

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ:
ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ Msc
Καθηγήτρια Εφαρμογών

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:
ΚΑΡΑΚΑΤΣΑΝΙΔΟΥ ANNA
Σπουδάστρια

ΠΑΤΡΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	4
1.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	5
1.3 ΥΦΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	8
1.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1 Η ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	10
2.2 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ	11
2.3 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ	12
2.4 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΟΓΚΩΝ	12
2.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

3.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	16
3.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	17
3.3 ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	20
3.4 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	21
3.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	24
3.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	26
3.7 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	32
3.8 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	33
3.9 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ	36
4.2 ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	37
4.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ	40
4.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

5.1 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	49
5.2 ΣΤΟΧΟΣ	49

5.3 ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	50
5.4 ΕΙΔΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	52
5.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	52
5.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°	
6.1 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	56
6.2 ΣΤΟΧΟΣ	58
6.3 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	58
6.4 ΟΔΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	59
6.5 ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ-ΔΙΑΡΚΕΙΑ	59
6.6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	60
6.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°	
7.1 LASER ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ	63
7.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ: Συνδυασμένη θεραπεία με καλύτερα αποτελέσματα	64
7.3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°	
8.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ	68
8.2 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	68
8.3 ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΣ	69
8.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°	
9.1 ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	73
9.2 ΓΕΝΙΚΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	74
9.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10°	
10.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	77
10.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	77
10.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΜΒΟΛΙΟΥ	79
10.4 ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ-ΠΡΟΛΗΨΗΣ	81
10.5 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 ^ο	
11.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	84
11.2 ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	85
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	92
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος, μια από τις σοβαρότερες ασθένειες της εποχής μας, που το άκουσμα της προκαλεί φόβο και τρόμο στον πληθυσμό, ως ασθένεια ανίατη αλλά και ως ένα στίγμα από τα μεγαλύτερα στο χώρο της ιατρικής.

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

Ο καρκίνος αποτελείται από μια ομάδα κυττάρων που διαφέρουν από τα κανονικά κύτταρα του σώματος στο ότι, αντί να αναπτύσσονται κανονικά με έναν ελεγχόμενο τρόπο για να σχηματίσουν υγιείς ιστούς, φαίνεται να βρίσκονται έξω από κάθε έλεγχο και εξαπλώνονται γρήγορα μέσα στο σώμα, είτε με το αίμα ή κατ' ευθείαν μέσα από τους ιστούς, σκοτώνοντας τα φυσιολογικά όσο αναπτύσσονται. Η βιολογική συμπεριφορά των περισσότερων καρκίνων αλλάζει με τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία ή με ορισμένους ορμονικούς χειρισμούς, ιδιαίτερα όταν η αντιμετώπιση γίνει έγκαιρα.

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Είναι από τους καρκίνους που αν διεγνωσθεί σε πρώιμο στάδιο μπορεί να θεραπευτεί πλήρως. Έτσι είναι αναγκαίο να δώσουμε μεγαλύτερη έμφαση στο θέμα τής πρόληψης του καρκίνου αυτού και στην έγκαιρη διάγνωσή του, καθώς αποτελεί την κυριότερη οδό, όπως έχει αποδειχθεί, που μπορεί να οδηγήσει στην θεραπεία του ασθενούς.

Συγκεκριμένα, στην εργασία αυτή αναφέρονται αρχικά κάποια στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας τού γυναικολογικού συστήματος και ο ρόλος του τραχήλου. Έπειτα, ακολουθούν γενικευμένες πληροφορίες για τον καρκίνο, όπως για παράδειγμα, διάκριση των όγκων, σταδιοποίησή τους και αιτιολογία καρκίνου, για την καλύτερη κατανόησή του.

Στή συνέχεια γίνεται αναφορά για τόν καρκίνο τραχήλου μήτρας, συγκεκριμένα, επισημαίνοντας τούς προδιαθεσικούς παράγοντες της νόσου, τις μορφές, τήν συμπτωματολογία του καρκίνου αυτού, τα στάδια και τη διάγνωσή του. Η σπουδαιότητα του γνωστού τέστ Παπανικολάου, που είναι μέθοδος ανώδυνη, φθηνή και γενικώς εφαρμόσιμη, που έχει σώσει και θα συνεχίζει να σώζει εκατοντάδες γυναίκες ετησίως.

Επίσης ακολουθεί εκτενής αναφορά, της θεραπείας του καρκίνου αυτού, με την παρουσία νοσηλευτικής φροντίδας σε χειρουργική αγωγή, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

Επιπρόσθετα, παρουσιάζονται εναλλακτικές θεραπείες, όπως για παράδειγμα η χρήση Laser και η ταυτόχρονη χρήση χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας.

Ακόμη, τονίζεται ο σημαντικός ρόλος της νοσηλεύτριας-τή, απέναντι στην ενημέρωση και ψυχολογική στήριξη της καρκινοπαθούς γυναίκας, από την ανίχνευση τής νόσου, μέχρι την θεραπεία ή ακόμη και το τελικό της στάδιο.

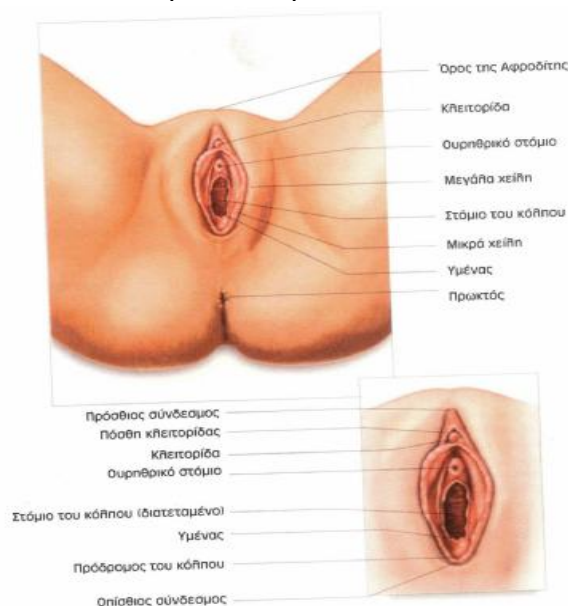
Τέλος, ακολουθεί περιστατικό ασθενούς (καρκίνο τραχήλου μήτρας), με εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Βασικός **σκοπός** της εργασίας είναι να αναφερθούν όλοι οι παράγοντες που προδιαθέτουν σε καρκίνο τραχήλου της μήτρας και η σπουδαιότητα των διαγνωστικών εξετάσεων, καθώς και να τονιστούν όλες οι θεραπευτικές επιλογές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

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. (Παπανικολάου, 1994)



Το αιδοίο αποτελείται από:

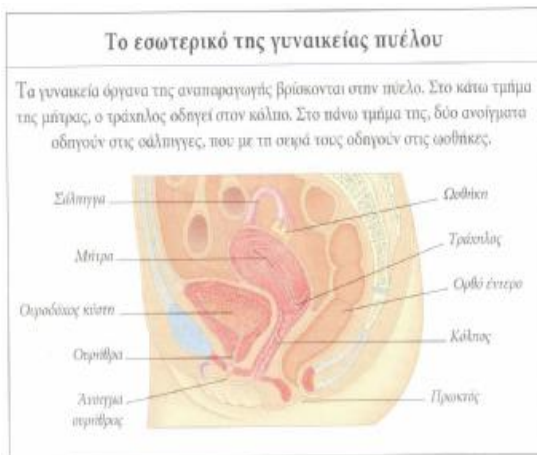
- Εφηβαίο** αποτελεί ένα λιπώδες έπαρμα πάνω από την ηβική σύμφυση, που καλύπτεται από τριχωτό δέρμα. (Καλογερόπουλος, 1996)
- **Τα μεγάλα χείλη** του αιδοίου αποτελούνται από δύο μεγάλες δερματικές πτυχές, που συγχωνεύονται προς τα εμπρός και σχηματίζουν τον πρόσθιο σύνδεσμο και προς τα πίσω ενώνονται και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο. Καλύπτονται στην έξω επιφάνεια από πυκνή τρίχωση και περιέχουν συνδετικό ιστό και δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Το δέρμα τους αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, χόριο και ένα λεπτό στρώμα λείων μυϊκών ινών.
- Τα μικρά χείλη** του αιδοίου παριστάνουν δύο δερμάτινες πτυχές που απολήγουν προς τα εμπρός στην πόσθη και στον χαλινό της κλειτορίδας. Προς τα πίσω τα μικρά χείλη ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό τους, μπροστά από τον οποίο σχηματίζεται ο σκαφοειδής βόθρος.

Το δέρμα τους είναι άτριχο και αποτελείται από πλακώδες επιθήλιο, που μεταβάλλεται βαθμιαία προς τη βάση των χειλέων σε βλεννογόνο επιθήλιο. Περιέχουν συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολυάριθμα αιμοφόρα αγγεία και στυτικό ιστό που κάνει τα μικρά χείλη ιδιαίτερα ευαίσθητα.

-Η κλειτορίδα που αποτελείται από δύο κυλινδρικά σφραγγώδη σώματα, που καταλήγουν στη βάλανο της κλειτορίδας. Έχει μήκος 3-4εκ. Τα σφραγγώδη σώματα καλύπτονται από τους βολβοσφραγγώδεις μύες, οι οποίοι παγιδεύουν με τη σύσπασή τους το αίμα στα σφραγγώδη σώματα και επιφέρουν τη στύση της κλειτορίδας.

-Πρόδρομος είναι η περιοχή που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και των χαλινό τους. Σ' αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος και καταλήγουν τα στόμια παρακείμενων αδένων. Καλύπτεται από βλεννογόνο με πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. (Καλογερόπουλος,1996, Παπανικολάου, 1994)

1.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ



-Κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα μήκους, 8-10εκ. περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα στον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Έχει σχήμα **H** (σε εγκάρσια διατομή), με κατεύθυνση προς τα πίσω και άνω σε όρθια γυναίκα. Τα κοιλικά τοιχώματα είναι πτυχωτά και καλύπτονται με βλεννογόνο από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο χωρίς αδένες.

(Καλογερόπουλος,1996, Παπανικολάου,1994)

-Μήτρα έχει περίπου το μέγεθος ενός αχλαδιού. Διαθέτει ένα παχύ, μυϊκό τοίχωμα και είναι τοποθετημένη μέσα στη μικρή πυέλο μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Έχει μήκος περίπου 7-8εκ. και εγκάρσια διάμετρο περίπου 4εκ.

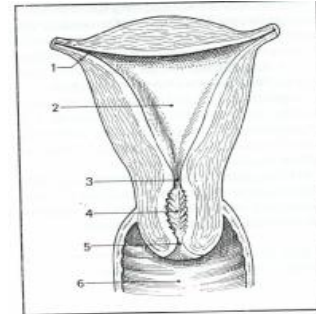
Η μήτρα στηρίζεται στο μέσο της μικρής πυέλου με τους στρόγγυλους, τους πλατείς, τους ιερομητρικούς και τους εγκάρσιους τραχηλικούς συνδέσμους και προς τα κάτω με τους ανελκτήρες του πρωκτού. (Καλογερόπουλος, 1996).

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. (Παπανικολάου, 1994).

Η μήτρα καλύπτεται στο σύνολό της από περιτόναιο (ορογόνο χιτώνας) με εξαίρεση το πρόσθιο κάτω τμήμα της, που καλύπτεται από την ουροδόχο κύστη.

Η αιματική παροχή εξασφαλίζεται κυρίως από τη μητριαία αρτηρία (τελικό κλάδο της υπογάστριας ή έσω λαγονίου αρτηρίας).

Η νευρώση στο σώμα της μήτρας παρέχεται από τις κατώτερες θωρακικές, καθώς και από τις οσφυϊκές και τις ιερές ρίζες. (Καλογερόπουλος, 1996)



Μήτρα
1. Σαλπγγικό στόμιο, 2. Κοιλότητα σώματος, 3. Εσωτερικό τραχηλικό στόμιο, 4. Τραχηλικός αυλός, 5. Εξωτερικό τραχηλικό στόμιο, 6. Κόλπος.

-**Τράχηλος** αποτελεί το τμήμα σύνδεσης μεταξύ της μήτρας και του κόλπου και βρίσκεται στο άνω τμήμα του κόλπου. (Γουέστ, 2000). Αποτελεί ένα κωνοειδές και σχετικά σκληρό όργανο, μήκους 2-3εκ. και εξωτερικής διαμέτρου 2,5εκ. (Καλογερόπουλος, 1996).

Ο τράχηλος διακρίνεται σε δύο μοίρες την υπερκολπική, που βρίσκεται σε συνέχεια με το σώμα της μήτρας, και την ενδοκολπική, που είναι συνέχεια της πρώτης και προβάλλει μέσα στον κόλπο σχηματίζοντας τους θόλους, που διακρίνονται σε πρόσθιο, οπίσθιο, δεξιό και αριστερό.

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. (Παπανικολάου, 1994).

Το έξω τραχηλικό στόμιο είναι στρογγυλό στην άτοκο γυναίκα, με διάμετρο κυμαινόμενη στις διάφορες φάσεις του κύκλου μεταξύ 0,2 και 0,5-0,6εκ., ενώ γίνεται σχισμοειδές μετά τον τοκετό.

Η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται μέχρι το έξω στόμιο από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ ο ενδοτραχηλικός αυλός επικαλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο. Η αγγειακή παροχή στον τράχηλο προέρχεται από την τραχηλική αρτηρία, που αποτελεί κλάδο της κατιούσης μητριαίας αρτηρίας.

Η νεύρωση προέρχεται από το δεύτερο, το τρίτο και το τέταρτο ιερό νεύρο και το πυελικό συμπαθητικό πλέγμα. (Καλογερόπουλος, 1996)

-Ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Είναι δύο, συμπαγείς στη σύσταση και έχουν το σχήμα και το μέγεθος αμυγδάλου. (Παπανικολάου, 1994)

Έχουν διαστάσεις 3*2*1,5εκ. και το βάρος τους ανέρχεται σε 7-12γραμ. Είναι λευκωπά όργανα και είναι τοποθετημένα στα «ωοθηκικά βοθρία» σχεδόν εγκάρσια προς το πλάγιο πυελικό τοίχωμα. (Καλογερόπουλος, 1996). Οι ωοθήκες στηρίζονται από τους κρεμαστήρες συνδέσμους, τους μητροωοθηκικούς ή ίδιους συνδέσμους και τα μεσωοθήκια. Οι ωοθήκες αποτελούνται από έξω προς τα μέσα από το βλαστικό επιθήλιο, τη φλοιώδη ουσία τη μυελώδη ουσία και τις πύλες. (Παπανικολάου, 1994)

Οι ωοθηκικές αρτηρίες εκπορεύονται από την αορτή, φθάνουν στις ωοθήκες μέσω του κρεμαστήρα συνδέσμου και αναστομώνονται με τους τελικούς κλάδους των μητριάων αρτηριών. Η νεύρωση προέρχεται από τις ραχιαίες ρίζες του Θ10 και πρώτου ιερού νεύρου, καθώς και από ίνες του πυελικού και του οσφυϊκού πλέγματος. (Καλογερόπουλος, 1996)

-Σάλπιγγες αποτελούν δύο λεπτούς σωλήνες, μήκους 10-12εκ., και εκτείνονται ανάμεσα από τα κέρατα της μήτρας και τις ωοθήκες. Αποστολή τους είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωοθηκών μέσα στον αυλό τους, για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να πετύχουν σύλληψη. (Παπανικολάου, 1994)

Το τοίχωμα της σάλπιγγας αποτελείται από δύο στρώματα λεπτών μυϊκών ινών, ένα επίμηκες προς την εξωτερική επιφάνεια και ένα κυκλωτερές προς τον αυλό.

Ο αυλός της σάλπιγγας επικαλύπτεται από κυβοειδές επιθήλιο με αραιό στρώμα.

Η αγγειακή παροχή στα πλησιέστερα προς τη μήτρα τμήματα της σάλπιγγας προέρχεται από τους τελικούς κλάδους της μητριάιας αρτηρίας, ενώ τα περιφερειακά τμήματα αιματώνονται από κλάδους της ωοθήκης. Η νεύρωση είναι παρόμοια με της μήτρας.

(Καλογερόπουλος, 1996)

1.3 ΥΦΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Η υφή του τραχήλου δεν είναι όμοια με την υφή του σώματος της μήτρας. Ο αυλός του τραχήλου, ο ενδοτράχηλος, καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, που εμφανίζει καταδύσεις μέσα στο μυϊκό τοίχωμα. Το επιθήλιο αυτών των καταδύσεων, που δεν αποτελούν ουσιαστικούς αδένες, παρακολουθεί τις μεταβολές του ωθητικού κύκλου.

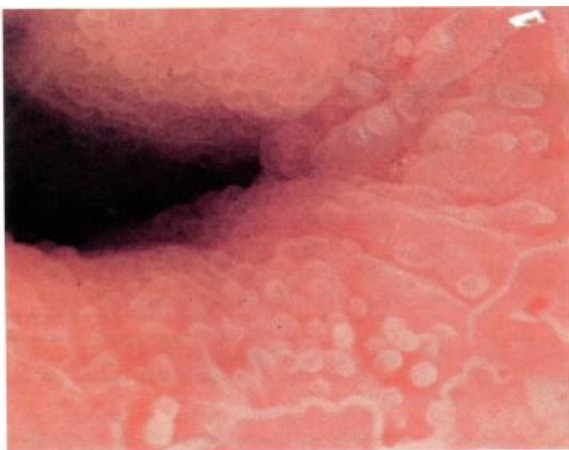
Τα κύτταρα του επιθηλίου του ενδοτραχήλου είναι δύο ειδών. Αυτά που έχουν βλεφαρίδες και αυτά που δεν έχουν. Οι βλεφαρίδες των βλεφαριδοφόρων κυττάρων βρίσκονται στην επιφάνειά τους και κινούνται προς το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου υποβοηθώντας τη ροή βλέννας προς τον κόλπο.

Τα κύτταρα που δεν έχουν βλεφαρίδες, παράγουν βλέννα και με ρήξη της μεμβράνης τους τη στέλνουν στον ενδοτράχηλο.

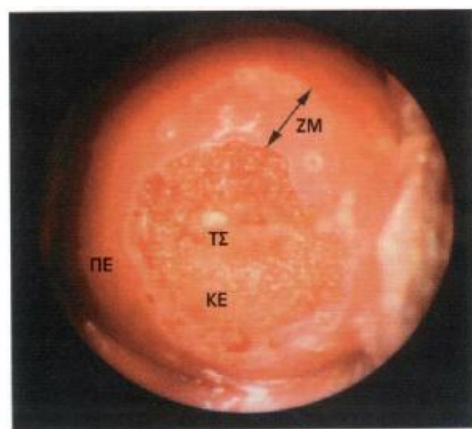
Στην πρόσθια και στην οπίσθια επιφάνεια του ενδοτραχήλου υπάρχουν πτυχές ευδιάκριτες, όταν το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο είναι ανοιχτό, οι φοινικοειδείς πτυχές, γιατί μοιάζουν με φύλλα φοίνικα.

Η κοιλική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται από το ίδιο πλακώδες επιθήλιο, που καλύπτεται και ο κόλπος, ως το όριο του εξωτερικού τραχηλικού στομίου. Το επιθήλιο αυτό επηρεάζεται από την ορμονική ωθητική δραστηριότητα. Κάτω από το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκοιλικής μοίρας του τραχήλου υπάρχει η βασική μεμβράνη που φέρνει το επιθήλιο σε επαφή με τη μυϊκή στοιβάδα του τραχήλου.

Στο εξωτερικό στόμιο του τραχήλου δυνατόν ν' ανευρεθούν φραγμένες τραχηλικές καταδύσεις, που σχηματίζουν τα ωάρια του Naboth. (Παπανικολάου, 1994)



Φυσιολογικός τράχηλος.
Συνένωση πλακώδους-κυλινδρικού
επιθηλίου.



Κοίποσκοπική εικόνα τραχήλου γυναίκας 24 ετών.
ΠΕ: πήσκώδες επιθήλιο, ΚΕ: κυλινδρικό επιθήλιο, ΤΣ:
τραχηλικό στόμιο, ΖΜ: ζώνη μεταπλαστικού επιθηλίου
(Ιδία).

1.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ.

Ο ρόλος του τραχήλου είναι:

- Διαστέλλεται κατά τον τοκετό.
- Επιτρέπει στο αίμα να διέρχεται κατά την έμμηνο ρύση.
- Επιτρέπει στο σπέρμα να διέλθει από αυτόν προς τη μήτρα κατά τη σεξουαλική επαφή. (Γουεστ, 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2.1 Η ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο καρκίνος είναι η νόσος που μπορεί να προσβάλει οποιοδήποτε όργανο του σώματος. (Engram, 2001). Χαρακτηρίζεται από ανώμαλη ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό των κυττάρων ενός οργανικού συστήματος του ανθρώπινου σώματος. Δηλαδή ο καρκίνος είναι μια λανθασμένη φυσιολογική διαδικασία. (Σπηλιώτης, 1999). Για τις διογκώσεις των συμπαγών οργάνων οι οποίες προκαλούν καρκίνο, χρησιμοποιούνται οι όροι όγκος και νεόπλασμα. (Engram, 2001).

Τι συμβαίνει όμως και μια φυσιολογική λειτουργία παρεκκλίνει και δημιουργεί συνθήκες για μια τόσο φοβερή ασθένεια;

Τα χρωμοσώματα μας, δομικό συστατικό των κυττάρων μας, περιέχουν μηνύματα που καθορίζουν την ανάπτυξη, λειτουργία και συμπεριφορά των οργάνων μας. Ο οργανισμός μας αποτελείται από χιλιάδες κύτταρα και κάθε κύτταρο έχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων, που μέσω των γονιδίων κωδικοποιούν τα διάφορα μηνύματα. Σε κυτταρικό επίπεδο κάθε φορά που το κύτταρο διαιρείται, αυτοαναπαράγονται και τα χρωμοσώματα. Στην πορεία της κυτταρικής διαίρεσης κάτι μπορεί να λειτουργήσει λάθος και να αλλάξει τον δρόμο. Μια τέτοια μετάλλαξη αλλάζει και τα γονίδια ένα ή περισσότερα. (Σπηλιώτης, 1999)

Τα μεταλλαχθέντα γονίδια αρχίζουν να στέλνουν λανθασμένα μηνύματα ή ένα τουλάχιστον μήνυμα διαφορετικό από αυτό που θα έπρεπε να δοθεί. Τότε, ένα κύτταρο αρχίζει να αναπτύσσεται με μεγαλύτερη ταχύτητα. Πολλαπλασιάζεται συνεχώς ώσπου να σχηματίσει έναν όγκο, τον λεγόμενο κακοήθη όγκο ή καρκίνο. (Dollinger, Rosenbaum, 1992)

Χάνοντας, την ικανότητα να ανταποκρίνονται στα φυσιολογικά ερεθίσματα που ευνοούν τη διαφοροποίηση και περιορίζουν τον πολλαπλασιασμό, τα καρκινικά κύτταρα πετυχαίνουν κατά κάποιο τρόπο την αθανασία.

Βέβαια, στο σώμα που αναπτύσσονται, μοιραία δεν θα παραμείνουν αθάνατα, γιατί με το πολλαπλασιασμό τους θα προκαλέσουν το θάνατο του ατόμου και μαζί του θα καταστραφούν και αυτά. Αντίθετα αν πάρουμε από το σώμα, και τα καλλιεργήσουμε in vitro, σε κατάλληλες συνθήκες, τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να πολλαπλασιάζονται συνέχεια, ενώ όλα τα φυσιολογικά κύτταρα, ακόμα και με ιδεώδεις συνθήκες in vitro

καλλιέργειας, μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα παύουν να πολλαπλασιάζονται και τελικά καταστρέφονται. (Τσακρακλίδης, 1999)

2.2 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ

Οι όγκοι είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι δεν εισβάλλουν στους πέριξ ιστούς και δεν είναι θανατηφόροι. Τα κακοήθη νεοπλάσματα διασπείρονται στους πέριξ ιστούς, τελικά δε επιδρούν στην φυσιολογική λειτουργία. Τα κακοήθη κύτταρα πολλαπλασιάζονται περισσότερο ταχέως από τα φυσιολογικά κύτταρα. Οι μεταστάσεις παρατηρούνται σε απομακρυσμένες περιοχές του σώματος μέσω του αίματος, των λεμφαδένων ή δια της αμέσου εισβολής των οργάνων και ιστών.

Οι όγκοι ονομάζονται σύμφωνα με τον τύπο του ιστού από τον οποίο προέρχονται:

-Καρκίνωμα: προέρχεται από τον επιθηλιακό ιστό(δέρμα, πνεύμονες, μαστοί, έντερο).

