιήσεις. Ο συνδυασμός της μεθόδου Παπανικολάου με τη χρησιμοποίηση του κολποσκοπίου βοηθάει στην έγκαιρη διάγνωση προκαρκινοματωδων καταστάσεων και ιδιαίτερα του ενδοεπιθηλιακού καρκίνου ή καρκίνου in situ. Η αύξηση της συχνότητας των ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών οφείλεται αφενός στο συστηματικό έλεγχο των γυναικών αφετέρου στη σεξουαλική απελευθέρωση που είχε ως αποτέλεσμα τη μόλυνση μεγάλου αριθμού ατόμων με τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες (εικόνα 3.1).<sup>10</sup>



Εικ. 3.1 Κατανομή καρκίνων ενδομητρίου- τράχηλου μήτρας Η.Π.Α.



Εικ. 3.2 Συχνότητα εμφάνισης ενδοεπιθηλιακού καρκίνου (Ca in situ) σε διάφορες ομάδες ηλικιών το 1970 σε σύγκριση με το 1980

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας παραμένει η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο (μετά τον καρκίνο του μαστού) στις νεαρές γυναίκες (ηλικίας 15-44 ετών) στην Ευρώπη και οφείλεται αποκλειστικά στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (το 99,7% των καρκίνων του τράχηλου της μήτρας περιλαμβάνει το γενετικό υλικό (DNA) του ιού). Υπολογίζεται ότι το 70% των σεξουαλικά ενεργών ανθρώπων θα εκτεθούν στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής τους, συχνά στην εφηβική ή νεαρή ενήλικη ζωή.<sup>13</sup>

Για μια γυναίκα που ζει σε αναπτυγμένη χώρα ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής είναι 1%. Αντίθετα ο αντίστοιχος κίνδυνος για μια γυναίκα που ζει σε μια χώρα χωρίς πρόγραμμα πρόληψης ο κίνδυνος είναι 5%.

Στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα είναι ο όγδοος κατά σειρά καρκίνος, περίπου 33.500 γυναίκες διαγιγνώσκονται και 15.000 γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ετησίως (που ισοδυναμεί με 40 γυναίκες κάθε μέρα και

2 γυναίκες κάθε ώρα).<sup>9</sup> Παρά την έλλειψη ακριβών στατιστικών στοιχείων υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα η ετήσια συχνότητα είναι 9,29 ανά 100.000 γυναίκες.<sup>5</sup>

Παγκοσμίως παρατηρούνται περίπου 440.000 περιστατικά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ετησίως, αλλά 80% αφορούν αναπτυσσόμενο κόσμο. Ο αριθμός αυτός συνιστά το 10% όλων των καρκίνων που απαντούν στις γυναίκες, κατά συνέπεια ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας όπως προαναφέρθηκε αποτελεί την τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Η συχνότητα εμφάνισης τραχηλικού καρκίνου ποικίλει όχι μόνο μεταξύ των χωρών αλλά και μεταξύ πληθυσμών διαφορετικής προέλευσης στην ίδια χώρα. Για παράδειγμα η αθροιστική επίπτωση του τραχηλικού καρκίνου στο διάστημα 1988-92 ήταν 34/1000 στο πληθυσμό Μαορι της Νέας Ζηλανδίας ενώ στις υπόλοιπες γυναίκες της ίδιας χώρας ήταν 12/1000. Στο Los Angeles η επίπτωση στις Ισπανόφωνες γυναίκες ήταν 18/1000 ενώ στις Ιαπωνικής καταγωγής γυναίκες 4/1000. Παγκοσμίως η υψηλότερη επίπτωση, περίπου 50/1000 παρατηρείται στις περιοχές της Λατινικής Αμερικής και στην Κεντρική Αφρική.

Στον αναπτυσσόμενο κόσμο η επίπτωση φαίνεται να έχει καθοδική πορεία ιδίως σε χώρες που εφαρμόζονται συστηματικά προγράμματα μαζικού ελέγχου. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τρίτος συχνότερος γυναικολογικός καρκίνος στην Μεγάλη Βρετανία ακολουθώντας τους καρκίνους ωοθήκης και ενδομητρίου, αν και πριν την εισαγωγή προγράμματος μαζικού ελέγχου κατείχε την πρώτη θέση.<sup>9, 14</sup>

Ο θάνατος από τραχηλικό καρκίνο αντιπροσωπεύει το 2% των θανάτων από καρκίνο και το 4% των θανάτων από κάθε αιτία στις γυναίκες στην Μεγάλη Βρετανία. Επίσης στην Μεγάλη Βρετανία περίπου το 50% των θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συμβαίνουν σε ηλικία 45-55 ετών. ( Με εύρος κυμαινόμενο από 20 έως >80 ετών.)

Στις Η.Π.Α. αποτελεί την ένατη κατά σειρά συχνότητας αιτία από καρκίνο στις γυναίκες. Η μόνη ηλικιακή ομάδα στην οποία η θνησιμότητα έχει παρουσιάσει άνοδο τα τελευταία 40 χρόνια είναι η ομάδα 23-34 ετών. Η μέγιστη

συχνότητα εμφάνισης παλαιότερα ήταν στις ηλικίες 45-55 ετών, αλλά τώρα έχει μειωθεί σημαντικά σε αυτή την ομάδα γυναικών.

Επιπλέον η θνησιμότητα που παρατηρείται στο Ισραήλ είναι περίπου 0,8/10.000, στη Χιλή 15/10.000 στις μεσογειακές χώρες δηλαδή Ελλάδα , Ιταλία και Ισπανία παρουσιάζουν σχετικά χαμηλά ποσοστά περίπου < 1,5/10.000 ετησίως. Αντίθετα με τις Λατινοαμερικανικές χώρες (Παναμάς , Βενεζουέλα , Παραγουάη κ.λ.π. ) οι οποίες παρουσιάζουν σχετικά υψηλά ποσοστά θνησιμότητας περίπου >10/10.000.

Η αντίστοιχη προσαρμοσμένη στις ηλικίες θνησιμότητα κατά το 1985 στην Αγγλία και την Ουαλία ήταν περίπου 5/10.000 ποσοστό χαμηλότερο από αυτό της Σκωτίας περίπου 5,4/10.000 και της Δανίας περίπου 6,2/10.<sup>11,13</sup> Πρέπει να επισημανθεί ότι μέχρι το 1990, ήταν ο δεύτερος σε συχνότητα παγκοσμίως μετά τον καρκίνο του μαστού αλλά η μαζική εφαρμογή του τεστ Παπανικολάου στις αναπτυγμένες χώρες είχε ως αποτέλεσμα την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των προκαρκινικών βλαβών με συνέπεια τη θεαματική μείωση των περιστατικών καρκίνου παγκοσμίως!<sup>15</sup>

Το πρώτο εμβόλιο κατά του καρκίνου τράχηλου της μήτρας πήρε άδεια κυκλοφορίας στην Αμερική τον Ιούνιο του 2006. Σήμερα έχει πάρει άδεια σε 55 χώρες παγκοσμίως. Αυτή τη στιγμή ο εμβολιασμός στοχεύει στους τύπους εκείνους του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων που προκαλούν το 75% του καρκίνου τράχηλου της μήτρας. Πρόσφατες πιλοτικές μελέτες στην Αμερική έδειξαν ότι ο εμβολιασμός κατά του καρκίνου του τραχήλου προλαμβάνει μέχρι και 91% του καρκίνου που σχετίζεται με τους τύπους που καλύπτονται από το εμβόλιο, σε συμφωνία με την επιλεγμένη στρατηγική εμβολιασμού. Προγράμματα εμβολιασμού για την πρόληψη ενάντια στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μέχρις στιγμής έχουν διερευνηθεί και χρηματοδοτηθεί στις Η.Π.Α. , στον Καναδά και Αυστραλία.<sup>13</sup>

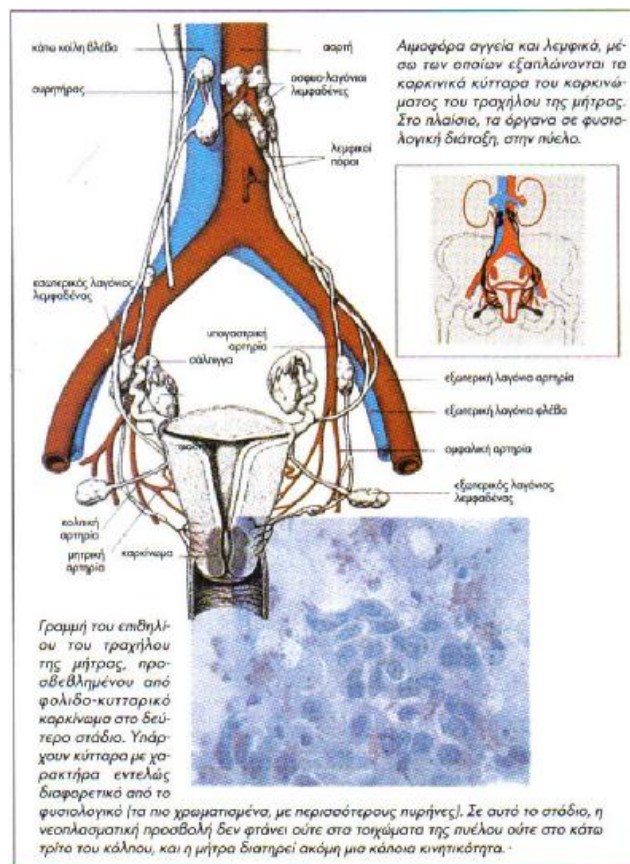
Παραμένει όμως μια πραγματική μάστιγα στις περισσότερες χώρες του πλανήτη, όπου δεν υπάρχουν οι απαιτούμενες δομές ιατρικής πρόληψης και θεραπείας των προκαρκινικών καταστάσεων.<sup>15</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Σε αντίθεση με άλλους καρκίνους, ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας οφείλεται σε έναν ιό ο οποίος ονομάζεται ιός των κονδυλωμάτων (HPV), και είναι παρών σε περισσότερο από το 99% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου. Με βάση αυτή την παρατήρηση, οι επιστήμονες σήμερα πιστεύουν ότι ο ιός είναι απαραίτητος αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο του τραχήλου. Ο ιός HPV προκαλεί καρκίνο στον τράχηλο μέσω της παραγωγής ειδικών πρωτεϊνών οι οποίες εμποδίζουν την κανονική λειτουργία των κυττάρων του τραχήλου.

Εντούτοις, η πλειοψηφία των HPV λοιμώξεων υποχωρούν αυτόματα, χωρίς παρενέργειες. Οι λόγοι που μόνο κάποιες λοιμώξεις προχωρούν και προκαλούν καρκίνο, δεν είναι επί του παρόντος γνωστοί.<sup>3</sup> Επιπλέον έχουν εντοπιστεί περισσότεροι από 100 τύποι του ιού, αλλά μερικοί (16,18,45 και 56) που έχουν ιδιαίτερα επιθετική δραστηριότητα και η ανεύρεσή



Εικ. 4.1

του υποδηλώνει σημαντική πιθανότητα ανάπτυξης προκαρκινικών βλαβών, που μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο αν δεν θεραπευθούν.

Αυτοί οι επιθετικοί τύποι του ιού είναι συνήθως μη ορατοί με γυμνό μάτι και μπορούν να ανιχνευτούν με μεθόδους όπως η δοκιμασία κατά Παπανικολάου. Αντίθετα, άλλα είδη (6 και 11) προκαλούν μόνο οξυτενή κονδυλώματα, τα οποία συνήθως είναι ορατά με γυμνό μάτι και θεραπεύονται εύκολα.<sup>5</sup>

Φαίνεται λοιπόν σίγουρη η επίδραση που ασκεί η σεξουαλική δραστηριότητα με βάση τα ακόλουθα επιδημιολογικά δεδομένα:

- το καρκίνωμα του τράχηλου της μήτρας είναι τέσσερις φορές πιο συχνό στα εκδιδόμενα άτομα.

- στις γυναίκες, που ξεκινούν τις σεξουαλικές σχέσεις τους πριν από τα 17 τους χρόνια, ο κίνδυνος είναι αυξημένος τέσσερις φορές περισσότερο από τις ομάδες έλεγχου.

- Στις γυναίκες με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους, ο κίνδυνος είναι επτά φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τις ομάδες έλεγχου.

- Το καρκίνωμα του τράχηλου της μήτρας δεν υπάρχει σε γυναίκες που δεν έχουν σεξουαλική δραστηριότητα, η συχνότητα είναι μικρή όταν γίνεται συχνή χρήση προφυλακτικών ή διαφραγμάτων τραχήλου, ενώ είναι πολύ χαμηλή στις γυναίκες με περιτετμημένους συντρόφους (Εβραίες).

- Η αύξηση της σεξουαλικής ανάμειξης που εμφανίστηκε τα τελευταία 15 χρόνια, προκάλεσε μια σαφή αύξηση των δυσπλασιών στις ομάδες νεαρής ηλικίας (15-24 ετών). Όλες αυτές οι επιδημιολογικές παρατηρήσεις καταδεικνύουν τη νεοπλασία του τραχήλου ως μια νόσο που προκαλείται από χημικά καρκινογόνα (δράση του σμήγματος, δηλαδή των εκκρίσεων από τους αδένες του τελευταίου ακραίου τμήματος του πέους ή της βάλανου) ή από καρκινογόνους ιούς, που μεταδίδονται με την επαφή.

Δυο ιοί, ο ιός έρπης τύπου 3 και το ιογενές θήλωμα, θεωρείται ότι ευθύνονται κυρίως για την πρόκληση της τραχηλικής νεοπλασίας. Ο μηχανισμός

με τον οποίο οι ιοί αυτοί εκδηλώνουν την καρκινική τους δράση δεν είναι έως τώρα απόλυτα γνωστός. Δεν απαιτείται να είναι ένας μεμονωμένος ο αιτιολογικός παράγοντας που ευθύνεται για την πρόκληση και τη διατήρηση της κατάστασης της νεοπλασίας, ούτε είναι απαραίτητο ο κάθε ασθενής να έχει τον ίδιο αιτιολογικό παράγοντα. Πολλοί παράγοντες (γενετική προδιάθεση, ανοσολογική κατάσταση κ.λ.π.) μπορούν να παίζουν κάποιο ρόλο στην τελική εκδήλωση της νόσου. Το καρκίνωμα *in situ* και το μεταδοτικό καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας έχουν λοιπόν μια πολυπαραγοντική αιτιολογία: ορισμένοι παράγοντες μπορούν να είναι σημαντικοί για την πρόκληση και άλλοι για την εξέλιξη της νεοπλασίας. Άρα, η νεοπλασία είναι συνέπεια της δράσης πολλών ογκογενών παραγόντων.

## **4.2 Επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου**

### **1. 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 και για τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων με αποτέλεσμα, αυτές με πολλούς να έχουν περισσότερο κίνδυνο. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ο καρκίνος αυτός είναι σπάνιος στον παρθένο πληθυσμό.<sup>16</sup> Η ολοκληρωμένη επαφή δεν είναι απαραίτητη και τα προφυλακτικά δεν προσφέρουν εγγυημένη προστασία ενάντια στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων. Συχνά, τα άτομα που φέρουν τον ιό δεν έχουν συμπτώματα και επομένως μπορεί να μεταδοθεί χωρίς τα μολυσμένα άτομα να το γνωρίζουν γι' αυτό αναφέρεται και ως «σιωπηλός».<sup>13</sup>

Ακόμα ο ιός έχει προκαλέσει προκαρκινικές αλλοιώσεις και στην γεννητική περιοχή των ανδρών. Ο ιός αυτός επηρεάζει όχι μόνο τα εσωτερικά γεννητικά

όργανα των γυναικών αλλά και το δέρμα που βρίσκεται έξω από αυτά .Ακόμα και τα <<αθώα παιχνίδια >> ανάμεσα στους νέους είναι ικανά να μεταδώσουν έναν από τους επικίνδυνους τύπους του ιού και να προκαλέσουν τα οξυτενή κονδυλώματα.<sup>17</sup>

## **2. Ηλικία**

Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται δραματικά με την πρόοδο της ηλικίας<sup>15</sup>. Οι καρκίνοι που ανιχνεύονται επί του τράχηλου, οι οποίοι δεν έχουν εξαπλωθεί στα 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. Στις γυναίκες μαύρου χρώματος αυξάνεται περισσότερο.<sup>16</sup>

## **3. Λήψη αντισυλληπτικών φαρμάκων**

Έχει υποστηριχθεί ότι η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών μπορεί να προκαλέσει κάποια φάση δυναμικής μεταπλασίας. Πράγματι, η χρησιμοποίηση του χαπιού με μεγάλες δόσεις οιστρογόνων, οδηγεί σε εκτροφή του ενδοτραχηλικού επιθηλίου με πιθανή κάποια περαιτέρω δυναμική φάση μεταπλασίας, ενώ συγχρόνως παρατηρείται υπερτροφία των αδενικών σχημάτων του τραχήλου και υπερέκκριση βλέννας.

Μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες ερεύνησαν την πιθανότητα συσχετισμού της λήψης αντισυλληπτικών δισκίων με τον αυξημένο κίνδυνο τραχηλικής νεοπλασίας. Τα αποτελέσματα όμως, δεν καταλήγουν κάπου οριστικά. Πολλοί πιστεύουν ότι ανάλογα με την μάρκα του αντισυλληπτικού, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, θα έχουμε διαφορετικά αποτελέσματα ως προς την ανάπτυξη τραχηλικού καρκίνου.

Πάντως συμπερασματικά βρίσκουμε από όλες τις μελέτες ότι υπάρχει στατιστικά κάποια σχέση μεταξύ του χρόνου λήψης των αντισυλληπτικών δισκίων και της ανάπτυξης CIN3.



Μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει διπλάσιος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου μετά από πενταετή χρήση αντισυλληπτικών χαπιών και τετραπλάσιος κίνδυνος μετά από δεκαετή χρήση.<sup>9</sup>

#### **4. Ελαττωμένη ανοσοποιητική ανταπόκριση**

Γυναίκες με αδύνατο ανοσοποιητικό σύστημα δεν μπορούν εύκολα να καταπολεμήσουν τον ιό HPV. Το γεγονός αυτό εξηγεί γιατί ο καρκίνος του τραχήλου είναι πιο συχνός σε:

- a. Γυναίκες με αφροδίσια νοσήματα και σύνδρομο ανοσολογικής ανεπάρκειας
- b. Γυναίκες που λαμβάνουν φάρμακα που καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα..<sup>19</sup>

#### **5. Κάπνισμα**

Το προσωπικό κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα είναι παράγοντες που διερευνήθηκαν στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Υπάρχει επιδημιολογικός συσχετισμός μεταξύ του καπνίσματος και της ανάπτυξης τραχηλικού καρκίνου. Το προσωπικό κάπνισμα φάνηκε να αυξάνει τον κίνδυνο για τον καρκίνο του τραχήλου. Οι γυναίκες που καπνίζουν περισσότερα από είκοσι τσιγάρα την ημέρα έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν CIN2 ή CIN3.

Το κάπνισμα τσιγάρων σχετίζεται όχι μόνο με το μέγεθος της βλάβης αλλά και με τον βαθμό δυσπλασίας. Η νικοτίνη και η κοτιτίνη που προέρχονται από τον καπνό του τσιγάρου, ανιχνεύονται στην τραχηλική βλέννα των καπνιστριών όπου μπορούν να προκαλέσουν πολλαπλασιασμό των HPV επηρεασμένων κυττάρων.<sup>9</sup>

Ο αυξημένος κίνδυνος προκαλείται από την άμεση επίδραση χημικών προϊόντων του τσιγάρου σε συγκεκριμένα κύτταρα του τραχήλου (κύτταρα Langerhans) τα οποία αποτελούν μέρος του ανοσοποιητικού συστήματος και

βοηθούν στην καταπολέμηση της HPV λοίμωξης. Το κάπνισμα «αδυνατίζει» αυτά τα κύτταρα.<sup>6</sup>

## **6. Υγιεινοδιαιτητικές αγωγές**

Αυξημένος κίνδυνος δυσπλασίας παρατηρείται σε γυναίκες με πεσμένα επίπεδα βιταμίνης A ή βιταμίνης C. Αναφέρονται σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα προδρόμου βιταμίνης A (βήτα καρωτίνης ) και βιταμίνης C, σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου. Τα επίπεδα φολικού οξέος είναι επίσης χαμηλό σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου και η χορήγηση φυλλικού οξέος έχει αναφερθεί ότι αναστρέφει τις προκακοήθεις τραχηλικές αλλαγές.