-Λέμφωμα: προέρχεται από τους λεμφαδένες.

-Λευχαιμία: προέρχεται από τα κύτταρα του μυελού των οστών, τα οποία παράγουν λευκά αιμοσφαίρια.

-Σάρκωμα: προέρχεται από τον συνδετικό ιστό(οστά). (Engram, 2001)

-Μυέλωμα: πρόκειται για κακοήθεις νεοπλασίες των πλασματοκυττάρων του μυελού των οστών, τα οποία παράγουν τα αντισώματα.

-Όγκος των γεννητικών κυττάρων: προέρχεται από τα κύτταρα των όρχεων και των ωοθηκών, τα οποία παράγουν σπερματοζωάρια και ωάρια.

-Μελάνωμα: προέρχεται από τα μελανοκύτταρα του δέρματος, τα οποία παράγουν μελανίνη.

-Γλοίωμα: προέρχεται από τα κύτταρα της νευρογλοίας του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού.

-Καρκίνωμα in situ: προέρχεται από τα επιθηλιακά κύτταρα κυρίως του τραχήλου της μήτρας και των μαστικών πόρων.(Ρις, 2000)

2.3 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ

Καλοήθη:

- 1.Αναπτύσσονται με βραδύ ρυθμό και δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς.
- 2.Τα νεοπλασματικά κύτταρα μοιάζουν με το μητρικό ιστό.
- 3.Είναι περιγεγραμμένα και περιβάλλονται από κάψα.
- 4.Δεν προκαλούν μεταστάσεις.
- 5.Όταν αφαιρεθούν δεν υποτροπιάζουν.
- 6.Δεν κινδυνεύει η ζωή του πάσχοντος, παρά μόνο προκαλούν βλάβες μόνο από μηχανική ενέργεια.

Κακοήθη:

- 1.Αναπτύσσονται σχετικά γρήγορα και διηθούν τα παρακείμενα όργανα.
- 2.Τα νεοπλασματικά κύτταρα χάνουν την ομοιότητα τους με το μητρικό ιστό.
- 3.Δεν περιβάλλονται από κάψα.
- 4.Εμφανίζουν αιματογενείς, λεμφογενείς και ελεύθερες μεταστάσεις.
- 5.Μετά την αφαίρεσή τους συχνότατα υποτροπιάζουν.
- 6.Αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα είναι θανατηφόρα.(Τσίκος, Καραγεωργοπούλου – Γραβάνη, 1999)

2.4 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΟΓΚΩΝ

Οι όγκοι περιγράφονται με βάση το βαθμό διαφοροποίησης και το στάδιό του. Ο βαθμός διαφοροποίησης αναφέρεται σε καλώς, μετρίως ή φτωχού βαθμού διαφοροποίησης.

Η σταδιοποίηση συμπεριλαμβάνει τη χρήση διαφόρων διαγνωστικών εξετάσεων οι οποίες καθορίζουν την εντόπιση του όγκου, το μέγεθος, τον κυτταρικό τύπο και την

έκταση των μεταστάσεων. Το καρκίνωμα ταξινομείται έτσι σε τέσσερα στάδια: I, II, III, IV. Όσο υψηλότερο το στάδιο, τόσο η πρόγνωση είναι βαρύτερη.

Η εκτίμηση του όγκου γίνεται με τη χρήση ορισμένων δεικτών:

- **Συμπαγείς όγκοι:**

- Μέγεθος της ψηλαφούμενης μάζας.

- Ακτινολογικές μελέτες του όγκου.

- Μυελόγραμμα.

- **Λευχαιμία:**

- Αριθμός κυττάρων του αίματος και εξέταση του περιφερικού αίματος για άωρα κύτταρα.

- **Άλλοι καρκίνοι:**

- Παρουσία ή απουσία ειδικών παραπρωτεϊνών του ορού ή των ούρων.

- Γοναδοτροφίνες.

- Λειτουργικές εξετάσεις των οργάνων.

- Εξαφάνιση των συμπτωμάτων.

- Απουσία του CEA(καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο). (Engram, 2001)

2.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Παρόλο που ο καρκίνος θεωρείται σαν μια ασθένεια, στην πραγματικότητα περιλαμβάνει πάνω από 250 διαφορετικά νοσήματα. Για τους περισσότερους καρκίνους δεν υπάρχει σαφώς καθορισμένη αιτία. Ο καρκίνος παραμένει ως κάτι το μυστηριώδες, όμως νέες ενδείξεις και έρευνες, έχουν αυξήσει σημαντικά τις γνώσεις μας.

Αρκετοί καρκίνοι προκαλούνται από μια σειρά επίκτητους μηχανισμούς που σχετίζονται με τη διατροφή(υπερβολική ή ελλιπή), το κάπνισμα, το αλκοόλ, την ατμοσφαιρική ή περιβαλλοντική ρύπανση, την ακτινοβολία, διάφοροι σεξουαλικοί παράμετροι, μερικές ορμόνες και φάρμακα(οιστρογόνα, ανοσοκατασταλτικά), το άγχος και η εξασθένηση του ανοσολογικού συστήματος. Αυτοί οι παράγοντες ευθύνονται για το 40% περίπου των κακοηθών νεοπλασμάτων.

Ακόμη, για ένα ποσοστό που φθάνει το 25-30% ο καρκίνος οφείλεται στην κληρονομικότητα. Δηλαδή σε γεννητικά καθορισμένους «κλώνους» που βρίσκονται στα χρωμοσώματά μας, οι οποίοι κάτω από την επίδραση ορισμένων συνθηκών δημιουργούν καρκινικούς πληθυσμούς. Τέλος, για πολλούς καρκίνους δεν έχουμε ακόμα σαφής αιτία και αυτοί καλύπτουν ένα ποσοστό 30%. (Σπηλιώτης, 1999, Dollinger, Rosenbaym, 1992)

Προδιαθεσικοί παράγοντες. Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που κάνουν ένα άτομο πιο ευαίσθητο από άλλα στην εμφάνιση του καρκίνου. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

Η ηλικία: Αν και όλες οι ηλικίες προσβάλλονται από καρκίνο, εν τούτοις πάνω από τους μισούς αρρώστους με καρκίνο είναι άτομα ηλικίας 55 χρονών και πάνω. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα αυτά έχουν εκτεθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε διάφορους καρκινογόνους παράγοντες.

Το φύλλο: Οι γυναίκες είναι πιο ευαίσθητες σε ορισμένους καρκίνους από τους άνδρες και αντίστροφα, π.χ. οι άνδρες προσβάλλονται πιο συχνά από καρκίνο του πνεύμονα και του στομάχου, ενώ οι γυναίκες του μαστού και του εντέρου.

Τόπος διαμονής (αγροτική ή αστική περιοχή): Οι κάτοικοι των πόλεων προσβάλλονται περισσότερο από καρκίνο από ότι οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών.

Γεωγραφική θέση: Η ευαισθησία των ατόμων σε ορισμένους καρκίνους ποικίλλει μεταξύ των κρατών, π.χ. στην Ιαπωνία οι περιπτώσεις καρκίνου στομάχου είναι περισσότερες από ότι στις ΗΠΑ, ενώ ο καρκίνος του μαστού είναι σπάνιος στην Ιαπωνία και πολύ συχνός στις ΗΠΑ και τις χώρες της Ευρώπης. Αυτή η διαφορά οφείλεται σε παράγοντες του περιβάλλοντος και όχι σε γενετικούς.

Επάγγελμα: Η φύση του επαγγέλματος μπορεί να εκθέτει το άτομο σε περισσότερους καρκινογόνους παράγοντες, π.χ. άτομα που χειρίζονται ραδιοϊσότοπα ή εργάζονται σε μολυσμένο από ραδιενέργεια περιβάλλον κ.α. (Μαλγαρινού, Κωνσταντινίδου, 1997)

Σαν συμπέρασμα όλων αυτών ο καρκίνος είναι μια αθροιστική διαδικασία που εξαρτάται από το:

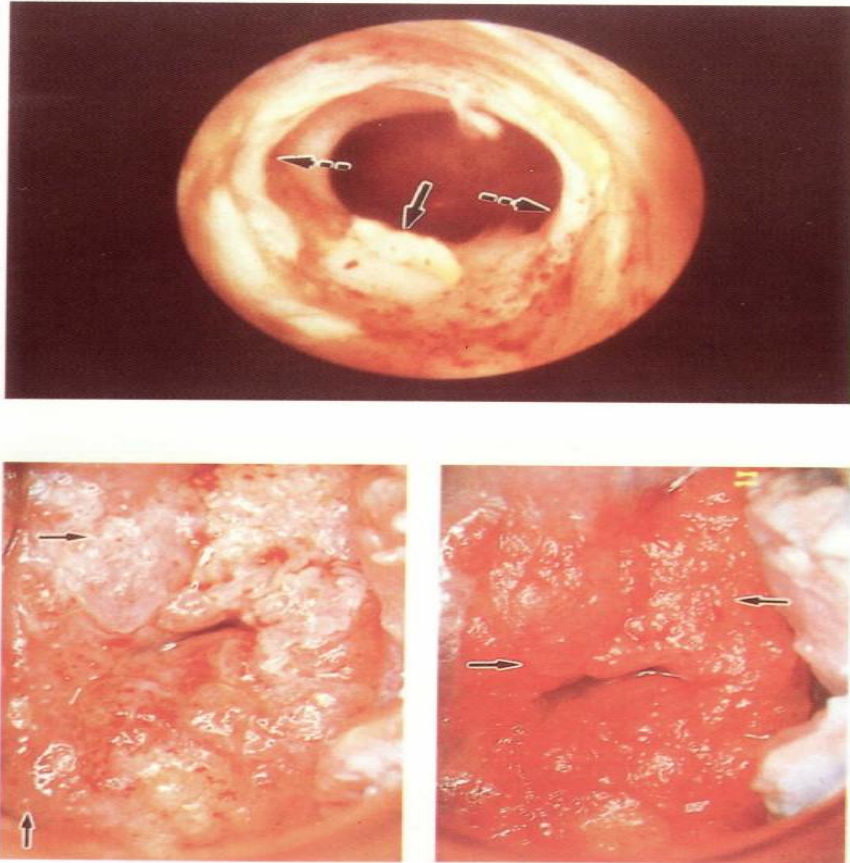
1.ΠΟΙΟΣ ΕΙΣΑΙ (γενετικό υλικό)

2.ΠΩΣ ΖΕΙΣ (συνήθειες, διατροφή, κάπνισμα)

3.ΠΟΥ ΖΕΙΣ (περιβαλλοντική και επαγγελματική έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες). (Σπηλιώτης,1999,Dollinger, Rosenbaum, 1992)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ



Σε συχνότητα 95% ο καρκίνος προσβάλλει το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου αρχίζοντας από τη ζώνη μετάπτωσης του μονόστιβου κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου στο πλακώδες του εξωτραχήλου, και σε συχνότητα 4-5% του ενδοτραχήλου. Η εντόπιση της ζώνης αυτής μεταπτώσεως στον τράχηλο διαφοροποιείται κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας, και συνήθως μετατοπίζεται προς τα έξω, δηλαδή στον εξωτράχηλο κατά την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας (εκτοπία), ενώ υποχωρεί στο εσωτερικό του τραχηλικού αυλού κατά και μετά την εμμηνόπαυση. Ένα πολύ μικρό ποσοστό, που δεν φτάνει το 1%, αφορά σε μεικτές ή αδιαφοροποίητες μορφές του. (Παπανικολάου, 1994, Παπαλουκάς, 1988)

Ο καρκίνος του τραχήλου μήτρας είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους που εμφανίζονται στις γυναίκες. Κατέχει τη δεύτερη θέση μετά τον καρκίνο του μαστού. Είναι πιο συχνός στις ηλικίες μεταξύ 33-35, αλλά μπορεί να συμβεί και σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία. Αναπτύσσεται συχνότερα στις πολύτοκες και σ' αυτές που είχαν σεξουαλική δραστηριότητα σε πολύ νεαρή ηλικία. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 1997)

Σύμφωνα με ποιο πρόσφατα στατιστικά στοιχεία ο καρκίνος του τραχήλου μήτρας σήμερα είναι ο τρίτος πιο συχνός γυναικείος καρκίνος μετά τον καρκίνο του μαστού και του παχέως εντέρου και το 79% των περιπτώσεων παρατηρείται σε αναπτυσσόμενες χώρες. Η υποχώρησή του από τη δεύτερη στην Τρίτη θέση αποδίδεται στην επιτυχημένη εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στις αναπτυγμένες χώρες. Για μια γυναίκα που ζει σε αναπτυγμένη χώρα, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της είναι 1%. Αντίθετα, ο αντίστοιχος κίνδυνος για μια γυναίκα που ζει σε χώρα χωρίς πρόγραμμα πρόληψης ο κίνδυνος είναι 5%. Στην Ε.Ε είναι ο όγδοος κατά σειρά καρκίνος. Παρά την έλλειψη ακριβών στατιστικών στοιχείων, υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα η ετήσια συχνότητα είναι 9.29 ανά 100.000 γυναίκες. (Πανοσκάλτσης, 2006)

3.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι αιτίες που προκαλούν τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας όπως και όλων των καρκίνων, δεν μας είναι γνωστές. Μερικούς όμως προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξή του, μπορούμε να θεωρήσουμε τους παρακάτω:

-Τη σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας, γιατί βρέθηκε συχνότερος σε όσες παντρεύτηκαν μικρές ή άρχισαν νωρίς τις σεξουαλικές τους σχέσεις. Γυναίκες που είχαν σεξουαλική επαφή πριν το 18 έτος της ηλικίας τους έχουν 3πλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο τραχήλου μήτρας από γυναίκες που είχαν επαφή μετά το 18 έτος. Επιπρόσθετα, γυναίκες που είχαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους καθώς και σε όσες είχαν σεξουαλικά υπερδραστήριο σύντροφο, ιδίως όταν η σύντροφός του από προηγούμενο γάμο είχε καρκίνο του τραχήλου. Σε όσες στερήθηκαν τη σεξουαλική ζωή και στις άγαμες ο καρκίνος του τραχήλου δεν είναι τόσο συχνός. Πιστεύεται, πως το

DNA των σπερματοζωαρίων, σχετίζεται με τα προηγούμενα. (Παπανικολάου, 1994, Καλογερόπουλος, 1996)

-Τον ιό του έρπητα τύπου II (HSV-2) που προκαλεί φλεγμονές του τραχήλου και το σχηματισμό κυττάρων με πολλαπλούς πυρήνες.(Παπανικολάου, 1987) Τα γεγονότα που συνηγορούν υπέρ της αιτιοπαθογενετικής ενοχής του ιού είναι:

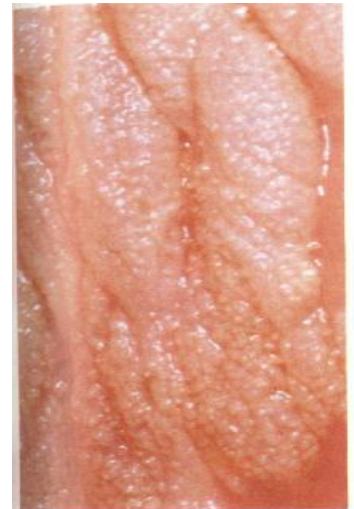
- 1) Η επιδημιολογία του έρπητα των γεννητικών οργάνων που συμβαδίζει με αυτή του καρκινώματος.
- 2) Ο ορός των γυναικών με καρκίνο τραχήλου εξουδετερώνει την δραστικότητα του ιού του έρπητα.
- 3) Γυναίκες που έχουν υποστεί λοίμωξη με ιό του έρπητα παρουσιάζουν δυσπλαστικές ανωμαλίες του τραχηλικού επιθηλίου.
- 4) Ο ιός σε πειραματικό επίπεδο αποδεικνύεται καρκινογόνος. (Παπαδημητρίου, 1990)

-Στην ανάπτυξη του επιθηλιακού καρκινώματος πιθανώς εμπλέκεται και κάποια ανεπάρκεια του ανοσολογικού συστήματος, όπως για παράδειγμα συμβαίνει κατά τη θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.

Μικρή επίσης ανοσοκατασταλτική επίδραση πρέπει να ασκούν και τα στεροειδή αντισυλληπτικά δισκία, τα οποία σύμφωνα με τις υπάρχουσες ενδείξεις ενθαρρύνουν την ανάπτυξη άτυπου επιθηλίου. (Καλογερόπουλος, 1996)

-Κατά τη χορήγηση διαιθυλοστιλβεστρόλης προκαλούνται εκτρόπιο (επέκταση του αδενικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου στον εξωτράχηλο), μικροαδενική υπερπλασία (υπερπλασία μικρών αδενίων τραχηλικού τύπου χωρίς ουσιώδη ατυπία), δυσπλαστικές αλλοιώσεις του επιθηλίου και κολποτραχηλικές πτυχές από υπερπλασία του συνδετικού υποστρώματος. Επίσης είναι γνωστή η ανάπτυξη διαυγοκυτταρικού καρκινώματος και αδένωσης στον κόλπο κοριτσιών των οποίων οι μητέρες κατά την κύηση έκαναν χρήση διαιθυλοστιλβεστρόλης.(Παπαδημητρίου, 1990)

-Τον ιό των θηλωμάτων του ανθρώπου (HPV), που αποτελεί είτε την αιτία είτε έναν ισχυρότατο συμπαράγοντα για να αναπτυχθούν προ-διηθητικά ή διηθητικά καρκινώματα του τραχήλου της μήτρας.



Κονδύλωμα.

Το 90-95% των επιθηλιακών καρκινωμάτων του τραχήλου της μήτρας περιέχουν τον DNA ιό των θηλωμάτων του ανθρώπου. Ο ιός αυτός μεταδίδεται σεξουαλικά.

Τουλάχιστον 50 τύποι των ανθρώπινων θηλωμάτων προσβάλλουν τον άνθρωπο. Οι τύποι 6 και 11 συνήθως προκαλούν κονδυλώματα ενώ οι τύποι 16, 18, 31 και 33 προξενούν συνήθως χαμηλής διαφοροποίησης τραχηλική δυσπλασία (CIN-II και III) και καρκινώματα. Ο ιός προσβάλλει τους ιστούς της κατώτερης γεννητικής οδού και μπορεί να προκαλέσει είτε κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων είτε ήπια, μέτρια ή σοβαρή δυσπλασία, καθώς και καρκίνωμα in situ. (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992)

-Το κάπνισμα ως προδιαθεσικός παράγοντας της τραχηλική δυσπλασίας θα μπορούσε να εξηγηθεί από το ότι κάποια ουσία που περιέχεται στον καπνό του τσιγάρου καταστέλλει τον ανοσοποιητικό μηχανισμό και έτσι επιτρέπει σε μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ουσία να προκαλέσει ανώμαλη κυτταρική ανάπτυξη που καταλήγει στην αρχή της τραχηλική δυσπλασίας. (Κουρούνης, 1991)

-Την χαμηλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση της γυναίκας, γιατί βρέθηκε συχνότερος στις φτωχότερες τάξεις, ίσως λόγω έλλειψης προληπτικού ελέγχου και πλημμελούς υγιεινής. (Παπανικολάου, 1994)

-Τις λοιμώξεις από τριχομονάδες, γλαμύδια, βλεννόρροια όπως επίσης και ιστορικό χρόνιων τραχηλίτιδων. (Σπηλιώτης, 1999)

- Το σπέρμα, το DNA του πυρήνα των σπερματοζωαρίων μπορεί να είναι καρκινογόνο. Το DNA αυτό όταν ενσωματωθεί στους πυρήνες των πλακωδών μεταπλασθέντων και των εφεδρικών κυττάρων, αποκτά μια ειδική σχέση με τα οξέα του πυρήνα, παρόμοια με αυτή των καρκινογόνων ιών. Στο σπέρμα υπάρχουν δύο βασικές πρωτεΐνες, οι πρωταμίνες και οι ιστόνες. Οι πρωταμίνες έχουν μια σημαντική ικανότητα να συνδέονται με το DNA των κυττάρων καθώς και με τα επιφανειακά μικροϊνίδια, η αύξηση των οποίων αποτελεί σταθερό εύρημα στα νεοπλασματικά κύτταρα. (Κουρούνης, 1991)

-Έχει παρατηρηθεί ότι στις φυλές όπου επιβάλλεται η περιτομή οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλή νοσηρότητα στον καρκίνο τραχήλου μήτρας. Αυτό έχει αποδοθεί στο ότι δεν επιτρέπεται η συγκέντρωση σμήγματος στη βαλανοπισθική αύλακα. (Φραγκάκης, 1991, Παπαδημητρίου, 1990, Παπανικολάου, 1987)

3.3 ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Οι φλεγμονές του τραχήλου λέγονται τραχηλίτιδες και διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες είναι:

- Μύκητες
- Τριχομονάδες
- Βακτηρίδια (*Gardnerella vaginalis*)
- Κόκκοι
- Χλαμύδια
- Ιοί (έρπητας τύπου II, HPV)

Συνήθως, η μόλυνση είναι δευτεροπαθής πορεία μιας προηγηθείσας κολπίτιδας ή αιδοιοκολπίτιδας με τους παραπάνω παράγοντες.

Κοινά κλινικά συμπτώματα: κνησμός, πόνος, αίσθημα καύσου, δυσπαρευνία, ουρηθρίτιδα ή κυστίτιδα.

Κατά την γυναικολογική εξέταση παρατηρούνται: έκκριση πυώδους υγρού από τον κόλπο, οίδημα και ερυθρότητα του τραχήλου και πυώδης έκκριση από το στόμιο του τραχήλου. Στη χρόνια τραχηλίτιδα υπάρχει κυρίως λευκόρροια. Σε οξείες φλεγμονές ή επιμένουσες χρόνιες τραχηλίτιδες, είναι δυνατόν να παρατηρούμε στον τράχηλο αιμορραγικές εστίες (ή αίμα μετά την επαφή).

Η διάγνωση αυτών επιτυγχάνεται με τις ακόλουθες εξετάσεις: τεστ pap, καλλιέργεια τραχηλικού και κολπικού υγρού, κολποσκόπηση.

Η θεραπεία είναι αιτιολογική. Μετά την καλλιέργεια κολπικού και τραχηλικού υγρού και την ανεύρεση του αιτίου, χορηγούμε τη θεραπεία που υποδεικνύεται από το αντιβιογράμμα. Η θεραπεία μπορεί να είναι από του στόματος ή τοπική.

Χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά (χάπια ή κρέμα κολπική). Σε ειδικές περιπτώσεις λοιμώξεων (αιμορραγική τραχηλίτιδα, ανθεκτικές μορφές), η θεραπεία πρέπει να είναι επίμονη και υπό εργαστηριακή καθοδήγηση. Το τεστ pap, το εξειδικευμένο HPV-testing, η κολποσκόπηση (με ή χωρίς βιοψία) και η καλλιέργεια τραχηλικού υγρού είναι οι εργαστηριακές εξετάσεις που βοηθούν τόσο στη διάγνωση, όσο και στην αποθεραπεία της φλεγμονής του τραχήλου.

Επεμβατικά και επί επιμένουσας (παρά τη θεραπεία) τραχηλίτιδας, ή σε ιογενείς λοιμώξεις, προβαίνουμε σε κρυοπηξία ή σε ηλεκτροκαυτηρίαση, ή ακόμα σε laser τραχήλου.(Παπαδημητρίου, 2006)

3.4 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ο τράχηλος της μήτρας αποτελεί ευνοημένη θέση από άποψη προσπέλασης τόσο για κυτταρολογική εξέταση όσο και για λήψη βιοψιών προς ιστολογική εξέταση. Έτσι κατέστη δυνατή η λεπτομερειακή μελέτη της φυσική ιστορίας και εξέλιξης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από την απλή υπερπλασία και μεταπλασία, στη δυσπλασία και το καρκίνωμα in situ, που τελικά μεταπίπτει στο διηθητικό καρκίνωμα. (Παπαδημητρίου, 1990)

Για να γίνουν κατανοητές οι μορφές του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αξίζει να επισημάνουμε τους παρακάτω όρους:

- 1.**Υπερπλασία** είναι η αύξηση του αριθμού φυσιολογικών κυττάρων, που είναι αναστρέψιμη, όπως για παράδειγμα το επιθήλιο του μαστικού αδένου στην εγκυμοσύνη.
- 2.**Μεταπλασία** είναι η αντικατάσταση ενός τύπου και καλά διαφοροποιημένων κυττάρων από ένα άλλο τύπο, που είναι αναστρέψιμη, όπως για παράδειγμα τα κυλινδρικά κύτταρα του ενδοτραχήλου από πλακώδη του τραχήλου.
- 3.**Δυσπλασία** είναι η ποικιλία στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων, που συνοδεύεται από απώλεια της φυσιολογικής δομής και αύξηση του αριθμού των κυττάρων, που είναι αναστρέψιμη, όπως για παράδειγμα η αποδιοργάνωση και πάχυνση του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας μετά από τραχηλίτιδα.
- 4.**Αναπλασία** είναι μεγαλύτερη αύξηση της ποικιλίας στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων από ότι στη δυσπλασία και η ύπαρξη υπερχρωματικών πυρήνων και πυρηνοκινήσιών, που δεν είναι αναστρέψιμη και παρατηρείται στις κακοήθεις νεοπλασίες. (Παπανικολάου, 1994)

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

1)**Δυσπλασία ή τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN).** Σ' αυτή βρίσκουμε άτυπα κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και διακρίνεται σε ελαφρά (CIN I), μέτρια (CIN II) και βαριά (CIN III) ανάλογα με το πάχος του επιθηλίου, που περιέχει τα άτυπα κύτταρα.

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

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

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

Στον **CIN III**, υπάρχει ωριμότητα στα κύτταρα εντοπισμένη στο πάνω 1/3 του επιθηλίου, ανωμαλίες των πυρήνων και μιτωτικές εικόνες σε όλο το πάχος του επιθηλίου. (Παπανικολάου, 1994)

Γενικά η δυσπλασία του τραχήλου αποτελεί το όριο μεταξύ ενός φυσιολογικού τραχηλικού επιθηλίου και ενός καρκινικού. (Κουρούνης, 1991)

2)**Προδιηθητικό καρκίνωμα ή in situ καρκίνωμα.** Είναι μια βλάβη που περιλαμβάνει άτυπα κύτταρα και πυρήνες σε όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου και αυξημένη την σχέση πυρήνα/κυτταροπλάσματος. (Κουρούνης, 1991). Θεωρείται ως μη αναστρέψιμη επεξεργασία που μετά την πάροδο ορισμένου χρόνου μεταπίπτει σε διηθητικό καρκίνωμα. (Παπαδημητρίου, 1990)

Οι περισσότερες περιπτώσεις in situ προέρχονται μέσα από τη ζώνη μεταπτώσεως. Κολποσκοπικά η άτυπη ζώνη μετάπτωσης μπορεί να καλύπτει μεγάλο μέρος του τραχήλου και να επεκτείνεται προς το ανώτερο τμήμα του κόλπου. Οι in situ ή καρκινικές αλλοιώσεις μπορεί να προέρχονται από πολλές εστίες μέσα από τη ζώνη μετάπτωσης. Σπανιότατα έχουν αναφερθεί νεοπλασματικές αλλαγές μέσα στο αυθεντικό πλακώδες επιθήλιο αλλά η φυσική τους εξέλιξη είναι προς το παρόν σκοτεινή.

Η πιθανότητα σε μια μη θεραπευθείσα δυσπλασία να μεταπέσει σε in situ καρκίνωμα εξαρτάται άμεσα από το βαθμό της δυσπλασίας.

Έχει διαπιστωθεί ότι ο μέσος χρόνος για να γίνει μια πολύ ελαφρού βαθμού δυσπλασία, *in situ* καρκίνωμα είναι 6 χρόνια, η ελαφρού βαθμού 3, η μετρίου βαθμού 2 και η βαρεία δυσπλασία 1 χρόνος. Αν υπολογισθούν όλοι οι βαθμοί της δυσπλασίας μαζί, τότε ο χρόνος αυτός είναι 4 χρόνια. (Κουρούνης, 1991)

Με αυτή τη μορφή ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει 8-10 χρόνια και να είναι ασυμπτωματικός. (Παπανικολάου, 1994)

3)Μικροδιηθητικό καρκίνωμα. Σ' αυτό, εκτός από τις ατυπίες των κυττάρων ολόκληρου του πάχους του πλακώδους επιθηλίου, υπάρχουν σε μικρή έκταση ατυπίες στη βασική μεμβράνη και μικροδιηθήσεις με τη μορφή βελόνων ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο, που δεν ξεπερνούν τα 3χιλ. και δεν διηθούν αγγεία ή λεμφαγγεία.

4)Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές καρκίνωμα.

Σ' αυτό ο καρκίνος διήθησε τη βασική μεμβράνη και έφτασε στο μυϊκό στρώμα του τραχήλου και από αυτό προχώρησε με διήθηση ή λεμφογενή ή αιματογενή μετάσταση. (Παπανικολάου, 1994). Το επιδερμοειδές καρκίνωμα του τραχήλου είναι ο συνηθέστερος κακοήθης όγκος του γεννητικού συστήματος και εμφανίζεται σε αναλογία 12% περίπου στο σύνολο των κακοηθών νεοπλασιών και 75% στο σύνολο των καρκίνων του τραχήλου. (Καλογερόπουλος, 1996)

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

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

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

γ) Σε **χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνωμα**, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στον τρίτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζονται βαθυχρωματικά, δεν έχουν μεσοκυττάριας γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις παραπάνω από 4.

(Παπανικολάου, 1994)

Σε σπάνιες περιπτώσεις το επιδερμοειδές καρκίνωμα του τραχήλου μήτρας έχει την ιστολογική μορφή του αδιαφοροποίητου ατρακτοκυτταρικού σαρκωματομορφου καρκινώματος με ικανού βαθμού ινοπλασία. Παρά την μορφολογία του το καρκίνωμα αυτό δεν έχει χειρότερη πρόγνωση από τους άλλους ιστολογικούς τύπους του επιδερμοειδούς καρκινώματος του τραχήλου. (Παπαδημητρίου, 1990)

5) **Αδενοκαρκίνωμα.** Το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου προέρχεται από τα αδενικά στοιχεία του τραχήλου. Αποτελείται από υψηλά κυλινδρικά εκκριτικά κύτταρα διευθετημένα σε αδενοματωδεις σχηματισμούς. Ειδικός τύπος αδενοκαρκινώματος είναι το καρκίνωμα από διαυγή κύτταρα, που έχει σχέση σε ορισμένες περιπτώσεις με την έκθεση στη διαιθυλοστιλβιστρόλη κατά την ενδομήτρια ζωή. Αδενοκαρκίνωμα in situ είναι ασύνηθες.

Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος είναι η ατεκνία, ο διαβήτης, η σχετικά μεγαλύτερη ηλικία και οι λοιμώξεις με HPV.

Η ανάπτυξη του περιορίζεται αρχικά στον αυλό του τραχήλου, αλλά η περαιτέρω επέκταση του γίνεται κατά τον ίδιο με το επιδερμοειδές καρκίνωμα τρόπο. Ο τράχηλος διατείνεται και συχνά προσλαμβάνει το σχήμα βαρελιού. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αρχική βλάβη μπορεί να αναπτυχθεί κοντά στο έξω τραχηλικό στόμιο και στα τελευταία στάδια της νόσου μπορεί να προσλάβει την μορφή του εξωφυτικού καρκινώματος.

Γενικά αποτελεί το 5% των καρκίνων του τραχήλου, η πρόγνωση του είναι φτωχή. Πιθανότατα αυτό οφείλεται στην καθυστερημένη διάγνωση λόγω της ενδοτραχηλικής εντόπισης του όγκου και όχι λόγω μεγαλύτερης κακοήθειας του ιστολογικού του τύπου. (Καλογερόπουλος, 1996)

6) **Ακροχορδονώδες καρκίνωμα.** Είναι σπάνιο, καλά διαφοροποιημένο πλακώδες καρκίνωμα με χαμηλή συχνότητα μετάστασης στους λεμφαδένες, χωρίς μακρινές μεταστάσεις και με ομαλά αναπτυγμένη θηλώδη επιφάνεια. (Κουρούνης, 1991)

3.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Η πάθηση στο προδιηθητικό στάδιο ή στάδιο 0 (καρκίνωμα in situ), που προηγείται του διηθητικού καρκινώματος, είναι ασυμπτωματική, διαρκεί πολλά χρόνια και ανακαλύπτεται συνήθως κατά την κυτταρολογική κατά Παπανικολάου εξέταση και τη

βιοψία του τραχήλου. Ασυμπτωματική είναι η πάθηση και στο στάδιο Ια. (Καλογερόπουλος, 1996).

Τα αρχικά συμπτώματα του διηθητικού καρκινώματος είναι η λευκόρροια και η ανώμαλη κολπική αιμορραγία ή οι κηλίδες αίματος. Η λευκόρροια προοδευτικά αυξάνει σε ποσότητα και γίνεται σκοτεινού χρώματος και κάκοσμη εξαιτίας νέκρωσης και λοίμωξης της μάζας του όγκου. Η αιμορραγία συμβαίνει σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα, ανεξάρτητα από την περίοδο ή και μετά την κλιμακτήριο (μητρορραγία) και οφείλεται στην αρχόμενη εξέλκωση.

Αρχικά, η αιμορραγία μπορεί να είναι πολύ μικρή σε ποσότητα, καθώς όμως η νόσος προχωρεί η αιμορραγία γίνεται πιο σταθερή. Χαρακτηριστικές είναι οι αιμορραγίες μετά από συνουσία και άλλες επαφές με τον τράχηλο (κολπικές πλύσεις ή εξετάσεις). (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 1997)

Ο πόνος εμφανίζεται αργότερα και οφείλεται σε επέκταση της φλεγμονής προς την κοιλότητα της μήτρας, με ταυτόχρονη απόφραξη του τραχηλικού αυλού (πυόμητρα), ή σε μεγάλη επέκταση του όγκου προς τα πυελικά τοιχώματα. Σε αυτή την περίπτωση ο πόνος γίνεται βασανιστικός και επίμονος, λόγω της διήθησης των νεύρων και των οστών, και είτε παραμένει τοπικός ή επεκτείνεται προς τα κάτω άκρα. Στην τελευταία περίπτωση ο πόνος οφείλεται στην προσβολή του οσφυοιερού κλάδου της ρίζας του 4^{ου} οσφυϊκού νεύρου (04). (Καλογερόπουλος, 1996)

Η επέκταση του καρκίνου (**α**) στην ουροδόχο κύστη προκαλεί συχνουρία αλλά και μερικές φορές αιματουρία, αλλά και ακράτεια ούρων, εάν σχηματισθούν κυστεοκολπικά και κυστεοτραχηλικά συρίγγια, (**β**) στους ουρητήρες απόφραξη που προκαλεί ουραιμία και μπορεί να αποτελέσει το τελικό αίτιο θανάτου, (**γ**) στο ορθό, τεινεσμός, ακράτεια κοπράνων, αιμορραγία και ορθοκολπικά συρίγγια. Όταν οι καρκινικές διηθήσεις πιέζουν αγγεία και νεύρα, οι πόνοι γίνονται αφόρητοι και παρουσιάζονται οιδήματα στα κάτω άκρα.

Η τελική εικόνα είναι η μεγάλο βαθμού απίσχνανση και αναιμία, συχνά δε υπάρχει και διαλείπων πυρετός οφειλόμενος σε δευτερογενή λοίμωξη, περιτονίτιδα και σχηματισμό αποστημάτων στην εξελκωμένη μάζα του όγκου. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 1997, Καλογερόπουλος, 1996)

Όσον αφορά στα φυσικά σημεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, κατά τα αρχικά στάδια της νόσου, αυτά είναι ελάχιστα ή και ελλείπουν. Το πρώτο φυσικό σημείο συνήθως είναι η μεταβολή της υφής του τραχήλου, ο οποίος ψηλαφάται ιδιαίτερα σκληρός και ταυτόχρονα συχνά αιμορραγεί κατά την επαφή με τα δάκτυλα που εξετάζουν. Αργότερα βέβαια εξελκώνεται ο τράχηλος και γίνεται εύθρυπτος, ούτως ώστε πιέζοντας με τη μύλη διαπιστώνεται ότι αυτή βυθίζεται εύκολα μέσα στους ιστούς (δοκιμασία μύλης).

Σε προχωρημένες καταστάσεις, όταν πλέον και οι κολπικοί θόλοι έχουν εξελκωθεί, τα δάκτυλα που εξετάζουν μπορούν να αποσπάσουν τμήματα καρκινικών μαζών, με κίνδυνο να προκληθεί μεγάλη και ακατάσχετη αιμορραγία. (Παπαλουκάς, 1988)

Συνοψίζοντας, τα συμπτώματα που θα πρέπει να κινήσουν τις υποψίες μας είναι αρχικά καφεοειδή ή αιματηρά δύσοσμα υγρά μετά ή όχι από τη συνουσία, έκτακτη αιμορραγία εκτός της περιόδου, οσφυαλγία, δυσκοιλιότητα, καχεξία και απώλεια βάρους. (Τσίκος, Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη, 1999)

3.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

- **Λήψη ιστορικού:** Η λήψη λεπτομερέστατου ιστορικού από τις άρρωστες με γυναικολογικές παθήσεις είναι απαραίτητη και δύσκολη. Απαραίτητη είναι, γιατί βοηθάει πολύ στη διάγνωση της πάθησης και, δύσκολη, γιατί οι πάσχουσες, πολλές φορές παρεμβάλουν δυσχέρειες στη συγκέντρωση πληροφοριών μας. Η συμπλήρωση και των πρώτων ακόμη στοιχείων του ιστορικού, όπως είναι το επώνυμο, το όνομα, το όνομα του πατέρα κ.τ.λ. πρέπει να γίνεται με ύφος όχι ανακριτικό, αλλά να δείχνει, πώς, μέσα απ' ο αυτά που θα πληροφορηθούμε θα μπορέσουμε να την βοηθήσουμε καλύτερα στην επίλυση του προβλήματός της.

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

1. **Ηλικία.** Μας ενδιαφέρει ιδιαίτερα η ηλικία της ασθενούς, διότι οι ώριμες γυναίκες είναι αυτές που ενδέχεται ν' αναπτύξουν ή ήδη ν' αντιμετωπίζουν καρκίνο τραχήλου μήτρας.
2. **Επάγγελμα.** Κάποτε το είδος της εργασίας σφραγίζει το γεννητικό σύστημα της γυναίκας και συνηγορεί στην ανάπτυξη καρκίνου, όπως συμβαίνει σε προσωπικό ραδιολογικών και ακτινολογικών εργαστηρίων, εργοστασίων που παράγουν τοξικά προϊόντα κ.τ.λ.
3. **Κληρονομικό αναμνηστικό.** Το κληρονομικό αναμνηστικό μας ενδιαφέρει, γιατί απ' αυτό θα εξακριβώσουμε αν στενοί της συγγενείς αρρώστησαν από καρκίνο του γεννητικού συστήματος (ειδικότερα καρκίνο τραχήλου), καθώς επίσης και από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ιός HPV).
4. **Ατομικό αναμνηστικό.** Απ' αυτό μας ενδιαφέρουν ιδιαίτερα παθήσεις που πέρασε ή περνάει, εγχειρήσεις που έκανε και τα φάρμακα που παίρνει.
5. **Μαιευτικό αναμνηστικό.** Απ' αυτό μας ενδιαφέρουν τα χρόνια του έγγαμου βίου, τα παιδιά που γέννησε, η ηλικία πρώτης κύησης, διότι τα στοιχεία αυτά πιθανολογούνται ως προδιαθεσικοί παράγοντες.
6. **Εμμηνορρυσία.** Είναι απαραίτητο να πληροφορηθούμε πότε ήρθε η πρώτη και πότε ήταν η τελευταία εμμηνορρυσία, το ρυθμό της, τη διάρκειά της, την ποσότητά της, τα συμπτώματα, που την συνοδεύουν κ.τ.λ.
7. **Σεξουαλική ζωή.** Η διερεύνησή της απαιτεί λεπτότητα χειρισμών. Μας ενδιαφέρει η συχνότητα της συνουσίας, τα αντισυλληπτικά μέτρα που παίρνει κ.τ.λ.
8. **Βλαβερές συνήθειες.** Για παράδειγμα πρέπει να ελέγχεται η κατάχρηση καπνίσματος, διότι θεωρείται επίσης παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης κακοήθειας στον τράχηλο της μήτρας.
9. **Παρούσα κατάσταση.** Αυτή αναφέρεται στην αιτία της επίσκεψης και μας ενδιαφέρει περισσότερο. Αν από την αρχή δεν αναφέρει η γυναίκα πώς ήρθε για προληπτικό έλεγχο, τότε, τις περισσότερες φορές, τα συμπτώματα που θα την οδηγήσουν στον γιατρό

(κολπική-δύσοσμη υπερέκκριση, αιμορραγία ασυνήθης, πόνος κ.α.) δίνουν στοιχεία υποψίας καρκίνου τραχήλου μήτρας. (Καπατσώρη, 2003)

-Κλινική Εξέταση. Εκτός από την λήψη ιστορικού περιλαμβάνονται στην κλινική εξέταση και οι ακόλουθες εξετάσεις:

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

β. Εξέταση των βουβωνικών και υπερκλειδίων λεμφαδένων για πιθανή ανεύρεση κάποιας διόγκωσης.

γ. Εξέταση της κοιλίας για ενδεχόμενη διόγκωση του ήπατος, ψηλάφηση κάποιας μάζας ή ύπαρξη συλλογής υγρού (ασκίτης).

δ. Γυναικολογική και από του ορθού εξέταση είναι σημαντική διότι ενδέχεται να αποκαλύψει νόσο στους ιστούς που περιβάλλουν τον τράχηλο και τον κόλπο καθώς και στους λεμφαδένες της πυέλου. (Stern, 1992)

-Επισκόπηση. Γενικά σε πρώιμο στάδιο, ο καρκίνος μοιάζει με τραχηλίτιδα. Σε καρκίνωμα προχωρημένου σταδίου, η πάθηση κάνει την εμφάνισή της με τη μορφή ψευδοδιάβρωσης, ανώμαλης εξέλκωσης, που μοιάζει με κρατήρα ή μάζας που μοιάζει με ανθοκράμβη (κουνουπίδι), αν πρόκειται για την 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 μορφή του εύκολα αιμορραγούν και, όσο προχωρεί η διήθηση, οι ιστοί γίνονται περισσότερο εύθρυπτοι και αιμορραγούν περισσότερο.

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

-Εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος (τεστ Παπανικολάου). Είναι μια απλή αλλά σωτήρια εξέταση επινοηθείσα από τον αξιόλογο και «Ιπποκρατικά» σοφό Έλληνα ιατρό, τον Γιώργο Παπανικολάου, ο οποίος έθεσε τις βάσεις της ταχείας διαγνωστικής κυτταρολογίας παγκοσμίως, πριν περίπου 80 χρόνια. Το τεστ παπ είναι ανώδυνη εξέταση και γίνεται με τη γυναίκα να κάθεται στο γυναικολογικό κρεβάτι (Bumm).

Χρησιμοποιείται κολποδιαστολέας μιας χρήσεως και ακολούθως με 3 ειδικούς στειλεούς

παίρνεται υλικό από τον ενδοτράχηλο, τον εξωτράχηλο, τον οπίσθιο κολπικό θόλο.
(Παπαδημητρίου, 2006)

Κατά την εξέταση ο κόλπος κρατιέται ανοιχτός με ένα μητροσκόπιο όσο ο γιατρός ξύνει μαλακά τον τράχηλο για να αποσπάσει λίγα κύτταρα που θα σταλούν στο εργαστήριο για εξέταση. Το τεστ λέγεται ότι είναι αρνητικό αν τα κύτταρα είναι φυσιολογικά και θετικό αν είναι παθολογικά. Αν τα αποτελέσματα δεν είναι βέβαια, το τεστ επαναλαμβάνεται αρκετούς μήνες αργότερα μέχρις ότου τα αποτελέσματα γίνουν σαφή. (Smith, 1987)

Για την ευκολότερη ερμηνεία των τραχηλικών επιχρισμάτων ο Παπανικολάου τα ταξινόμησε σε πέντε κατηγορίες:

I: Σ' αυτή τα κύτταρα είναι φυσιολογικά.

II: Σ' αυτή τα κύτταρα είναι άτυπα, αλλά χωρίς χαρακτήρες κακοήθειας (φλεγμονώδη).

III: Σ' αυτή τα κύτταρα εμφανίζουν πυρηνική ατυπία ή ασαφείς χαρακτήρες κακοήθειας.

IV: Σ' αυτή τα κύτταρα έχουν χαρακτηριστικές αλλοιώσεις κακοήθειας και είναι σκόρπια.

V: Σ' αυτή τα κύτταρα έχουν χαρακτήρες κακοήθειας και βρίσκονται κατά σφρούς.

Στο διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα τα κύτταρα διακρίνονται σε καλά διαφοροποιημένα (πολύμορφα άτυπα κύτταρα, χωρίς κρεατίνη και με μεγάλο πυρήνα) και σε αδιαφοροποίητα (μικρά ανώμαλα κύτταρα με πυρήνα, που καταλαμβάνει ολόκληρο το κύτταρο). Στο αδενοκαρκίνωμα τα κύτταρα έχουν μεγάλο πυρήνα και σ' αυτά, που δεν είναι εκκριτικά, η σχέση πυρήνα-πρωτοπλάσματος αλλάζει σημαντικά. Σε διηθητική βλάβη, σε συχνότητα 4-6%, είναι δυνατό το επίχρισμα να είναι ψεύτικα αρνητικό, γιατί υπάρχουν πολλά φλεγμονώδη κύτταρα.

Την κλασσική διαίρεση των κυτταρολογικών ευρημάτων σε πέντε κατηγορίες, που αναφέραμε παραπάνω ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (WHO), διεύρυνε χαρακτηρίζοντας την κατηγορία I ως φυσιολογική, την κατηγορία II ως ατυπία (ειδική φλεγμονή ή όχι), την κατηγορία III ως δυσπλασία, που την ξεχωρίζει σε ελαφρά (CIN I), μέτρια (CIN II), σοβαρή (CIN III), την κατηγορία IV ως καρκίνωμα in situ και την κατηγορία V ως διηθητικό καρκίνωμα πλακώδους επιθηλίου και αδενοκαρκίνωμα. (Παπανικολάου, 1994)

Από την εξέταση αυτή διαπιστώνουμε τα εξής:

α. Φλεγμονές του αιδοίου, του κόλπου, του τραχήλου (μικροβιακές λοιμώξεις).

β. Ωριμότητα κολπικού και τραχηλικού επιθηλίου.

γ. Δυσπλασίες κόλπου- τραχήλου.

δ. Πολύποδες, εκτροπία τραχήλου.

ε. Ινομώματα τραχήλου (ενδοτραχήλου).

στ. Ιογενείς λοιμώξεις κόλπου- τραχήλου. (Παπαδημητρίου, 2006)

-Λήψη τραχηλικού υγρού. Χρήσιμη εξέταση για λοίμωξη του τραχήλου (τραχηλίτιδες), αφού μετά από καλλιέργεια του τραχηλικού υγρού ταυτοποιείται το μικρόβιο και μετά από αντιβιογράμμα δίνεται η κατάλληλη θεραπεία. Η λήψη είναι πολύ απλή, αφού παίρνεται υγρό (με τη γυναίκα σε γυναικολογική θέση) από τον τράχηλο, με τη βοήθεια ειδικών αποστειρωμένων φιαλιδίων κοινώς «μπατονέτες». (Παπαδημητρίου, 2006)

-Κολποσκόπηση. Πολύτιμη και σε σωτήρια διαγνωστική εξέταση των φλεγμονών και των κακοηθών εξαλλαγών του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας. Χρησιμότετη είναι η συμβολή της στη διάγνωση των επιφανειακών διαβρώσεων CIN I του τραχήλου. Είναι απλή, γρήγορη και ανώδυνη μέθοδος.(Παπαδημητρίου, 2006). Παράλληλα, με την κολποσκόπηση, μπορούμε να ελέγξουμε τα ευρήματα του τεστ Παπανικολάου. Εκείνο που εξετάζουμε κυρίως στην κολποσκόπηση είναι η ζώνη μετάπτωσης. Η κολποσκόπηση και η ιστολογική μελέτη δείχνουν, ότι η μεταπλασία είναι μια δραστηριότητα, που ξεκινά από το κυλινδρικό επιθήλιο και οδηγεί στην ανάπτυξη ενός νέου πλακώδους επιθηλίου, που παρουσιάζεται αρχικά άωρο και με τη πάροδο του χρόνου γίνεται ώριμο.