Όσον αφορά τις διαιτολογικές συνήθειες φάνηκε ότι γυναίκες που καταναλώναν πράσινα και κίτρινα λαχανικά και χυμούς φρούτων, έχουν μικρότερο κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.<sup>9</sup>

## **7. Τεστ Παπανικολάου – Σύνδρομο Ανοσολογικής Ανεπάρκειας**

Οι γυναίκες που δεν έκαναν ποτέ τεστ Παπανικολάου ή δεν το κάνουν όσο συχνά θα έπρεπε , έχουν υψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Σε πολλές περιπτώσεις το τεστ μπορεί να ανιχνεύσει προκαρκινικές αλλοιώσεις. Οι γυναίκες που πάσχουν από aids έχουν περισσότερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.<sup>16</sup>

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

### Χαρακτηριστικοί

- Ηλικία: η συχνότητα του μεταδοτικού καρκίνου του τραχήλου αυξάνει μετά το 30ό έτος της ηλικίας, φτάνει στο μέγιστο ύψος της στα 40-50 και στη συνέχεια υποχωρεί
- Εγκυμοσύνες: η συχνότητα αυξάνεται με την αύξηση του αριθμού των κυήσεων
- Ηλικία της πρώτης σεξουαλικής σχέσης: η συχνότητα του τραχηλικού καρκινώματος είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες με πρόωρη σεξουαλική ζωή
- Περιτομή: η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες με μη περιτετμημένους σεξουαλικούς συντρόφους
- Προνεοπλασματικές βλάβες: η δυσπλασία είναι μια στιγμή που προοδευτικά οδηγεί στο καρκίνωμα, όπως οι περιοχές μετατροπής της εκτοπίας είναι προνεοπλασματικές βλάβες που εξελικτικά οδηγούν στο καρκίνωμα.

### Χαρακτηριστικοί παράγοντες προς απόδειξη

- Ερπητικός ιός τύπου 2
- Ιός θήλωμα

### Μη χαρακτηριστικοί

- Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση
- Σύφιλη
- Ορμονικά ή ενδομήτρια αντισυλληπτικά
- Τριχομονάδες
- Χλαμύδα

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

#### 5.1 ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ( ΤΕΣΤ ΡΑΡ)

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

Για το ακριβέστερο διαγνωστικό αποτέλεσμα παίρνουμε τρία επιχρίσματα :

1. **Κολπικό** , από τον οπίσθιο θόλο του κόλπου , με την βοήθεια πιπέτας .
2. **Εξωτραχηλικό** , από το μέρος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου , που αντιστοιχεί στο εξωτερικό του στόμιο , με την βοήθεια ξύλινης σπάτουλας .
3. **Ενδοτραχηλικό** , από την ενδοτραχηλική κοιλότητα , με την βοήθεια βαμβακοφόρου στείλεού .



Εικ. 5.1

Εκτός από τα παραπάνω επιχρίσματα , δυνατό να παίρνουμε και ενδομήτριο, από τη μητριάια κοιλότητα , με την βοήθεια ψήκτρας ή με αναρρόφηση ή με έκπλυση και δουγλασιακό από τον δουγλάσιο πυθμένα , με παρακέντηση στον οπίσθιο κολπικό θόλο .

Μετά την λήψη του υλικού επιστρώνουμε αυτό σε λεπτή στοιβάδα , για να μην σκεπάσει το ένα κύτταρο το άλλο , πάνω σε αντικειμενοφόρο πλάκα και , πριν ξεραθεί , μονιμοποιούμε τα επιχρίσματα με ειδικό μονιμοποιητικό υγρό σε μορφή ψεκάσμου ( Cytosray ή στερεωτικό των μαλλιών ) ή αλκοόλη. Ακολουθεί χρώση τους κατά Παπανικολάου και μελέτη τους .

Ο παραπάνω έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου δεν εκτελείται μόνο σε περιπτώσεις βλάβης του , αλλά και προληπτικά σε κάθε γυναίκα , ιδιαίτερα στις ηλικιωμένες , για την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου , που για χρόνια παραμένει σε ανιχνεύσιμο κυτταρολογικά στάδιο . Ο κυτταρολογικός έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου δεν αποτελεί διαγνωστική αλλά ανιχνευτική μέθοδο .Η διαγνωστική θα μπει ύστερα από ιστοληψία της πάσχουσας περιοχής. Μόνο η ύπαρξη σωρών καρκινωματωδών κυττάρων μπορεί να διαγνώσει τον καρκίνο του τραχήλου . Αλλά τότε , ο ιστολογικός του έλεγχος κρίνεται απαραίτητος .

Βασική **ένδειξη** του ελέγχου των τραχηλικών επιχρισμάτων αποτελεί η διάγνωση του αρχόμενου καρκίνου και των δυσπλασιών του τραχήλου .

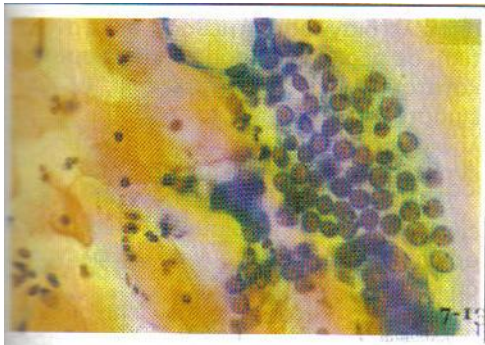
Τις περισσότερες φορές , οι απαντήσεις του κυτταρολόγου , αφορούν στις παρακάτω καταστάσεις :

**1. Φλεγμονή** .Τα φλεγμονώδη τραχηλικά κύτταρα χαρακτηρίζονται από αλλοιώσεις του πρωτοπλάσματος ( κενοτόπια , περιπυρινική άλω , φαγοκυττάρωση .ή του πυρήνα( αύξηση ,ανώμαλο σχήμα , πάχυνση δικτύου χρωματίνης , διαίρεση του , που δεν ακολουθείται από διαίρεση του κυττάρου). Σε περίπτωση φλεγμονής από έρπητα εμφανίζονται χαρακτηριστικά ενδοκυτταρικά έγκλειστα , ενώ σε φλεγμονή από ιό των θηλωμάτων ( HPV=

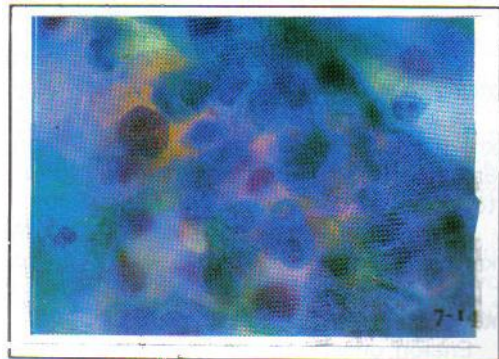
Human Papiloma Virus ) εμφανίζονται κύτταρα με μεγάλη περιπυρινική άλω ( κοιλοκύτταρα ).

**2. Υπερκεράτωση .** Σε αυτήν τα κύτταρα εμφανίζονται απύρηνια και με πορτοκαλί πρωτόπλασμα .

**3. Πλακώδης μεταπλασία .** Σε αυτήν τα κύτταρα του κυλινδρικού επιθηλίου γίνονται πλακώδη .



Εικ. 5.2 Φυσιολογικά τραχηλικά κύτταρα



Εικ. 5.3 Επίχρισμα τραχήλου με μέτρια δυσπλασία

**4. Δυσκαρίωση .** Σε αυτήν , παρατηρείται διαταραχή του πυρήνα , που ανάλογα με το βαθμό της , διακρίνεται σε *ελαφρά* ( αλλαγή μεγέθους , ελαφρά υπερχρωμία πολυπυρίνωση ) , σε *μέτρια* ( περισσότερο προχωρημένες αλλοιώσεις) και σε *έντονη* ( αλλαγή μεγέθους και σχήματος , έντονη υπερχρωμία, αδρό δίκτυο χρωματίνης ) . Το βαθμό δυσκαρίωσης , που δείχνει το κυτταρολογικό επίχρισμα , πολλές φορές μπορούμε να το συσχετίσουμε με το βαθμό CIN ( Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία τραχήλου ) της ιστολογικής εικόνας .

**5. Μη διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα.** Σε αυτό παρατηρούνται αδιαφοροποίητα βασικά κύτταρα με ανώμαλο πυρήνα . Η στιβάδωση απουσιάζει, γιατί καλύπτουν όλο το πάχος του επιθηλίου .

**6. Διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα .** Σε αυτό τα κύτταρα διακρίνονται σε καλά διαφοροποιημένα ( πολύμορφα κύτταρα με κερατίνη ) , σε μέτρια διαφοροποιημένα ( πολύμορφα άτυπα κύτταρα , χωρίς κερατίνη και με μεγάλο πυρήνα ) και σε αδιαφοροποίητα ( μικρά ανώριμα κύτταρα με πυρήνα , που πιάνει ολόκληρο το κύτταρο ) .

7. **Αδενοκαρκίνωμα** . Σε αυτό τα εκκριτικά κύτταρα έχουν μεγάλο πυρήνα , ενώ σε αυτά , που δεν είναι εκκριτικά , η σχέση πυρήνα – πρωτοπλάσματος αλλάζει σημαντικά .

**Ταξινόμηση κατά Παπανικολάου.** Για την ευκολότερη ερμηνεία των τραχηλικών επιχρισμάτων ο Παπανικολάου τα ταξινόμησε σε πέντε κατηγορίες

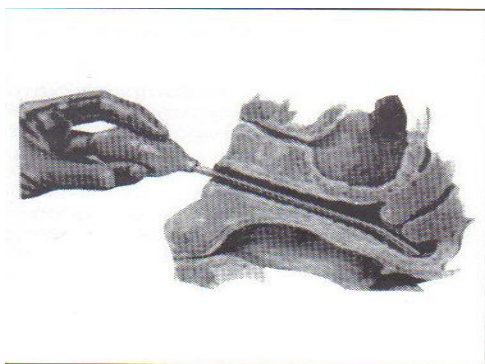
**I** : Σε αυτή τα κύτταρα είναι φυσιολογικά .

**II** : Σε αυτή τα κύτταρα είναι άτυπα αλλά χωρίς χαρακτήρες κακοήθειας (φλεγμονώδη) .

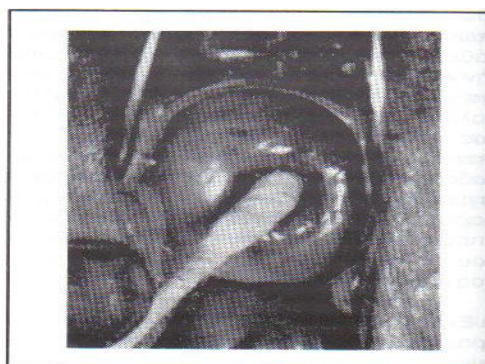
**III** : Σε αυτή τα κύτταρα εμφανίζουν πυρηνική ατυπία ή ασαφές χαρακτήρες κακοήθειας .Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα κύτταρα , που περιγράψαμε στη δυσκαρίωση .

**IV** : Σε αυτή τα κύτταρα έχουν χαρακτηριστικές αλλοιώσεις κακοήθειας και είναι σκόρπια .

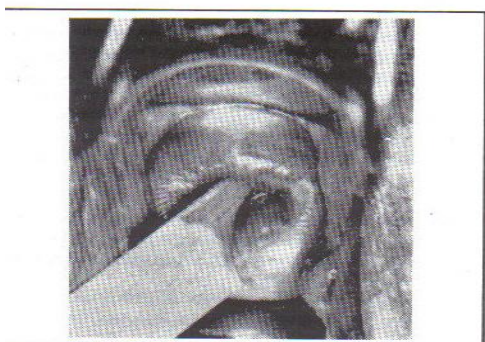
**V** : Σε αυτή τα κύτταρα έχουν χαρακτήρες κακοήθειας και βρίσκονται κατά σωρούς .



Λήψη εκκρίματος οπίσθιου θόλου  
(Netter)



Λήψη ενδοτραχηλικού εκκρίματος  
(Smolka)



Λήψη τραχηλικού εκκρίματος  
(Smolka)



Καλοήγη ενδοτραχηλικά κύτταρα  
(Papanicolaou)

Εικ. 5.4

Επειδή , όπως και παραπάνω αναφέραμε , ο κυτταρολογικός έλεγχος του τραχήλου δεν αποτελεί διαγνωστική μέθοδο , αλλά ανιχνευτική , σε περίπτωση , που τα επιχρίσματα θα καταταγούν στις κατηγορίες **III ,IV, V** , είμαστε υποχρεωμένοι να προβούμε σε ιστοληψία της πάσχουσας περιοχής ύστερα από εντόπισή της με τη δοκιμασία Schiller .

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

Νεότερες κατατάξεις των επιχρισμάτων του τραχήλου αναφέρονται στον καρκίνο του τραχήλου.<sup>1</sup>

Είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι γυναίκες, ότι με ένα παθολογικό τεστ Παπανικολάου δεν σημαίνει ότι έχουν καρκίνο. Αποτελεί μια προειδοποίηση ότι οι πιθανότητες να αναπτυχθεί καρκίνος του τραχήλου είναι περισσότερες .Είναι ουσιαστικό λοιπόν να ακολουθούνται οι οδηγίες του γιατρού έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος .

Ακολουθώντας τις οδηγίες του γιατρού οι γυναίκες θα είναι σίγουρες ότι εάν χρειάζεται θεραπεία , αυτή θα πραγματοποιηθεί έγκαιρα προτού αναπτυχθεί ο καρκίνος .Οι πρώιμες θεραπείες είναι εύκολες και έχουν υψηλά ποσοστά επιτυχίας .<sup>6</sup>

## **5.2 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ**

Αν πρόκειται για δυσπλασία με την επισκόπηση δεν 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 ελαφριά διάβρωση ή λευκοπλακική .Γενικά σε πρώιμο στάδιο ο καρκίνος μοιάζει με τραχηλίτιδα .

Σε καρκίνωμα προχωρημένου σταδίου, η πάθηση κάνει την εμφάνισή της με την 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 εξέλκωση και η εξωφυτική του μορφή εύκολα αιμορραγούν και όσο προχωρεί η διήθηση, οι ιστοί γίνονται περισσότερο εύθρυπτοι και αιμορραγούν περισσότερο.<sup>1</sup>

### **5.3 ΨΗΛΑΦΗΣΗ**

Στην αμφίχερη γυναικολογική εξέταση από τον κόλπο ή το ορθό, θα ψηλαφίσουμε την καρκινωματώδη μάζα, όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική όσο και προχωρημένη ενδοφυτική, και την περιορισμένης κινητικότητας μήτρα, γιατί αυτή καθηλώθηκε από την διήθηση.<sup>1</sup>

### **5.4 ΚΟΛΠΟ-ΤΡΑΧΗΛΟΣΚΟΠΗΣΗ**

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

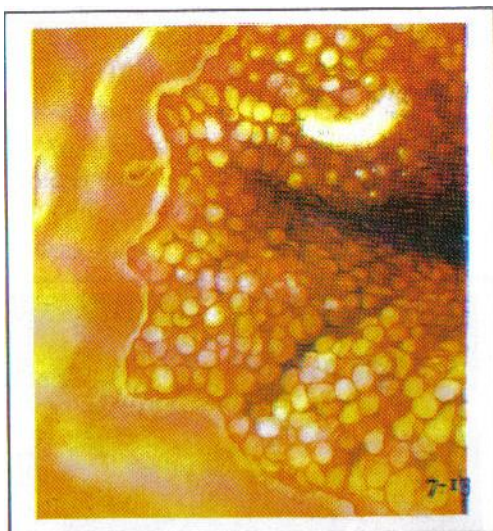
Η Κόλπο-τραχηλοσκόπηση εκτελείται με την βοήθεια του κόλπο-τραχηλοσκοπίου, που επινοήθηκε από τον Hinselmann. Αυτό αποτελείται από στερεοσκοπικό διοφθάλμιο μικροσκόπιο μεγέθυνσης x 10 έως x 40. Η εστιακή του απόσταση είναι 20-25 εκ. και διαθέτει φωτιστική πηγή, που συγκεντρώνει το φως εκεί, που θέλουμε. Τα σύγχρονα κολποτραχηλοσκόπια διαθέτουν σωλήνα για δεύτερο παρατηρητή και υποδοχή για φωτογραφική ή κινηματογραφική μηχανή ή συσκευή τηλεόρασης και video. Επίσης διαθέτουν υποδοχή για ακτίνες laser. Για την εκτέλεσή της, εφαρμόζουμε τους κολποδιαστολείς και εξετάζεται η περιοχή που μας ενδιαφέρει, όπως είναι ή ύστερα από καθαρισμό της με φυσιολογικό ορό. Κατόπιν, ακολουθεί εξέταση ύστερα από έκπλυση της περιοχής με οξικό οξύ 3-5%, που ρευστοποιεί και καθαρίζει την τραχηλική

βλέννα , ή με διάλυμα Lugol .Σε περίπτωση , που επιθυμούμε τον έλεγχο της ενδοτραχηλικής κοιλότητας , εφαρμόζουμε ειδικό ενδοτραχηλικό διαστολέα .<sup>1</sup>

#### ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ :

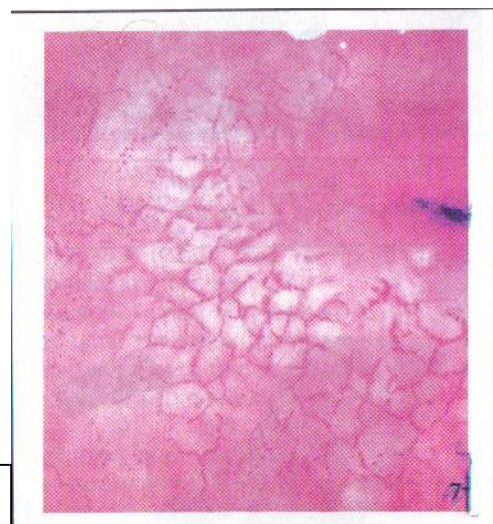
Την κολποτραχηλοσκόπηση εκτελούμε :

- 1) Όταν το τραχηλικό επίχρισμα είναι ύποπτο , δηλαδή εμφανίζει ατυπίες κακοήθειας
- 2) Όταν υπάρχουν δυσπλαστικές αλλοιώσεις του κόλπου και του τραχήλου .
- 3) Όταν προηγήθηκε ριζική χειρουργική θεραπεία για καρκίνο και θέλαμε να ελέγξουμε το κολπικό κολόβωμα .
- 4) Όταν προηγήθηκε ακτινοβολία και θέλουμε να ελέγξουμε το αποτέλεσμα της .
- 5) Όταν υπάρχει κολπική αδένωση στο σύνδρομο διαιθυλοστιλβοστρόλης.
- 6) Όταν θέλουμε να εντοπίσουμε κολπική ή τραχηλική βλάβη , για να προβούμε σε ιστολογικό της έλεγχο .
- 7) Σε κάθε περίπτωση γυναικολογικής εξέτασης μετά την επισκόπηση



Εικ. 5.5

Κολποσκοπική εμφάνιση ορίου πλακώδους και κυλινδρικού επιθηλίου



Εικ. 5.6

Κολποσκοπική εμφάνιση μωσαϊκού και διάστιξης

του κόλπου και του τραχήλου , για ακριβέστερο έλεγχο της κατάστασης του επιθηλίου τους .

Εάν παρατηρηθούν αλλοιώσεις κατά την διάρκεια της κόλπο-τραχηλοσκόπησης λαμβάνεται ένα μικρό κομμάτι ιστού (βιοψία η απόξεση ενδοτραχήλου) που θα αποσταλεί στο εργαστήριο και θα εξεταστεί στο μικροσκόπιο .Αυτό βοηθά στην βελτίωση της ακρίβειας της διάγνωσης .<sup>6</sup>

## 5.5 ΚΟΛΠΟ-ΤΡΑΧΗΛΟΜΙΚΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Κόλπο-τραχηλομικροσκόπηση 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 κατά την διάρκεια της ζωής της γυναίκας , κάτω από μικροσκοπική μεγέθυνση .

Η κόλπο-τραχηλομικροσκόπηση εκτελείται με την βοήθεια του κόλπο-τραχηλομικροσκοπίου , 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 τράχηλο ή το ύποπτο σημείο του κόλπου με αιματοξυλίνη για 3 λεπτά και ύστερα με κυανό της τουλοϊδίνης ή του Evans για 1 λεπτό .



Εικ. 5.7

Οι ενδείξεις είναι σχεδόν ίδιες με της κόλπο-τραχηλοσκόπησης με την διαφορά πως δεν μπορεί να αποτελέσει συμπληρωματική μέθοδο επισκόπησης , αλλά ειδικότερη μέθοδο εκτελούμενη από έμπειρους διαγνώστες των κυτταρικών αλλοιώσεων .<sup>1</sup>

## 5.6 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Στην μαγνητική τομογραφία δεν χρησιμοποιούνται ακτίνες X ,αλλά ραδιοκύματα , τα οποία διεγείρουν τα πρωτόνια των πυρήνων των ιστών και στην συνέχεια καταγράφουν την ενέργεια που ελευθερώνουν , αν συντονιστούν σε ένα μαγνητικό πεδίο .Πλεονεκτεί της ηλεκτρονικής υπολογιστικής τομογραφίας , γιατί μπορούν να ληφθούν τομές σε εγκάρσιο και οβελιαίο επίπεδο και μπορεί να διαχωρίσει τις πυκνότητες των μαλακών μορίων.

Η χρησιμότητα της είναι μεγάλη στον καρκίνο του ενδομητρίου και του τραχήλου .Έτσι , μπορεί καλύτερα από την αξονική τομογραφία να διαχωρίσει τις περιπτώσεις που υπάρχει ίνωση από αυτές με καρκινωματώδη διήθηση . Στον καρκίνο των ωοθηκών δεν φαίνεται να υπερέχει της αξονικής τομογραφίας.