Οι αρχικές φάσεις αυτής της μεταπλασίας είναι ευπαθείς σε ένα ισοδύναμο μιας γενετικής αλλαγής, που οδηγεί τελικά στο επιθήλιο που συναντάμε στην άτυπη ζώνη μετάπτωσης και που αποτελεί τον πρόδρομο για το καρκίνωμα in situ.(Κουρούνης, 1991)

Αξιοσημείωτη είναι επίσης η συνεισφορά της κολποσκόπησης στη διάγνωση των HPV λοιμώξεων και εξαλλαγών. (Παπαδημητρίου, 2006)



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

Τα τραχηλικά ευρήματα, ανάλογα με τη μορφή της βλάβης, βαθμολογούνται από 0-2, εκτιμώντας τα όρια της αλλοίωσης, το χρώμα, τα αγγεία και την απόχρωση του ιωδίου. Επίσης η τραχηλοσκόπηση, σε ηλικιωμένες γυναίκες σε ποσοστό μεγαλύτερο από 50%, δεν εντοπίζει όλη τη βλάβη, γιατί η ζώνη μεταπλασίας βρίσκεται μέσα στον τραχηλικό αυλό. (Παπανικολάου, 1994)

-Δοκιμασία Sciller. Το διάλυμα Lugol χρησιμοποιήθηκε πρώτα από το Sciller το 1929, και στηρίζεται στην ιδιότητα των παθολογικών κυττάρων να μην ανασυνθέτουν το γαλακτικό οξύ σε γλυκογόνο. Το ομαλό πλακώδες επιθήλιο που περιέχει γλυκογόνο προσλαμβάνει το ιώδιο και χρωματίζεται καφέ (Sciller θετικό), ενώ το επιθήλιο χωρίς γλυκογόνο δεν το προσλαμβάνει και δεν χρωματίζεται (Sciller αρνητικό). Το ιώδιο δεν πρέπει να τοποθετείται στις πρώτες φάσεις της κολποσκόπησης γιατί σκοτεινιάζει την εξεταζόμενη περιοχή. Αντίθετα όταν τοποθετείται τελευταίο χρησιμεύει σαν μέτρο σύγκρισης των ευρημάτων μετά την τοποθέτηση του οξικού οξέως. (Κουρούνης, 1991, Παπανικολάου, 1987)

-Καρκινοεμβρυικό αντιγόνο (CEA). Βρέθηκε στον ορό του αίματος σε περίπτωση καρκίνου του τραχήλου, ανεξάρτητα από το στάδιό του. Ο ίδιος έλεγχος γίνεται για την εκτίμηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, γιατί σε περίπτωση υποτροπής της πάθησης, αυτό επανεμφανίζεται. (Παπανικολάου, 1994)

-Αντιγόνο του επιθηλιακού καρκινώματος (SCCA). Τα επίπεδα, στον ορό των γυναικών με καρκίνο τραχήλου μήτρας, βρέθηκαν αυξημένα κατά 50%. (Stern, 1992)

-Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις.

1. γενική εξέταση αίματος,
2. ο προσδιορισμός των ηλεκτρολυτών, της ουρίας και της κρεατινίνης του ορού,
3. ηπατικές δοκιμασίες (προσβολή του ήπατος),
4. η πήξη του αίματος, ο χρόνος προθρομβίνης και ο χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης,
5. οι καρκινικοί δείκτες,
6. η κυστεοσκόπηση και η πρωκτοσκόπηση,
7. ακτινογραφία θώρακος (πνευμονικές μεταστάσεις),
8. ενδοφλέβια ουρογραφία (απόφραξη ουρητήρων)
9. η αξονική ή μαγνητική τομογραφία (CT, MRI),(απόφραξη ουρητήρων, διογκωμένοι λεμφαδένες, μάζες εκτός κοιλότητας μήτρας),
10. η διάβαση παχέως εντέρου (σε γαστρεντερικά συμπτώματα). (Καλογερόπουλος, 1996)

3.7 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Βλάβες, οι οποίες είναι δυνατόν να διαγνωστούν λανθασμένα σαν ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία είναι οι εξής: οξεία και χρόνια τραχηλίτιδα (όταν συνυπάρχει ψευδοδιάβρωση του επιθηλίου), τη φυματίωση (όταν υπάρχει ιστορικό φυματίωσης των γεννητικών οργάνων), το συφιλιδικό έλκος (σκληρή και διηθημένη εξέλκωση), την αδένωση, το νεκρωμένο έμμισχο υποβλεννογόνιο ινομύωμα, που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο και από τους πολύποδες του ενδοτραχήλου. (Καλογερόπουλος, 1996, Παπανικολάου, 1994)

3.8 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η κάθε περίπτωση καρκινώματος επιμερίζεται, ανάλογα με την επέκταση του όγκου, στα στάδια I-IV σύμφωνα με την κλινική ταξινόμηση της FIGO (International Federation of Gynecologists and Obstetricians). Στα στάδια της FIGO αντιστοιχούν οι κατηγορίες της κλινικής ταξινόμησης TNM της Διεθνούς Αντικαρκινικής Εταιρείας (UICC).

(Καλογερόπουλος, 1996)

Τα στάδια που διακρίνονται στον διηθητικό καρκίνο τραχήλου μήτρας είναι:

- Στάδιο 0**, ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία ή καρκίνωμα in situ
- Στάδιο I**, ο καρκίνος περιορίζεται στον τράχηλο της μήτρας
 - Iα**, μικροσκοπική νόσος (βάθος<5mm, πλάτος<7mm)
 - Iβ**, μακροσκοπικά ορατές βλάβες στον τράχηλο
- Στάδιο II**, ο καρκίνος επεκτείνεται στο εγγύς παραμήτριο ή στο άνω 3μόριο του κόλπου
 - IIα**, ο καρκίνος επεκτείνεται στον κολπικό και στο άνω 3μόριο του κόλπου
 - IIβ**, ο καρκίνος επεκτείνεται στο εγγύς παραμήτριο με ή χωρίς επέκταση στο άνω 3μόριο του κόλπου και ο τράχηλος δεν έχει καθηλωθεί
- Στάδιο III**, επέκταση στα παραμήτρια έως το πυελικό τοίχωμα ή το κάτω 3μόριο του κόλπου
 - IIIα**, ο όγκος επεκτείνεται στα δύο κατώτερα 3μόρια του κόλπου
 - IIIβ**, ο όγκος επεκτείνεται μέχρι τα πυελικά τοιχώματα (καθήλωση του τραχήλου)
- Στάδιο IV**, επέκταση εκτός της πυέλου ή διήθηση βλεννογόνου ουροδόχου κύστεως, ή ορθού
 - IVα**, επέκταση μέχρι το κάτω 3μόριο του κόλπου, ή διήθηση βλεννογόνου ουροδόχου κύστεως ή ορθού
 - IVβ**, επέκταση σε απομακρυσμένα όργανα. (Σπηλιώτης, 1999, Καλογερόπουλος, 1996)

3.9 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Αρχικά, ο καρκίνος του τραχήλου, όταν βρίσκεται στο προδιηθητικό του στάδιο, είναι δυνατόν να παραμείνει για πολλά χρόνια. Όταν, όμως, πάρει διηθητικό χαρακτήρα, τότε εύκολα κάνει μεταστάσεις. Επεκτείνεται πρωταρχικά και άμεσα στους γειτονικούς ιστούς και κατά δεύτερο λόγο σε απομακρυσμένους ιστούς, είτε με τη λεμφική οδό, είτε σπανιότερα με την αιματική οδό και όχι τόσο με τις αρτηρίες όσο με τις φλέβες. Όταν διηθηθούν οι παραορτικοί λεμφαδένες, η διασπορά γίνεται με την αιματική οδό.

(Παπανικολάου, 1994)

Ειδικότερα, οι μεταστάσεις του διηθητικού καρκινώματος γίνονται με:

-Τοπική επέκταση («κατά συνέχεια ιστού»). Η πρώτη άμεση επέκταση του όγκου γίνεται, όταν το ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα (καρκίνωμα in situ) διηθήσει τη βασική μεμβράνη του επιθηλίου και διεισδύσει σε ελάχιστο βάθος (3χιλ.) στους υποκείμενους ιστούς (στάδιο Ia ή μικροδιηθητικό καρκίνωμα).

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

Η προς την κοιλότητα της μήτρας επέκταση είναι συνήθως περιορισμένη αλλά η απόφραξη του τραχηλικού αυλού μπορεί να προκαλέσει πυόμητρα. Η προς τα πλάγια επέκταση στο παραμήτριο και στους πλατείς συνδέσμους δίνει συμπτώματα και αντικειμενικά ευρήματα χρόνιας ενδοπυελικής φλεγμονής, ενώ αργότερα καθλώνει τον τράχηλο και σε μεταγενέστερα στάδια αποφράσσει τους ουρητήρες.

-Λεμφογενής μετάσταση. Μπορεί να επέλθει αμέσως μετά τη διήθηση της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου, όταν ο όγκος αρχίζει να προσβάλλει τους τελικούς λεπτού

κλάδους των τοιχωματικών λεμφικών αγγείων. Η παραπέρα λεμφική μετάσταση, κατά μήκος των λεμφικών αγγείων που παροχετεύουν τον τράχηλο, μπορεί να επέλθει ταχύτερα σε σχέση με τα μεταγενέστερα στάδια της τοπικής «κατά συνέχεια ιστού» επέκτασης.

Με τη διείσδυση στο λεμφικό δίκτυο προσβάλλονται οι παρατραχηλικοί λεμφαδένες και στη συνέχεια εμπλέκονται οι θυροειδείς, λαγόνιοι λεμφαδένες (έσω και έξω), οι ιεροί προς τα πίσω και οι παραορτικοί λεμφαδένες προς τα πάνω. Σε μερικές περιπτώσεις οι ομάδες αυτές των αδένων μπορούν να παρακαμφθούν και να προσβληθούν απ' ευθείας οι αορτικοί λεμφαδένες.

-Αιματογενή μετάσταση. Σε απομακρυσμένους ιστούς είναι πολύ σπάνια και επέρχεται σε μεταγενέστερα στάδια της νόσου, ιδίως στην αναπλαστική της μορφή. Συνηθέστερες είναι η οστική, η εγκεφαλική και η πνευμονική μετάσταση.

-Κολπική εμφύτευση. Είναι δυνατή, αν και οι μεμονωμένες κολπικές μεταστάσεις μπορούν να αποδοθούν σε λεμφική επέκταση. (Καλογερόπουλος, 1996)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχουν τρία κύρια είδη θεραπείας για τον καρκίνο: η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία. Τέταρτη μέθοδος που ακόμα βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο είναι η ανοσοθεραπεία. Η χειρουργική είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία στην αντιμετώπιση της ασθένειας, αλλά οι διάφοροι τύποι καρκίνου αντιμετωπίζονται με πολύ διαφορετικό τρόπο. Τόσο η ακτινοθεραπεία όσο και η χημειοθεραπεία έχουν την ικανότητα να καταστρέφουν τους καρκίνους, αφήνοντας σχεδόν ανέπαφους τους παρακείμενους υγιείς ιστούς. Εντούτοις ορισμένοι καρκίνοι δεν αποκρίνονται καλά στην ακτινοθεραπεία ή στη χημειοθεραπεία και γι' αυτό αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Άλλοι μπορεί να είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν χειρουργικά, αλλά να αποκρίνονται καλά στις άλλες θεραπείες. (Ρις, 2000)

Στο διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, η χειρουργική θεραπεία και η ακτινοθεραπεία είναι τα κύρια θεραπευτικά μέσα. Ωστόσο πρόσφατες μελέτες δείχνουν μείωση των θανάτων κατά 30-50% με την ταυτόχρονη εφαρμογή ακτινοευαίσθητου χημειοθεραπείας ταυτόχρονα με την εφαρμογή ακτινοθεραπείας, στις περιπτώσεις που είχε ένδειξη η ακτινοθεραπεία, μέχρι πρόσφατα. (Τσερκέζογλου, 2000)

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται στα αρχικά στάδια, όταν η νόσος περιορίζεται στον τράχηλο ή/ και άνω 3μόριο του κόλπου (στάδια 0-Ιβ-Ια), σε νέες γυναίκες με καλή γενική κατάσταση, από έμπειρους και εξειδικευμένους γυναικολόγους. Το ουσιαστικότερο προτέρημά της είναι η δυνατότητα διατήρησης της ωοθηκικής λειτουργίας και της ελαστικότητας του κόλπου.

Η χειρουργική αγωγή αποκαλείται Ριζική Υστερεκτομή και πυελική λεμφαδεκτομή κατά Wertheim-Meigs και περιλαμβάνει εξαίρεση της μήτρας, του τραχήλου μαζί με το άνω 3μόριο του κόλπου, και το μεγαλύτερο μέρος των συνδέσμων της μήτρας (ιερομητρικού, κυρίου-cardinalis, κυστεομητρικού).

Ταυτόχρονα εξαιρείται πλήρως ο κυτταρολιπώδης ιστός και οι λεμφαδένες κατά μήκος των έσω, έξω και κοινών λαγόνιων αγγείων, και από το θυροειδή βόθρο αμφοτερόπλευρα. Η έκταση της χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και το μέγεθος του όγκου.

Αν στο χειρουργικό παρασκεύασμα διαπιστωθούν μεταστάσεις στους λεμφαδένες ή νόσος κοντά στα όρια της χειρουργικής εκτομής, συνίσταται μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

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

Η αμιγής ακτινοθεραπεία στον καρκίνο τραχήλου της μήτρας συνίσταται σε ενδοκοιλιακή εφαρμογή ραδίου ή καισίου σε δύο εφαρμογές, και στοχεύει στην τοπική καταστροφή του όγκου, σε συνδυασμό με εξωτερική ακτινοβολή της πυέλου, που στόχο έχει να αντιμετωπίσει τη μακροσκοπική και τη μικροσκοπική νόσο στα παραμήτρια και τους λεμφαδένες. (Τσερκέζογλου, 2000)

4.2 ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

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

1. Κρυοπηξία. Οι ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και το καρκίνωμα *in situ* μπορούν να αντιμετωπισθούν με καταστροφή της ζώνης μετάπτωσης στη οποία αναπτύσσονται. Αυτή πρέπει να γίνει σε βάθος 7χιλ. τουλάχιστον, για να καταστραφούν οι δυσπλαστικές εστίες στους αδένες. (Παπανικολάου, 1994)

Χρησιμοποιείται πρωτοξείδιο του αζώτου και η θερμοκρασία μπορεί να φτάσει τους -180 βαθμούς καθώς και CO₂. Η τοποθέτηση του ειδικού ηλεκτροδίου στον τράχηλο μπορεί να είναι από 1-3 λεπτά στην τραχηλίτιδα. Σε CIN I και CIN II γίνεται εφαρμογή για 3-5 λεπτά ενώ για CIN III 8 λεπτά. Η δράση της πάνω στο δυσπλαστικό επιθήλιο έγκειται στο ότι το καταστρέφει, με την πήξη του ενδοκυττάριου και εξωκυττάριου υγρού.

Η επιτυχία της κρυοπηξίας κυμαίνεται από 70-95%. Προϋποθέσεις για την εφαρμογή της είναι να μην υπάρχει υποψία μικροδιήθησης, να μην υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ κυτταρολογικής και ιστολογικής διάγνωσης, και τέλος ορατή μεταβατική ζώνη στην κολποσκόπηση. Αιτία αποτυχίας της είναι η μη καλή εφαρμογή της, μεγάλες βλάβες, προσβολή του ενδοτραχήλου και ανεπαρκής κολποσκόπηση. Θεωρείται όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας τόσο και οι πιθανότητες για επιτυχία της είναι μικρότερες.

Επιπλοκές της είναι η φλεγμονή και η αιμορραγία. Το κύριο μειονέκτημά της είναι ότι προκαλεί ίνωση, ενώ το πλεονέκτημά της είναι η δυνατότητα για εφαρμογή σε εξωτερικούς ασθενείς και οι μικρότερες επιπλοκές από την κωνοειδή.

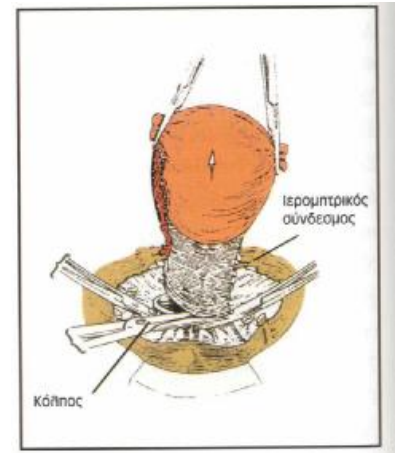
Μετά την εφαρμογή της θεραπείας συνίσταται αποχή από σεξουαλικές σχέσεις 3 εβδομάδες, καθώς και κυτταρολογική και κολποσκοπική εξέταση 3 μήνες μετά την θεραπεία και μετά κάθε 6 μήνες. (Κουρούνης, 1991)

2.Κωνοειδής εκτομή. Αυτή θα την εκτελέσουμε σε σοβαρή δυσπλασία του επιθηλίου του τραχήλου και στο καρκίνωμα *in situ* σε νέες γυναίκες, για να μη τις στερήσουμε τη μήτρα τους. (Παπανικολάου, 1994). Επίσης παραμένει η μέθοδος εκλογής σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει η δυνατότητα κολποσκόπησης, όταν δεν είναι πλήρως ορατή η ζώνη μεταπτώσεως, όταν δεν είναι πλήρως ορατές οι μη φυσιολογικές περιοχές του τραχήλου, και τέλος όταν τα ιστολογικά ευρήματα από τις βιοψίες υπό κολποσκοπικό έλεγχο, δείχνουν χαμηλότερου βαθμού αποκλίσεις από το φυσιολογικό από ότι αφήνουν να περιμένει κανείς τα κυτταρολογικά ευρήματα. (Παπαλουκάς, 1988)

Κατά την κωνοειδή εκτομή, που πρέπει να γίνεται με απλό νυστέρι, αφαιρείται μέρος του τραχήλου σε σχήμα κώνου, του οποίου η βάση είναι η επιφάνεια του εξωτραχήλου και το ύψος το επιθυμητό μήκος του ενδοτραχήλου. Η ακτίνα της βάσεως του κώνου καθορίζεται από την έκταση της «αρνητικής κατά Schiller» περιοχής του εξωτραχήλου. (Παπαλουκάς, 1988) 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 έλεγχό του. (Παπανικολάου, 1994)

Αν ο διήθητικός έλεγχος του εγχειρητικού παρασκευάσματος αποδείξει, πως η διήθηση δεν πέρασε τη βασική μεμβράνη, τότε η επέμβαση κρίνεται ικανοποιητική και απομένει η κάθε 3-6 μήνες παρακολούθηση της άρρωστης με κυτταρολογικό έλεγχο για 5 χρόνια και μετά σε αραιότερα χρονικά διαστήματα.

Επιπλοκές της κωνοειδούς εκτομής είναι η αιμορραγία, για το λόγο αυτό στις μέρες μας δεν χρησιμοποιείται νυστέρι αλλά ακτίνες laser, γιατί μ' αυτές η εκτομή είναι εύκολη και αναίμακτη. Νεότερη μέθοδος αποτελεί η εκτομή της ζώνης μετάπτωσης με αγκύλη διαθερμίας (LLETZ=Large Loop Excision of Transformation Zone). (Παπανικολάου, 1994)



3. Υστερεκτομή. Η απλή υστερεκτομή περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας και του τραχήλου. Ο κόλπος παραμένει ανέπαφος και η συνουσία είναι δυνατή, χωρίς όμως να μπορεί η γυναίκα να τεκνοποιήσει. Η έκκριση των οιστρογόνων συνεχίζεται και η εμμηνόπαυση θα συμβεί φυσιολογικά. Η ριζική υστερεκτομή περιλαμβάνει την ολική αφαίρεση της μήτρας με τα εξαρτήματά της, την αφαίρεση του άνω ημίσεως του κόλπου, του παραμητρικού λίπους και του συνδετικού ιστού μαζί με τα λεμφογάγγλια, καθώς και του παρακολπικού, παρακυστικού και παραορθικού ιστού.

Η υστερεκτομή μπορεί να γίνει με δύο χειρουργικές προσπελάσεις: την κοιλιακή (Wertheim) και την κολπική (Schanta). Η κοιλιακή υστερεκτομή χρησιμοποιείται: (α) σε παρουσία μεγάλου όγκου, (β) αν, εκτός από τη μήτρα, πρόκειται να αφαιρεθούν και οι ωοθήκες και οι σάλπιγγες (γ) και αν υπάρχουν αντενδείξεις για κολπική υστερεκτομή. Οι αντενδείξεις για κολπική υστερεκτομή περιλαμβάνουν την παρουσία φλεγμονώδους νοσήματος της πυέλου ή κάθε κατάσταση που ενδέχεται να περιορίζει την κινητικότητα της μήτρας (π.χ. ενδομητρίωση, καρκίνος τραχήλου, συμφύσεις από προηγούμενες επεμβάσεις στην κοιλία ή προηγούμενη πυελική ακτινοθεραπεία). (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 1997)

4. Εξεντέρωση. Αν και ο όρος δεν αποδίδει στην πραγματικότητα, αυτός χρησιμοποιείται για να δηλώσει την εγχείρηση, που εκτελούμε σε υποτροπές μετά την ακτινοθεραπεία και όταν η διήθηση δεν αφορά στα κοιλιακά τοιχώματα και δεν

υπάρχουν μεταστάσεις σε απομακρυσμένους λεμφαδένες. Με την εγχείρηση πετυχαίνουμε την κένωση 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%. Τη διακρίνουμε σε πρόσθια (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου και της ουροδόχου κύστης και εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο) και σε οπίσθια (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, του απευθυσμένου και κολοστομία) και σε ολική (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, της κύστης, και του απευθυσμένου, εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο και κολοστομία). (Παπανικολάου, 1994).

4.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

Στάδιο 0 (προδιηθητικό καρκίνωμα ή καρκίνωμα *in situ*). Υπάρχουν τέσσερις εναλλακτικοί τρόποι για να αντιμετωπισθεί ο όγκος σ' αυτό το πρόωρο στάδιο. Εάν η εστία της βλάβης έχει προσδιοριστεί με την κολποσκόπηση και έχει καταδειχθεί ότι περιορίζεται στο επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου, μπορούν να εφαρμοσθούν κρυοπηξία ή εξάχνωση με laser CO₂.

Εάν το ανώμαλο επιθήλιο εκτείνεται προς τον ενδοτραχηλικό αυλό και το επάνω όριο δεν είναι ορατό, πρέπει να διενεργείται κωνοειδής βιοψία, που συνήθως περιλαμβάνει όλο το βάθος του αυλού.

Η αιμόσταση επιτυγχάνεται με στρωματικά ράμματα για την απολίνωση των κατιόντων κλάδων των μητριαίων αρτηριών. Εάν ο όγκος έχει εξαιρεθεί πλήρως με τη βιοψία, η παρακολούθηση της άρρωστης μπορεί να γίνει με επανειλημμένη λήψη επιχρισμάτων.

Εάν δεν έχει επιτευχθεί η πλήρης εξαίρεση ή εάν μετά την κωνοειδή εκτομή τα επιχρίσματα είναι θετικά, ασφαλέστερη αγωγή είναι η απλή ολική υστερεκτομή με εξαίρεση αρκετού τμήματος του κολπικού θόλου.

Οι ωοθήκες μπορούν να διατηρηθούν.(Καλογερόπουλος, 1996). Η θεραπεία αυτή μπορεί να εκτελεσθεί σε νέες γυναίκες, που γέννησαν, στο καρκίνωμα *in situ*, για το φόβο εγκατάλειψης μικρών εστιών διηθητικού καρκινώματος, που βρίσκεται σε ψηλότερο σημείο από το μέρος της ιστοληψίας και γιατί η στέρηση της μήτρας δεν προκαλεί σε

αυτές ψυχολογικά προβλήματα, όσο σε όσες δεν γέννησαν ακόμη. (Παπανικολάου, 1994)

Στάδιο Ια. Στο στάδιο αυτό ο όγκος περιορίζεται στον τράχηλο, ανάλογα όμως με το βαθμό διήθησης υπάρχει και η ανάλογη θεραπεία. Εάν η βλάβη δεν έχει εισδύσει σε βάθος μεγαλύτερο των 3mm (από τη βασική μεμβράνη), και δεν υπάρχει λεμφική ή αιματική μετάσταση, η απλή ολική υστερεκτομή θεωρείται επαρκής θεραπεία. Οι ωοθήκες στην απλή υστερεκτομή μπορούν να διατηρηθούν χωρίς να επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. (Καλογερόπουλος, 1996)

Στάδιο Ιβ και Ια. Οι βλάβες είναι μεγαλύτερες από αυτές του σταδίου Ια αλλά εξακολουθούν να περιορίζονται στον τράχηλο. Υπάρχουν δύο εναλλακτικές τρόποι θεραπείας. Η μια μέθοδος είναι η ριζική υστερεκτομή με συνοδό αφαίρεση των ιστών σε ευρεία περιοχή γύρω από τον όγκο, περιλαμβανομένων των ιερομητρικών και των εγκάρσιων συνδέσμων της μήτρας, του κόλπου (σε απόσταση 2-3cm από τους θόλους) και των πυελικών λεμφαγγίων (των έσω και έξω λαγόνιων, των θυροειδών και των λεμφαγγίων της κοινή λαγόνιου). (Καλογερόπουλος, 1996)

Ο άλλος τρόπος είναι η εξωτερική ακτινοβολία (συνολική δόση 4.000cGy χορηγούμενη διακεκομμένα πέντε ημέρες την εβδομάδα και για διάστημα πέντε εβδομάδων), που ακολουθείται από ενδοτραχηλική εισαγωγή ραδιενεργού καισίου για δύο ημέρες, επαναλαμβανόμενη έπειτα από δύο εβδομάδες.