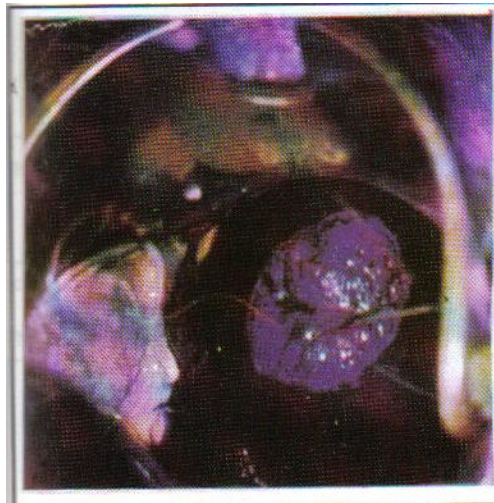
Αν και οι πληροφορίες , που παίρνουμε , μας καθοδηγούν στην λήψη κλινικών αποφάσεων , δεν φαίνεται να βοηθούν στην παράσταση της επιβίωσης των ασθενών .Η μέθοδος δεν είναι χρήσιμη στην εκτίμηση διαπλαστικών ανωμαλιών του γεννητικού συστήματος σε περιπτώσεις , που το υπερηχογράφημα δεν είναι σαφές .<sup>1</sup>

Το μέγεθος του όγκου μπορεί να εκτιμηθεί με μαγνητική τομογραφία και μας δείχνει τους όγκους που είναι πάνω από  $10\text{mm}^3$  in vivo .Η μαγνητική τομογραφία ανιχνεύει όγκους στον τράχηλο με διήθηση  $> 5\text{min}$  .Έτσι εάν η βιοψία μας δείχνει διήθηση κακοήθειας και η μαγνητική τομογραφία βγαίνει καθαρή , υπάρχει πιθανότητα να υπάρχει μικροδιηθητικό καρκίνωμα μικρότερο των  $5\text{mm}$  και να μην το εντοπίζει .<sup>9</sup>

## 5.7 ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ SCHILLER

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

Η δοκιμασία Schiller εκτελείται σε περιπτώσεις , που πρόκειται να προβούμε σε ιστοληψία του τραχήλου της μήτρας , για το σημείο που πάσχει .Η δοκιμασία βγαίνει θετική σε περιπτώσεις καρκίνου , δυσπλασίας , λοίμωξης από ιό κονδυλωμάτων , εκτοπίας , λευκοπλακίας , παρουσίας ωαρίων του Naboth , ατροφίας κ.λ.π. Σε κάθε θετική περίπτωση απαιτείται ιστοληψία της περιοχής που δεν βάφτηκε .<sup>1</sup>



Δοκιμασία Schiller  
1. Λευκοπλακία, 2. Αρχόμενος καρκίνος.



Κολποσκόπιο

## 5.8 ΙΣΤΟΛΗΨΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ιστοληψία τραχήλου της μήτρας , είναι διαγνωστική επέμβαση , που μας επιτρέπει τον ιστολογικό έλεγχο παθήσεών του .

Η ιστοληψία του τραχήλου εκτελείται μετά από προετοιμασία της εξεταζόμενης , όπως σε κάθε κολπική επέμβαση , τοποθετείται μητροσκόπιο ή τοποθετούνται κολποδιαστολεις , συλλαμβάνεται ο τράχηλος με μονοδοντωτές λαβίδες στην 3<sup>η</sup> και 9<sup>η</sup> ώρα , ώστε να αποκαλυφθεί όλη η ενδοκολπική του μοίρα , και με ειδική λαβίδα ιστοληψίας κόβουμε τεμάχια από την ύποπτη περιοχή , που επισημάναμε με την δοκιμασία Schiller ή με κολποτραχηλοσκόπηση .

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

### ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ:

Η ιστοληψία του τραχήλου έχει ένδειξη :

- 1)Σε κάθε περίπτωση παθολογικής αλλοίωσης του .
- 2)Σε κάθε περίπτωση , που ο κυτταρολογικός έλεγχος του απέδειξε την ύπαρξη ύποπτων καρκινικών κυττάρων .Παθήσεις , που δυνατό να διαγνωστούν με την ιστοληψία του τραχήλου , είναι ο καρκίνος του και οι διάφορες μορφές φλεγμονής του όπως ελκωτική , η διαβρωτική τραχηλίτιδα κ.λ.π. <sup>1</sup>

## 5.9 ΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ

Σε περίπτωση προσβολής της ουροδόχου κύστης , θα βρούμε φυσαλιδώδες οίδημα ή διήθηση .<sup>20</sup>

## **5.10 ΠΡΩΚΤΟΣΚΟΠΗΣΗ**

Η πρωκτοσκόπηση γίνεται όταν υπάρχουν συμπτώματα από το ορθό.<sup>1</sup>

## **5.11 ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΟ-ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΓΡΑΦΙΑ**

Γίνεται για την εκτίμηση της έκτασης των λεμφαδενικών μεταστάσεων .<sup>1</sup>

## **5.12 ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ**

Η ακτινογραφία του θώρακα , της σπονδυλικής στήλης και της πύελου γίνονται για τον έλεγχο μεταστάσεων .<sup>1</sup>

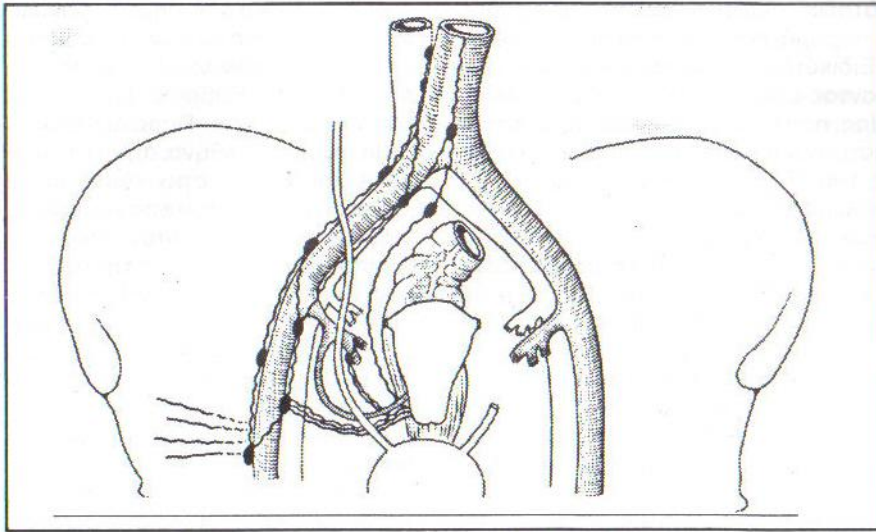
## **5.13 ΠΥΕΛΟΓΡΑΦΙΑ**

Γίνεται για τον έλεγχο των ουρητήρων και των νεφρών.<sup>1</sup>

## **5.14 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από την οξεία και χρόνια τραχηλίτιδα, το τραχηλικό εκτρόπιο ,την τραχηλική φυματίαση , τα κονδυλώματα , το συφιλιδικό έλκος , την αδένωση το νεκρωμένο έμμισχο υποβλεννογόνιο ινομύωμα , που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο κ.λ.π.<sup>1</sup>

Στα πλαίσια του γενικότερου κλινικού ελέγχου ,εκτός των συνήθων αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων όλα τα παραπάνω γίνονται με σκοπό να αποκλειστεί η επέκταση του καρκίνου στα εξεταζόμενα όργανα!<sup>12</sup>



Λεμφαδενικές μεταστάσεις καρκίνου τραχήλου

(Knörr)

Εικ. 5.8



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας στα αρχικά στάδια δίνει ελαφρότατα συμπτώματα και καθόλου χαρακτηριστικά. Γι' αυτό το λόγο , η διάγνωση του όγκου του τραχήλου μπορεί να γίνει έγκαιρα (όταν ο όγκος είναι ακόμη θεραπεύσιμος) , μόνο με τη βοήθεια των εργαστηριακών εξετάσεων. Αυτή η νεοπλασία εκδηλώνεται αρχικά με την εμφάνιση απωλειών από τον κόλπο , ορωδών ή ορρό-βλενωδών (λευκόρροια) , που αυξάνονται βαθμιαία σε ποσότητα και αποκτούν έναν ελαφρά κοκκινωπό χρωματισμό , λόγω της παρουσίας μικρών ποσοτήτων αίματος , έως ότου αποκτούν μια χαρακτηριστική όψη «νερού από πλύσιμο κρέατος».

Έπειτα από κάποιο χρονικό διάστημα (λίγους μήνες) , αρχίζουν να εμφανίζονται μικρές απώλειες πραγματικού αίματος. Αυτές οι απώλειες δεν αντιστοιχούν στον κύκλο και έχουν το χαρακτηριστικό να εκδηλώνονται έπειτα από επαφές οποιουδήποτε είδους με τον τράχηλο της μήτρας (σεξουαλικές σχέσεις , κολπική δακτυλοσκόπηση , καταιονισμός του κόλπου κ.λ.π.) ή ύστερα από φυσική κόπωση. Όταν αυτές οι απώλειες συμβαίνουν σε γυναίκες που έχουν περάσει στην εμμηνόπαυση , συχνά ερμηνεύονται , με κάποια ικανοποίηση , ως επιστροφή στη λειτουργία του κύκλου.

Με την πρόοδο του καρκίνου , οι απώλειες αίματος αυξάνουν σε ποσότητα και συχνότητα και στα διαλείμματα παραμένουν οι απώλειες ενός υγρού με άσχημη οσμή και αποβολή υλικού νέκρωσης. Όταν ο όγκος ξεπεράσει τα όρια του τραχήλου της μήτρας και προσβάλλει τους κοντινούς ιστούς , αρχίζουν να εμφανίζονται πόνοι, αρχικώς κατόπιν προκλήσεως (για παράδειγμα μετά τους χειρισμούς του γιατρού στη γυναικολογική εξέταση) , στη συνέχεια αυθόρμητοι και όλο και πιο έντονοι.<sup>7</sup> Σε προχωρημένες περιπτώσεις παρουσιάζονται πόνοι

στο υπογάστριο και οσφυαλγία, που μπορεί και να λείπουν τελείως όσο δεν πιέζονται από καρκινικές μάζες ή διηθήσεις μεγαλύτερα αισθητικά νεύρα.<sup>11</sup>

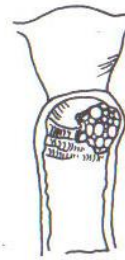
Όταν η νεοπλασία έχει πλέον μεταδοθεί στο ορθό έντερο, προκαλεί διαταραχές στις κενώσεις και τεινισμό (επώδυνος σπασμός του πρωκτικού σφιγκτήρα). Όταν, αντιθέτως, φτάσει στην ουροδόχο κύστη, η αποβολή των ούρων γίνεται ιδιαίτερα συχνή και επώδυνη. Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί εμφάνιση αίματος στα ούρα. Στα τελικά στάδια της νόσου, η γυναίκα αισθάνεται μια γενική κατάπτωση που επιδεινώνεται όλο και περισσότερο.<sup>10</sup>



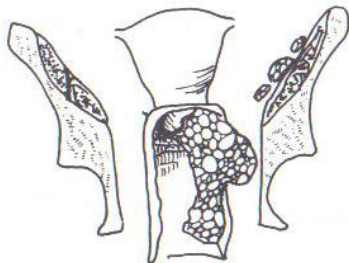
Εικόνα 4.9. Καρκίνωμα in situ.



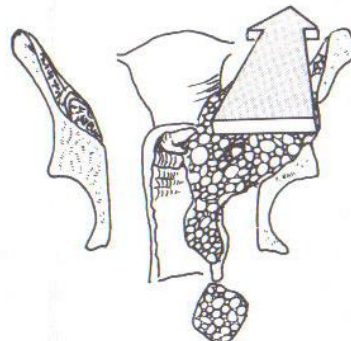
Εικόνα 4.10. Καρκίνωμα περιορισμένο στον τράχηλο.



Εικόνα 4.11. Το καρκίνωμα έχει επεκταθεί πέρα από τον τράχηλο, αλλά δεν έχει φθάσει στο πυελικό τοίχωμα.



Εικόνα 4.12. Το καρκίνωμα έχει φθάσει στο πυελικό έδαφος και έχει διηθήσει το κατώτερο τρίτο του κόλπου.



Εικόνα 4.13. Το καρκίνωμα έχει διηθήσει τα οστά της λεκάνης και έχει επεκταθεί και έξω από την πύελο.

Εικ. 6.8

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### Γενικές αρχές

Οι δυο θεραπευτικές μέθοδοι καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας είναι η χειρουργική επέμβαση και η ακτινοθεραπεία , μόνες ή σε συνδυασμό μεταξύ τους. Η χημειοθεραπεία έχει αρκετά μικρές ενδείξεις. Μεταξύ των νέων μεθόδων αντιμετώπισης του καρκινώματος *in situ* , που βρίσκονται ακόμη σε στάδιο κλινικού πειραματισμού , ας σημειωθεί η χειρουργική με laser , η ιντερφερόνη και τα ρητινοειδή με τοπική εφαρμογή. Μεταξύ των νέων μεθόδων αντιμετώπισης του μεταδοτικού καρκινώματος σε προχωρημένο στάδιο , ας σημειωθεί η υπερθερμία σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία. Η χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση των σταδίων 0-1 , σε ορισμένες περιπτώσεις και στο 2<sup>ο</sup> στάδιο. Η ακτινοθεραπεία είναι επαρκής σε όλες τις περιπτώσεις και τα στάδια.<sup>10</sup>

Δεν υπάρχει φανερή διαφορά μεταξύ των δυο θεραπευτικών μεθόδων , σε σχέση με την επιβίωση στα πέντε χρόνια. Όμως, με αποκλεισμό των προκλινικών σταδίων , το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας είναι ένας από τους λίγους όγκους στενής ραδιοθεραπευτικής αρμοδιότητας. Η υψηλή αποτελεσματικότητα της θεραπείας , σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι άμεσες επιπλοκές της ακτινοθεραπείας είναι λιγότερο σοβαρές από εκείνες της επέμβασης , και με το γεγονός ότι πολλές συνθήκες όπως παχυσαρκία , ηλικία κ.λ.π., αποτελούν αντενδείξεις για τη χειρουργική επέμβαση , κάνουν την ακτινοθεραπεία μέτρο πιο συχνής χρήσης. Σχεδόν πάντα, όμως, η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από τη γενική υγεία της ασθενούς.<sup>10</sup>

Για τα πρώτα δύο χρόνια μετά την θεραπεία συνίσταται εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου και προσεκτική κλινική εξέταση της

πυέλου, της κοιλίας και των λεμφαδένων ανά τρίμηνο , ενώ για τα επόμενα τρία χρόνια ανά εξάμηνο .

Όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα, δεν απαιτούνται συστηματικές ακτινογραφίες του θώρακα ή αξονικές τομογραφίες κοιλίας και πυέλου .Ο γιατρός πρέπει να μετράει σε κάθε επίσκεψη τα επίπεδα καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου ή και αντιγόνου του επιθηλιακού καρκινώματος του ορού, αν ήταν αυξημένα πριν αρχίσει η θεραπεία.<sup>21</sup>

## 7.1 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ

Η προληπτική θεραπεία συνίσταται στον περιοδικό έλεγχο του τραχήλου , με λήψη επιχρισμάτων προς κυτταρολογικό έλεγχο με την μέθοδο Παπανικολάου . Ο έλεγχος αυτός στις μέρες μας κατέβασε την συχνότητα εκτέλεσης μεγάλων εγχειρήσεων , και ανέβασε το ποσοστό της επιβίωσης . Η συμβολή του Γ. Παπανικολάου υπήρξε μεγάλη .



Εικ. 7.1

## 7.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Είναι σίγουρα η επέμβαση εκλογής στην αντιμετώπιση του καρκινώματος in situ και στο μικρής εξάπλωσης. Προτιμάται από την ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση των νέων γυναικών του σταδίου I για να διατηρηθεί η λειτουργία των ωοθηκών , στις φορείς χρόνιων φλεγμονών των οργάνων της μήτρας , ελκώδους κολίτιδας ή εκκολπωματώσης , και στις γυναίκες

που υποβλήθηκαν σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση στην κάτω κοιλιά, στις εγκύους και στις φορείς οποιασδήποτε παθολογίας των ωοθηκών. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η ακτινοθεραπεία αντενδείκνυται. Η χειρουργική επέμβαση επίσης έχει το αναμφισβήτητο πλεονέκτημα να δίνει μια πιο σαφή κλινική εικόνα για την έκταση της νόσου, της μεγαλύτερης ταχύτητας των τεχνικών χρόνων – βεβαίως όταν οι επιπλοκές απουσιάζουν – και να δίνει μια πιο γρήγορη και πλήρη επίλυση της κατάστασης άγχους που προκαλεί η διάγνωση.

Αντιθέτως, απόλυτες αντενδείξεις για τη χειρουργική αντιμετώπιση είναι η παχυσαρκία, η προχωρημένη ηλικία, καθώς και η συνύπαρξη χρόνιων ασθενειών. Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποτελέσει τη μέθοδο εκλογής στην αντιμετώπιση των υποτροπών στην πύελο, μετά-ακτινοθεραπευτικών και μεταχειρουργικών, όταν δεν υπάρχουν μεταστάσεις και όταν η υποτροπή εντοπίζεται και απομονώνεται.

Η χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τις παρακάτω επεμβάσεις :

## **1. ΚΡΥΟΠΗΞΙΑ**

Είναι θεραπεία προκαρκινικών καταστάσεων όπως η διαθερμία (καυτηριασμός, laser). 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 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 .<sup>1</sup>

## **2. ΚΩΝΟΕΙΔΗ ΕΚΤΟΜΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ**

Εκτελείται σε σοβαρή δυσπλασία του επιθηλίου του τραχήλου και στο καρκίνωμα in situ σε νέες γυναίκες που επιθυμούν τεκνοποίηση. Η κωνοειδής εκτομή επιβάλλει , όχι μόνο την εξαίρεση τμήματος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου , αλλά και του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου .Κατά την επέμβαση πρέπει να εκτελείται απόξεση του ενδομητρίου για τον έλεγχο του .

Αν ο ιστολογικός έλεγχος του εγχειρητικού παρασκευάσματος αποδείξει , πως η διήθηση δεν πέρασε τη βασική μεμβράνη , τότε η επέμβαση κρίνεται ικανοποιητική. 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 μέρες μας χρησιμοποιούμε ακτίνες laser ,γιατί με 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)<sup>1</sup>

## **3. ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ**

Εκτελείται στις ίδιες με τις παραπάνω περιπτώσεις σε ηλικιωμένες γυναίκες και όταν υπάρχει κάποιος βαθμός πρόπτωσης της μήτρας ή επιμήκυνσης του τραχήλου. Συνδυάζεται με κολποπερινεορραφία. Η παρακολούθηση είναι ίδια , όπως στην κωνοειδή εκτομή .<sup>1</sup>

#### 4. ΑΠΛΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΑ

Αυτή θα την εκτελέσουμε σε νέες γυναίκες, που γέννησαν, στο καρκίνωμα *in situ*, για τον φόβο εγκατάλειψης μικρών εστιών διηθητικού καρκινώματος, που βρίσκεται σε ψηλότερο σημείο από το μέρος της ιστοληψίας και γιατί η στέρηση της μητρότητας δεν προκαλεί σε αυτές ψυχολογικά προβλήματα, όσο σε όσες δεν γέννησαν ακόμη. Έχει ένδειξη και σε διηθητικό καρκίνο όταν η διήθηση δεν περνάει τα 3 χιλ.

Σε ηλικιωμένες γυναίκες, εκτελείται στο *in situ* καρκίνωμα και στο στάδιο I, 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 σε αυτές, που εμφανίζουν χαλάρωση του κόλπου και πρόπτωση της μήτρας. Στις περιπτώσεις αυτές προτιμάμε την κοιλική υστερεκτομία.

Αν η γυναίκα είναι κάτω από 45 ετών, μπορούμε να διατηρήσουμε τις ωοθήκες.<sup>1</sup>

#### 5. ΡΙΖΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΑ (υστερεκτομία τύπου III)

Αυτή εκτελείται 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 χιλ και δεν έχει γίνει λεμφαδενεκτομή ή υπάρχουν διηθημένοι πυελικοί λεμφαδένες, τότε, μετά την εγχείρηση θα στήσουμε ακτινοθεραπεία. Ριζική υστερεκτομία δυνατό να εκτελέσουμε και στο στάδιο IIa όταν ο όγκος έχει διάμετρο μικρότερη από 3εκ., 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 ωθήκες , 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 .<sup>1</sup>

## **6. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΑ (υστερεκτομία τύπου II)**

Αυτή εκτελείται όταν το βάθος διήθησης είναι κάτω από 5 χιλ. και έχει διάμετρο κάτω από 1 εκ. Η εγχείρηση περιλαμβάνει την εξαίρεση των παραμήτριων, 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 .

Οι ριζικές υστερεκτομίες απαιτούν πείρα και εγχειρητική ικανότητα από μέρους του χειρουργού , γιατί οι επιπλοκές κατά την εγχείρηση και μετεγχειρητικά είναι σοβαρές .<sup>1</sup>

## **7. ΕΞΕΝΤΕΡΩΣΗ**

Αν και ο ορισμός δεν αποδίδει την πραγματικότητα , αυτός χρησιμοποιείται για να δηλώσει την εγχείρηση, που εκτελείται 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 όργανά 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% .Την 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 κολοστομία) και σε ολική ( εξαίρεση της μήτρας , του κόλπου ,της κύστης , και του απευθυσμένου , εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο και κολοστομία . ) 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 μια 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 .

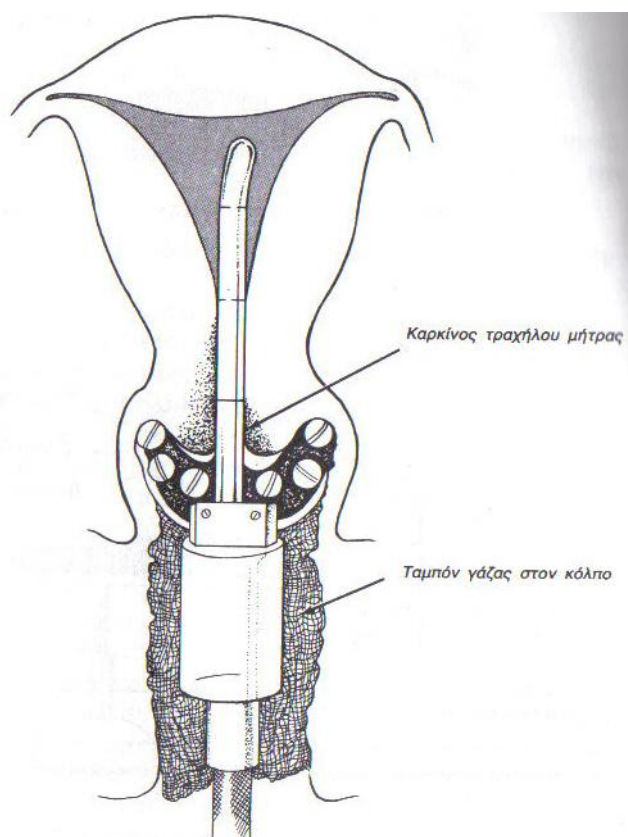
Στην εποχή μας , οι μεγάλες εγχειρήσεις όλο και παραχωρούν τη θέση τους στις συντηρητικότερες .<sup>20</sup>

### 7.3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί την καλύτερη μέθοδο αντιμετώπισης του τραχηλικού καρκινώματος. Όλα τα στάδια της νόσου μπορούν να αντιμετωπισθούν με επιτυχία από την ακτινοθεραπεία , αφού υπάρχουν λιγότερες αντενδείξεις στην ακτινοθεραπεία από ό,τι στη χειρουργική επέμβαση. Η θεραπευτική προσέγγιση με ακτινοθεραπεία είναι ποικίλη.<sup>9</sup>

Ακτινοθεραπεία γίνεται σε όλα τα στάδια , όταν η διήθηση περνάει τα 3εκ ή όταν η ασθενής κρίνεται ότι δεν είναι σε θέση να υποβληθεί σε ριζική υστερεκτομία . Αποτελεί θεραπεία εκλογής στα στάδια IIβ –IV και σε υποτροπές μετά από εγχείρηση .

Συνήθως , γίνεται εξωτερικά σε δόσεις , που κυμαίνονται από 4500-5000 rads και ακολουθεί ενδοκοιλιακή θεραπεία ( στον κόλπο , τράχηλο και την μήτρα ) , με ειδικές συσκευές και σε δόσεις 2500-3000 rads. Σκοπός της είναι η ολική ακτινοβολία , που θα πάρουν τα παραμήτρια , να είναι 7500-8000 rads και το πλάγιο πυελικό τοίχωμα με τους λεμφαδένες 4500-6500 rads . Σε μερικές

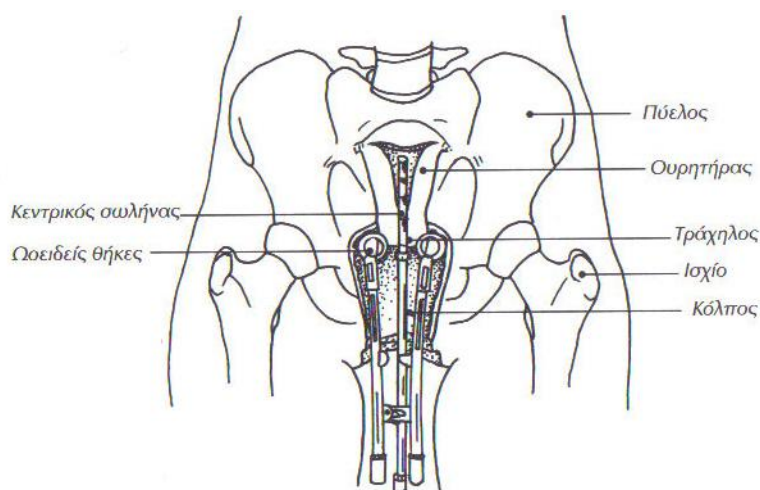


**Εικ. 6.2 Ράβδος με ραδιενεργό ισότοπο**

περιπτώσεις ακτινοβολούνται και οι παραορτικοί λεμφαδένες .

### Μεταακτινολογικές επιπλοκές:

Οι επιπλοκές από ακτινοθεραπεία χωρίζονται σε άμεσες και καθυστερημένες. Και τα δυο είδη είναι συχνότερα αν η ασθενής έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση λόγω της ασθένειάς της. Οι επιπλοκές είναι τόσο μεγαλύτερες όσο πιο μεγάλη είναι η ποσότητα της ακτινοβολίας και όσο πιο προχωρημένη είναι η ηλικία. Οι άμεσες εμφανίζονται κατά τον πρώτο μήνα ή μετά τον πρώτο μήνα από το τέλος της ακτινοθεραπείας. Κυρίως αντιπροσωπεύονται από τις αιμορροΐδες , τις εντεροκολίτιδες με διάρροια , από τις οξείες πρωκτοσιγμοειδοπάθειες και τις οξείες κυστοπάθειες με τεινεσμό. Σπάνιες είναι οι οξείες παγρεατιτιδες. Οι καθυστερημένες επιπλοκές εμφανίζονται από ένα μήνα έως πέντε χρόνια από το τέλος της ακτινοθεραπείας. Αντιπροσωπεύονται από : ευνουχισμό, στενώσεις του τραχήλου, στένωση του κόλπου με δυσπαρευνία (δηλαδή επώδυνη επαφή), ορθοπάθειες και/ ή κυστοπάθειες, ορθό- κολπικά συρίγγια και/ ή κυστοκολπικά, εντερικές αποφράξεις εντερικά συρίγγια.<sup>7</sup> Επίσης, κάποιες άλλες επιπλοκές της ακτινοθεραπείας μπορεί να είναι , ο πυρετός , οι δερματικές αντιδράσεις , οι κυστίτιδες και οι διάρροιες και αργότερα η στένωση του κόλπου βλάβες του λεπτού εντέρου και ορθοκολπικά συρίγγια .<sup>10</sup>



Εικ. 6.3 Τοποθέτηση κεντρικού σωλήνα και ωοειδών θηκών για ενδοτραχηλική ακτινοθεραπεία

## 7.4 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ιατρική θεραπεία του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας η οποία ενδείκνυται θεωρητικά στο στάδιο 4, όταν η ακσπλαχνιση της πυέλου αποκλείεται (πιθανότατα σε συνδυασμό με τη χειρουργική επέμβαση ή την ακτινοθεραπεία πάνω στον πρωτογενή όγκο), στις μεμονωμένες υπότροπες, όταν δεν είναι δυνατές η χειρουργική επέμβαση ή η ακτινοθεραπεία, και στις πολλαπλές υπότροπες. Δυστυχώς, το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται με μικρή ευαισθησία στη χημειοθεραπεία. Κανένα από τα αντικαρκινικά φάρμακα δεν προκαλεί μια αντικειμενική απάντηση σε περισσότερες από το 20% των ασθενών, με μια διάρκεια απάντησης όχι ανώτερης των τριών μηνών και με μια ποιότητα ζωής χειρότερη, δεδομένης της υψηλής τοξικότητας των αντιβλαστικών φαρμάκων στις ασθενείς με συχνά υπονομευόμενη νεφρική λειτουργία.<sup>10</sup>

### Μεταχημειοθεραπευτικές επιπλοκές

Είναι οι συνήθεις επιπλοκές όλων των χημειοθεραπειών. Όμως είναι συχνή σε αυτές τις ασθενείς μια υψηλή τοξικότητα που οφείλεται σε βλάβη της νεφρικής λειτουργίας.

Η συχνότητα των ουρολογικών και εντερικών, αποφρακτικού τύπου, επιπλοκών, συριγγικού και αιμορραγικού, αυξάνεται με την ολοκλήρωση των θεραπειών. Η συχνότητά τους περνά από το 10% στην αντιμετώπιση και την αποκλειστικά χειρουργική και ακτινοθεραπευτική. Αυτή είναι μεγαλύτερη στην ακολουθία ακτινοθεραπείας και χειρουργικής αντιμετώπισης.<sup>10</sup>

## 7.5 ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ

Όταν η εγχείρηση , η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν προλάβουν τον καρκίνο και ο θάνατος της άρρωστης είναι αναπόφευκτος ,πριν από αυτόν μπορούμε να ανακουφίσουμε την άρρωστη από τους πόνους, οι οποίοι προέρχονται από τοπική διήθηση , που έπιασε το ιερό πλέγμα και από οσφυϊκή που έπιασε το οσφυϊκό πλέγμα .Στις μέρες μας η ανάγκη επέβαλε την ίδρυση ειδικών κέντρων ανακούφισης του πόνου των καρκινοπαθών .<sup>1</sup>

**Τέλος**, για την θεραπεία μπορούμε να πούμε συμπερασματικά ότι:

Η ταυτόχρονη χορήγηση στις ασθενείς , χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας βελτιώνει την συνολική επιβίωση και μειώνει το ποσοστό υποτροπών .

Η συνδυασμένη θεραπεία μειώνει το ποσοστό των ασθενών που παρουσιάζουν μεταστάσεις τόσο τοπικά αλλά και σε άλλα όργανα .

Η χημειοθεραπεία με ταυτόχρονη ακτινοθεραπεία αυξάνει το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών κατά 16 %.

Τα καλά αποτελέσματα της συνδυασμένης θεραπείας ήταν ακόμη καλύτερα σε ασθενείς που είχαν αρχικά στάδια της νόσου .

Οι επιπλοκές της συνδυασμένης θεραπείας περιελάμβαναν καταστολή του μυελού των οστών , συμπτώματα του πεπτικού συστήματος και νεφρικά προβλήματα . Οι επιπλοκές είναι περισσότερες στις γυναίκες , που παίρνουν την συνδυασμένη θεραπεία , παρά αυτές που παίρνουν μόνο ακτινοθεραπεία . Χρειάζεται μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών για αντιμετώπιση των επιπλοκών που πιθανόν να προκύψουν .

Παρά τις περισσότερες επιπλοκές που έχει η συνδυασμένη χημειοθεραπεία με την ακτινοθεραπεία και οι όποιες είναι συχνά ανατρέψιμες , φαίνεται πλέον ότι αποτελεί την σημαντικότερη πρόοδο που έχει επιτευχθεί για την καταπολέμηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά τις τελευταίες δεκαετίες .

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας σε προχωρημένο στάδιο παραμένει ένας δύσκολα ιάσιμος καρκίνος .Η εφαρμογή του PAP test σε κάθε γυναίκα μετά τα 18 που έχουν σεξουαλικές σχέσεις και η σωστή ενημέρωση είναι οι τρόποι πρόληψης και προφύλαξης από το συγκεκριμένο νεόπλασμα .<sup>16</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η αποτελεσματικότητα στη αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συνδέεται με την έγκαιρη διάγνωση, που μπορεί να έχει λαμπρά αποτελέσματα. Μια νεοπλασία σε αρχικό στάδιο έχει μεγάλες πιθανότητες να επιτύχει ένα ικανοποιητικά θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι πιθανότητες θεραπείας μειώνονται με την προοδευτική αύξηση της προσβολής και της τοπικής διάδοσης. Περίπου το 96% των ασθενών με μεταδοτικό καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, αντιμετωπίζονται με πιθανότητες επιτυχίας, αλλά περίπου το 40% των ασθενών δεν θεραπεύονται από τη νόσο και πεθαίνει. Στις ασθένειες που δεν αντιμετωπίζονται, η μέση διάρκεια της ζωής από τη φαινομενική έναρξη της νόσου, είναι 17 μήνες.<sup>10</sup>

Η πρόγνωση εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, ορισμένοι εξαιρετικά χαρακτηριστικοί, άλλοι λιγότερο σημαντικοί ή αβέβαιης σημασίας. Οι βασικοί παράγοντες της πρόγνωσης είναι το κλινικό στάδιο και η παρουσία μεταστάσεων στους λεμφαδένες. Άλλοι βασικοί παράγοντες είναι η κλινική εμφάνιση και το μέγεθος της νεοπλασίας και ίσως η ηλικία. Η ηλικία φαίνεται ότι είναι καθοριστική γιατί οι βιολογικοί πιο επιθετικοί όγκοι είναι συχνότεροι στις γυναίκα νεαρής ηλικίας. Γενικά, το 100% των γυναικών με καρκίνωμα in situ και το 98% των ασθενών με μικρομεταδοτικό καρκίνωμα (στάδιο 1) έχουν πολύ καλές πιθανότητες θεραπείας.<sup>10</sup>

Ο θάνατος επέρχεται τις περισσότερες φορές από ,ουραιμία , ύστερα από έμφραξη των ουρητήρων ή αιμορραγία ή πνευμονική εμβολή ή απόφραξη των ουρητήρων και απόφραξη του εντέρου ή κυκλοφορική ανεπάρκεια.<sup>1</sup>

## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η επιβίωση, στα πέντε χρόνια του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας, είναι η ακόλουθη:

- στάδιο 0 είναι 100%
- στάδιο Ια είναι 93%
- στάδιο Ιβ είναι 75-80%
- στάδιο ΙΙ είναι 50-60%
- στάδιο ΙΙΙ είναι 28-30%
- στάδιο ΙV είναι 7-10%



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### Καρκίνος τραχήλου και εγκυμοσύνη

Ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί να εμφανιστεί και στη διάρκεια της κύησης , η συνύπαρξη των δυο καταστάσεων είναι σπάνια .Υπολογίζεται ότι μόνο 1- 3 % των ασθενών με καρκίνο τραχήλου είναι ταυτόχρονα έγκυοι , ενώ αντίστροφα , 5 στις 10000 κύσεις επιπλέκονται από καρκίνο τραχήλου <sup>22</sup>

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για το μαζικό έλεγχο και τη διάγνωση καρκίνου του τραχήλου εκτός κύησης , δηλαδή το τεστ Παπανικολάου , η κολποσκόπηση και η βιοψία , χρησιμοποιούνται και στις εγκύους .

Η κύηση θεωρείται μια καλή περίοδος για έλεγχο του τραχήλου λόγω των συχνών γυναικολογικών επεμβάσεων και του κυτταρολογικού ελέγχου , ο οποίος συνίσταται να πραγματοποιείται σε βάση ρουτίνας .

Στη διάρκεια της κύησης , τόσο οι αδένες όσο και το στρώμα του τραχήλου υφίστανται μεταβολές , με αποτέλεσμα την εμφάνιση πλακώδους μετάπλασης λόγω της ανάπτυξης εκτροπίου και την εμφάνιση κυττάρων με κενοδοπιώδες κυτταρόπλασμα και άτυπους πυρήνες λόγω της υπερπλασίας των ενδοτραχηλικών αδένων και ή / της ανάπτυξης αντίδρασης Arias –Stella . Ακόμη , εκφυλισμένα κύτταρα του φθαρτού ή της τροφοβλάστησης που μπορεί να βρεθούν στο επίχρισμα είναι δυνατόν να δημιουργήσουν μια εικόνα που μιμείται την υψηλού βαθμού τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία . <sup>22</sup>

Η κολποσκόπηση μπορεί κατά κανόνα να πραγματοποιηθεί εύκολα ακόμη και σε προχωρημένη κύηση. <sup>1</sup> Κολποσκόπηση στην διάρκεια της κύησης μπορεί να χρειαστεί είτε στα πλαίσια της τακτικής παρακολούθησης σε γυναίκες, οι οποίες έχουν στο παρελθόν θεραπευτεί για CIN , είτε σε γυναίκες με παθολογικό τεστ Παπανικολάου στην αρχή της κύησης , είτε στο τέλος σε

γυναίκες οι οποίες κατέστησαν έγκυες κατά την αναμονή για προγραμματισμένη θεραπεία τραχηλικής δυσπλασίας .Και στις τρεις αυτές περιπτώσεις , ο κολποσκοπικός έλεγχος μονός ή σε συνδυασμό και με κυτταρολογική εξέταση , εμφανίζεται ασφαλής .<sup>22</sup>

Ένας μεγάλος αριθμός περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου σχετιζόμενου με την κύηση ( που προσεγγίζει το 50 % ) μπορεί να διαφύγει και να διαγνωστεί μέσα στους πρώτους 6 μήνες μετά τον τοκετό .<sup>22</sup>

### **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ CΙΝ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

Οι περισσότερες περιπτώσεις δυσπλασιών στις έγκυες γυναίκες μπορεί , να αντιμετωπισθούν επαρκώς με κολποσκοπικό έλεγχο και λήψη βιοψιών . Εάν δεν υπάρχει κάποια ένδειξη διήθησης , τότε συνεχίζεται η εγκυμοσύνη , έως τέλους και γίνεται νέος έλεγχος μετά από 6 εβδομάδες από τον τοκετό .

Η κωνοειδής εκτομή μπορεί να γίνει σε έγκυες ύποπτες για ύπαρξη διήθησης , αλλά όχι όταν το καρκίνωμα είναι αποδεδειγμένο ιστολογικά . Η κωνοειδής εκτομή γίνεται με λιγότερους κινδύνους στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης . Εάν η κωνοειδής εκτομή δείξει μονό διηθητικό καρκίνωμα , τότε μετά τον τοκετό ακολουθεί υστερεκτομία αμέσως , μετά τον τοκετό ή μετά από 6 εβδομάδες .<sup>7</sup>



***ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ***

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις, στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.<sup>23</sup>

Αν και παλαιότερα η ανάγκη παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης στους ασθενείς με καρκίνο περιοριζόταν μόνο σ' εκείνα τα άτομα που εξ' αιτίας της νόσου έχασαν ομάδα μυών από την εξωτερική επιφάνεια του σώματος ή και μέλος του σώματός τους, ωστόσο 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.

Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει τα απαραίτητα εφόδια για να υποστηρίξει τον άρρωστο και την οικογένειά του στις φυσικές, συγκινησιακές, κοινωνικές, πολιτισμικές και πνευματικές κρίσεις. Για να πετύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, ο νοσηλευτής παρέχει ρεαλιστική υποστήριξη, χρησιμοποιώντας πρότυπα πρακτικής και νοσηλευτική διεργασία ως βάση της φροντίδας.

Ο στόχος της νοσηλευτικής αποβλέπει στην παροχή ανθρωπιστικής φροντίδας στον καρκινοπαθή ασθενή και στην οικογένειά του, προκειμένου ν' αντιμετωπιστεί η νόσος και η θεραπεία, ώστε ο άρρωστος να μπορέσει να συμμετέχει στις δραστηριότητες της ζωής σε ικανοποιητικό βαθμό.

Κάποια από τα προβλήματα που πιθανόν να αντιμετωπίσει ο νοσηλευτής κατά την φροντίδα καρκινοπαθών ασθενών αφορούν:

- § Την παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου
- § Την διαπαιδαγώγηση του ασθενή και της οικογένειας
- § Τον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου από τον ασθενή

§ Τον έλεγχο των συμπτωμάτων

§ Τους προστατευτικούς μηχανισμούς του ασθενή

Είναι βασικό η ασθενής να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια έχει θετική στάση απέναντι στη νόσο, και αυτό μπορεί να είναι το πρώτο βήμα στη σωστή συνεργασία ασθενούς – νοσηλεύτριας.

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε άλλωστε τη φιλοσοφία της Virginia Henderson, που παρ' ότι διατυπώθηκε το 1960 παραμένει επίκαιρη και η οποία βασίζεται στις παρακάτω αρχές:

§ Βοήθησε τον άρρωστο να φέρει εις πέρας το θεραπευτικό σχήμα που άρχισε ο γιατρός

§ Βοήθησε και δέξου βοήθεια από τα άλλα μέλη της ομάδας υγείας, προκειμένου να σχεδιάσεις και να φέρεις εις πέρας όλο το πρόγραμμα της φροντίδας για τον άρρωστο

§ Δώσε βασική φροντίδα στο άτομο που έχει ανάγκη

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή – τριας, δεν εστιάζεται αποκλειστικά στην αντιμετώπιση των παρενεργειών του συνδυασμού των θεραπειών ή στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, αλλά πιο σημαντικό κομμάτι αφορά στην ενημέρωση, εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο.<sup>24</sup> Σύμφωνα με τη Slevin, οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που βρίσκονται σε συνεχή και άμεση επαφή με τον ασθενή. Αποτελεί, λοιπόν, ευθύνη των νοσηλευτών να ανταποκριθούν στις φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών, να δημιουργήσουν ένα κλίμα άνεσης και παράλληλα να αποτελέσουν μια πηγή συνεχούς πληροφόρησης για τον ασθενή.<sup>25</sup>

## 1.2 ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ο κάθε άρρωστος έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επίβλεψης ανάλογα με την κατάστασή του.