Οι δύο μέθοδοι έχουν τα ίδια ποσοστά ίασης, οπότε η επιλογή εξαρτάται από την εξειδίκευση του γιατρού, την ηλικία της ασθενούς και τη γενική κατάσταση της υγείας της.

Συνήθως η μικρής έκτασης βλάβες αντιμετωπίζονται χειρουργικά, ενώ οι μεγάλοι όγκοι με ακτινοβολία.

Οι μεταστάσεις στους πυελικούς λεμφαδένες αντιμετωπίζονται συνήθως με ακτινοθεραπεία πυέλου επί πέντε εβδομάδες αφού προηγηθεί χειρουργική επέμβαση. Οι μεγάλες βλάβες που περιορίζονται στον τράχηλο αντιμετωπίζονται με εξωτερική ακτινοβολία, πέντε ημέρες την εβδομάδα και επί πέντε εβδομάδες. Έπειτα από δύο

εβδομάδες εισάγεται ραδιενεργό καίσιο και έξι εβδομάδες αργότερα ακολουθεί υστερεκτομή και χειρουργική σταδιοποίηση. (Stern, 1992)

Η εγχειρητική θνησιμότητα κυμαίνεται μεταξύ 1 και 3% λόγω θρομβοεμβολικής νόσου ή σηψαιμίας, ενώ δεν αποκλείεται το ενδεχόμενο ανάπτυξης ουρητηρικού συριγγίου, ακράτειας των ούρων από προσπάθεια, φλεβοθρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής. (Καλογερόπουλος, 1996)

Στάδιο IIβ. Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος έχει εμφανώς προσβάλλει τα παραμήτρια, δεν υπάρχει όμως επέκταση και στο τοίχωμα της πυέλου. Η θεραπεία συνίσταται σε εξωτερική ακτινοθεραπεία σε διακεκομμένες δόσεις επί πέντε εβδομάδες και ακολουθεί εισαγωγή ραδιενεργού καισίου δύο φορές, σε διάστημα 36-48 ωρών. (Stern, 1992)

Στάδιο IIIα και IIIβ. Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος επεκτείνεται στα πυελικά τοιχώματα, προσβάλλει το κάτω 3μόριο του κόλπου ή αποφράσσει τον έναν ή και τους δύο ουρητήρες. Στο στάδιο IIIα δεν υπάρχει επέκταση στο πυελικό τοίχωμα αλλά ο όγκος προσβάλλει το κάτω 3μόριο του κόλπου. Στο στάδιο IIIβ ο όγκος επεκτείνεται στα πυελικά τοιχώματα και παρατηρείται απόφραξη του ενός ή και των δύο ουρητήρων ή ανενεργός νεφρός. Η καθιερωμένη θεραπεία συνίσταται σε εξωτερική ακτινοβολία και στη συνέχεια τοποθέτηση ραδιενεργού καισίου δύο φορές. (Stern, 1992)

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

Η θεραπεία εκλογής στο στάδιο αυτό είναι η αντιμετώπιση με ακτινοθεραπεία ή με χειρουργική αφαίρεση της μήτρας, του κόλπου, της ουροδόχου κύστης και/ ή του ορθού (πυελική εκσπλάχνωση). (Stern, 1992)

Στάδιο IVβ. Κατά το στάδιο αυτό εμφανίζεται διασπορά σε απομακρυσμένα όργανα.

Η ακτινοβολία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ανακουφίσει από τα συμπτώματα της νόσου στην πύελο ή τις μεμονωμένες απομακρυσμένες μεταστάσεις. Ορισμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι χρήσιμα για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αλλά σπάνια θεραπεύουν τη νόσο.(Stern, 1992)

4.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

A) Προβλήματα της άρρωστης. Τα προβλήματα που καλούνται οι νοσηλεύτριες να αντιμετωπίσουν είναι:

1. Ψυχολογικά προβλήματα, ανησυχία, φόβος για τον καρκίνο και για τον θάνατο
2. Μεταβολή του σωματικού ειδώλου εξαιτίας της επέμβασης
3. Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας, κυρίως αν η ασθενής δεν έχει τεκνοποιήσει. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 1997)

B) Σκοποί της φροντίδας. Άμεσοι:

- Μείωση της ανησυχίας και του φόβου που έχει η άρρωστη για την εγχείρηση
- Βοήθεια στο να δημιουργήσει η άρρωστη ένα θετικό σωματικό είδωλο μετά την επέμβαση.

Μακροπρόθεσμοι:

- Παροχή βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης στην άρρωστη για να μάθει να ζει με τον καρκίνο
 - Σωστή ενημέρωση για πρόληψη, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής.
- (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 1997)

Γ) Προεγχειρητική παρέμβαση.

1. Ερμηνεία του όρου υστερεκτομή στην άρρωστη και την οικογένειά της.

Εξασφαλίζουμε τη συγκατάθεση του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και τη διακοπή της κύησης, αν η ασθενής είναι έγκυος.

2. Ενημέρωση της αρρώστου σχετικά με την μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία) που μπορεί να πραγματοποιηθεί, καθώς και για τις επιπτώσεις στην καθημερινή της δραστηριότητα (πόνος, συνουσία, έμμηνος ρύση).

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

4. Παροχή ευκαιριών στη άρρωστη να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.

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

6. Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης (φυσικών, συγκινησιακών και κοινωνικών).

7. Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο:

- Εξέταση αιμοσφαιρίνης και αντιμετώπιση αναιμίας αν υπάρχει
- Ενδοφλέβια πυελογραφία (μπορεί να έχουν προσβληθεί οι ουρητήρες)
- Διακοπή των αντισυλληπτικών δισκίων
- Ακτινογραφία θώρακα
- Διδασκαλία αναπνευστικών και κοιλιακών ασκήσεων
- Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου
- Καθαρτικός υποκλυσμός και κολπική πλύση με αντισηπτικό σε κολπική υστερεκτομή (σπάνια σε κοιλιακή υστερεκτομή), πραγματοποιείται το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης κατόπιν ιατρικής οδηγίας
- Χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση ύπνου. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 1997)

Δ) Μετεγχειρητική παρέμβαση.

1. Εκτίμηση: λήψη ζωτικών σημείων, μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, κοιλιακή εκροή, παροχέτευση τραύματος, πόνο.

2. Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.

3. Ανακούφιση από τον πόνο.

4. προαγωγή επούλωσης του τραύματος.

5. Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισής τους. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 1997)

- Οι πιο συνήθεις επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κοιλιακή υστερεκτομή είναι:

i. Οι επιμολύνσεις των τομών είναι πιο πιθανό να προσβάλλουν τις παχύσαρκες γυναίκες και παρ' όλο που σπάνια είναι σοβαρές, μπορεί να επιβραδύνουν σημαντικά την ανάρρωση.

ii. Οι αναπνευστικές λοιμώξεις είναι συχνές στις καπνίστριες και σε όσες έχουν ιστορικό αναπνευστικών προβλημάτων.

iii. Οι ουρολοιμώξεις είναι οι πιο συχνές λοιμώξεις, καθώς πολλές γυναίκες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ούρηση αμέσως μετά την εγχείρηση. Γι' αυτό το λόγο, τις πρώτες 24 ώρες μετά την επέμβαση τοποθετείται στην ουροδόχο κύστη ένας ουροκαθετήρας, ο οποίος όμως ενδέχεται να καταστήσει πιο πιθανή μια ουρολοίμωξη.

iv. Οι εντερικές διαταραχές, όπως η δυσκοιλιότητα και ο τυμπανισμός, προσβάλλουν σχεδόν όλες τις ασθενείς, αλλά είναι προσωρινές.

v. Ο πόνος και η δυσκαμψία από την ίδια την επέμβαση συμβαίνουν σχεδόν πάντοτε, αλλά η κίνηση βοηθάει. Μολονότι η ανάπαυση είναι σημαντική για να διευκολυνθεί η ανάρρωση, δεν πρέπει η άρρωστη να μένει επί ώρες στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση.

Οι νοσηλεύτριες πρέπει να βοηθήσουν στην σταδιακή αποκατάσταση της κινητικότητας και ο φυσιοθεραπευτής να δώσει συμβουλές για τις κατάλληλες ασκήσεις.

vi. Μετά την υστερεκτομή, μερικές γυναίκες αντιμετωπίζουν πρόβλημα αναιμίας, λόγω της απώλειας αίματος. Αυτή μπορεί να επιδεινώσει τα αισθήματα κόπωσης και λήθαργου, αλλά γρήγορα αντιμετωπίζεται με δισκία σιδήρου. Η σοβαρή αναιμία, που προκαλεί αδυναμία, ζάλη και ιλίγγους, αντιμετωπίζεται καλύτερα με μετάγγιση αίματος. (Γουέστ, 2000)

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

- Παρακολούθηση και αναγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Αν κριθεί απαραίτητο παρεντερική χορήγηση υγρών σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

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

- Αφαίρεση του καθετήρα, με οδηγία του γιατρού, μετά από πέντε μέρες.

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

- Διαπίστωση υπολείμματος. Η άρρωστη καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση.

Παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.

7. Ανακούφιση από τη δυσφορία, εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης.

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

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

- Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού.

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

8. Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.

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

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

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

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

- Επισκόπηση των κάτω άκρων για παρουσία κιρσών. Προαγωγή της κυκλοφορίας με ειδικές κινήσεις των άκρων.

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

9. Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υπόθετων για μείωση της πιθανότητας εμφάνισης μετεγχειρητικής λοίμωξης.

10. Παρακολούθηση για κοιλιακή απέκκριση, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.

11. Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία (προφυλακτικά) με ακτίνες Rontgenή ραδιενεργό κοβάλτιο-60.

12. Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο-Διδασκαλία.

- 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:

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

(β) 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.

(γ) Να αποφεύγει τη συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.

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

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

- Βοήθεια της άρρωστης στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σε ένα μήνα, μετά από 2 μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.

- Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με οδηγία του γιατρού. Θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες για εργασία κτλ.

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

-Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινοεργαστηριακού ελέγχου για πέντε χρόνια. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5.1 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία γίνεται συνήθως με χρήση υψηλής ενέργειας ακτίνων X, που είναι πολύ πιο ισχυρές από αυτές που χρησιμοποιούνται στις απλές ακτινογραφίες. Οι ακτίνες X της ακτινοθεραπείας χορηγούνται επίσης επί περισσότερη ώρα, λ.χ., περίπου επί ένα λεπτό σε σύγκριση με το ένα δευτερόλεπτο που διαρκούν οι διαγνωστικές ακτινογραφίες. Οι ακτίνες αυτές διαχέουν επίσης την ενέργειά τους στα κύτταρα των ιστών από τους οποίους διέρχονται. (Ρις, 2000)

5.2 ΣΤΟΧΟΣ.

Η ακτινοθεραπεία στοχεύει στο DNA του πυρήνα του κυττάρου διότι, αν αυτό υποστεί βλάβη, το κύτταρο θα χάσει την ικανότητα πολλαπλασιασμού του. Αν τα καρκινικά κύτταρα που καταστρέφονται κατ' αυτό τον τρόπο δεν αντικατασταθούν από νέα, όχι μόνο θα σταματήσει η ανάπτυξη του καρκίνου, αλλά θα αρχίσει να συρρικνώνεται και τελικά θα εξαφανιστεί τελείως.

Τα φυσιολογικά κύτταρα επίσης επηρεάζονται έως ένα βαθμό από την ακτινοθεραπεία. Ευτυχώς, τα κύτταρα αυτά έχουν γενικά καλύτερη ικανότητα αυτοεπιδιόρθωσης απ' όση τα καρκινικά. Επιπλέον, η θεραπεία γίνεται με τρόπο που εξασφαλίζει ότι τα καρκινικά κύτταρα λαμβάνουν την υψηλότερη δόση της ακτινοβολίας, ενώ ταυτοχρόνως περιορίζεται στο ελάχιστο δυνατό η δόση που φθάνει στα παρακείμενα υγιή κύτταρα. Αυτό μπορεί να γίνει με χρήση διασταυρούμενων δεσμών ακτινοβολίας που εστιάζονται στον όγκο ή με θωράκιση του παρακείμενου υγιούς ιστού. (Ρις, 2000)

Στην ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται η ιονίζουσα ακτινοβολία που την παίρνουμε από τρεις πηγές:

- Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία (ράδιο, καίσιο, ιρίδιο κ.λπ)
- Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία (ραδιοϊσότοπα).
- Μηχανήματα παραγωγής ακτίνων Roentgen και ηλεκτρονίων με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος ή από ακτίνες X (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία).

(Μαλγαρινού, Κωνσταντινίδου, 1997)

Στο σημείο αυτό υπενθυμίζεται πως η ακτινοβολία έχει τις εξής εφαρμογές:

- Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό, δηλαδή καταστρέφει τα κακοήθη νεοπλάσματα μόνη ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπευτικά φάρμακα.
- Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του αρρώστου σε προχωρημένα στάδια κακοήθους νεοπλασίας, π.χ. ανακούφιση από τον πόνο και
- Χρησιμοποιείται για διαγνωστικό σκοπό, όπως η διάγνωση κακοήθους όγκου, μέτρηση του όγκου και χρόνου κυκλοφορίας του αίματος κ.ά. (Μαλγαρινού, Κωνσταντινίδου, 1997)

5.3 ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Οι καρκίνοι διαφέρουν σημαντικά όσον αφορά την ευαισθησία τους στην ακτινοθεραπεία: ορισμένα είδη είναι πιθανότερο να εξαλειφθούν σε σχέση με άλλα. Το πόσο γρήγορα θα ανταποκριθούν οι όγκοι στη θεραπεία, επίσης παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις. Ορισμένοι καρκίνοι εξακολουθούν να συρρικνώνονται με αργό ρυθμό και τελικά εξαφανίζονται πολύ καιρό μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας, πιθανόν ύστερα από πολλές εβδομάδες. Άλλοι αποκρίνονται πολύ πιο γρήγορα κυρίως όταν τα κύτταρά τους πολλαπλασιάζονταν γρήγορα πριν από τη θεραπεία. (Ρις, 2000).

Γενικά, οι μικρότεροι καρκίνοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να καταστραφούν εντελώς από την ακτινοθεραπεία. Αυτό οφείλεται εν μέρει στον καθαρό όγκο του ιστού που προσβάλλουν, αλλά και στο ότι οι μεγαλύτεροι όγκοι τείνουν να αναπτύσσονται πιο γρήγορα απ' όση τα αιμοφόρα αγγεία που τους τροφοδοτούν με αίμα- το επακόλουθο είναι μειωμένη παροχή αίματος και έτσι μικρότερη μεταφορά οξυγόνου στο κέντρο τους, δηλαδή στον πυρήνα τους. Το οξυγόνο διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διαδικασία πρόκλησης βλάβης στο DNA από την ακτινοβολία. Το οξυγόνο μεταφέρεται στους ιστούς από τα ερυθρά αιμοσφαίρια και έτσι, αν ο όγκος έχει κακή παροχή αίματος ή αν υπάρχει μειωμένη συγκέντρωση ερυθρών αιμοσφαιρίων (αναιμία), η ακτινοθεραπεία μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματική. (Ρις, 2000)

Ένας άλλος λόγος για τον οποίο η ακτινοθεραπεία μπορεί να μην πετύχει πλήρη καταστροφή του όγκου είναι ότι τα καρκινικά κύτταρα εξακολουθούν να πολλαπλασιάζονται με ταχύ ρυθμό στα διαστήματα μεταξύ των θεραπειών.

Ένας τρόπος για να αντιμετωπιστεί αυτό, ο οποίος χρησιμοποιείται σε επιλεγμένες περιπτώσεις, είναι η χορήγηση ακτινοθεραπείας δύο ή τρεις φορές την ημέρα, σε πολύ βραχείες και εντατικές συνεδρίες θεραπείας. Αυτή η θεραπεία είναι γνωστή ως υπερκλασματοποιημένη ή επιταχυμένη θεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να καταστρέψει έναν καρκίνο μόνο αν είναι δυνατόν να κατευθυνθούν οι ακτίνες με τρόπο ώστε να «αγκαλιάσουν» ολόκληρο τον όγκο. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία μεγαλύτερων τμημάτων ιστού απ' όσα μπορούν να αντιμετωπισθούν χειρουργικά, αλλά δεν παύει να είναι μια αρκετά εντοπισμένη μορφή θεραπείας. Ένας άλλος κρίσιμος παράγοντας είναι η δόση της ακτινοθεραπείας, η οποία μετράται σε μονάδες που λέγονται Grays (συμβολίζονται Gy). Ορισμένοι καρκίνοι αποκρίνονται καλά σε σχετικά χαμηλές δόσεις, ενώ άλλοι χρειάζονται υψηλές δόσεις για να καταστραφούν. Όταν η ακτινοθεραπεία συνίσταται για να καταστραφεί εντελώς ένας όγκος, χορηγούνται αρκετά υψηλές δόσεις ακτινοβολίας (ριζική ακτινοθεραπεία). Όταν χορηγείται ως συμπληρωματική θεραπεία, για να αποτρέψει μια υποτροπή ύστερα από μια χειρουργική εκτομή, χορηγούνται ελαφρά χαμηλότερες δόσεις. Και όταν χορηγείται ως παρηγορητική θεραπεία, οι δόσεις είναι σημαντικά χαμηλότερες. Στην τελευταία περίπτωση, ο στόχος είναι η πρόκληση επαρκούς συρρίκνωσης του όγκου, ώστε να καταπραυνθούν τα συμπτώματα. (Ρις, 2000)

Αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι πρόσφατα, το ράδιο, αποτελούσε τη συνηθέστερη πηγή εσωτερικής ακτινοβολίας γάμμα στην βραχυθεραπεία, μια θεραπεία στην οποία η πηγή ακτινοβολίας τοποθετείται δίπλα από τους ιστούς/ στόχους. Σήμερα έχει από πολλούς εγκαταλειφθεί, λόγω του κινδύνου ακτινοβολίας που συνδέεται με τη διάσπασή του σε ραδόνιο 222, ενός αερίου που μπορεί να διαφύγει από την πηγή σε άτυχους χειρισμούς, και λόγω της ανάγκης παρατεταμένης εφαρμογής για την απελευθέρωση της αναγκαίας δόσης. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια αύξηση της χρήσης του ιριδίου 192, με συσκευές μεταφόρτισης που απελευθερώνουν μεγάλη δόση ακτινοβολίας σε σύντομο χρονικό διάστημα. (Καλογερόπουλος, 1996)

5.4 ΕΙΔΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Συγκεκριμένα, στη θεραπεία καρκίνου του τραχήλου από πλακώδη κύτταρα, είναι συχνά η θεραπεία εκλογής, ανάλογα με το στάδιο. Στην οριστική θεραπεία καρκίνου του τραχήλου με ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται συνδυασμός εξωτερικής πυελικής ακτινοβολίας και εσωτερικής ενδοτραχηλικής ακτινοβολίας. Μόνο στο πιο πρώιμο μικροδιδεισδυτικό του τραχήλου χρησιμοποιείται μόνη η ενδοτραχηλική ακτινοβολία.

- **Εξωτερική ακτινοθεραπεία.** Μονάδες βήτατρων, γραμμικών επιταχυντών και κοβαλτίου-60 ελευθερώνουν ψηλές δόσεις ακτινοβολίας βαθιά μέσα στη πύελο, σε μια προσπάθεια να ανασταλεί η επέκταση του καρκίνου μέσω του λεμφικού συστήματος. Η θεραπεία εξατομικεύεται, με βάση το στάδιο της νόσου και την αντίδραση της άρρωστης στην ακτινοβολία.

- **Ενδοτραχηλική ακτινοβολία.** Τα ραδιενεργά στοιχεία που χρησιμοποιούνται στην ενδοτραχηλική ακτινοβολία είναι το ράδιο και το καίσιο. Το καίσιο πλεονεκτεί έναντι του ραδίου, επειδή έχει μεγάλο χρόνο υποδιπλασιασμού και δεν δημιουργεί αέρια παραπροϊόντα όπως αυτό. Στο χειρουργείο, κάτω από γενική αναισθησία, γίνεται εξέταση της άρρωστης και εισάγονται ειδικοί υποδοχείς (κεντρικός σωλήνας και ωοειδείς θήκες) χωρίς καίσιο. Μετά τον ακτινολογικό έλεγχο, για να προσδιοριστεί η ακριβής σχέση των υποδοχέων με την φυσιολογική πυελική ανατομία και τον όγκο, ο ακτινοθεραπευτής φορτίζει τους υποδοχείς με την προκαθορισμένη ποσότητα καισίου. Η όλη διαδικασία ονομάζεται μεταφόρτιση και επιτρέπει τον ακριβή έλεγχο έκθεσης στην ακτινοβολία που δέχεται η άρρωστη και ελαχιστοποιεί την έκθεση στη ακτινοβολία του προσωπικού φροντίδας υγείας. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 1997)

5.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.

Άμεσες επιπλοκές από την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας είναι: η συχνουρία και η δυσουρία από τον ερεθισμό της ουροδόχου κύστης, η διάρροια, ο τεινεσμός και ενίοτε η αιμορραγία (πρωκτίτιδα) από τον ερεθισμό του ορθού και η ναυτία από τον ερεθισμό του εντέρου. Μεταγενέστερες επιπλοκές είναι η καταστροφή της ωοθηκικής λειτουργίας, η ίνωση του τοιχώματος της μήτρας και η κολπική ατροφία, τα κυστεοκολπικά και τα

ορθοκολπικά συρίγγια και η υποδόρια ίνωση. Η αναιμία και οι τοπικές φλεγμονές πρέπει να διορθώνονται, επειδή η ιστική ανοξαιμία καθιστά τον καρκίνο λιγότερο ευαίσθητο στην ακτινοβολία. (Καλογερόπουλος, 1996)

5.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

A) Ετοιμασία της άρρωστης για εφαρμογή καισίου.

- 1.** Ο γιατρός εξηγεί στην άρρωστη τους λόγους που καθιστούν απαραίτητη αυτή τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής επεξηγεί ή απαντά σε κάθε ερώτηση της άρρωστης.
- 2.** Η άρρωστη ετοιμάζεται για διάφορες προκαταρκτικές εξετάσεις (μπορούν να γίνουν και πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο), όπως εξετάσεις αίματος, βιοψίες (ενδομητρική και τραχηλική), ακτινογραφία θώρακα και ηλεκτροκαρδιογράφημα.
- 3.** Ετοιμασία της άρρωστης για διαδικασία προφόρτισης.

B) Νοσηλευτική αγωγή μετά την τοποθέτηση του καισίου.

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

- 1.** Δίαιτα μικρού υπολείμματος, για αποφυγή κινήσεων του εντέρου, που μπορεί να περεκτοπίσουν τους υποδοχείς.
- 2.** Συχνή επιθεώρηση καθετήρα, για εξασφάλιση συνεχούς λειτουργίας του. Μια διαταμένη κύστη πλησιάζει την περιοχή ραδιενέργειας, με αποτέλεσμα ακτινικό έγκαυμα βαριάς μορφής.
- 3.** Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση του οργανισμού στη ραδιενέργεια, όπως ναυτία, έμετοι, αύξηση της θερμοκρασίας.
- 4.** Ενθάρρυνση της άρρωστης να τρώει. Χορήγηση μικρών και μεγάλων γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιων σε λεύκωμα. Ελκυστικό σερβίρισμα για διέγερση της όρεξης.
- 5.** Χορήγηση χυμών με βιταμίνη C, για προαγωγή της επιδιόρθωσης των ιστών.

6. Τοποθέτηση της άρρωστης σε ύπτια θέση με το άνω μέρος του κρεβατιού ανυψωμένο κατά 30 μοίρες.
7. Παραμονή του νοσηλευτή κοντά στην άρρωστη για όσο το δυνατόν λιγότερο χρόνο, κατά την παροχή φροντίδας σ' αυτή.
8. 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.
9. Προσοχή κατά την παροχή φροντίδας, ώστε να μην εκτοπισθούν οι υποδοχείς καισίου.

Γ) Αφαίρεση καισίου.