Όλοι οι άρρωστοι με καρκίνο, εκτός από ειδικές ομάδες με ειδικά προβλήματα και ανάγκες για νοσηλευτική φροντίδα, έχουν ανάγκη από τη συνηθισμένη γενική νοσηλευτική φροντίδα, με έμφαση όμως στα εξής:

Ο ασθενής διαισθάνεται τη στάση της νοσηλεύτριας (-τη). Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια έχει θετική στάση στην αρρώστια του είναι σημαντικό, σαν πρώτο βήμα στην εργασία της με τον άρρωστο. Γι' αυτό

- Δείξτε κατανόηση στον άρρωστο και παρουσιάστε του την ευχάριστη όψη της ζωής. Αυτό δίνει ελπίδα.

- Διατηρήστε την αξιοπρέπεια και την υπόληψη του άρρωστου. Ίσως σε καμία άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του ατόμου, όπως υπάρχει στον καρκίνο. Πολλοί άρρωστοι που γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο, λένε ότι δεν φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο ή την δυσμορφία ή άλλη ειδική άποψη της ασθένειας, όσο φοβούνται μην χάσουν τον αυτοέλεγχο και την αξιοπρέπεια στα τελευταία στάδια της νόσου.

- Προσπαθήστε να βοηθήσετε τον άρρωστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του

- Φροντίστε να μην εκτίθεται ο άρρωστος κατά τις νοσηλείες.

- Προσέξτε πολύ την καθαριότητα, τη συμμετοχή του στον προγραμματισμό της φροντίδας του, εφόσον είναι ικανός γι' αυτό. Τα παραπάνω είναι μέτρα που θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του παρά την προσβολή της αρρώστιας.

- Ευγενία και θαλπωρή δίνει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας.

- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό του.

- Βοηθήστε στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του (όταν αυτό αποτελεί πραγματικότητα).
- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να σηκώνεται από το κρεβάτι, εφόσον αυτό επιτρέπεται.
- Ενισχύστε τη συχνή αλλαγή θέσης του άρρωστου στο κρεβάτι.
- Ενισχύστε την καλή διατροφή του άρρωστου. Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο των αναγκών του.
- Χρησιμοποιείτε τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα για την πρόληψη επιπλοκών όπως πνευμονίας, κατακλίσεων, υποσιτισμού.
- Πάρτε κάθε μέτρο για τη διατήρηση καλής ατομικής καθαριότητας του άρρωστου.
- Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας μην παραλείπετε, εφόσον η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, την εργασιοθεραπεία, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματά του.
- Ενισχύστε - το γρηγορότερο δυνατό – την αποκατάσταση του άρρωστου, εφόσον η αναπηρία είναι προϊόν της νόσου.
- Ακόμη μην παραλείψετε να διδάξετε, όποιον και αν έλθει σε επαφή μαζί σας, για τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της νόσου.
- Πριν αναχωρήσει ο άρρωστος από το νοσοκομείο, διδάξτε του τον τρόπο αυτοφροντίδας. Για τέλεια αποκατάσταση, οι άρρωστοι πρέπει να αισθάνονται πως τίποτε δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής τους και ότι μπορούν να συμμετέχουν σ' αυτήν.
- Στη φροντίδα του καρκινοπαθή οι επιδιώξεις είναι ο περιορισμός της νόσου και η βοήθεια του άρρωστου να ξαναγυρίσει κατά το δυνατό στη φυσιολογική ζωή.<sup>23</sup>

---

**Για κάλυψη των αναγκών του άρρωστου, κατά την περίοδο αναζήτησης της νόσου, διαγνώσεως και θεραπείας, προσοχή θα πρέπει να δοθεί:**

---

1. Στις ανάγκες του άρρωστου ως ατόμου
  2. Στις ανάγκες της αρρώστιας
  3. Στις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται
  4. Στις ανάγκες του άρρωστου από την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσική του κατάσταση.
- 

*<< Η νοσηλεύτρια που εργάζεται με τον άρρωστο, που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό της με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Για να μπορέσει όμως να το επιτύχει αυτό χρειάζεται: (1) γνώσεις, (2) φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική, (3) ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και (4) βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά της). Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ότι είναι και με ότι έχει τη δύναμη να κάνει>>.<sup>23</sup>*



## 1.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

**Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς:**

### 1 Ιστορικό υγείας

§ Ηλικία

§ Συζυγική κατάσταση

§ Εμμηνορυσιακό, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό

§ Ατομικές υγιεινές συνήθειες

§ Προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα, συμπτώματα, έρπης

§ Χρήση κολπικών αντιβιοτικών

§ Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης κολπικού επίχρισματος κατά Παπανικολάου (Pap- test)

§ Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου<sup>11</sup>

### 2 Φυσική εκτίμηση

Η πυελική εξέταση θα αποκαλύψει:

§ Φυσιολογικά εξωτερικά γεννητικά όργανα

§ Όχι αξιοσημείωτη αλλαγή στον κολπικό ή τραχηλικό βλεννογόνο<sup>11</sup>

### 3 Διαγνωστικές εξετάσεις

§ Κολπικό επίχρισμα

§ Κολποσκόπηση: καμία υποψία ή άτυπες αλλοιώσεις

§ Δοκιμασία μήλης: στον καρκίνο του τραχήλου η μήλη εισχωρεί εύκολα μέσα στους ιστούς, που είναι εύθρυπτοι

§ Δοκιμασία Schiller: ο υγιής ιστός λαμβάνει το χαρακτηριστικό βαθύ καφέ χρώμα, ενώ η καρκινική περιοχή παραμένει αχρωμάτιστη

§ Βιοψία τραχήλου: η ιστολογική εξέταση τμήματος ιστού από τον αλλοιωμένο τράχηλο επισφραγίζει τη διάγνωση

§ Άλλες πληροφορίες: προηγούμενα ευρήματα Pap-test <sup>11</sup>

#### **4 Προβλήματα της ασθενούς**

§ Ψυχολογικά προβλήματα, ανησυχία, φόβος καρκίνου και θανάτου

§ Μεταβολή σωματικού ειδώλου εξαιτίας της επέμβασης

§ Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας, κυρίως αν δεν έχει παιδιά <sup>11</sup>

#### **5 Σκοποί της φροντίδας**

§ Άμεσοι

α) Μείωση ανησυχίας και φόβου της εγχείρησης

β) Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου

§ Μακροπρόθεσμοι

α) Παροχή βοήθειας στην ασθενή να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου

β) Μείωση κινδύνου υποτροπής <sup>11</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η προσπάθεια ελέγχου κακοηθών νεοπλασμάτων πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισής τους καθώς επίσης και στην ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση. Για να κάνεις πρόληψη είτε σε ατομικό είτε σε μαζικό επίπεδο χρειάζεται να ξέρεις τον εχθρό. Ο καρκίνος όμως είναι ένας εχθρός ύπουλος και για την αντιμετώπισή του χρειάζεται σωστή ενημέρωση όλων. Πρέπει πάντα να τονίζεται ότι αποτελεσματική θεραπεία δεν υπάρχει για τα περισσότερα κακοήθη νεοπλάσματα και γι' αυτό χρειάζεται να χυθεί άπλετο φως, στην παθογένεια και στους πιθανούς ενοχοποιητικούς παράγοντες.<sup>26</sup>

Η πιο ελπιδοφόρα προσπάθεια στον αγώνα κατά του καρκίνου είναι η πρόληψη .Μερικοί τύποι καρκίνου μπορεί να προληφθούν .Άλλοι μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία και να θεραπευτούν εντελώς ,αν διαγνωστούν σε πρώιμο στάδιο .Η πρόληψη είναι η αυριανή ελπίδα κατά του καρκίνου . Οι προκαταλήψεις , οι φόβοι , οι συνήθειες , η στάση απέναντι στην αρρώστια που λέγεται ΚΑΡΚΙΝΟΣ πολλές φορές γίνονται αιτία να φθάσει ο καρκίνος στα τελικά στάδια και η θεραπεία του να γίνεται δυσκολότερη .<sup>27</sup>

Τα προληπτικά μέτρα θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε δυο κατηγορίες: μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς προλήψεως. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός ρυπάνσεως του αναπνεόμενου αέρα στο χώρο εργασίας), ή η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σ' αυτούς (π.χ. ο εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β). Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-

συμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατόν προωμότερο στάδιο (π.χ. κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου για την προσυμπτωματική διάγνωση του καρκίνου της μήτρας). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς προλήψεως ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δευτερογενούς προλήψεως είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διαγνώσεως.<sup>28</sup>

## 2.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ορισμένες μορφές καρκίνου, ανάμεσά τους και ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας, προκαλούνται από εξωγενείς παράγοντες, η γνώση των οποίων βοηθά και στην εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς προλήψεως.

Πιο συγκεκριμένα, η αποφυγή καπνίσματος για τις γυναίκες που δεν καπνίζουν και η διακοπή αυτής της συνήθειας για αυτές που καπνίζουν έχει διαπιστωθεί ότι δίνει λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

Σε συνέντευξή του , ο κ Πανοσκάλτσης Θεόδωρος, (Γυναικολόγος – Μαιευτήρας, Διδάκτορας Πανεπιστημίου Αθηνών), δηλώνει ότι «Η γυναίκα μπορεί να προστατευθεί τόσο από την πρωτογενή μόλυνση του ιού, όσο και από επαναμόλυνση και εξέλιξη της μόλυνσης σε προκαρκινική βλάβη ή καρκίνο με την υπεύθυνη σεξουαλική στάση (χρήση προφυλακτικού) και την εν γένει τόνωση του ανοσοποιητικού της συστήματος (σωστή διατροφή, σωματική άσκηση, κ.τ.λ.)».<sup>5</sup>

Επιπλέον, η ενθάρρυνση καθυστερημένης έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας, η επιλογή σεξουαλικού συντρόφου και η μη εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων, καθώς επίσης και η σωστή υγιεινή βοηθούν στην πρόληψη λοίμωξης από HPV και επομένως στην πρόληψη του καρκίνου τραχήλου της μήτρας.<sup>18</sup>

Όσον αφορά τον τομέα της διατροφής, ο περιορισμός κατανάλωσης κρέατος μεγάλων ζώων, αλατιού, ζωικών λιπών, οινοπνευματωδών ποτών και καφέ βοηθούν στην ελάττωση εμφάνισής του. Συνιστάται δε, η αύξηση κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και γενικότερα τροφών που είναι πλούσιες σε βιταμίνες Α, C, E και φολικού οξέος, που σύμφωνα με επιδημιολογικές μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου τραχήλου σε γυναίκες που έχουν ήδη προσβληθεί από τον ιό των κονδυλωμάτων.

Αρκετά χρόνια κλινικών δοκιμών έδωσαν πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα για ένα εμβόλιο κατά του ιού των κονδυλωμάτων .Διάφορες ερευνητικές ομάδες εργάζονταν πάνω στη μελέτη ενός εμβολίου για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.<sup>29</sup> Πρόσφατα, ερευνητές από το Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον, παρουσίασαν τα αποτελέσματα κλινικών δοκιμών του εμβολίου εναντίον του ιού HPV-16. Σήμερα, βρισκόμαστε στο σημείο όπου το πρώτο εμβόλιο για την πρόληψη του καρκίνου τραχήλου της μήτρας έχει εγκριθεί από τις αρμόδιες αρχές της Ευρωπαϊκής Ένωσης (23/9/2006), μόλις τρεις μήνες μετά την έγκρισή του από τις Ηνωμένες Πολιτείες, για χορήγηση σε κορίτσια και γυναίκες ηλικίας από 9 έως 26 ετών. Επίσης, τα αγόρια και οι άνδρες είναι δυνατόν να εμβολιάζονται με το ίδιο εμβόλιο στα πλαίσια προσδοκιών για πλήρη προστασία από τους ιούς HPV.<sup>16</sup>

Το τετραδύναμο εμβόλιο Gardasil ® έναντι του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων είναι το μόνο εμβόλιο που κυκλοφορεί για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των άλλων νοσημάτων του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων που συμβαίνουν πριν τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και πέραν του τραχήλου της μήτρας, συμπεριλαμβανομένων των αιδοϊκών προκαρκινικών αλλοιώσεων .

Σύμφωνα με δημοσίευμα του Έθνους η δράση του στηρίζεται σε ένα πρωτοποριακό ανοσοενισχυτικό σύστημα ( ASO4), το οποίο ενισχύει την ανοσολογική απάντηση και αυξάνει την διάρκεια της προστασίας έναντι ογκογόνων τύπων του ιού.<sup>30</sup>

Οι τύποι του Ιού 6,11,16 και 18 στους οποίους άμεσα στοχεύει το Gardasil ® προκαλούν την μεγάλη πλειοψηφία των νοσημάτων του γεννητικού συστήματος που οφείλονται στον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων .Έχει υπολογιστεί ότι από το σύνολο των νοσημάτων που προκαλούνται από τον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων στην Ευρώπη , οι τύποι αυτοί ευθύνονται για το 75% του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας , το 95% του καρκίνου του αιδοίου και του κόλπου , το 70% των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας ( CIN 2/3),το 50% των εν δυνάμει προκαρκινικών τραχηλικών αλλοιώσεων ( CIN

1) ,το 80% των προκαρκινικών αλλοιώσεων του αιδοίου ( VIN 2/3) ,και του κόλπου (VaIN 2/3) και το 90% των γεννητικών κονδυλωμάτων .

Σε μεγάλες κλινικές μελέτες το Gardasil ® έδειξε σταθερά ότι προλαμβάνει μέχρι 100% τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, τις προκαρκινικές ( CIN2/3) και εν δυνάμει προκαρκινικές τραχηλικές αλλοιώσεις (CIN 1) που οφείλονται στους τύπους 6,11, 16 και 18 των τύπων Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων .<sup>31</sup>

Το εμβόλιο πρέπει να χορηγείται σε κορίτσια της εφηβικής ηλικίας και πάντως πριν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας τους.<sup>1</sup> Τα διαστήματα εμβολιασμού είναι 0,2,6 μήνες και οι ιδανικές ηλικίες είναι 9-26 ετών και το κόστος της κάθε δόσης ανέρχεται στα 184,3 €<sup>32</sup>

Ο Θεόδωρος Αγοραστός, καθηγητής του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης δήλωσε ότι υπάρχουν δυο τύποι προφυλαχτικών εμβολίων . Μέχρι σήμερα έχουν δεχθεί την κυκλοφορία του πρώτου εμβολίου 27 χώρες ενώ 13 από αυτές έχουν εντάξει το εμβόλιο στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών .Στην Ελλάδα κυκλοφορεί από τον Ιανουάριο του 2007 .Ο δεύτερος τύπος εμβολίου το Cervax της GlaxoSmithkline πήρε την άδεια να κυκλοφορήσει στην Ευρώπη και αναμένεται να κυκλοφορήσει και στην Ελλάδα

Επίσης είναι σημαντικό να αναφερθεί το πρόγραμμα Λυσιστράτη το οποίο έχει στόχο να ενημερώσει για τις καινούργιες εξελίξεις που υπάρχουν στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας .Συγχρόνως αναδεικνύει την αδιαφορία της Ελληνίδας γυναίκας για την πρόληψη.<sup>33</sup>

Γεγονός είναι ότι κάποια στοιχεία σχετικά με το εμβόλιο παραμένουν άγνωστα .Για παράδειγμα δεν είναι καλά γνωστό για πόσο καιρό προστατεύει από τους ιούς HPV. Επίσης δεν είναι γνωστό εάν προστατεύει και σε κάποιο βαθμό τις γυναίκες που έχουν ήδη μολυνθεί από τους ιούς αυτούς. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να μην αμελούμε τα προληπτικά και διαγνωστικά μέτρα που προστατεύουν σε μεγάλο βαθμό από τις επιπτώσεις των μολύνσεων από τους ιούς HPV. Πάντα η πρόληψη είναι η καλύτερη αντιμετώπιση .<sup>34</sup>

Το Gardasil® , το εμβόλιο του ιού των κονδυλωμάτων της Merk , που χορηγείται με ένδειξη την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας , προστέθηκε στο συνιστώμενο πρόγραμμα εμβολιασμών της Αμερικής στις 29 Ιουνίου 2006 .Έως το τέλος του 2006 το Σύστημα Αναφοράς Ανεπιθύμητων Ενεργειών Εμβολίων ( VAERS ) του Αμερικάνικου Οργανισμού Φαρμάκων και τροφίμων (FDA), δέχτηκε 385 αναφορές ανεπιθύμητων ενεργειών για το Gardasil. Στο 66% των περιπτώσεων χρειάστηκε περαιτέρω διακομιδή σε ιατρείο ή νοσοκομείο .Σύμφωνα με τις αναφορές, 12 ασθενείς ηλικίας 13-23 ετών νοσηλεύθηκαν σε νοσοκομείο για διάστημα έως 5 ημερών. Μερικά από τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν , κατά σειρά συχνότητας ήταν : Συγκοπή δηλαδή παροδική απώλεια μνήμης (55) ,ζάλη (41) , εξάνθημα ( 33), παραισθησία και υπαισθησία ( 32) , κνησμός ( 31) πονοκέφαλος ( 19) ,εμετός ( 16), μυαλγία ( 13), λεμφαδενοπάθεια ( 10) ,αρθαλγία ( 7).

Οι παραπάνω πληροφορίες δημοσιεύθηκαν από το Εθνικό Κέντρο Πληροφόρησης για τους εμβολιασμούς της Αμερικής κατόπιν επεξεργασίας των αναφορών VAERS.

Συμπερασματικά για το Gardasil θα μπορούσαμε να πούμε ο μαζικός εμβολιασμός ως επιπλέον προληπτικό μέτρο είναι ένα επικίνδυνο πείραμα που δεν έχει πάντα αιτιολογία. Ο κόσμος όχι μόνο δεν ενημερώνεται για τους κινδύνους του εμβολίου αυτού και το εμβόλιο αυτό εμφανίζεται ως θαύμα της επιστήμης που θα σώσει τις γυναίκες από έναν απειλητικό καρκίνο .

Το μέλλον μας επιφυλάσσει και άλλες εκπλήξεις . Οι επιστήμονες υγείας έχουν υποχρέωση να είναι σε επαγρύπνηση και να τοποθετούν το συμφέρον των ασθενών τους πάνω από κάθε άλλη σκοπιμότητα, διότι οι εξελίξεις είναι ραγδαίες και το μέλλον της ανθρωπότητας αβέβαιο. <sup>35</sup>



## 2.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η δευτερογενής πρόληψη γίνεται βασίζεται στην σωστή αγωγή υγείας και επιτυγχάνεται με τον προσυμπτωματικό έλεγχο .Ο προσυμπτωματικός έλεγχος έχει σαν στόχο την πρόωμη διάγνωση νοσημάτων (πρίν εμφανιστούν τα συμπτώματα) έτσι ώστε έγκαιρα να εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπεία .<sup>36</sup>

Αυτή γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο που άρχισε η εμφάνιση των άτυπων κυττάρων, μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων και να αντιμετωπιστεί αμέσως.

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές, Οικονομικοί λόγοι είναι μια από τις δυσκολίες . Ο φόβος , η άγνοια η προκατάληψη , η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά , το χάσιμο του χρόνου κ.α. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στην διάθεσή του για την πρόληψη .

Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πληθυσμού μιας χώρας , για αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως. Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία , το φύλο ,το οικογενειακό ιστορικό , την εργασία ,την διατροφή , το πιο ευρύ περιβάλλον και ορισμένα ύποπτα σημεία για καρκίνο που θα αναφέρουμε πιο κάτω .<sup>23</sup>

Η δευτερογενής πρόληψη των κακοήθων νεοπλασιών βασίζεται στην προσυμπτωματική τους διάγνωση κατά την διάρκεια της προ-διηθητικής φάσεως ( in situ phase) ή σπανιότερα κατά την διάρκεια άλλων καρκινογενετικών φάσεων. Μολονότι χρήσιμη η δευτερογενής πρόληψη είναι λιγότερο αποτελεσματική από ότι γενικά πιστεύεται .Υπάρχουν τέσσερις λόγοι που

οδηγούν σε πλασματική υπερεκτίμηση της χρησιμότητας της δευτερογενούς προλήψεως, ακόμη και όταν αυτή δεν είναι καθόλου αποτελεσματική :

(i) επειδή με τον προσυμπτωματικό επιτυγχάνεται η διάγνωση, φαίνεται ότι παρατείνεται η διάρκεια της νόσου ( δηλαδή ότι <<μεγαλώνει>> η << επιβίωση >> του ασθενή ) ακόμη και όταν δεν υπάρχει καμία ουσιαστική μετάθεση του χρόνου θανάτου

(ii) στον προσυμπτωματικό έλεγχο διαπιστώνονται συχνότερα οι περιπτώσεις που εξελίσσονται γρήγορα

( iii) τα άτομα που υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο διαφέρουν από εκείνα που δεν υποβάλλονται ως προς πολλά χαρακτηριστικά , μερικά από τα οποία συσχετίζονται με τις παραμέτρους της κλινικής επιβίωσης

( iv) στον προσυμπτωματικό έλεγχο μπορεί να συνεκτιμηθούν ως κακοήθεις νεοπλασίες προνεοπλασματικές ή παρανεοπλασματικές καταστάσεις δυσδιευκρίνιστης φύσεως και καλοηθέστερης προγνώσεως από τις αντίστοιχες νεοπλασματικές καταστάσεις .