1. Ειδοποίηση ακτινοθεραπευτικού τμήματος, όταν είναι ώρα για την αφαίρεση του καισίου.
2. Εξασφάλιση αποστειρωμένων γαντιών, ειδικών λαβίδων με μακρά σκέλη και μεγάλης λεκάνης.
3. Έλεγχος του διαγράμματος για των αριθμό υποδοχέων που εφαρμόστηκαν, ώστε να συμφωνούν με τους υποδοχείς που θα αφαιρεθούν.
4. Εφαρμογή όλων των προφυλακτικών μέτρων ραδίου στο χειρισμό και μεταφορά του καισίου στο τμήμα ακτινοθεραπείας.
5. Λήψη δείγματος ούρων πριν από την αφαίρεση του καθετήρα. Χορήγηση καθαρτικού υποκλυσμού μετά την αφαίρεση του καισίου και πριν από την έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι.

Δ) Φροντίδα της άρρωστης μετά την ακτινοβολία.

1. Διατήρηση του δέρματος της άρρωστης (που εκτέθηκε στην ακτινοβολία) στεγνού.
2. Ναυτία και έμετοι είναι δυνατόν να εμφανιστούν σε χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας. Καλό θα ήταν ο νοσηλευτής να μην αναφέρει ποτέ στην άρρωστη, ότι είναι πιθανή η εμφάνιση ναυτίας και εμέτων, γιατί η υποβολή ενδέχεται να προκαλέσει την εκδήλωση αυτών.
3. Παρακολούθηση για την εμφάνιση συμπτωμάτων που υποδηλώνουν ακτινική βλάβη του εντέρου (διάρροια, τεινεσμός), και άμεση αναφορά τους.

4. Τονισμός της σπουδαιότητας ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα για 6 μήνες, για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας στον όγκο. Διότι έχει αποδειχθεί ότι το 5-8% των γυναικών που παρακολουθούνται για τη θεραπεία ειδικού καρκίνου, μπορεί να αναπτύξουν άλλους πρωτοπαθείς καρκίνους. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

6.1 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ιδέα της θεραπείας του καρκίνου με χημικές ουσίες ή φάρμακα προϋπήρχε στην αρχαιότητα. Η σύγχρονη χημειοθεραπεία αρχίζει το 1941 με την παρατήρηση του Charles Huggins ότι οι ορμόνες μπορούν να προκαλέσουν ύφεση όγκων του προστάτη. Το γεγονός αυτό ήταν η πρώτη απόδειξη ότι νεοπλασματικά κύτταρα μπορούν να καταστραφούν με μια συστηματική θεραπεία, κάτι διαφορετικό από την εγχείρηση και την ακτινοβολία. Σήμερα κατανοούμε καλύτερα την φύση του καρκίνου, η χημειοθεραπεία έγινε θεραπεία εκλογής, όσον αφορά την αντιμετώπιση των μεταστάσεων. (Σπηλιώτης, 1999)

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα, επιβραδύνουν όμως 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 των 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, όπως ο μυελός των οστών. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 1997)

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- 1.Αλκυλιούντες παράγοντες.** Αυτά επηρεάζουν την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν τη λειτουργία των νουκλεϊκών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο στη προμιτωτική φάση.
- 2.Αντιμεταβολίτες.** Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊκών οξέων). Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές, προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους. Δρουν στη φάση S του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.

3. Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης (παρεμποδίζουν τη σύνθεση DNA-RNA και, επομένως, τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων). Τα φάρμακα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή (ορισμένα αλκαλοειδή, και αντιβιοτικά) αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων.

Τέλος ορισμένες **γεννητικές ορμόνες** χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου επειδή πιστεύεται πως η ανάπτυξή τους έχει σχέση με την αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος του οργανισμού. Η υδροκορτιζόνη χρησιμοποιείται για τη λεμφολυτική της δράση. Ακόμη χρησιμοποιούνται ένζυμα, όπως η ασπαραγινάση, που με μια σειρά εξεργασιών στερεί τα νεοπλασματικά κύτταρα, αλλά και τους λεμφοβλάστες από ένα απαραίτητο αμινοξύ και το νεκρώνει. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 1997)

Οι τοξικότητες και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, μπορεί να κυμαίνονται με τους διάφορους αντινεοπλασματικούς παράγοντες και με τον κάθε ασθενή. Μερικά παραδείγματα πιο συχνών ανεπιθύμητων αντιδράσεων είναι: γαστρεντερικές διαταραχές, ανορεξία, ναυτία, έμετος, βλεννογονίτις, στοματίτις, κολίτις και ηπατική δυσλειτουργία.

Πιο αναλυτικά οι παρενέργειες των φαρμάκων είναι:

Αιματολογικές. Καταστολή του μυελού των οστών, αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία και πανκυτταροπενία.

Δευτεροπαθές νεόπλασμα. Μπορεί να αυξηθεί η συχνότητα εμφάνισης δευτέρου κακοήθους όγκου.

Ουροποιογεννητικές. Άσηπτη αιμορραγική κυστίτις, υπερωριχαιμία και νεφρική ανεπάρκεια.

Καταστολή των γονάδων. Αμηνόρροια, αζωοσπερμία.

Δερματικές. Αλωπεκία, υπέρχωση δέρματος και ονύχων, εξάνθημα.

Πνευμονικές. Διάμεση πνευμονική ίνωση.

Καρδιακές. Οξεία ανεπάρκεια της αριστεράς κοιλίας, αρρυθμίες, καρδιομυοπάθειες.

Αναπνευστικές. Δύσπνοια

Ανοσοκατασταλτική δραστηριότητα. Μπορεί να προδιαθέσουν τον ασθενή μικροβιακή, ιογενή (έρπης ζωστήρ) ή μυκητιασική λοίμωξη.

Χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Μετάλλαξη.

Τερατογόνες επιδράσεις. Μπορεί να προκαλέσουν τον θάνατο του εμβρύου κατά την κύηση. Οι γυναίκες κατά την αναπαραγωγική περίοδο θα πρέπει να αποφεύγουν την κύηση.

Εξαγγείωση. Προκαλείται επώδυνη φλεγμονή των πέριξ ιστών. Η περιοχή συνήθως καθίσταται σκληρή και μπορεί να παρατηρηθεί εσχαροποίηση του ιστού. (Rice, 1998)

6.2 ΣΤΟΧΟΣ

Εάν ένας κακοήθης όγκος είναι εντοπισμένος σε ένα σημείο του σώματος μπορεί να ιασθεί με εγχείρηση ή με ακτινοθεραπεία. Υπάρχουν όμως δύο ομάδες αρρώστων που δεν μπορούν να ιασθούν με μια τοπική θεραπεία.

Στην πρώτη ομάδα ανήκουν άρρωστοι που έχουν μεταστάσεις κατά το χρόνο της διάγνωσης του κακοήθους όγκου. Μεταστάσεις, δηλαδή που ανιχνεύονται στη φυσική εξέταση ή στον εργαστηριακό έλεγχο. Στην δεύτερη ομάδα ανήκουν άρρωστοι με «υποκλινικές» μεταστάσεις.

Πρόκειται για μεταστάσεις που δεν μπορούν να ανιχνευθούν στην φυσική εξέταση ή στον εργαστηριακό έλεγχο, αναπτύσσονται όμως και μετά από ένα χρονικό διάστημα εκδηλώνονται κλινικά και οδηγούν τον άρρωστο στο θάνατο.

Στην ομάδα με τις «υποκλινικές» μεταστάσεις η χημειοθεραπεία μπορεί να επιτύχει την ίαση σε ένα ποσοστό 10% περίπου. Ο ιατρός θα εφαρμόσει την χημειοθεραπεία με τις ακόλουθες ενδείξεις:

- (α) Μετά από μια χειρουργική επέμβαση ως επικουρική με στόχο να μειώσει το μέγεθος του όγκου και να καταστεί εγχειρήσιμος.
- (β) Να θεραπεύσει ένα είδος καρκίνου π.χ. λέμφωμα ή λευχαιμίες.
- (γ) Να ελέγξει την εξέλιξη του όγκου
- (δ) Να ανακουφίσει από συμπτώματα όπως π.χ. ο πόνος. (Σπηλιώτης, 1999)

6.3 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

1. Η ηλικία και η γενική κατάσταση του αρρώστου.
2. Η σχεδιασθείσα σειρά φαρμάκων και η συσταθείσα οδός χορήγησης.
3. Η αναγκαιότητα για πρόσθετη θεραπεία, δηλαδή ενδοφλέβια ενυδάτωση (πριν και μετά την θεραπεία)
4. Η ανάγκη να διορθωθούν, αν χρειάζεται, ορισμένες βλάβες (αναιμία, θρομβοπενία) πριν να αρχίσει η χημειοθεραπεία με μετάγγιση στοιχείων αίματος και η διαιτητική υποστήριξη.
5. Στην προβλεπόμενη οξύτητα των παρενεργειών, η άμεση επέμβαση π.χ. χορήγηση αντιεμετικών, διουρητικών σκευασμάτων.
6. Η εκπλήρωση της επιθυμίας του αρρώστου, οικογένειας ή των φίλων του για την ενημέρωση και συμμετοχή στη θεραπεία. (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 1991)

6.4 ΟΔΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τα φάρμακα της χημειοθεραπείας είναι ιδιαίτερα τοξικά και το όριο τοξικότητας από την θεραπευτική δόση μπορεί να είναι πολύ κοντά. Οι οδοί χορήγησης είναι οι εξής:

- (α) Ενδοφλέβια χορήγηση.
- (β) Εμφυτευόμενος σωλήνας κάτω από το δέρμα.
- (γ) Ενδοαρτηριακά.
- (δ) Ενδοπεριτοναϊκά
- (ε) Στο ΚΝΣ μέσω του εγκεφαλονωτιαίου υγρού.
- (στ) Με αντλίες έγχυσης.

Η απόφαση για τον τρόπο χορήγησης είναι του θεράποντος ιατρού αφού συνεκτιμήσει το είδος της νόσου, την τοπογραφία, την κατάσταση του ασθενούς καθώς επίσης και την ποιότητα ζωής και το είδος των ασχολιών του πάσχοντα. (Σπηλιώτης, 1999)

6.5 ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ-ΔΙΑΡΚΕΙΑ

Είναι τρεις παράμετροι που πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε άρρωστο. Η δοσολογία συνήθως υπολογίζεται βάσει του νορμογράμματος που προσμετρά την επιφάνεια του σώματος και υπολογίζεται βάσει του σωματικού βάρους και του ύψους του ασθενούς. Πάντα ανάλογα με την εξέλιξη της θεραπείας ή τις πιθανές επιπλοκές ή βιοχημικούς παραμέτρους μπορεί να γίνει αναπροσαρμογή της δόσης.

Η διάρκεια της χημειοθεραπείας πρέπει να τηρείται βάσει του συγκεκριμένου πρωτοκόλλου. Μπορεί επίσης να εφαρμόζεται περιοδικά ανάλογα με τους στόχους και τα θεραπευτικά αποτελέσματα. (Σπηλιώτης, 1999)

6.6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Τέσσερα μπορεί να είναι δυνητικά τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας:

1. Πλήρης ύφεση: Σημαίνει την πλήρη εξαφάνιση όλων των συμπτωμάτων και σημείων του κακοήθους όγκου.

2. Μερική ύφεση: Σημαίνει υποδιπλασιασμό του μεγέθους του όγκου (μείωση κατά 50% χωρίς να εξαφανιστεί).

Η θεραπεία πρέπει να συνεχιστεί μέχρι να εξαφανιστεί ο όγκος ή μέχρι να σταματήσει να μικραίνει. Εάν αυτό συμβεί πρέπει να επαναπροσδιοριστεί η σκέψη για χειρουργική αφαίρεση.

3. Σταθεροποίηση: Ο όγκος παραμένει σταθερός, ούτε μικραίνει ούτε μεγαλώνει. Το γεγονός αυτό δυστυχώς διαρκεί μόλις λίγους μήνες.

4. Εξέλιξη: Παρά τη θεραπεία ο όγκος μεγαλώνει. Πρέπει να γίνει διακοπή και αλλαγή του πλάνου. (Σπηλιώτης, 1999)

6.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία έχουν ανάγκη ειδικής αντιμετώπισης, φυσικής και ψυχολογικής υποστήριξης, ενθαρρύνσεως, εκπαίδευσης όσον αφορά την περίπου εξέλιξη της νόσου και τους τρόπους μέσω των οποίων είναι δυνατόν να ελαχιστοποιηθεί η βαρύτητα της νόσου. Παρακάτω αναφέρονται ορισμένες

γενικές υποδείξεις για τους νοσηλευτές που αφορούν την φροντίδα των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία.

- Ενθαρρύνεται ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά του όσον αφορά την εξέλιξη της νόσου.
- Εξετάζεται κατά πόσο ο ασθενής κατανοεί το χημειοθεραπευτικό σχήμα.
- Εξετάζεται κατά πόσο ο ασθενής κατανοεί τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τι θα πρέπει να παρατηρεί.

Αν ο ασθενής έχει την εμπειρία ναυτίας και εμέτου ο ιατρός θα πρέπει να αναγράφει τα κατάλληλα αντιεμετικά. Προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η βαρύτητα της ναυτίας και εμέτου, ο νοσηλευτής μπορεί να δώσει τις ακόλουθες οδηγίες στον ασθενή όπως:

- Αποφεύγει τις ζεστές, καυτερές, λιπαρές και όξινες τροφές και ποτά
- Αποφεύγει τις ανεπιθύμητες οσμές
- Τρώει μικρά, συχνά γεύματα
- Λαμβάνει το αντιεμετικό που του έχει συσταθεί, πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας
- Εκμύζει (μαλάσσει) κομμάτια πάγου ή σκληρά ζαχαρωτά
- Απέχει από το κάπνισμα

Προστατεύεται ο ασθενής από την λοίμωξη μέσω της διατήρησης καθαρού περιβάλλοντος, χρήσης άσηπτων συσκευών και πλύσιμο των χεριών τους οι νοσηλευτές. Εκπαιδεύεται ο ασθενής και το περιβάλλον της οικογένειάς του όσον αφορά την διασπορά λοιμώξεων. Εκπαιδεύεται και ο ασθενής να βρίσκεται σε εγρήγορση για τα ακόλουθα σημεία της λοίμωξης και να τα αναφέρει στον υπεύθυνο ιατρό:

- Αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος
- Πτάρνισμα, βήχας και αδιαθεσία αποδεικνύουν συνήθως ιογενή λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος
- Σημεία φλεγμονής όπως είναι το άλγος, θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα και λειτουργική διαταραχή.

Εκπαιδεύεται ο ασθενής να βρίσκεται σε εγρήγορση για τα ακόλουθα σημεία αιμορραγίας και να τα αναφέρει στον υπεύθυνο γιατρό:

- Εκτεταμένος μώλωπας

- Επίσταξη, αιμορραγία από τι ορθό, ανώμαλη κολπική αιμορραγία και αιμορραγίες ούλων
- Πετεχείες, πιθανή ένδειξη διαταραχής της πήξης του αίματος.

Μια από τις περισσότερο φοβερές ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας είναι η αλωπεκία, η απώλεια δηλαδή των τριχών. Συνίσταται στους ασθενείς να χρησιμοποιούν περούκα. Συνήθως η επανεμφάνιση των τριχών αρχίζει όταν περιορισθεί η επίδραση της χημειοθεραπείας στο σώμα. Οι νέες τρίχες είναι περισσότερο σκοτεινόχρωμες απ' ότι οι ήδη απολεσθείσες. Τέλος συνίσταται στον ασθενή να πληροφορεί τον ιατρό όταν το αναγραφόμενο αναλγητικό δεν εξαλείφει τον πόνο. Σε ορισμένες περιπτώσεις η δόση του αναλγητικού αναπροσαρμόζεται ή όταν παρίσταται ανάγκη αναγράφεται άλλος τύπος αναλγητικού. (Rice, 1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

7.1 LASER ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ο όρος Laser αποτελεί σύντμηση της φράσης Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation, που μεταφράζεται ελεύθερα σαν Ενίσχυση Φωτός δι' Εξαναγκασμένης Εκπομπής Ακτινοβολίας. Η ιστορία των lasers ξεκινά από τις μελέτες του Christian Huygens (1629-1695), που πρώτος διαπίστωσε ότι το φως και το χρώμα σχετίζονται με κύματα και αντιδράσεις μεταξύ φωτονίων. (Κουρούνης, 1991). Τα τελευταία 10 χρόνια η εφαρμογή των ακτίνων Laser στην ιατρική έδωσε την ευκαιρία εφαρμογής της μεθόδου και τον καρκίνο με αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Σχεδόν καθημερινά όλο και πιο πολλοί ασθενείς ζητούν να ενημερωθούν ή να εφαρμοσθούν οι συγκεκριμένη μέθοδος στην δική τους περίπτωση, αγνοώντας εάν αυτή είναι εφαρμόσιμη. (Σπηλιώτης, 1999)

Η θεραπεία με Laser έχει σαν στόχο να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα χρησιμοποιώντας φως υψηλής συχνότητας. Το φως παράγεται από ειδικές συσκευές που διεγείρουν ουσίες όπως το αργό, το μονοξειδίο του άνθρακα (CO₂) ή αλλά μείγματα και αυξάνουν την ενεργειακή τους κατάσταση. Στην διάρκεια επιστροφής αυτών των ουσιών στην κατάσταση ηρεμίας εκλύουν την ενεργειακή διαφορά υπό την μορφή φωτός που κατευθύνεται μέσω ειδικών διαύλων στον στόχο. Η δέσμη αυτή του φωτός, η δέσμη Laser, ερχόμενη σε επαφή με τον ιστό στόχο παράγει θερμότητα. Στους 60° C γίνεται πήξη των λευκωματικών και στους 100° C εξαέρωση των κυττάρων που αποτελούν τον ιστό στόχο. (Σπηλιώτης, 1999)

Γενικά η ενέργεια που μεταφέρεται από κάποια φωτεινή ακτινοβολία, φωτεινά κύματα, μπορεί να προκαλέσει στα κύτταρα των ζωντανών οργανισμών (και κατά προέκταση στους ιστούς), τριών ειδών δράσεις:

- (α) Σε χαμηλή ισχύ να διεγείρει χημικές, μεταβολικές αντιδράσεις χωρίς να βλάψει το κύτταρο.
- (β) Σε μέση ισχύ, που αυξάνεται, να αρχίσει να προκαλεί θερμικές βλάβες που δυνατόν να καταλήξουν σε θερμική νέκρωση.
- (γ) Σε μεγάλη ισχύ να προκαλέσει έκρηξη ή εξαέρωση ή εξάχνωση των ιστών χωρίς να προϋπάρξουν τα προηγούμενα στάδια.

Στη χειρουργική χρήση των Laser τα τρία παραπάνω στάδια μεταφράζονται σε:

- (α) Μεταβολική δράση στους ιστούς.
- (β) Θερμική καταστροφή των ιστών.
- (γ) Μη-θερμική μηχανική καταστροφή ιστών (π.χ. τομή στον κερατοειδή). (Κουρούνης, 1991)

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι με το Laser μπορεί να γίνει επιφανειακή καταστροφή του όγκου και η διαφορά του Laser με την κλασική χειρουργική θεραπεία είναι ότι ο χειρουργός αφαιρεί συνήθως τον όγκο σε βάθος και έκταση ιστού. Αντίθετα με το Laser αφαιρείται ορατό τμήμα της επιφάνειας του όγκου. Τα γεγονότα αυτά περιόρισαν την εφαρμογή αυτής της θεραπευτικής μεθόδου ογκολογικά σε περιορισμένες ενδείξεις. (Σπηλιώτης, 1999)

Το Laser εφαρμόζεται σε μια σειρά από νεοπλάσματα αρχικού σταδίου με καλά αποτελέσματα. Εφαρμόζεται ως παρηγορητική μέθοδος, ιδιαίτερα σε ενδοαυλικά νεοπλάσματα, με στόχο την καλύτερη ποιότητα ζωής. Εφαρμόζεται επίσης για την ανάσχεση ή την ύφεση επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει ένα καρκίνωμα όπως αιμορραγίες ή απόφραξη. Δεν μπορεί να αντικαταστήσει την χειρουργική, την ακτινοθεραπεία ή την χημειοθεραπεία αλλά μπορεί να δράσει συνδυαστικά μαζί της. (Σπηλιώτης, 1999)

7.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ: Συνδυασμένη θεραπεία με καλύτερα αποτελέσματα.

Η συνδυασμένη θεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου τραχήλου μήτρας, η οποία περιλαμβάνει ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, αποδίδει καλύτερα αποτελέσματα με σημαντική αύξηση της επιβίωσης των ασθενών. Μέχρι πρόσφατα, η διεθνώς αποδεκτή θεραπεία για τον καρκίνο αυτό, περιλάμβανε εκτός από τη χειρουργική επέμβαση, μόνο την ακτινοθεραπεία.

Το 1999 το National Cancer Institute ανακοίνωσε ότι για τις περιπτώσεις του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πρέπει να χορηγείται ταυτόχρονα χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Σύμφωνα με μια μεγάλη έρευνα που δημοσιεύτηκε στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό The Lancet, Άγγλοι ερευνητές έκαναν μια συστηματική ανασκόπηση όλων

των δεδομένων και κλινικών μελετών που έγιναν σε ασθενείς με το καρκίνο αυτό από το 1981 μέχρι το 2000. Συνολικά περιελήφθησαν στην έρευνα 4.580 ασθενείς. Τα ευρήματά τους έδειξαν:

- Ταυτόχρονη χορήγηση στις ασθενείς χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας, βελτιώνει την συνολική επιβίωση τους και μειώνει το ποσοστό υποτροπών.
- Η συνδυασμένη θεραπεία μειώνει το ποσοστό των ασθενών που παρουσιάζουν μεταστάσεις τόσο τοπικά όσο και σε άλλα όργανα
- Το χημειοθεραπευτικό φάρμακο Cisplatinum, ήταν αυτό που χρησιμοποιήθηκε στις περισσότερες περιπτώσεις
- Η χημειοθεραπεία με ταυτόχρονη ακτινοθεραπεία αυξάνει το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών στα 4 χρόνια 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.

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η συστηματική χημειοθεραπεία που χορηγείται έχει δράση όχι μόνο τοπικά, εκεί δηλαδή που αρχικά εμφανίστηκε ο καρκίνος, αλλά και παντού στον οργανισμό με καταπολέμηση τυχόν καρκινικών κυττάρων που έχουν μετατοπιστεί αλλού. Παρά τις περισσότερες επιπλοκές που έχει η συνδυασμένη χημειοθεραπεία με την ακτινοθεραπεία και οι οποίες συχνά είναι ανατρέψιμες, φαίνεται πλέον ότι αποτελεί την σημαντικότερη πρόοδο που έχει επιτευχθεί για την καταπολέμηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά τις τελευταίες δεκαετίες. (www.medlook.net., 2001)

7.3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Αυτή η συνύπαρξη εμφανίζεται σε συχνότητα 0,2%. Ο έλεγχος του τραχήλου σε κάθε έγκυο είναι απαραίτητος. Η άποψη, πως η εγκυμοσύνη επιβαρύνει τον καρκίνο του

τραχήλου, δεν είναι τεκμηριωμένη. Η διάγνωση στη λοχεία επιβαρύνει την πρόγνωση, γιατί τότε είναι προχωρημένος.

Μέση ηλικία εμφάνισης της συνύρπαξής του είναι τα 32-34 χρόνια της γυναίκας.

Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου του τραχήλου, που συνοδεύει την εγκυμοσύνη, σε συχνότητα 96%, είναι επιθηλιακός, σε συχνότητα 3,5% αδενοκαρκίνωμα και σε συχνότητα 0,5% αφορά σε άλλους τύπους.

Τα συμπτώματα της πάθησης είναι η αυτόματη αιμορραγία από το γεννητικό σύστημα, που στην περίπτωση της εγκύου εκλαμβάνεται ως απειλούμενη έκτρωση.

Η συνύπαρξη καρκίνου του τραχήλου και εγκυμοσύνης φέρνει σε δίλημμα το γυναικολόγο σχετικά με την αντιμετώπιση της κατάστασης.