Για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, απαιτούμενη είναι η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου κάθε τρία έτη μετά το 20ό έτος της ζωής καθώς επίσης και γυναικολογική εξέταση κάθε τρία έτη μέχρι το 40ό ή κάθε έτος μετά το 40ό έτος 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 τον χρόνο της εμμηνοπαύσεως .Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν έχει τεκμηριωθεί , αλλά θεωρείται πολύ πιθανή , με ενδεχόμενη μείωση της θνησιμότητας κατά τα 2/3 του σημερινού της επιπέδου , ενώ ευνοϊκές συνέπειες άγνωστης εκτάσεως μπορεί

να αναμένονται και στη θνησιμότητα από καρκίνους του ενδομητρίου , και ίσως των ωοθηκών .

Αν υπάρχει ένδειξη μόλυνσης από τον ιό HPV, η γυναίκα θα πρέπει να υποβληθεί σε μία εξέταση από ειδικό, την κολποσκόπηση. Έτσι είναι δυνατή η αναγνώριση μιας πολύ μικρής προκαρκινικής βλάβης και η ιστολογική βιοψία μπορεί να καταδείξει εύκολα το βαθμό της προκαρκινικής βλάβης. Σε αυτό το στάδιο, μπορεί να γίνει αφαίρεση των προκαρκινικών βλαβών (με τοπική αναισθησία) ακόμα και στο εξωτερικό ιατρείο.

Αυτή η εξέλιξη είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί όχι μόνο δεν υπάρχει ανάγκη μιας μεγάλης εγχείρησης, με όλους τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται, αλλά διατηρείται και η αναπαραγωγική ικανότητα της γυναίκας.<sup>28</sup>

ΕΠΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΥΠΟΠΤΑ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΕΠΤΑ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Επτά σημεία ύποπτα για καρκίνο  
προφυλακτικά μέτρα

Επτά

1 Αλλαγή συνήθειας κένωσης εντέρου και ουρήσεως	<b>1.Ορθό :</b> Ετήσια ορθοσκόπηση για άτομα ηλικίας 40 χρονών και πάνω .
2 Πληγή ή τραύμα που δεν επουλώνεται	<b>2.Μήτρα :</b> Ετήσια εξέταση κολπικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου στις γυναίκες
3 Ασυνήθιστη αιμορραγία ή έκκριση.	<b>3.Βασικό :</b> Ετήσια πλήρης φυσική εξέταση για τους ενήλικες ( άνδρες , γυναίκες ) και εξέταση ούρων και αίματος .
4 Παρουσία όγκου ή σκληρίας στο μαστό ή σε άλλο μέρος του σώματος	<b>4.Μαστός :</b> Μηνιαία αυτοεξέταση του μαστού για σκληρία , αδένες όγκο ή αλλαγή στο σχήμα
5 Δυσπεψία , δυσκαταποσία	<b>5.Στόμα :</b> Ετήσια εξέταση της στοματικής κοιλότητας
6 Αλλαγή ( χρώμα , μέγεθος ) σε κάποια ελιά του δέρματος	<b>6.Δέρμα :</b> Αποφυγή άσκοπης έκθεσης στον ήλιο.
7 Βήχας ή βραχνάδα φωνής	<b>7 Πνεύμονες :</b> Ετήσια ακτινογραφία θώρακα , διακοπή της συνήθειας του καπνίσματος

Amerikan Cancer Society

### **2.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή –τριας στην πρόληψη του καρκίνου :**

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας –τή στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει :

§ Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του .

§ Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες .

§ 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 του κοινού.

§ Από την νοσηλεύτρια – τή , ο ρόλος της οποίας ήδη έχει αναφερθεί. Εδώ τονίζεται πως κατά την διαφώτιση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο θέλει να μεταφερθεί το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η μοναδική αρρώστια ,του αναπόφευκτου θανάτου , αν δεν θεραπευτεί ,ακόμα της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και τέλος της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων , που μοιάζουν με συμπτώματα ασθενών που δεν είναι τόσο σοβαρές .

## *Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας*

1. *Αποφυγή παραγόντων που ενοχοποιούνται για την αύξηση της συχνότητας της νόσου, όπως:*
  - α. Το κάπνισμα,*
  - β. Παθολογική κατάσταση και φλεγμονές του τράχηλου της μήτρας από ορισμένους ιούς,*
  - γ. Έναρξη σεξουαλικών σχέσεων σε πολύ νεαρή ηλικία και σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες*
2. *Τακτικό κλινικό γυναικολογικό έλεγχο*
3. *Pap- test: πρέπει να εφαρμόζεται ετησίως σε όλες τις γυναίκες που έχουν αρχίσει τη σεξουαλική τους δραστηριότητα, ή σε γυναίκες ηλικίας 18 χρόνων και πάνω*
4. *Χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων που προστατεύουν, όπως είναι το διάφραγμα ή το ανδρικό προφυλακτικό και το γυναικείο προφυλακτικό που εμποδίζουν την μετάδοση ιών και μικρόβιων κατά την ερωτική επαφή*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο, κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας. Αυτός που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα, ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της εγχειρήσεως και τη νευροψυχική κατάσταση του αρρώστου.

Ο φόβος και η ανησυχία του ασθενούς μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξεως της καταστάσεώς του καθώς και σε οικονομικά προβλήματα.

Η νοσηλεύτρια, με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της, καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα. Η προετοιμασία της αδερφής, ώστε ν' απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα του αρρώστου, χωρίς να επεμβαίνει σε αρμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων, καθώς και επεξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλείες, δημιουργούν ένα κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας στον ασθενή για το χώρο στον οποίο βρίσκεται.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας η νοσηλεύτρια θα μπορούσε να ενεργήσει ως εξής:

§ Ρωτάει την ασθενή και τον σύντροφό της αν κατανόησαν τις αιτίες για την υστερεκτομή, την απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας, τους κινδύνους και τα οφέλη από την επέμβαση

§ Καθορίζει αν ο γιατρός έχει υποδείξει την κοιλιακή ή κοιλιακή προσέγγιση της υστερεκτομής και αν σχεδιάζονται άλλες επιπρόσθετες επεμβάσεις (ωοθηκεκτομή / σαλπινγεκτομή)

§ Ενημερώνεται η ασθενής και ο σύντροφός της σχετικά με τη συνήθη προεγχειρητική προετοιμασία. Συνιστάται στην ασθενή πώς θα λάβει τα φάρμακα το βράδυ προ της εγχειρήσεως

§ Γίνεται συζήτηση με την ασθενή όσον αφορά τη σημασία των όρων:

1. καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως (αν ενδείκνυται)
2. παραμονή στο νοσοκομείο
3. περιορισμοί στις τροφές και τα υγρά (αν ενδείκνυται)
4. ανακούφιση από το άλγος
5. ενδοφλέβια θεραπεία
6. αναισθησιολογική εκτίμηση
7. προετοιμασία της κοιλιάς
8. υπερηβικός καθετηριασμός (αν ενδείκνυται)
9. κινητοποίηση

§ Εκπαιδεύεται η ασθενής στην ανατομία της πυέλου με τη χρήση διαγραμμάτων και εικόνων όταν είναι απαραίτητο

§ Συζητείται η σημασία της εμμηνοπαύσεως και η ορμονική θεραπεία υποκαταστάσεως (ΟΘΥ) με τον προσφορότερο τρόπο

§ Συζητούνται οι πιθανές αλλαγές στη σεξουαλική ανταπόκριση μετά την υστερεκτομή

§ Ενθαρρύνεται η ασθενής να συζητήσει τις επιδράσεις που μπορεί να έχει η υστερεκτομή στην προσωπική εμφάνιση

§ Ενθαρρύνεται η ασθενής και ο σύντροφός της στην πληροφόρηση σχετικά με την απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας

§ Δίνονται πληροφορίες σχετικά με την αυτοβοήθεια κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου



§ Γίνεται συζήτηση με την ασθενή όσον αφορά την διαιτητική φροντίδα στο σπίτι<sup>37</sup>

Η προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς συνιστάται σε:

§ Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

§ Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

§ Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

### **3.1 ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

#### **1. ΤΟΝΩΣΗ ΤΟΥ ΗΘΙΚΟΥ.**

Πολλοί ασθενείς όχι μόνο έρχονται στο νοσοκομείο με φόβους και ανησυχίες, αλλά και προβλέπουν την αποτυχία της εγχείρησης. Άλλωστε είναι γνωστό ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα αισθήματα ανησυχίας, φόβου ή καταθλίψεως παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Η τόνωση του ηθικού επιτυγχάνεται με την προσπάθεια της νοσηλεύτριας :

§ Να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει

§ Να καταλάβει τον ασθενή και να συμμεριστεί τη θέση του<sup>38</sup>

#### **2. ΤΟΝΩΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ**

Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη . Για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή της νοσηλεύτριας είναι αποφασιστική, διότι παρακολουθεί τη διατροφή

του ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Η νοσηλεύτρια βοηθά στη σωματική τόνωση του ασθενούς εάν:

§ Έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής

§ Γνωρίζει την επίδραση της εγχειρήσεως στις λειτουργίες του μεταβολισμού και

§ Έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής. Όλα αυτά βοηθούν στην κατανόηση των αναγκών του οργανισμού σε διάφορες καταστάσεις, καθώς και στην εκλογή τροφών, στις οποίες υπάρχουν τα συστατικά που έχει ανάγκη ο πάσχων οργανισμός.

Ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμετούς. Γι' αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη σημασία στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι ο ασθενής βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως shock, ναυτία, εμετοί κ.τ.λ.

Την προηγούμενη της εγχειρήσεως ο ασθενής τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς πολλά υπολείμματα). Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμετών και μετεωρισμού κοιλιάς. Εάν ο ασθενής δεν πρέπει έστω και για έξι ώρες να στερηθεί υγρά, του χορηγούνται αυτά παρεντερικώς.<sup>38</sup>

### **3. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από:

§ Χειρουργό, για εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού

§ Παθολόγο για την παθολογική μελέτη των συστημάτων<sup>38</sup>

#### **4. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:

§ Εξέταση αίματος: γενική αίματος (λευκά-ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και Rhesus αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος

§ Γενική ούρων και

§ Ενδοφλέβια πυελογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί)<sup>11</sup>

§ Ακτινογραφία θώρακα <sup>11</sup>

§ Συμπληρωματικές εξετάσεις ανάλογα με το είδος της εγχείρησης και την κατάσταση του ασθενούς

#### **5. ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Αυτή συνίσταται σε:

1. Καθαριότητα εντερικού σωλήνα που αποβλέπει:

§ Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι

§ Την ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό και

§ Την αποφυγή της δημιουργίας αέριων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται με τη χρήση καθαρικών φαρμάκων ή καθαρικό υποκλυσμό

2. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς η οποία επιτυγχάνεται με λουτρό καθαριότητας και το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη

λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακαθάριστο δέρμα.

3. Κολπική πλύση με αντισηπτικό σε κολπική υστερεκτομή (σπάνια σε κοιλιακή υστερεκτομή ) που γίνεται συνήθως το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης (μετά από ιατρική οδηγία).<sup>38</sup>

## **6. ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΡΚΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΛΟΥ ΥΠΝΟΥ**

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Η αϋπνία και η κόπωση από αυτήν προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών.

Για την αποφυγή της αϋπνίας και την εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.<sup>38</sup>

## **7. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Ο προσανατολισμός του ασθενή στο νέο δωμάτιο, στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, όταν μάλιστα πρόκειται να νοσηλευτεί σε μονάδα εντατικής παρακολουθήσεως, γίνεται για να μην ανησυχήσει ο ασθενής όταν κατά την αφύπνιση βρεθεί σε άγνωστο γι' αυτόν περιβάλλον.<sup>38</sup>

### **3.2 ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνιστάται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.<sup>38</sup>

### **3.3 ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

- § Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς.
- § Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς
- § Προνάρκωση<sup>38</sup>

### **3.4 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

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

§ Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης

§ Ανακούφιση από τον πόνο

§ Προαγωγή επούλωσης του τραύματος

§ Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.

i. 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).

ii. Αν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.

iii. Η άρρωστη παρακολουθείται στενά, γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μην χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.

§ Μείωση πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την κύστη (οφείλονται στην γειτονία της κύστης με τη χειρουργική περιοχή).

i. Παρακολούθηση και αναγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών, χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία.

ii. Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα, αν δόθηκε εντολή, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Δυνατόν να τοποθετηθεί υπερηβικός καθετήρας.

iii. Αφαίρεση του καθετήρα, με οδηγία του ιατρού, μετά από 5 ημέρες.

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

v. Διαπίστωση υπολείμματος. Η άρρωστη καθετηριάζετε μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ουρών στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.

§ Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης

i. Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο

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

iii. Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού.

iv. Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός.

§ Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.

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

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

iii. Αναζήτηση σημείου Homan (ευαισθησία και πόνος στη γαστροκνήμια κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού).

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

§ Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υπόθετων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.

i. Παρακολούθηση για κολπική απέκκριση, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.

ii. Έγκαιρη έγερση της άρρωστης, για πρόληψη επιπλοκών.

iii. Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία (προφυλακτικά) με ακτίνες Rontgen ή ραδιενεργό κοβάλτιο-60.<sup>11, 25</sup>

### **3.5 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

§ Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα

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

§ Παροχή συμβουλών στην άρρωστη:

1. 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 αυτοκίνητου μπορεί να καθυστερήσει για τρεις εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πεντάλ του φρένου μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλία.

2. 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

3. Να αποφεύγει τη συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή

§ Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κοιλική έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητά της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει.

§ Ενημέρωση της άρρωστης για πιθανή εμφάνιση «αισθήματος κόπωσης» κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι. Γι' αυτό 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 για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με οδηγία του γιατρού που θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες για εργασία κ.τ.λ.

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



§ Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινοεργαστηριακού ελέγχου για πέντε χρόνια

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι σκοπός των νοσηλευτών όσον αφορά στην έξοδο της ασθενούς από το νοσοκομείο, είναι να είναι η όσο το δυνατόν άνετη, ευχάριστη και ασφαλής μεταφορά του αρρώστου από το νοσοκομείο στο σπίτι και γενικά η ομαλή επαναπροσαρμογή του στο περιβάλλον.<sup>11</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή με τον ασθενή της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσης του άρρωστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.<sup>23</sup>

*Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει τον άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρεται*

- (1) στην ενημέρωση του άρρωστου για τη θεραπεία**
- (2) στην προετοιμασία και βοήθεια του άρρωστου για τη θεραπεία**
- (3) στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και**
- (4) στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.**

#### 4.1 Προβλήματα της ασθενούς :

- § Κακή διακίνηση οξυγόνου
- § Θρεπτικό ανισοζύγιο
- § Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας
- § Δυσχέρειες από την εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου
- § Κίνδυνοι λοίμωξης

§ Κίνδυνοι αιμορραγίας

§ Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον

§ Ψυχικά προβλήματα<sup>39</sup>

## **2 Παρέμβαση :**

§ Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοβολίας, ώστε να την αποδεχτεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης

§ Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με την περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά την διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρηση του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας , όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.

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

§ Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν.<sup>39</sup>

### **4.2 Ετοιμασία της ασθενούς για την εφαρμογή καισίου**

§ Ο γιατρός εξηγεί στην άρρωστη τους λόγους που κάνουν απαραίτητη αυτή τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής επεξηγεί ή απαντά σε κάθε ερώτηση της άρρωστης.

§ Η ασθενής ετοιμάζεται για διάφορες προκαταρκτικές εξετάσεις (μπορούν να γίνουν και πριν από την εισαγωγή στο νοσοκομείο), όπως εξετάσεις αίματος, βιοψίες (ενδομητριάκη και τραχηλική), ακτινογραφία θώρακα και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

§ Ετοιμασία ασθενούς για διαδικασία προφόρτισης.<sup>39</sup>

### 4.3 Νοσηλευτική αγωγή μετά τη τοποθέτηση καισίου

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

§ Δίαιτα μικρού υπολείμματος, για αποφυγή κινήσεων του εντέρου, που μπορεί να παρεκτοπίσουν τους υποδοχείς.

§ Συχνή επιθεώρηση καθετήρα, για εξασφάλιση συνεχούς λειτουργίας του. Μια διαταγμένη κύστη πλησιάζει την περιοχή της ραδιενέργειας, με αποτέλεσμα ακτινικό έγκαυμα βαριάς μορφής.

§ Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση του οργανισμού στη ραδιενέργεια, όπως ναυτία, εμετοί, αύξηση θερμοκρασίας.

§ Ενθάρρυνση της άρρωστης να τρώει. Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιων σε λεύκωμα. Ελκυστικό σερβίρισμα για διέγερση της όρεξης.

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

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

§ Παραμονή του νοσηλευτή κοντά στην άρρωστη για όσο το δυνατόν λιγότερο χρόνο, κατά την παροχή φροντίδας σ' αυτή.

§ Ανακούφιση της άρρωστης από άγχος και φόβο, με συνετή χρησιμοποίηση του χρόνου παραμονής κοντά της. Απασχόληση της άρρωστης σε ωφέλιμη συζήτηση για τα ιατρικά και νοσηλευτικά προβλήματά της.