Οι περισσότεροι γυναικολόγοι προτιμούν

1. Σε ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και καρκίνωμα in situ η κολποσκοπική εκτίμηση και η παρακολούθηση είναι αρκετές, εφόσον δεν υπάρχουν ενδείξεις διήθησης. Αν υπάρχουν αμφιβολίες πρέπει να γίνει κωνοειδής εκτομή στο δεύτερο τρίμηνο, γιατί στο πρώτο τρίμηνο υπάρχει κίνδυνος αυτόματης έκτρωσης μέχρι 33%.
2. Σε διηθητικό καρκίνο, αν η κωνοειδής εκτομή δείξει διήθηση κάτω από 3χιλ., δεν υπάρχει διήθηση αγγείων και τα χείλη είναι ελεύθερα, η εγκυμοσύνη μπορεί να συνεχιστεί και να γίνει υστερεκτομία στη λοχεία. Αν η διήθηση είναι 3-5χιλ., τότε η εγκυμοσύνη μπορεί να συνεχιστεί ως το τέλος και να γίνει υστερεκτομία με λεμφαδενεκτομία μετά από κάθετη καισαρική τομή.
3. Στο στάδιο Ιβ, όταν η γυναίκα βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο, η θεραπεία είναι ριζική υστερεκτομία και λεμφαδενεκτομία μετά από υστερεκτομία. Αν η εγκυμοσύνη πλησιάζει στο τρίτο τρίμηνο καθυστέρηση μεγαλύτερη από τέσσερις εβδομάδες πρέπει να αποφεύγεται. Η θεραπεία είναι εγχειρητική με καισαρική τομή και ριζική υστερεκτομία και λεμφαδενεκτομία. Μπορεί να δοθούν στεροειδή και να γίνει αμνιοπαρακέντηση για την πνευμονική ωριμότητα.
4. Στα στάδια ΙΙ-ΙV γίνεται ακτινοθεραπεία. Στο πρώτο τρίμηνο αρχίζει ως εξωτερική και συνήθως μετά από 4000 rads επέρχεται αυτόματη έκτρωση. Ακολουθεί εκκένωση της μήτρας και συνέχιση της ακτινοθεραπείας.

Στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο προηγείται υστερεκτομία ή κάθετη καισαρική.

Η πρόγνωση για την έγκυο, παρά τις προόδους που έχουν σημειωθεί φτάνει την επιβίωσή της σε 50%. Για το έμβρυο η πρόγνωση είναι βαρύτερη από τις συχνές αυτόματες εκτρώσεις και από την αυξημένη συχνότητα διακοπής της εγκυμοσύνης για θεραπευτικούς λόγους. (Παπανικολάου, 1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

8.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση δεν εξαρτάται τόσο από το βαθμό διαφοροποίησης, από τη μορφή του νεοπλασματος και από την ηλικία της ασθενούς, όσο από το στάδιο στο οποίο βρισκόταν ο καρκίνος, όταν άρχισε η θεραπεία του, και από τις επιπλοκές, που ακολούθησαν τη θεραπεία.

Η επιβίωση μετά την 5ετία είναι:

Στο στάδιο 0 είναι 100%.

Στο στάδιο Ia είναι 93%.

Στο στάδιο Ib είναι 75-80%.

Στο στάδιο II είναι 50-60%.

Στο στάδιο III είναι 28-30%.

Στο στάδιο IV είναι 7%.

Ο θάνατος, στον καρκίνο του τραχήλου, επέρχεται, τις περισσότερες φορές, από ουραιμία, ύστερα από έμφραξη των ουρητήρων, ή αιμορραγία ή πνευμονική εμβολή ή έμφραξη του εντέρου ή κυκλοφοριακή ανεπάρκεια. (Παπανικολάου, 1994)

8.2 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Μετά από κωνοειδή εκτομή του τραχήλου ή ακρωτηριασμό του, συστήνεται παρακολούθηση με κλινική εξέταση και λήψη επιχρίσματος του τραχήλου τον πρώτο χρόνο 4 φορές, τον δεύτερο 2 και στη συνέχεια μία φορά το χρόνο ισόβια. Μετά από υστερεκτομία η παρακολούθηση συνίσταται στον προσεκτικό κλινικό έλεγχο της πυέλου, της κοιλιάς και των λεμφαδένων και στη λήψη τραχηλικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου ανά τρίμηνο τον πρώτο χρόνο, το δεύτερο και τρίτο κάθε 6 μήνες και για 15 χρόνια μία φορά τον χρόνο. Ακτινογραφία θώρακα συστήνεται μία φορά το χρόνο και αξονική τομογραφία μία φορά το χρόνο για δύο χρόνια. (Παπανικολάου, 1994, Stern, 1992)

Όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα δεν απαιτούνται συστηματικές ακτινογραφίες του θώρακα ή αξονικές τομογραφίες κοιλιάς και πυέλου. Τέλος, ο γιατρός πρέπει να μετράει σε κάθε επίσκεψη τα επίπεδα καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) καθώς και το αντιγόνο του επιθηλιακού καρκινώματος του ορού (SCCA), στην περίπτωση που ήταν αυξημένα πριν αρχίσει η θεραπεία. (Stern, 1992).

8.3 ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Στον καρκίνο που ακτινοβολήθηκε, είναι δυνατόν να έχουμε μέσα στον πρώτο χρόνο υποτροπή σε συχνότητα 50% και μέσα στα δύο χρόνια σε συχνότητα 75%. Η θέση της υποτροπής μπορεί να βρίσκεται στον κόλπο, στον τράχηλο, στη μήτρα, που παρέμεινε, στην ουροδόχο κύστη, στο ορθό, στα πυελικά τοιχώματα, σε περιφερειακούς λεμφαδένες, στους πνεύμονες, στο έξω στόμιο της ουρήθρας κ.λπ. (Παπανικολάου, 1994)

Η διάγνωση της υποτροπής στηρίζεται στα κλινικά συμπτώματα, στην απώλεια βάρους, στο πόνο στην περιοχή της πυέλου, στην αιμορραγία ή στο παθολογικό έκκριμα από τον κόλπο, στο οίδημα των άκρων, στο χρόνια βήχα και στις εργαστηριακές εξετάσεις. (Παπανικολάου, 1994, Stern, 1992).

Η επιβεβαίωση της υποτροπής με ιστολογικό έλεγχο, όταν αυτή είναι σε προσιτό σημείο, είναι απαραίτητη. Σε περιπτώσεις απαιτείται η εκτέλεση κυστεοσκόπησης, πυελογραφίας, ακτινολογικός έλεγχος της σπονδυλικής στήλης και του θώρακα, σπινθηρογράφημα συκωτιού, διάβαση εντέρου, και, τέλος, ερευνητική λαπαροτομία. (Παπανικολάου, 1994)

Θεραπευτικά, αν δεν είχε δοθεί προηγουμένως ακτινοβολία, οι υποτροπές της νόσου που εντοπίζονται στη πυέλο, είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν με εξωτερική ακτινοβολία και ακτινοθεραπεία με εμφύτευση ραδιενεργούς ουσίας στον τράχηλο ή στον όγκο. Στην περίπτωση όμως που είχε προηγηθεί ακτινοθεραπεία, ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης είναι η χειρουργική αφαίρεση του κόλπου, της μήτρας και της ουροδόχου κύστης και/ ή του ορθού με τη δημιουργία τεχνητής ουροδόχου κύστης (πυελική εκσπλάχνωση).

Η πενταετής επιβίωση μετά την πυελική εκσπλάχνωση είναι της τάξεως του 50% περίπου. Γυναίκες με όγκους που υποτροπιάζουν και δεν μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά ή με μεταστατική νόσο αντιμετωπίζονται συνήθως με χημειοθεραπεία. Τέλος όσες γυναίκες έχουν ανεγχείρητη πυελική νόσο, μπορούν να ακτινοβληθούν εκ νέου με ή χωρίς υποθερμία ή να λάβουν εκλεκτή χημειοθεραπεία από μεγάλη αρτηρία της πυέλου. (Stern, 1992)

8.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ

Υποτροπή: Μετάσταση στον κοιλικό θόλο.

A) Εκτίμηση:

1. Ύποπτο τεστ Παπανικολάου (κλάση III)
2. Η ορθική και η κοιλική ψηλάφηση αποκαλύπτουν όγκο στα παραμήτρια
3. Βαθιά βιοψία του θόλου του κόλπου, αποκαλύπτει διεισδυτικό και μεταστατικό καρκίνωμα
4. Άγχος, φόβος

B) Παρέμβαση:

1. Ενημέρωση της άρρωστης και ετοιμασία αυτής για πυελική ακτινοθεραπεία.
2. Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης κατά τη διάρκεια των συνεδριών της ακτινοθεραπείας, για μείωση του άγχους.
3. Εκτίμηση κακουχίας, ναυτίας και ερεθισμού του δέρματος.
4. Προαγωγή ανάπαυσης.
5. Παραπομπή σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες.
6. Παρότρυνση για συχνή κλινοεργαστηριακή παρακολούθηση.

Υποτροπή: Κύστη.

A) Εκτίμηση:

1. Πόνος, δυσχέρεια.

2. Αιματοουρία.

B) Παρέμβαση:

1. Ετοιμασία της άρρωστης για παραπέρα έλεγχο, π.χ. ενδοφλέβια πυελογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, ηπατικά ένζυμα, βαριούχο υποκλυσμό.
2. Ετοιμασία της άρρωστης για πυελική εξεντέρωση (ολική, πρόσθια, οπίσθια)
 - Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με:
 - i. Το σκοπό και την εναλλακτική της επέμβασης.
 - ii. Προεγχειρητικές διαδικασίες.
 - iii. Μεταβολές στο σωματικό είδωλο, στην αποχετευτική και σεξουαλική λειτουργία.
 - iv. Αλλαγές στην ρουτίνα των καθημερινών δραστηριοτήτων.
 - Εκτίμηση συγκινησιακής σταθερότητας, οικογενειακής υποστήριξης, οικονομικής κατάστασης, ευκολιών και δυνατοτήτων για φροντίδα στο σπίτι και αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.
 - Προετοιμασία εντέρου για το χειρουργείο, με χορήγηση αντιβιοτικού, υπακτικού, υποκλυσμού και ετοιμασία κοιλιάς.
 - Τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής για μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης.
 - Αξιολόγηση της άμεσης μετεγχειρητικής κατάστασης: μεταβολές καρδιακής λειτουργίας, σημεία shock, νεφρική λειτουργία.
 - Βοήθεια άρρωστης ώστε να αποδεχθεί το αλλαγμένο σωματικό είδωλο.
 - Μέτρα για τη μείωση του πόνου, άγχους και δυσχέρειας.
 - Μετεγχειρητική διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας, που αφορά τις αλλαγές του τραύματος και τη φροντίδα της ουρητηροστομίας.
 - Ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης, 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.
- Εξασφάλιση συνέχισης της φροντίδας και υποστήριξης κατά την περίοδο ανάρρωσης:
 - i. Αναφορά στις ανάλογες υπηρεσίες για μετανοσοκομειακή παρακολούθηση.
 - ii. Παροχή συμβουλών σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία και τα νέα προβλήματα.

iii. Αναφορά για σεξουαλικές συμβουλές σε ζευγάρια αν το επιθυμούν.

Υποτροπή: Μετάσταση στην σπονδυλική στήλη.

A) Εκτίμηση:

1. Πόνος στη ράχη.
2. Απώλεια βάρους, κόπωση.
3. Κατάθλιψη, απογοήτευση.

B) Παρέμβαση:

1. Ετοιμασία της άρρωστης 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 και συγκινησιακή υποστήριξη.
 2. Μείωση της δυσχέρειας εξαιτίας των παρενεργειών της χημειοθεραπείας, π.χ. του πόνου, της ναυτίας, των εμέτων, της αιμορραγίας του βλεννογόνου του στόματος, του ερεθισμού του δέρματος και της διάρροιας.
 3. Μείωση κινδύνου λοίμωξης.
 4. Προαγωγή οικογενειακής υποστήριξης και δημιουργία ατμόσφαιράς για έκφραση συναισθημάτων.
 5. Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν μη ανοχή στο φάρμακο.
- (Σαχίνη- Καρδάση, Πάνου, 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

9.1 ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Στον τόπο μας είναι σχεδόν παράδοση να ενημερώνεται ο άρρωστος και να του εξηγούνται τα της ασθένειάς του. Αυτό δεν ισχύει σε περιπτώσεις με βαριά πρόγνωση, όπως ο καρκίνος. Με φόβο μην τραυματισθεί ψυχικά και απογοητευθεί ο άρρωστος, επιχειρείται μια συγκάλυψη της πραγματικότητας και ωραιοποίηση της αλήθειας. Έρευνες που έχουν γίνει τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα, δείχνουν μια αυξανόμενη τάση τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και μεταξύ των καρκινοπαθών, να θέλουν να γνωρίζουν όλο και περισσότερα σχετικά με τον καρκίνο και κυρίως με τη θετική διάγνυσή του.

Η πληροφόρηση είναι δικαίωμα του ασθενούς, που δεν μπορεί κανείς να του το στερήσει. Είναι υποχρέωση του επαγγελματία υγείας. Οφείλει να του λέει την αλήθεια, ώστε να περάσει όλα τα στάδια ψυχολογικής προσαρμογής. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να σεβαστεί το δικαίωμα του ασθενούς να προετοιμαστεί για την πορεία του προς το θάνατο, ενώ παράλληλα να προσαρμόσει τη ζωή του στα νέα δεδομένα και να ζήσει όσο χρόνο του απομένει, όσο το δυνατόν καλύτερα και με τον τρόπο που αυτός επιθυμεί.

Η ενημέρωση του ασθενή βέβαια, γίνεται για όσα θέλει ή για όσα αντέχει να γνωρίζει. Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας είναι να μπορεί να κατανοεί τι ακριβώς πρέπει να πει, με ποιόν τρόπο να το πει και ποια χρονική στιγμή. Αντίθετα, η ενημέρωση των συγγενών του ασθενή είναι ένα θέμα που σχετίζεται με το ιατρικό απόρρητο. Ο επαγγελματίας υγείας δεν ενημερώνει κανέναν άλλον εκτός από τον ίδιο τον ασθενή. Είναι προσωπική υπόθεση του ασθενή αν θα ενημερώσει τους γύρω του ή όχι. Επίσης ο ασθενής έχει αναφαίρετο δικαίωμα να γνωρίζει το περιεχόμενο του ιατρικού του φακέλου, εφόσον ο ίδιος το θέλει, και να συμμετέχει στη διαδικασία λήψεων αποφάσεων.

Ποιος όμως ενημερώνει τον ασθενή για την διάγνωση; Ο γιατρός είναι εκείνος που επίσημα και καλυπτόμενος από το νομοθετικό πλαίσιο έχει το καθήκον να πληροφορεί. Απ' την άλλη όμως, ο νοσηλευτής είναι ο επαγγελματίας υγείας που είναι συνεχώς κοντά στον ασθενή, και τον οποίο ο ασθενής νιώθει πιο προσιτό και ανθρώπινο. Η πολιτική των νοσοκομείων, τουλάχιστον στην Ελλάδα, θέλει τον νοσηλευτή επισήμως να διατηρεί μια ουδέτερη στάση πάνω στο θέμα.

Κατά κοινή εμπειρία ο ασθενής ανατρέχει στο γιατρό του για πληροφορίες σχετικά με την θεραπεία, ενώ στο νοσηλευτή για θέματα όπως το τι να περιμένει από το μέλλον. Ο νοσηλευτής που δεν έχει την απαραίτητη γνώση, εμπειρία και ικανότητα επικοινωνίας, ώστε να ανταπεξέλθει στο ρόλο του, δεν θα μπορέσει να θεωρηθεί επιτυχημένος λειτουργός-επαγγελματία. (Διβάνη, 2000).

9.2 ΓΕΝΙΚΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η KUBLER-ROSS (1975) περιγράφει τις αντιδράσεις του καρκινοπαθούς από τη στιγμή που ενημερώνεται και έρχεται αντιμέτωπος άμεσα ή έμμεσα με τη φύση της αρρώστιας του, έως τις τελευταίες ώρες της ζωής του. (Κοσμίδης, 1984)

Στην πρώτη λοιπόν φάση, **τη φάση της άρνησης**, ο ασθενής μόλις μάθει την αλήθεια για τη φύση της νόσου καθώς και το προσδόκιμο επιβίωσής του, αρνείται να δεχθεί ότι συμβαίνει σε αυτόν. Αμφισβητεί τη διάγνωση, απευθύνεται σε άλλους γιατρούς ή καταφεύγει σε κέντρα του εξωτερικού. (Σπηλιώτης, 1999). Από τον αρχικό κλονισμό και τη μαζική άρνηση ο καρκινοπαθής βαθμιαία θα αναλάβει, το πότε θα εγκαταλείψει την άρνησή του, για να χρησιμοποιήσει άλλους μηχανισμούς άμυνας. Αυτό εξαρτάται από το πώς ειπώθηκε στον άρρωστο η αρρώστια του, το πώς προετοιμαζόταν για να αντιμετωπίσει καταστάσεις έντασης κατά τη διάρκεια της ζωής του, ποιος θα είναι κοντά του να τον υποστηρίξει. (Κοσμίδης, 1984)

Στην δεύτερη φάση, **τη φάση της αποδοχής**, ο ασθενής αφού επιβεβαιωθεί η αρχική διάγνωση, αρχίζει και συνεργάζεται ικανοποιητικά για την εφαρμογή των διάφορων θεραπευτικών σχημάτων. Στην περίοδο αυτή αποκτά νέα ενδιαφέροντα, ασχολείται με την καλλιέργεια του πνεύματος, ενώ πραγματικά γίνεται πιο καρτερικός. (Σπηλιώτης, 1999)

Η Τρίτη και τελευταία φάση, **η απόσυρση**, θα έρθει με την έναρξη των συμπτωμάτων που σημαίνουν υποτροπή ή μετάσταση της νόσου. Η κυρίαρχη φάση και επιχείρημα από την πλευρά του είναι ότι η αρρώστια του στέρησε το δικαίωμα στο όνειρο.

Δεν κάνει σχέδια, αφού δεν μπορεί να ξέρει αν θα ζει την επόμενη χρονική περίοδο. Σιγά-σιγά κλείνεται στον εαυτό του και αρχίζει να έχει εκρήξεις με το οικογενειακό του περιβάλλον ή με τους γιατρούς. (Σπηλιώτης, 1999).

Πίσω από όλα αυτά τα στάδια κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει: η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι κάποιο πρωινό ο άρρωστος θα ξυπνήσει για να του πουν οι γιατροί ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Αυτό δεν σημαίνει πως πρέπει να πούμε ψέματα στον άρρωστο. Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί του την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει την ροή των πραγμάτων. (Κοσμίδης, 1984)

9.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Η πάσχουσα γυναίκα από γυναικολογικό καρκίνο, ανεξαρτήτως ηλικίας, διέπεται από ιδιαίτερο «ψυχολογικό καθεστώς». Κυριαρχείται βεβαίως από μεγάλο φόβο, ανησυχία, άγχος που χαρακτηρίζει την κάθε ασθενή αυτής της πάθησης, αλλά εμφανίζει και ιδιαίτερες ψυχολογικές ιδιομορφίες. Ο γυναικολογικός καρκίνος δεν έχει τις ίδιες ψυχολογικές συνέπειες με οποιονδήποτε άλλο καρκίνο. Επηρεάζει τη φυσική και την ψυχική ιδιοσυγκρασία της γυναίκας. Επηρεάζει την ιδέα της για τη ζωή, την αναπαραγωγή, την οικογένεια, τη θέση της στον εξελικτικό ρυθμό της κοινωνίας. Έτσι έχουμε μια γυναίκα που διακατέχεται από φόβο, πεσιμισμό, αδιαφορία για την υγεία της, με εναλλαγές με υπερβολικό ενδιαφέρον. Σε πολλές γυναίκες εμφανίζονται παροδικές αυτοκτονικές τάσεις, κατάθλιψη, ψυχώσεις με ορισμένες πτυχές της νόσου, της θεραπείας, του κοινωνικού-οικογενειακού περιβάλλοντος.

Μετά την χειρουργική επέμβαση, εάν είναι εφικτή, και την είσοδο στα στάδια της χημειοθεραπείας, ακτινοβολίας, οι περίοδοι με κυριαρχία της ευσυγκινησίας, έντονης απαισιοδοξίας αλλά και αισιοδοξίας, φόβου, υπερπροστατευτισμού για την οικογένεια, εγκατάλειψη του ενδιαφέροντος για την οικογένεια, είναι συχνές και με διάφορες εναλλαγές. Τα άτομα που πάσχουν από γυναικολογικό καρκίνο χρειάζονται ιδιαίτερη ψυχολογική υποστήριξη.

Η συμπεριφορά του γυναικολόγου, του ογκολόγου και του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να είναι τέτοια που να προσφέρει θάρρος, αισιοδοξία, αγάπη, εμπιστοσύνη στη γυναίκα.

Το οικογενειακό περιβάλλον πρέπει να αποκτήσει «γνώσεις υποκριτικής». Η όλη του στάση και συμπεριφορά πρέπει να δίνει στην πάσχουσα θάρρος, αισιοδοξία, στήριξη και κυρίως αγάπη. Όλα αυτά όμως, χωρίς υπερβολή, γιατί προκαλούν τα αντίθετα αποτελέσματα. Σημαντικό είναι η ασθενής να μην αποκοπεί από τις δραστηριότητές της. Πρέπει να έχει ενδιαφέροντα, πρέπει να ενημερώνεται για τα κοινά, πρέπει να έχει γνώμη και γνώση για τα διάφορα προβλήματα.

Γενικά, η νοσούσα γυναίκα, πρέπει να ενθαρρύνεται να μιλά, δεν πρέπει να κλείνεται στον εαυτό της, πρέπει να περιποιείται τον εαυτό της, πρέπει να αισθάνεται το γιατρό φίλο της και δικό της άνθρωπο, και κυρίως πρέπει να ζει τη ζωή της, να κρατιέται από αυτή, για να μπορεί να μείνει σε αυτή. (Παπαδημητρίου, 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο

10.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Μπορεί άραγε να προληφθεί ο καρκίνος;

Η πρόληψή του καρκίνου, ο έλεγχος και η θεραπεία του είναι σήμερα τα μεγαλύτερα ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα. Οι πληροφορίες που μπορούν να σώσουν πολλές ζωές, είτε παραμένουν άγνωστες στη μεγάλη πλειοψηφία, είτε αρνούνται να τις παραδεχτούν. Έτσι δημιουργείται και διασπείρεται ο φόβος ότι ο καρκίνος δεν μπορεί να θεραπευτεί με αποτέλεσμα οι περισσότεροι άρρωστοι να ζητούν βοήθεια όταν είναι πια αργά. Πολλοί καρκίνοι μπορούν να προληφθούν από τους ανθρώπους όταν αποφεύγουν προσωπικές συνήθειες που είναι γνωστό ότι παίζουν αιτιολογικό παράγοντα στην καρκινογένεση όπως είναι το κάπνισμα, η ηλιακή ακτινοβολία καθώς και την έκθεση σε βιομηχανικές χημικές ουσίες.

Επίσης υπάρχουν κάποια ειδικά σημεία, που όλοι μας πρέπει να γνωρίζουμε, που μας ειδοποιούν με την παρουσία τους ότι κάτι συμβαίνει. Αυτά είναι:

- (α) Αλλαγές στις συνήθειες των εντέρων και της ουροδόχου κύστης
- (β) Ασυνήθιστη αιμορραγία ή έκκριμα
- (γ) Μια πληγή που δεν επουλώνεται
- (δ) Μια συμπαγής περιοχή ή παρουσία όγκου στο στήθος ή και οπουδήποτε αλλού
- (ε) Δυσπεψία ή δυσκολία στην κατάποση
- (στ) Αλλαγή στο μέγεθος, το χρώμα ή την εμφάνιση μιας ελιάς του δέρματος
- (ζ) Ενοχλητικός βήχας ή βραχνάδα της φωνής που επιμένουν.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθούμε και στον έλεγχο κατά Παπανικολάου, κατά τον οποίο αναζητούμε προειδοποιητικά σημεία για τον καρκίνο τραχήλου μήτρας. Μια απλή, ανώδυνη εξέταση, η οποία είναι πολύ σημαντική όμως για την πρόληψη του καρκίνου της μήτρας. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά την εξέταση αυτή και να παροτρύνει τις γυναίκες κάθε ηλικίας να κάνουν κάθε χρόνο τεστ παπ. (Τσίκος, Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη, 1999)

10.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι παγκοσμίως ο συχνότερος καρκίνος του γεννητικού συστήματος. Αντίστοιχα όμως είναι ο μόνος καρκίνος του σώματος που μπορεί να έχουμε ουσιαστική πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση ήδη από το στάδιο που αρχίζει η εκτροπή του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας από το φυσιολογικό. Τη δυνατότητα αυτή την έχουμε χάρη στην εξέταση Παπανικολάου. Η εξέταση Παπανικολάου πληρεί όλα τα κριτήρια για τον προληπτικό έλεγχο του γυναικείου πληθυσμού, γιατί είναι απλή, ανώδυνη, φτηνή, αξιόπιστη και γενικώς εφαρμόσιμη. (Φραγκάκης, 1991)

Γενικά τα προληπτικά μέτρα που μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι:

(α) Αντισυλληπτικές μέθοδοι που προστατεύουν, όπως είναι το διάφραγμα ή το ανδρικό προφυλακτικό και το γυναικείο προφυλακτικό, που εμποδίζουν την μετάδοση ιών και μικροβίων κατά την ερωτική επαφή.