§ Προσοχή κατά την παροχή φροντίδας, ώστε να μην εκτοπιστούν οι υποδοχείς καισίου.<sup>39</sup>

#### **4.4 Αφαίρεση καισίου**

- § Ειδοποίηση ακτινοθεραπευτικού τμήματος, όταν είναι ώρα για αφαίρεση καισίου.
- § Εξασφάλιση αποστειρωμένων γαντιών, ειδικών λαβίδων με μακριά σκέλη και μεγάλης λεκάνης.
- § Έλεγχος του διαγράμματος για τον αριθμό υποδοχέων που εφαρμόστηκαν, ώστε να συμφωνούν με τους υποδοχείς που θα αφαιρεθούν.
- § Εφαρμογή όλων των προφυλακτικών μέτρων ραδίου στο χειρισμό και μεταφορά του καισίου στο τμήμα ακτινοθεραπείας.
- § Λήψη δείγματος ούρων πριν από την αφαίρεση του καθετήρα.
- § Χορήγηση καθαρτικού υποκλυσμού μετά την αφαίρεση του καισίου και πριν την έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι.<sup>39</sup>

#### **4.5 Φροντίδα της ασθενούς μετά την ακτινοβολία**

- § Διατήρηση δέρματος της ασθενούς (που εκτέθηκε στην ακτινοβολία) στεγνού.
- § Ναυτία και εμετοί μπορεί να εμφανιστούν σε χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας.
- § Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που υποδηλώνουν ακτινική βλάβη του εντέρου (διάρροια, τεινεσμός) και αναφορά τους μόλις εμφανιστούν.
- § Τονισμός της σπουδαιότητας ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα για 6 μήνες, για την καλύτερη εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας στον όγκο.<sup>39</sup>

## 4.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

### 1. Αναμενόμενα αποτελέσματα:

Η ασθενής :

- § Βιώνει μειωμένο άγχος
- § Αποδέχεται τον εαυτό της όπως είναι τώρα
- § Βιώνει ελάχιστο πόνο και δυσχέρεια
- § Δεν εμφανίζει επιπλοκές
- § Έχει αποκτήσει τις απαραίτητες για την αυτοφροντίδα της γνώσεις<sup>39</sup>

### 2. Επιπλοκές

*Υπότροπη: Κολπικός θόλος*

A. Εκτίμηση

- § Υποπτο Pap-test (κλάση III)
- § Η ορθική και κολπική ψηλάφηση αποκαλύπτουν όγκο στα παραμήτρια
- § Βαθιά βιοψία του θόλου του κόλπου αποκαλύπτει διεισδυτικό και μεταστατικό καρκίνωμα
- § Άγχος, φόβος

B. Παρέμβαση

- § Ενημέρωση της ασθενούς . Ετοιμασία για πυελική ακτινοθεραπεία
- § Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης κατά τη διάρκεια των συνεδριών της ακτινοθεραπείας, για μείωση του άγχους
- § Εκτίμηση κακουχίας, ναυτίας, ερεθισμού δέρματος
- § Προαγωγή ανάπαυσης
- § Παραπομπή σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες Παρότρυνση για συχνή κλινοεργαστηριακή παρακολούθηση

## **Υπότροπη: Κύστη**

### **A. Εκτίμηση**

§ Πόνος, δυσχέρεια

§ Αιματουρία

### **B. Παρέμβαση**

§ Ετοιμασία ασθενούς για παραπέρα έλεγχο

§ Ετοιμασία ασθενούς για πυελική εξεντέρωση (ολική, πρόσθια, οπίσθια)

i. Διδασκαλία ασθενούς και οικογένειας σχετικά με:

§ Το σκοπό και την εναλλακτική της επέμβασης

§ Προεγχειρητικές διαδικασίες

§ Μεταβολές στο σωματικό είδωλο, στην αποχετευτική και σεξουαλική λειτουργία

§ Αλλαγές στη ρουτίνα των καθημερινών δραστηριοτήτων

ii. Εκτίμηση συγκινησιακής σταθερότητας, οικογενειακής υποστήριξης, οικονομικής κατάστασης, ευκολιών και δυνατοτήτων για φροντίδα στο σπίτι και αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι

iii. Προετοιμασία εντέρου για χειρουργείο με χορήγηση αντιβιοτικού, υπακτικού, υποκλυσμού και ετοιμασία κοιλιάς

iv. Τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής για μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης

v. Αξιολόγηση της άμεσης μετεγχειρητικής κατάστασης: μεταβολές καρδιακής λειτουργίας, σημεία shock, νεφρική λειτουργία

vi. Βοήθεια ασθενούς ώστε να αποδεχτεί το αλλαγμένο σωματικό είδωλο

vii. Μέτρα για μείωση πόνου, άγχους και δυσχέρειας

viii. Μετεγχειρητική διδασκαλία ασθενούς και οικογένειας, που αφορά τις αλλαγές του τραύματος και φροντίδα ουρητηροστομίας

- ix. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς , ώστε να αντιμετωπίσει την εκτεταμένη αυτή χειρουργική επέμβαση, τις αλλαγές της σωματικής της λειτουργίας και του τρόπου ζωής, το φόβο ξαφνικού θανάτου και την εμφάνιση νέας υποτροπής
- x. Εξασφάλιση συνέχισης της φροντίδας και υποστήριξης κατά την περίοδο ανάρρωσης

### **Μετάσταση στη σπονδυλική στήλη**

#### **A. Εκτίμηση**

- § Πόνος στη ράχη
- § Απώλεια βάρους, κόπωση
- § Κατάθλιψη, απογοήτευση

#### **B. Παρέμβαση**

- § Ετοιμασία ασθενούς για χημειοθεραπεία
  - i. Διατήρηση θρεπτικής και υγιεινής κατάστασης
  - ii. Διδασκαλία σχετικά με το σκοπό, τη διαδικασία, τα αποτελέσματα και τις παρενέργειες της θεραπείας
  - iii. Παροχή συμβουλών για συγκινησιακή υποστήριξη
- § Μείωση της δυσχέρειας εξαιτίας των παρενεργειών της χημειοθεραπείας
- § Μείωση κινδύνου λοίμωξης
- § Προαγωγή οικογενειακής υποστήριξης και δημιουργία ατμόσφαιρας για έκφραση συναισθημάτων
- § Παρακολούθηση για εμφάνιση σημείων που δηλώνουν μη ανοχή στο φάρμακο



## **4.7 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

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

### **1. Ναυτία και εμετοί**

§ Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών αντιισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

§ Ενθάρρυνση του άρρωστου να λαμβάνει υγρά

§ Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας

§ Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου

### **2. Αντιδράσεις από το δέρμα**

§ Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση

§ Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό και τραυματισμό από στενά ενδύματα

§ Παροχή συμβουλών στην άρρωστη ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντσηπτικά βαριών μετάλλων. Ακόμα, να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν 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

### **3. Διάρροια**

§ Χορήγηση αντιδιαρροικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

§ Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα

### **4. Καταστολή λειτουργίας μυελού των οστών**

§ Προστασία της άρρωστης από λοιμώξεις και τραυματισμούς

§ Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες

## 4.8 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Όταν τα ραδιοϊσότοπα εφαρμόζονται για θεραπευτικούς σκοπούς δεν είναι ακίνδυνα. Γίνονται όμως ακίνδυνα εφόσον τηρηθούν μέτρα προστασίας.

Τα μέτρα αυτά εξαρτώνται από:

§ το είδος του ραδιοϊσοτόπου και

§ από τον τρόπο εφαρμογής του

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

Απόσταση: Ο διπλασιασμός της απόστασης από την πηγή των ακτίνων X και της γ-ακτινοβολίας περιορίζει στο ένα τέταρτο τη βλάβη από έκθεση στην ακτινοβολία.

Χρόνος: Όσο λιγότερο χρόνο μένει το άτομο κοντά στην πηγή, τόσο πιο λίγη ακτινοβολία παίρνει.

Θωράκιση: Αυτή εξαρτάται από το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει το ραδιοϊσότοπο.<sup>39</sup>



Εικ. 4.1 Το σύμβολο της ραδιενεργούς ακτινοβολίας

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξή τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος.

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια, είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Είναι δε πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου, που θα καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα, δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά.<sup>23</sup>

Όλα σχεδόν τα 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, αλλά δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.<sup>39</sup>

## **5.1 Προβλήματα ασθενούς**

§ Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία)

§ Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή)

§ Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμετοί, διάρροια)

§ Διαταραχή υγρών – ηλεκτρολυτών, δυνητική (εμετοί, διάρροια)

§ Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος

§ Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα)

## **5.2 Σκοποί της φροντίδας**

§ Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας

§ Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος

§ Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους

## **5.3 Νοσηλευτική παρέμβαση**

§ Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης

§ Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία

§ Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανομένων – αποβαλλομένων υγρών

§ Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας

- § Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά
- § Προσεκτική φροντίδα στόματος
- § Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις)
- § Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ
- § Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας
- § Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό σύστημα
- § Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου
- § Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών<sup>39</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η αντίληψη ότι ο καρκίνος είναι απλά και μόνο ένα βιολογικό γεγονός ανήκει πια στο παρελθόν. Η φροντίδα για την ψυχολογική κατάσταση του άρρωστου θα πρέπει ασφαλώς να παρέχεται παράλληλα με σχολαστική φροντίδα για τα σωματικά συμπτώματα που πολλές φορές υπερκαλύπτουν σε σημασία και αμεσότητα την υπαρξιακή αγωνιά του αρρώστου. Ιδιαίτερα ο πόνος πιστεύεται ότι πρέπει να αντιμετωπίζεται προληπτικά και με κάθε μέσο, συμπεριλαμβανομένων και των οπιούχων, στις περιπτώσεις καρκινοπαθών με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης.<sup>40</sup>

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη, λοιπόν, κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Και αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνιάς. Παράλληλα, ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.

Η οικογένεια, οι φίλοι και δυστυχώς συχνά μορφωμένοι άνθρωποι, μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο. Τις απόψεις αυτές, κι αν δεν γίνουν γνωστές, τις διαισθάνονται οι άρρωστοι και διέρχονται σε στάδια αβεβαιότητας.

Είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για την αρρώστια. Η αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματά μας απέναντί της και τότε θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία το μέλλον. Ακόμη, θα

επιτύχουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο με καρκίνο, όταν κατορθώσουμε να μην εμβαθύνουμε στον πόνο του, αλλά να τον κατανοήσουμε και να τον συμπαθήσουμε, χωρίς παράλληλα να έχουμε απομακρυνθεί από τον άρρωστο και τον κόσμο του.

Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ' αυτή. Μετά την άρνηση συνήθως, εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος στέφεται προς τα μέλη της οικογένειας του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.α. Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με τον Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου. Όταν όμως ο άρρωστος αρχίσει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και εφόσον τίποτα δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί και η φάση αυτή ονομάζεται φάση της κατάθλιψης. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος να βοηθήσουμε τον άρρωστο είναι να καθίσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Τέλος ο άρρωστος μπαίνει στη φάση της αποδοχής.

Η ευθύνη της νοσηλεύτριας στη φροντίδα της ασθενούς περιλαμβάνει κάλυψη όσο το δυνατόν περισσότερων φυσικών και ψυχολογικών αναγκών της. Η ενθάρρυνση και η μετάγγιση ελπίδας και αισιοδοξίας περιορίζουν την απογοήτευση και απαισιοδοξία της άρρωστης. Νοσηλευτική ευθύνη αποτελεί και η βοήθεια ώστε η ασθενής να αποδεχτεί μια υστερεκτομή.

Ο τρόπος με τον οποίο μια ασθενής δέχεται την πληροφορία συχνά εξαρτάται από τις απόψεις του για τη ζωή και το θάνατο. Άλλες ασθενείς γνωρίζοντας τη σοβαρότητα της νόσου εγκαταλείπουν τελείως τον εαυτό τους, ενώ άλλες βοηθούν θετικά και πιστεύουν στη θεραπεία.

Οι απαντήσεις της νοσηλεύτριας στις ερωτήσεις των ασθενών πρέπει να ακολουθούν και τη γνώμη του γιατρού. Επίσης, οι ασθενείς των οποίων η ζωή συνεχίζεται και μετά την εμφάνιση του καρκίνου, πρέπει να αισθανθούν ότι τίποτα δε σταμάτησε το σχέδιο της ζωής τους και ότι μπορούν να συμμετέχουν σε όλα, έστω και μετά από μια ολική υστερεκτομή.<sup>23</sup>

Ένας τρόπος για να επιτευχθούν τα παραπάνω είναι και η **Θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία**. Στοιχεία της είναι ορισμένα θετικά μηνύματα που πρέπει να μεταβιβάζονται από το νοσηλευτή στην άρρωστη και είναι τα εξής:

**Αποδοχή** του άρρωστου ως προσώπου με αξία και με το δικαίωμα να ζήσει με φροντίδα της υγείας του και με ανθρώπους που να ενδιαφέρονται γι' αυτόν. Η αποδοχή δημιουργεί άνετο, έμπιστο και ασφαλές διαπροσωπικό κλίμα, όπου η άρρωστη αισθάνεται ελεύθερη να εκφράσει, διερευνήσει, αξιολογήσει και επιβεβαιώσει ιδέες, συναισθήματα, εμπειρίες και ειδικούς τρόπους επικοινωνίας.

**Θέρμο ενδιαφέρον** για την άρρωστη και τους προσωπικούς τρόπους με τους οποίους βιώνει την αρρώστια του. Το ενδιαφέρον εκφράζεται σαν μια ειλικρινής μέριμνα για το καλό της άρρωστης, σαν καλοσύνη, ανθρώπινη θαλπωρή, σαν αγάπη και ετοιμότητα για εξυπηρέτηση και υποστήριξη.

**Σεβασμός** προς την άρρωστη ως μοναδική και αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Ο σεβασμός εκδηλώνεται ως λεπτή ευαισθησία έναντι των αδυναμιών και των δυνατοτήτων της άρρωστης.

**Ετοιμότητα για παροχή βοήθειας**. Αυτή σημαίνει παρουσία και διάθεση του νοσηλευτή να βοηθήσει την άρρωστη με τη θεραπευτική επικοινωνία να προχωρήσει στην ψυχολογική ανάπτυξη και ψυχική υγεία.<sup>41</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### 1<sup>ο</sup> ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

Ήταν περιπατητική και η γενική της κατάσταση ήταν καλή. Παρουσίαζε Α.Π.=125/70 mmHg, 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 το σύζυγο της ήταν τα ακόλουθα: είναι έγγαμη, μητέρα 3 παιδιών, δημόσιος υπάλληλος και μόνιμη κάτοικος Πατρών.

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

Όπως αναφέρει η ίδια, η έμμηνος ρύση εμφανίστηκε σε ηλικία 12 ετών και είχε φυσιολογικοί 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-pap 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 επισκεφθεί τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου του Ρίου για την προγραμματισμένη εξέταση test-pap. Τα αποτελέσματα του κυτταρολογικού ελέγχου έδειξαν εικόνα συμβατή με CINH. Οι ανοσοιστολογικές εξετάσεις του τραχήλου έδωσαν θετική ανοσοαντίδραση στο καρκινοεμβρυικό αντιγόνο. Η ασθενής παρουσίασε συμπτώματα λευκόρροιας και περιστασιακά σταγονοειδή αιμορραγία μετά τη συνουσία.

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

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

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

Η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν φυσιολογικά. 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 τον θεράποντα ότι κάθε 6 μήνες θα πρέπει να κάνει επαναληπτικές εξετάσεις.

<b>ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</b>
<p>1. Αιμορραγία που οφείλεται στην επέμβαση</p>	<p>1. Διακοπή της αιμορραγίας σε σύντομο χρονικό διάστημα</p> <p>2. Αναπλήρωση του όγκου αίματος μέσα σε μίση ώρα</p>	<p>1. Να τοποθετηθούν πιεστικά επιθέματα και να ειδοποιηθεί ο γιατρός. Αν είναι μεγάλη η αιμορραγία να επιστρέψει στο χειρουργείο</p> <p>2. Μέτρηση του ΗCT</p> <p>3. Ειδοποίηση της Τράπεζας Αίματος να μεριμνήσει ώστε να υπάρχει αίμα σε περίπτωση ανάγκης άμεσης χορήγησης</p>	<p>1. Τοποθετήθηκαν πιεστικά επιθέματα στην είσοδο του κόλπου.</p> <p>2. Η αιμορραγία ήταν μεγάλη και δόθηκε εντολή να οδηγηθεί στο χειρουργείο για νέα απολίνωση</p> <p>3. 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</p>	<p>1. Η αιμορραγία σταμάτησε μέσα σε μια ώρα και ο όγκος του αίματος αναπληρώθηκε σε λιγότερο από δυο ώρες</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
2. Ναυτία – εμετός	<p>1. Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα της ναυτίας. Να μειωθούν και να εξαλειφθούν οι εμετοί σε μίση ώρα</p> <p>2. Διατήρηση της ισορροπίας του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών</p> <p>3. Πρόληψη της αφυδάτωσης</p> <p>4. Ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς</p>	<p>1. Να προμηθευτεί η ασθενής με νεφροειδές</p> <p>2. Να τοποθετηθεί το κεφάλι της στο πλάι για να προληφθεί η εισρόφηση των εμεσμάτων</p> <p>3. Να εξασφαλιστεί η διατήρηση καθαρών των κλινοσκεπασμάτων</p> <p>4. Να ενημερωθεί η ασθενής πως ο εμετός είναι αποτέλεσμα της νάρκωσης</p> <p>5. Να χορηγηθούν αντιεμετικά φάρμακα, μετά από εντολή γιατρού</p> <p>6. Να χορηγηθούν επιπλέον υγρά για αποφυγή αφυδάτωσης και διαταραχής ισοζυγίου</p>	<p>1. Προετοιμάστηκε το κομοδίνο της ασθενούς με νεφροειδές, por-cotton και χαρτοβάμβακο</p> <p>2. Τοποθετήθηκε η ασθενής στη σωστή θέση</p> <p>3. Διατηρήθηκε καθαρή με προστασία των κλινοσκεπασμάτων και νυχτικού κατά τη διάρκεια του εμετού, έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά τον εμετό</p> <p>4. Ενημέρωση της ασθενούς για την αιτιολογία του εμετού</p> <p>5. Χορήγηση επιπλέον υγρών N/S 0,9% 1000cc x</p>	<p>1. Η ασθενής στη διάρκεια του πρώτου 24ωρου απαλλάχτηκε από τη ναυτία και τους εμετούς</p> <p>2. Νιώθει καλύτερα και είναι ήρεμη</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
3. Πυρετός 38,8 °C την τρίτη μετεγχειρητική μέρα	1. Επαναφορά της ασθενούς στη φυσιολογική της θερμοκρασία μέσα στις επόμενες ώρες	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να χορηγηθούν αντιπυρετικά μετά από ιατρική οδηγία</li> <li>2. Να γίνεται συχνή λήψη της θερμοκρασίας της ασθενούς</li> <li>3. Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει υγρά για αποφυγή αφυδάτωσης</li> <li>4. Να γίνει κρύο μπάνιο της ασθενούς και να αλλαχθούν τα κλινοσκεπάσματα αν είναι αναγκαίο</li> <li>5. Να τοποθετηθούν ψυχρά επιθέματα</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Lonarid, ο πυρετός δεν υποχώρησε και έγινε μια amp Apotel IM</li> <li>2. Έγινε παρακολούθηση της θερμοκρασίας της ασθενούς ανά τρίωρο</li> <li>3. Η ασθενής πήρε αρκετά υγρά από το στόμα</li> <li>4. Έγινε κρύο μπάνιο αφού πρώτα έκλεισαν οι πουρές και τα παράθυρα του θαλάμου</li> <li>5. Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα</li> </ol>	1. Οι παρεμβάσεις ήταν επιτυχείς, αφού μέσα σε δυο ώρες ο πυρετός υποχώρησε. Η θερμοκρασία της ασθενούς έφτασε στα φυσιολογικά επίπεδα

## 2<sup>ο</sup> ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η κυρία Λ. Μ. 40 ετών, ιδιωτική υπάλληλος, μητέρα δυο παιδιών που γέννησε φυσιολογικά, προσήλθε στον ιατρό γυναικολόγο με έντονο άλγος στο υπογάστριο και μια απάντηση από εξέταση Παπανικολάου που έδειχνε μεγάλη αλλοίωση στα γεννητικά όργανα.

Απ' το ιστορικό της φάνηκε ότι και η μητέρα της γυναίκας αυτής έπασχε από καρκίνο των γεννητικών οργάνων και πέθανε σε ηλικία μόλις 58 ετών. Η γυναίκα στην οποία αναφερόμαστε δεν είχε μέχρι τότε κανένα άλλο γυναικολογικό πρόβλημα, τουλάχιστον απ' όσο ήξερε. Η εμμηνορρυσία της άρχισε κανονικά στα 13 της χρόνια. Αυτό που τόνισε η γυναίκα στην συζήτησή της με τον ιατρό είναι το έντονο άλγος που είχε κατά την επαφή.

Ο γυναικολόγος ιατρός της έκανε εισαγωγή στο νοσοκομείο ώστε να γίνει ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος αλλά και κάποιες ειδικές εξετάσεις. Από την απλή γυναικολογική εξέταση είχε ανευρεθεί ότι η γυναίκα είχε φυσιολογικού μεγέθους μήτρα, μαλακή ευπίεστη κοιλιά και έντονη τραχηλίτιδα. Όλα τα υπόλοιπα όργανα ήταν φυσιολογικά εκτός από τον τράχηλο που σύμφωνα με το Pap-test έδειχνε μεγάλη αλλοίωση.

Έτσι έγινε βιοψία τραχήλου για να εξακριβωθεί τι ακριβώς είχε η ασθενής. Διαπιστώθηκε η ύπαρξη Ca τραχήλου μήτρας σε στάδιο in situ.

Έτσι αποφασίσθηκε χειρουργική επέμβαση (κοιλιακή υστερεκτομή μετά λεμφαδενικού καθαρισμού). Η εγχείρηση εξελίχθηκε ομαλά και η πρόγνωση ήταν πολύ καλή .

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. Πόνος και οίδημα στην περιοχή του τραύματος	Περιορισμός στο ελάχιστο των προβλημάτων της ασθενούς	<p>Προγραμματισμός ενεργειών προκειμένου ν' απαλλάξω την ασθενή από αυτά τα συμπτώματα</p> <p>1. <u>Για τον πόνο</u> Μετά από οδηγία του ιατρού χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου</p> <p>2. <u>Για το οίδημα</u> Εφαρμογή γνώσεων πάνω σ' αυτό το σύμπτωμα. Τοποθέτηση παγοκύστης στην περιοχή του τραύματος</p>	<p>Χορήγηση στην ασθενή tb LONARID που έχει αναλγητική ιδιότητα</p> <p>Επίσης χρήση ειδικού spray που έχει αναλγητική αλλά και ανακουφιστική ιδιότητα.</p> <p>Επίσης τοποθέτηση παγοκύστης στην περιοχή του τραύματος που έχει ανακουφιστικά αποτελέσματα.</p>	Μετά από χρονικό διαστημα δυο περιπτωρών ο πόνος και το οίδημα έχουν περιοριστεί στο ελάχιστο

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
2. Δυσφορία	Απαλλαγή της ασθενούς από το δυσάρεστο αυτό ενόχλημα	Είναι φυσικό να νιώθει δυσφορία η ασθενής αφού έχει διατάση της κοιλιακής χώρας.  Μετά από συμβουλή του ιατρού της πρέπει να ρυθμιστεί κατάλληλα το διαιτολόγιο της καθώς επίσης και το ισοζύγιο των υγρών	Φροντίδα έτσι ώστε η ασθενής να πάρει πάρα πολύ ελαφρά διαίτα και διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών τοποθετώντας ορό DEXTROSE 5% με παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλόμενων υγρών	Μετά από ένα περίπου 24ώρο η διάταση της κοιλιάς υποχώρησε και η ασθενής απαλλάσσεται από τη δυσφορία



ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
3.Έντονη ανησυχία	Βοήθεια ώστε να χαλαρώσει η ασθενής και να ηρεμήσει γιατί μετά από μια τέτοια επέμβαση είναι φυσικό να έχει άγχος και ανησυχία	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Βοήθεια της ασθενούς να ηρεμήσει με όμορφα και καθησυχαστικά λόγια καθώς επίσης και με σωστά επιχειρήματα .</li> <li>2. Λήψη ζεστού ροφήματος που έχει καταπραϋντική ιδιότητα</li> <li>3. Λήψη ηρεμιστικού εάν τα παραπάνω δεν αποδώσουν</li> </ol>	<p>Εμπύχωση της ασθενούς και προσπάθεια ν' αποκτήσει αίσθημα εμπιστοσύνης</p> <p>Προσπάθεια λήψης ενός ζεστού γάλακτος και ενθάρρυνση να κοιμηθεί έστω και για λίγο</p> <p>Χορήγηση ½ tb TAVOR 0,5 mg μετά από ιατρική οδηγία</p>	Μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα η ασθενής ηρεμεί και κοιμάται



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι γεγονός ότι η πρόληψη αποτελεί το σημαντικότερο κομμάτι για κάθε ασθένεια. Σ' ότι αφορά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, στον τομέα της πρόληψης, μπορούν και πρέπει να γίνουν πολλά πράγματα, τα οποία θα βοηθήσουν στην ελάττωση εμφάνισης της νόσου.

Η συμβολή του Γ. Παπανικολάου στην ανίχνευση του καρκίνου σε στάδια, που εξασφαλίζουν ίαση, υπήρξε αναμφίβολα μεγάλη. Ο έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου, κατέβασε αισθητά τη συχνότητα εκτέλεσης μεγάλων εγχειρήσεων ενώ ταυτόχρονα ανέβασε το ποσοστό επιβίωσης. Η συστηματική επομένως λήψη και εξέταση κολπικών επιχρισμάτων σε κάθε γυναίκα, που προσέρχεται για οποιαδήποτε αιτία στο γυναικολόγο, η υποχρεωτική ανά εξάμηνο ή χρόνο κολποκυτταρολογική εξέταση καθιστούν δυνατή την έγκαιρη διάγνωση και διευκολύνουν και απλουστεύουν τη ριζική θεραπεία.

Επιπλέον, απαραίτητη είναι η διαφώτιση του κοινού στη σημασία της προληπτικής εξέτασης καθώς επίσης και στη δυνατότητα εμβολιασμού, που προφυλάσσει από τη μόλυνση του ιού HPV που προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Αυτό αποτελεί χρέος της νοσηλεύτριας, του γιατρού και των αρμόδιων υπηρεσιών του κράτους. «Κάθε καρκίνος, που αφήνεται να επεκταθεί και να σκοτώσει την άρρωστη πρέπει να θεωρείται σαν αποτυχία των υπεύθυνων και μομφή για το επίπεδο του πολιτισμού» αναφέρει ο Fegel.

Τι άλλο θα μπορούσε όμως να γίνει σ' ότι αφορά την έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας;

4. Κατάλληλη εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, μαιών, γιατρών

5. Συνεχής διαφώτιση του κοινού σχετικά με τις διαγνωστικές δυνατότητες, τα πρόωρα συμπτώματα του καρκίνου τα αποτελέσματα των θεραπευτικών μεθόδων και γενικότερα ότι νεότερο αφορά την ασθένεια

3. Η ύπαρξη και προσιτότητα ειδικών διαγνωστικών και θεραπευτικών κέντρων στις επαρχιακές πόλεις

4. Ο σχετικός προσανατολισμός της Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής και των άλλων κρατικών υπηρεσιών, ώστε η υπόθεση τελικά να γίνει υπόθεση ευθύνης του κράτους.

Γι' αυτό λοιπόν η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει στην πρόσκληση της δωρεάν γυναικολογικής εξέτασης όλων των γυναικών, ιδίως αυτών που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να επισκεφτούν ιδιωτικά το γυναικολόγο.

Δεν θα μπορούσαμε να μην αναφερθούμε σ' ένα ρεπορτάζ της κα Έλενας Φυντανίδου, που προσφάτως δημοσιεύτηκε στην ηλεκτρονική διεύθυνση της εφημερίδας 'ΤΟ ΒΗΜΑ'. Στο συγκεκριμένο ρεπορτάζ αναφέρεται ότι το μοναδικό στην Ελλάδα Ειδικό Κέντρο Φροντίδας – Αποθεραπείας που υπολογίζεται να φιλοξενεί ασθενείς με καρκίνο παραμένει κλειστό επί δύο χρόνια διότι δεν διαθέτει άδεια λειτουργίας.

Ωστόσο, με την έναρξη της λειτουργίας του, θα συμβάλλει όχι μόνο στην εξάλειψη της λίστας αναμονής στα νοσοκομεία για τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων αλλά και στη μείωση της ταλαιπωρίας εκατοντάδων ασθενών και συγγενών τους που μετακομίζουν προσωρινά στην Αθήνα προκειμένου να ολοκληρώσουν τη θεραπεία τους.

Συμπερασματικά, παρ' ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μια εύκολα θεραπεύσιμη ασθένεια, ειδικότερα εάν διαγνωστεί εγκαίρως, και αυτό λόγω της τεχνολογικής ανάπτυξης καθώς και της κατάλληλης εξειδίκευσης του

ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ωστόσο είναι απαραίτητο η πολιτεία να μεριμνήσει στη διαφώτιση του κοινού για τα αίτια που τον προκαλούν, ώστε να ελαττωθεί η συχνότητα εμφάνισής του στο ελάχιστο. Τέλος, εξ' αιτίας της συνεχόμενης γνώσης σ' ότι αφορά την ασθένεια, είναι απαραίτητη και η συνεχής εξειδίκευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μέσω εκπαιδευτικών σεμιναρίων.



***ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ***

***«Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΑΠΑΝΤΑ»***

Στο παρακάτω παράρτημα , έχουν αποσπασματικά επιλεχθεί ερωτήσεις γυναικών οι οποίες είναι σχετικές με τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας, οι οποίες έχουν δημοσιευτεί στις ιστοσελίδες του ίντερνετ από διάφορα περιοδικά και δελτία τύπου. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν σε φόβους και ανησυχίες σχετικά με τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας .Οι απαντήσεις έχουν δοθεί από ειδικευμένους στην συγκεκριμένη αυτή ασθένεια ιατρούς .

### **¶ Τι είναι καρκίνος ;**

*Ο καρκίνος αποτελείται από άτυπα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται και εκτοπίζουν τους υγιείς ιστούς του σώματος . Οι εξετάσεις που επισημαίνουν την ύπαρξη ή όχι του καρκίνου λέγονται κυτταρολογικές επειδή ακριβώς ελέγχουν τα κύτταρα .<sup>42</sup>*

### **¶ Τι είναι καρκίνος της μήτρας ;**

*Με τον γενικό όρο εννοούμε κάθε καρκίνο στην περιοχή της μήτρας – το κύριο όργανο του γεννητικού συστήματος – και εντοπίζεται σε δύο διαφορετικά σημεία της μήτρας: Α. Στον τράχηλο Β. Στο ενδομήτριο, δηλαδή στην εσωτερική κοιλότητα της μήτρας.<sup>42</sup>*

### **¶ Τι είναι ο καρκίνος του τραχήλου ;**

*Ο Τράχηλος καταρχήν είναι ο στενός αυλός που οδηγεί από τον κόλπο στην κοιλότητα του ενδομητρίου και εκεί μπορεί να εμφανισθούν καρκινικά κύτταρα , κατόπιν μετατροπής των φυσιολογικών , σε κάθε γυναίκα , μετά την ήβη. Τελευταία ο ιός HPV (Human papilloma virus ) που προκαλεί τα κονδυλώματα ενοχοποιείται αν υπάρξουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις , για την εξαλλαγή των κυττάρων του τραχήλου της μήτρας .Η κυτταρολογική εξέταση έχει την δυνατότητα να επισημαίνει τις αλλοιώσεις που προκαλεί ο ιός προτού εξελιχθούν σε προκαρκινική ατυπία και καρκίνο .Ορισμένα στελέχη μόνο του HPV είναι*

καρκινογόνα .Μπορούμε να τυποποιήσουμε το στέλεχος του ιού με εξετάσεις μοριακής βιολογίας –γενετικής .<sup>42</sup>

**¶ Τι είναι ο HPV και τι είδους βλάβες μπορεί να προκαλέσει ;**

Ο HPV ή, αλλιώς, ιός των επιπέδων κονδυλωμάτων μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και μπορεί να προκαλέσει βλάβες στα έξω γεννητικά όργανα του άνδρα και της γυναίκας. Προκαλεί βλάβες οι οποίες θεωρούνται προκαρκινικές και, αν μείνουν χωρίς διάγνωση και ενδεχομένως χωρίς αντιμετώπιση, ίσως εξελιχθούν σε καρκίνο.<sup>43</sup>

**¶ Μπορούμε να βρούμε από ποιόν ιό έχει προσβληθεί κάθε άτομο;**

Μπορούμε να βρούμε τον τύπο του ιού που έχει προσβάλει το κάθε άτομο με μία ειδική εξέταση που λέγεται ταυτοποίηση, αφού προηγουμένως πάρουμε με βιοψία ένα τμήμα του τραχήλου της μήτρας.<sup>44</sup>

**¶ Πόσο σημαντικό είναι να ξέρουμε τον τύπο του ιού που μας έχει προσβάλει;**

Θεωρητικά, είναι σημαντικό διότι με αυτό τον τρόπο είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε πόσο ‘επιθετικός’ είναι ο ιός, με άλλα λόγια αν είναι πιο πολλές οι πιθανότητες να αναπτυχθεί καρκίνος, ή αν είναι λιγότερο ‘επιθετικός’, δηλαδή αν υπάρχει μικρότερος κίνδυνος για την εμφάνιση καρκίνου. Στην πράξη, όμως, εφαρμόζουμε την πολιτική του ‘see and treat policy’, δηλαδή την τακτική ‘βλέπω και θεραπεύω’, που έχει να κάνει με τη βλάβη που έχουμε διαγνώσει και το πώς πρέπει να την αντιμετωπίσουμε, χωρίς να μας ενδιαφέρει απόλυτα το είδος του ιού.<sup>44</sup>

**¶ Τι είναι το τεστ Παπανικολάου;**

Το τεστ Παπανικολάου περιλαμβάνει την συλλογή και εξέταση κυττάρων από τον τράχηλο της μήτρας. Αποσκοπεί στην αποκάλυψη κυτταρικών ανωμαλιών,



που συσχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ή ορισμένες προκαρκινικές καταστάσεις.<sup>45</sup>

**Πόσο συχνά η γυναίκα πρέπει να υποβάλλεται σε τεστ Παπανικολάου ;**

Ο γιατρός οφείλει να ενημερώσει τις ασθενείς του σχετικά με την συχνότητα που πρέπει να υποβάλλονται σε τεστ Παπανικολάου .Σύμφωνα με τις γενικές οδηγίες , η γυναίκα πρέπει να υποβάλλεται σε τεστ Παπανικολάου τουλάχιστον μία φορά κάθε τρία έτη , αρχίζοντας περίπου 3 έτη από την έναρξη της σεξουαλικής της δραστηριότητας Είναι σκόπιμη αυτή η αναμονή των τριών , δεδομένου ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αναπτύσσεται βραδέως. Επίσης είναι σπάνιος σε γυναίκες κάτω των 25 ετών .

Στις ηλικίες 65-75 ετών και αφού τουλάχιστον τα τρία τελευταία τεστ είναι φυσιολογικά χωρίς να υπάρχει παθολογικό τεστ τα τελευταία 10 έτη , μπορεί να αποφασιστεί η διακοπή των τεστ Παπανικολάου σε συνεργασία με τον ιατρό. Επίσης , οι γυναίκες ,που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή ( αφαίρεση της μήτρας) , δεν απαιτείται να ελέγχονται με τεστ Παπανικολάου , εκτός εάν η υστερεκτομή έχει πραγματοποιηθεί για την αντιμετώπιση καρκινικών και προκαρκινικών βλαβών .<sup>45</sup>

**Πόσο συχνά αποκαλύπτονται ανωμαλίες με το τεστ Παπανικολάου;**

Στις Η.Π.Α. πραγματοποιούνται περίπου 55 χιλιάδες τεστ Παπανικολάου το χρόνο. Από αυτά, περίπου 3,5 χιλιάδες τεστ (6%) έχουν παθολογικά ευρήματα και απαιτούν περαιτέρω εκτίμηση.<sup>45</sup>

**Π Το τεστ Παπανικολάου μπορεί να διαγνώσει όλους τους καρκίνους των γεννητικών οργάνων;**

Όχι, και για αυτό κάθε χρόνο μαζί με το τεστ Παπανικολάου πρέπει η γυναίκα να εξετάζεται και από γυναικολόγο. Με την γυναικολογική εξέταση είναι

δυνατόν να διαγνωστούν και άλλοι αρχόμενοι καρκίνοι των γεννητικών οργάνων όπως του αιδοίου και των ωοθηκών πριν να προλάβουν να δώσουν συμπτώματα.

Επίσης με την γυναικολογική εξέταση διαπιστώνονται και πολλές καλοήθεις παθήσεις των γεννητικών οργάνων όπως κολπίτιδες, ινομύωματα, κύστες ωοθηκών κ.λ.π.<sup>46</sup>

**¶ Ποιες γυναίκες έχουν αυξημένο κίνδυνο να πάθουν HPV λοίμωξη;**

Οι HPV λοιμώξεις είναι συχνότερες στις νεαρές γυναίκες, ιδιαίτερα σε αυτές που βρίσκονται προς το τέλος της εφηβείας και στην δεκαετία των 20. Δεδομένου ότι οι HPV μεταδίδονται κυρίως με την σεξουαλική οδό, ο κίνδυνος αυξάνεται με τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων. Οι γυναίκες με πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, πολλαπλούς συντρόφους και συντρόφους που κάνουν σεξ και με άλλα άτομα, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο. Επίσης οι γυναίκες με HIV λοίμωξη, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης HPVs και ανάπτυξης τραχηλικών ανωμαλιών. Η μη σεξουαλική μετάδοση των HPVs είναι σπάνια. Ο ιός συχνά εξαφανίζεται, αλλά παραμένει για χρόνια μετά τη λοίμωξη.<sup>45</sup>

**¶ Πόσο αποτελεσματικό είναι το νέο εμβόλιο;**

Σε γυναίκες που είναι σεξουαλικά ενεργές, οι οποίες ακόμη δεν έχουν μολυνθεί από τον ιό HPV που προκαλεί τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, η χορήγηση του εμβολίου κατά του εν λόγω ιού, θα μπορούσε να μειώνει δραστικά τον αριθμό των νέων προκαρκινικών βλαβών και καρκίνων του τραχήλου της μήτρας που προκαλούνται από τους ιούς HPV 16 και 18.<sup>16</sup>

**β Τι πρέπει να γνωρίζουν οι κοπέλες που εμβολιάζονται;**

*Πρέπει να συνεχίσουν τους προληπτικούς ελέγχους με το τεστ Παπανικολάου για τους πιο κάτω λόγους:*

3. *Το εμβόλιο δεν προστατεύει από όλα τα στελέχη*
4. *Μια κοπέλα μπορεί να μολύνθηκε από κάποιο στέλεχος πριν τον εμβολιασμό*
5. *Μπορεί να μην έκανε όλες τις δόσεις για να έχει πλήρη κάλυψη του εμβολίου<sup>47</sup>*

**β Είναι δυνατόν να προληφθούν οι ή η μετάδοση του ιού;**

*Η πρόληψη της μετάδοσης του ιού μπορεί να επιτευχθεί αν κανείς επιλέγει όσο το δυνατόν πιο προσεκτικά τον ερωτικό του σύντροφο (αποφυγή συντρόφων με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό), δεν συνουσιάζεται με πολλούς συντρόφους, διατηρεί σε καλή κατάσταση τον οργανισμό και την υγεία του και, επίσης, χρησιμοποιεί προφυλακτικό, είτε ανδρικού είτε γυναικείου τύπου. Σε ότι αφορά τις βλάβες των ιστών, δηλαδή τις δυσπλασίες, δεν υπάρχει πρόληψη, όμως είναι σημαντική η έγκαιρη διάγνωση.<sup>44</sup>*

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

(Στην βιβλιογραφία εμπεριέχονται και ηλεκτρονικές διευθύνσεις και περιοδικά, με την σειρά που αναφέρονται στο κείμενο. )

1. Παπανικολάου, Γυναικολογία, 3<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις Παρισιανού, 2005
2. Dr. Ζήσης Θ. καθηγητής Τ.Ε.Ι. Πατρών, Σημειώσεις Ανατομίας Ι, 1999
3. Dr. Miriam Stoppard, Το γυναικείο σώμα , Εκδόσεις Δομική, 1996
4. Thomson & Thomson, Ιατρική Γενετική, Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο 2001
5. <http://www.news.pathfinder.gr>
6. <http://www.eccce-cervical-cancer.org>
7. Σέργιος Μανταλενάκης, Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Β΄ Έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ
8. <http://www.gyn.gr>
9. Κουρούνης Σ. Γεώργιος, Παθολογία Κατωτέρου Γεννητικού Συστήματος - Κολποσκόπηση, Αθήνα 2004
10. Prof. Filippo Medina, Σύγχρονος Ιατρικός Οδηγός για το Σπίτι, Εκδόσεις Β.Χ. Σιαμαντάς – Α. Ούβας 2003
11. Σαχίνη – Καρδαση Άννα, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 2<sup>ος</sup> τόμος, Β΄ Έκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2004
12. Λώλης Ε. Δημήτρης, Γυναικολογία – Μαιευτική, τόμος Α΄, Β΄ Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού
13. <http://www.iatrikionline.gr>

14. Κολιόπουλος Κ. Γεώργιος, Διδακτορική Διατριβή, Οι Μετά – αναλύσεις στη Γυναικολογική Ογκολογία, Ιωαννίνα 2004
15. Περιοδικό Cancer, Αύγουστος 2002
16. <http://www.medlook.net>
17. <http://www.disabled.gr>
18. <http://www.health.in.gr>
19. <http://www.mednet.gr>
20. Παπανικολάου Ν., Γυναικολογική Ογκολογία Νίκου Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη 1987
21. Ο καρκίνος, Διάγνωση, Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους, Εκδόσεις ΚΑΤΟΠΤΡΟ 1990
22. 12<sup>ο</sup> Συνέδριο Κλινικής Ογκολογίας
23. Μαλγαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, τόμος Β΄, μέρος 2<sup>ο</sup>, Αθήνα 2003
24. Κοτροτσίου Ευαγγελία καθηγήτρια Τ.Ε.Ι Λάρισας ΕΦ. – Θεοδοσοπούλου Ελένη Επικ. Καθηγήτρια νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών – Λεμονίδου Χρυσούλα Αναπληρωματική καθηγήτρια νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ορόλος του νοσηλευτή στην ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου, Τριμηνιαίο Περιοδικό Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος , τομος 38, τευχος 4, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 1999
25. Ροβίθης Μιχαήλ νοσηλευτής Τ.Ε. ΜSC – ΠΕ. ΠΑ. Γ. Ν. Ηρακλείου, Η δύναμη των νοσηλευτών στην διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου, Τριμηνιαίο Περιοδικό Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος , τομος 41, τευχος 2, Απρίλιος – Ιούνιος 2002

26. Τσιλιγκιρόγλου - Φαχαντίδου Άννα, Υγιεινή, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1991
27. Τσίκος Νικόλαος – Σ. Καραγεωργοπούλου-Γράβανη, Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής, Έκδοση 2<sup>η</sup> , Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ 1999
28. Τριχοπούλου Αντωνία και Τριχόπουλος Δημήτρης, Προληπτική Ιατρική, Αθήνα 1986
29. <http://www.health.epotral.gr>
30. <http://www.cosmo.gr>
31. The Mastermind group (organizing your success), Πρόληψη Καρκίνου του Αιδοίου και του Κόλπου, Δελτίο τύπου Δευτέρα 12 Ιουνίου 2007
32. <http://www.drkalogirou.gr>
33. <http://www.makthes.gr>
34. <http://www.dhmoths.gr>
35. <http://www.homeopathy.gr>
36. Γκουρνέλη Κ. Θωμα, Υγιεινή, Εκδόσεις Μπαχαρίδη, Θεσσαλονίκη 1992
37. Meg Gulanick, Deidra Drashar, Michela Knoll Puzas, Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική Φροντίδα, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ
38. Μαλγαρινου Μ.Α. – Κωνσταντινιδου Σ.Φ. , Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική, τόμος Α΄, Αθήνα 2002
39. Σαχίνη – Καρδαση Άννα, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 1<sup>ος</sup> τόμος, Β΄ έκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2002
40. Μόσχου – Κάκου Αθηνά, Ογκολογική Νοσηλευτική, Πάτρα, Σεπτέμβριος 1999
41. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ε΄ Έκδοση, Αθήνα 2005

42. <http://www.letto.gr>
43. <http://www.inout.gr>
44. <http://www.femme.gr>
45. <http://www.inpap.org>
46. <http://www.tinos.biz.gr>
47. <http://www.iatronet.gr>