(β) Το τεστ Παπανικολάου, ιδίως αν βρίσκεστε στην ηλικία μεταξύ 20 και 70 ετών. Με το τεστ Παπανικολάου μπορεί να διαγνωσθεί ένας καρκίνος σε πολύ πρώιμο στάδιο, και να ανακαλυφθούν κύτταρα που μπορεί αργότερα να μετατραπούν σε καρκινικά.

Το τεστ Παπανικολάου παίρνει κύτταρα από τον τράχηλο της μήτρας. Η εξέταση είναι ανώδυνη και διαρκεί μόλις λίγα λεπτά. Το τεστ Παπανικολάου συνίσταται σε όλες τις γυναίκες που έχουν σεξουαλικές επαφές. Το πρώτο τεστ γίνεται γύρω στην ηλικία των 20 ετών ή και νωρίτερα αν η σεξουαλική ζωή της γυναίκας έχει αρχίσει ήδη νωρίτερα. Το τεστ επαναλαμβάνεται ένα χρόνο αργότερα και αν είναι αρνητικό, επαναλαμβάνεται μια φορά κάθε ένα χρόνο μέχρι την ηλικία των 70 ετών. Στην Ελλάδα περίπου 1.000 γυναίκες κάθε χρόνο εμφανίζουν καρκίνο του τραχήλου μήτρας και του ενδομητρίου, και οι περισσότερες από αυτές δεν είχαν κάνει ποτέ τεστ Παπανικολάου.

(γ) Η αποφυγή πολλών ερωτικών συντρόφων, η αποφυγή έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας πολύ νωρίς και κατά συνέπεια μείωσης των πιθανοτήτων μόλυνσης από τον ιό HPV.

(δ) Η αποφυγή του καπνίσματος.

(ε) Αποχή από το σεξ εάν ο ερωτικός σύντροφος παρουσιάζει κάποια μόλυνση, φλεγμονή, έκκριση υγρών ή πληγή στα γεννητικά όργανα.

(στ) Θεραπεία και στους ερωτικούς συντρόφους εάν ο ,ένας παρουσιάζει μια μόλυνση, για να διακοπεί η αλυσίδα μετάδοσης. (www.medlook.net., 2002)

(ζ) Τέλος σημαντική για την πρόληψη του καρκίνου τραχήλου της μήτρας, είναι το εμβόλιο Gardasil, που προστατεύει τις γυναίκες από το 75% των ιών των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) που ευθύνονται για την πρόκληση της νόσου αυτής.

(www.medlook.net., 2006)

10.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΜΒΟΛΙΟΥ

Σε γυναίκες που είναι σεξουαλικά ενεργές, οι οποίες ακόμη δεν έχουν μολυνθεί από τον ιό HPV που προκαλεί τον καρκίνο τραχήλου μήτρας, η χορήγηση του εμβολίου κατά του εν λόγω ιού, θα μπορούσε να μειώνει δραστικά των νέων προκαρκινικών βλαβών και καρκίνων του τραχήλου της μήτρας που προκαλούνται από τους ιούς HPV 16 και 18. Οι ιοί HPV 16 και 18, ευθύνονται για περίπου 70% των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Το εμβόλιο Gardasil προσφέρει προστατευτική ανοσία κατά των ιών αυτών, που προκαλούν προκαρκινικές αλλοιώσεις και καρκίνο τραχήλου της μήτρας.

Επίσης προσφέρει υψηλό βαθμό προστασίας κατά των ιών HPV 6 και 11 που προκαλούν μαζί πέραν του 90% όλων των περιπτώσεων κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων. Οι τέσσερις τύποι των ιών HPV, ευθύνονται για μεγάλο αριθμό παθολογικών τεστ Παπανικολάου και χαμηλού βαθμού βλάβες του τραχήλου.

Στη μεγαλύτερη έρευνα που έγινε ποτέ για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου οι ερευνητές συνδύασαν και ανάλυσαν τα δεδομένα από 4 τυχαιοποιημένες θεραπευτικές δοκιμές, στις οποίες συμμετείχαν 20.583 γυναίκες, ηλικίας 15-26 ετών από πέραν των 24 χωρών της Ευρώπης, βορείου Αμερικής, λατινικής Αμερικής και Ασίας. Οι συμμετέχουσες, με τυχαίο τρόπο κατανέμονταν στο να λάβουν το εμβόλιο ή ένα πλασέμπο (εικονικό εμβόλιο). Η διάρκεια παρακολούθησης ήταν 3 χρόνια.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι προφυλακτική χορήγηση του εμβολίου ήταν αποτελεσματική στην πρόληψη των προκαρκινικών αλλοιώσεων που προκαλούν οι ιοί HPV στον τράχηλο της μήτρας. Η αποτελεσματικότητα στην πρόληψη των

αντικαρκινικών τραχηλικών βλαβών ήταν της τάξης του 99%. Βρέθηκε ότι το εμβόλιο προσφέρει πολύ υψηλή προστασία από σοβαρές ασθένειες που σχετίζονται με τους ιούς HPV, σε γυναίκες που δεν είχαν εκτεθεί πριν από το εμβόλιο σε ιούς που αντιμετωπίζονται από το εμβόλιο.

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας, αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου λόγω καρκίνου στις γυναίκες. Προκαλεί 240.000 θανάτους κάθε χρόνο παγκοσμίως. Χάρης στην έρευνα αυτή και προηγούμενες εργασίες, αποδεικνύεται επιπρόσθετα ότι το εν λόγω εμβόλιο προστατεύει και από 3 άλλους σπάνιους καρκίνους (αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου, καρκίνο του κόλπου και καρκίνο του αιδοίου) που προκαλούνται από τους ιούς HPV. Συμφωνά με υπολογισμούς από τα κέντρα ελέγχου και πρόληψης ασθενειών των Ηνωμένων Πολιτειών, περισσότεροι από 20 εκ. άνδρες και γυναίκες είναι μολυσμένοι με ιό HPV. Επιπρόσθετα κάθε χρόνο καταγράφονται περισσότερες από δεκάδες περιπτώσεις μολύνσεων με τον εν λόγω ιό, γεγονός που καθιστά την νόσο τη συχνότερη μόλυνση που μεταδίδεται από το σεξ στη χώρα.

Βασικά, θα μπορούσε να λεχθεί ότι σχεδόν όλοι οι άνθρωποι με ενεργό σεξουαλική ζωή, θα εκτεθούν σε κάποια φάση της ζωής τους στον ιό HPV. Στους περισσότερους δεν προκαλεί επιπλοκές και φεύγει από μόνος του. Ωστόσο σε αριθμό περιπτώσεων μολύνσεων με υψηλού κινδύνου τύπους του ιού αυτού, εάν δεν γίνει η κατάλληλη αντιμετώπιση, είναι δυνατό να προκληθεί καρκίνος τραχήλου μήτρας.

Το εμβόλιο εγκρίθηκε για χορήγηση σε κορίτσια και γυναίκες, καλύπτοντας τις ηλικίες 9-26 ετών. (www.medlook.net., 2007). Οι ειδικοί πιστεύουν ότι το εμβόλιο πρέπει να χορηγείται και στα αγόρια. Διότι βασικά είναι από τους άνδρες που μεταφέρεται και μεταδίδεται ο ιός στις γυναίκες κατά τη σεξουαλική επαφή.

Επισημαίνεται ότι η χορήγηση του συγκεκριμένου εμβολίου δεν θα σταματήσει τη διεξαγωγή του ανιχνευτικού τεστ για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, δηλαδή του τεστ Παπανικολάου. Ο λόγος είναι διότι υπάρχουν και άλλες μορφές του ιού HPV που δεν καλύπτονται από το Gardasil που προκαλούν καρκίνο του τραχήλου. Επίσης είναι πολύ σημαντικό, το εμβόλιο να γίνεται σε πληθυσμούς στους οποίους απέτυχε το πρόγραμμα έγκαιρης ανίχνευσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με το τεστ Παπανικολάου λόγω χαμηλών ποσοστών συμμετοχής.

Η εξέλιξη αυτή είναι εξαιρετικά σημαντική για τη δημόσια υγεία και για την οικονομία. Το εμβόλιο του τραχήλου της μήτρας θα είναι σε θέση να μειώνει τις σημαντικές δαπάνες που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των προκαρκινικών καταστάσεων και των καρκίνων που προκαλούνται από τους ιούς HPV.

(www.medlook.net., 2006)

10.4 ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ-ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η εισαγωγή του Παπ τεστ στην προληπτική ιατρική είχε σαν αποτέλεσμα την μείωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας 50-70% στις ανεπτυγμένες χώρες. Αυτή η επιτυχία έγινε ορατή μόνο τις τελευταίες δεκαετίες μετά την εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων πρόληψης. Όμως, η εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων έχει και τεράστιες οικονομικές επιπτώσεις σε χώρες με ανεπτυγμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Υπολογίζεται ότι στη Μεγάλη Βρετανία, απασχολούνται πάνω από 100 χιλ. προσωπικό και ξοδεύονται πάνω από 200εκ. Ευρώ για την κάλυψη του 80% του πληθυσμού. Έτσι, επιτυγχάνεται η πρόληψη 3.000 νέων περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου το χρόνο. Το γεγονός ότι η μείωση καρκίνου τραχήλου στην πατρίδα μας δεν έχει φτάσει σε αντίστοιχα επίπεδα οφείλεται κυρίως στις ακόλουθες αιτίες:

Δυστυχώς, η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα της Ε.Ε όπου δεν υπάρχει ακόμα Εθνικό πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Το ποσοστό των Ελληνίδων που ελέγχεται εθελοντικά δεν φαίνεται να είναι πάνω από 15-20%, παρά τις προσπάθειες ενημέρωσης από τους ιατρικούς φορείς. Θα πρέπει η πολιτεία να μεριμνήσει για την πρόσκληση για δωρεάν γυναικολογική εξέταση όλων των γυναικών, ιδίως αυτών που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να επισκεφθούν ιδιωτικά τον γυναικολόγο. Η ανεύρεση των διευθύνσεων των γυναικών μπορεί να γίνει μέσω των εκλογικών καταλόγων και θα πρέπει να συνοδεύεται από ενημερωτικό υλικό. Οι επίσημοι ιατρικοί

φορείς πιέζουν από πολλά χρόνια προς αυτή την κατεύθυνση και ελπίζουμε ότι η Πολιτεία σύντομα θα βοηθήσει στην επίτευξη του αυτονόητου Εθνικού στόχου.

Είναι απαραίτητο να ληφθούν κύτταρα τόσο από τον εξωτερικό όσο και από το εσωτερικό τμήμα του τραχήλου της μήτρας. Δυστυχώς, οι απλοί κανόνες του τεστ δεν εφαρμόζεται πάντα και σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, δεν υπάρχει περιοδικός έλεγχος της ποιότητας των τεστ, που θα μπορούσε να συνεισφέρει σημαντικά στη μείωση των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων και γενικά στην αξιοπιστία του τεστ Παπανικολαου.

Μια καινούργια μέθοδος προετοιμασίας ανάγνωσης τραχηλικών κύτταρων μετά τη λήψη του Παπ τεστ –η υγρή κυτταρολογία – φαίνεται ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι της κλασσικής μεθόδου επίστρωσης του υλικού σε γυάλινα πλακάκια. Επίσης, η αυτοματοποίηση της ανάγνωσης του κυτταρικού υλικού με την βοήθεια ηλεκτρονικών υπολογιστών (AytoPap system) έχει συνεισφέρει στη μείωση των λαθών αναγνώρισης των προκαρκινικών βλαβών. Ήδη, στα μεγάλα πανεπιστημιακά, δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας μας λειτουργούν τέτοια μηχανήματα. (Πανασκάλτσης, 2006)

10.5 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Οι οδηγίες που πρέπει να δίνονται στις γυναίκες για την ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου μήτρας είναι:

- 1.** Το πρώτο τεστ για την ανίχνευση του καρκίνου τραχήλου μήτρας , πρέπει να γίνεται περίπου 3 χρόνια μετά από την έναρξη των σεξουαλικών επαφών μιας γυναίκας και όχι αργότερα από την ηλικία των 21 ετών.
- 2.** Οι ειδικοί συστήνουν να υπάρχει μια περίοδος αναμονής 3 ετών μετά από την έναρξη σεξουαλικών επαφών, διότι υπάρχουν συχνά παροδικές μολύνσεις με ιό HPV με κυτταρικές αλλαγές οι οποίες δεν είναι σημαντικές και δεν παραμένουν. Επιπρόσθετα, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες κάτω των 25 ετών είναι εξαιρετικά σπάνιος.
- 3.** Γυναίκες ηλικίας από 65-70 ετών που είχαν τουλάχιστον 3 συνεχόμενα φυσιολογικά τεστ και οι οποίες κατά τα 10 χρόνια που πέρασαν δεν είχαν τεστ με ανωμαλίες, μπορούν

να αποφασίσουν, μετά που θα το συζητήσουν με το γιατρό τους, να σταματήσουν να κάνουν το ανιχνευτικό τεστ.

4. Γυναίκες που υπεβλήθησαν σε ολική υστερεκτομή (αφαίρεση μήτρας και του τραχήλου), δεν χρειάζεται να κάνουν ανιχνευτικό τεστ παρά μόνο εάν η υστερεκτομία έγινε σαν θεραπεία λόγω του καρκίνου ή προκαρκινικής κατάστασης του τραχήλου.

5. Οι γυναίκες πρέπει να ζητήσουν τη γνώμη από ειδικό για το πότε πρέπει να αρχίσουν να κάνουν το ανιχνευτικό τεστ Παπανικολάου, για το πόσο συχνά πρέπει να το κάνουν και για το πότε μπορούν να σταματήσουν. Οι ιδιαιτερότητες της κάθε γυναίκας, το ιστορικό της και ο κίνδυνός προσβολής της από σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους, θα καθορίσουν τον τρόπο παρακολούθησης της.

Συμπερασματικά εμείς θα τονίσουμε ότι το τεστ Παπανικολάου έσωσε και συνεχίζει να σώζει χιλιάδες ζωές κάθε χρόνο. Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με βάση τις οδηγίες για την έγκαιρη ανίχνευση μπορεί να μειώσει στο ελάχιστο των αριθμό των νέων περιστατικών του καρκίνου αυτού. Γιατί δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι **ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.** (www.medlook.net., 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11ο

11.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Σήμερα στις 3/09/08 εισήλθε στη γυναικολογική κλινική του Γενικού Περιφερειακού νοσοκομείου Κιλκίς, η κυρία Δ.Ε. ετών 45.

Είναι έγγαμη, κάτοικος Αμάραντων του νομού Κιλκίς και εργάζεται ως ιδιωτική υπάλληλος. Στοατομικό της ιστορικό αναφέρεται υπερκοιλιακή ταχυκαρδία.

Δέν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό καρκίνου στην οικογένειά της. Στο μαιευτικό της ιστορικό η ασθενής αναφέρει ότι η εμμηναρχή ήταν σε ηλικία 14ετών. Η τελευταία έμμηνος ρύση ήταν πριν 4 έτη. Επίσης αναφέρει ότι στο παρελθόν είχε υποβληθεί σε δύο τεχνητές εκτρώσεις. Είχε έναν φυσιολογικό τοκετό. Ηρθε με σκοπό να ενημερωθεί απο τον γιατρό της για τα αποτελέσματα εξετάσεων που προηγήθηκαν.

Ο γιατρός την ενημέρωσε ότι πρόκειται για δυσπλασία του τραχήλου και ότι κρίνεται απαραίτητο να προβεί σε εγχείρηση κατα την οποία θα γίνει ολική υστερεκτομή.

Συγκεκριμένα, τον Μαίο του ίδιου έτους έγινε το 1ό τέστ πάπ, το οποίο έδειξε άτυπα κύτταρα, το πιθανότερο φλεγμονώδους αιτιολογίας.

Στη συνέχεια έγινε κολποσκόπηση και τον Ιούνιο του ίδιου έτους πραγματοποιήθηκε το 2ό τέστ πάπ, στο οποίο αναφέρθηκαν στοιχεία υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης του πλακώδους επιθηλίου (HGSK) μετά το οποίο συστάθηκε κλασματική απόξεση και βιοψία, η οποία πραγματοποιήθηκε στις 21/07/08 από τα οποία προκύπτει ενδοτράχηλος, με σοβαρού βαθμού δυσπλασία του πλακώδους επιθηλίου, στα πλαίσια CINIII σε έδαφος μεταπλαστικού επιθηλίου. Καθώς επίσης ευρήματα συμβατά με ενδομητρικό πολύποδα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η γυναίκα αυτή έκανε για πρώτη φορά στη ζωή της τέστ Παπανικολάου σε ηλικία 45ετών, τον περασμένο Μαίο.

Στη συνέχεια έγινε εισαγωγή, πραγματοποιήθηκαν οι απαιτούμενες εργαστηριακές εξετάσεις και η ασθενής υπεβλήθει σε ριζική υστερεκτομή στις 4/09/08.

Η μετεγχειρητική της πορεία ήταν ομαλή και εξήλθε από το νοσοκομείο στις 11/09/08 κατόπιν ιατρικών οδηγιών για επανεξέταση.

11.2 ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

Έναντι των προεγχειρητικών και μετεγχειρητικών προβλημάτων που εμφανίστηκαν, το σχεδιάγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας, είχε ως εξής:

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
1.Παραλαβή της ασθενούς μετά το χειρουργείο	Έλεγχος της γενικής καταστασης της ασθενούς μέχρι σταθεροποίησης των ζωτικών σημείων	1. Να ληφθούν τα ζωτικά της σημεία	Ελήφθησαν τα Ζ.Σ. Θερμ/σια= 36 deg C Α.Π. 110/70 ΣΦ. = 68/min	Μετά απο αυτές τις ενέργειες αξιολογήθηκε καλή η γενική κατάσταση της ασθενούς.
		2. Να ελεγχθούν οι εξωτερικές γάζες.	2. Ελέγχθηκε το τραύμα. Ήταν καθαρές οι εξωτερικές γάζες	
		3. Να ελεγχθεί η λειτουργία και συνδέσεις της παροχέτευσης	3. Ελέγχθηκε η λειτουργία της παροχέτευσης	
		4. Να ελεγχθεί το επίπεδο συνείδησης της ασθενούς	4. Ελέγχθηκε το επίπεδο συνείδησης υποβάλλοντας στην ασθενή απλές ερωτήσεις	

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτιμηση αποτελεσμάτων
2. Παρουσία έντονου πόνου στην περιοχή του τραύματος.	Εξάλειψη των χαρακτηριστικών του πόνου	1. Να ελεγχθεί η τραυματική περιοχή για τυχόν ύπαρξη ερυθρότητας, οιδήματος ή θερμοκρασίας	1. Ελέγχθηκε η περιοχή του τραύματος, δεν παρουσιάζει σημεία φλεγμονής	Μετά την εφαρμογή των μέτρων αυτών και τη χορήγηση παυσίπονου, η ασθενής ανακουφίστηκε απο τον πόνο.
		2. Να εξασφαλιστεί περιβάλλον με ησυχία	2. Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον με τον περιορισμό των επισκέψεων, τη ρύθμιση της σωστής θερμοκρασίας και τον καλό αερισμό του δωματίου	

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων.	Αντικειμενικός σκοπός.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας.	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων.
		3.Να συσταθεί στην ασθενή να αλλάζει συχνά θέση.	3.Συστήθηκε στην ασθενή να αλλάζει συχνά στάση.	
		4.Να δοθεί αναλγητικό επί έντονου πόνου μετά από ιατρική οδηγία.	4.Χορηγήθηκε Aprotel σε 100N/S μετα απο ιατρική οδηγία.	
3.Ναυτία,έμετος λόγω της επίδρασης φαρμάκων της αναισθησίας.	Απαλλαγή απο την ναυτία και την αίσθηση τάσης προς έμετο,όσο το δυνατόν γρηγορότερα για την εξασφάλιση τηςάνεσης της ασθενούς.	1.Να τοποθετηθούν στο κομοδίνο νεφροειδή και χαρτοβάμβακα σε θέση που να έχει η ασθενής εύκολη πρόσβαση.	1.Τοποθετήθηκαν στο κομοδίνο τα απαραίτητα υλικά προκειμένου να εξυπητετηθεί η ασθενής	Με την εφαρμογή τωνμέτρων αυτών η ασθενής απαλλάχθηκε απο το πρόβλημα της τάσεων εμετού
		2. Να συσταθεί στην ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές για να αποβάλλει το αναισθητικό φάρμακο	2. Συστήθηκε στην ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές, προς αποφυγή ατελεκτασίας των πνευμόνων	

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
		3. Να τοποθετηθεί η ασθενής στο πλάι όταν βρίσκεται σε ύπτια θέση για την πρόληψη εισρόφησης των εμεσμάτων	3. Τοποθετήθηκε η ασθενής στο πλάι.	
		4. Να διατηρηθούν τα λευχίματα καθαρά	4. Διατηρήθηκαν τα λευχίματα καθαρά, με συχνό έλεγχο και αντικατάσταση τους	
		5. Να χορηγηθεί αντιεμετικό φάρμακο σε περίπτωση εμέτου για πρόληψη αφιδάτωσης	5. Χορηγήθηκε 1 amp Vomex I. M. Επί εμέτου κατόπιν ιατρικής οδηγίας	
		6. Να γίνει στην ασθενή καλή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας μετά τον εμετό.	6. Πραγματοποιήθηκε στην ασθενή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με στοματικό διάλυμα hexalen	

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων.	Αντικειμενικός σκοπός.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας.	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων.
		2. Να χορηγηθούν υγρά από την περιφεριακή φλέβα που φέρει κατόπιν ιατρικής οδηγίας	2. Χορηγήθηκαν παρεντερικά 1000cc N/S και 1000cc Ringer κατόπιν ιατρικής εντολής	
		3. Να χορηγηθούν προοδευτικά υγρά από τοστόμα σε περίπτωση που η ασθενής δeneκδηλώνει τάση εμετού	3. Χορηγήθηκε στην ασθενή απο το στόμα μικρή ποσότητα υγρών	

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
5. Εμφάνιση στρες λόγω της επέμβασης	Μείωση και αντιμετώπιση του άγχους	1. Να διαβεβαιωθεί η ασθενής ότι τα μέλη του προσωπικού είναι ανα πάσα στιγμή κοντά της	1. Έγινε κατανοητό στην ασθενή 'οτι τοπροσωπικό υγείας είναι στη διάθεση της ανα πάσα στιγμή	Με την εφαρμογή των μέτρων αυτών μειώθηκε το αίσθημα άγχους της ασθενούς
		2. Να ενθαρρυνθεί η ασθενής να εκφράση τους λόγους του φόβου και του άγχους της	2. Πραγματοποιήθηκε διάλογος στον οποίο η ασθενής εξέφρασε ανησυχία για την οικογένεια της κατα το διάστημα διαμονής της στο νοσοκομείο	Καθησυχάστηκε η ασθενής οτι τα αγαπημένα της πρόσωπα είναι καλά και οτι προέχει η δική της ανάρρωση
		3. Να τονιστούν οι εξηγήσεις του γιατρού και να αποσαφηνιστούν οι λανθασμένες αντιληψεις	3. Επεξηγήθηκαν οι ιατρικ'λες οδηγίες για την μετεγχειρητική της πορεία και την έξοδο της απο το νοσοκομείο	

Η πορεία της κατάστασης της ασθενούς έχει καλώς. Η ασθενής αποδέχθηκε την υστερεκτομία και συνεχίζει τη ζωή της με θάρρος και αισιοδοξία.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας είναι τρίτος σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του παχέως εντέρου. Εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες με πολλαπλούς συντρόφους, με πρώτη κύηση σε μικρή ηλικία, με ιστορικό κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων, καθώς έχει αποδειχθεί η συσχέτιση του ιού αυτού με τον καρκίνο τραχήλου. Τα αρχικά συμπτώματα είναι λευκόρροια και μικρές αιματηρές εκκρίσεις συνήθως μετά τη συνουσία. Σε προχωρημένα στάδια εμφανίζεται αιμορραγία, δύσοσμες εκκρίσεις, άλγος και τελικά γενική εξασθένηση.

Με τη βοήθεια των διαγνωστικών εξετάσεων που οι κυριότερες είναι η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου, η κολποσκόπηση, η τραχηλοσκόπηση, δίνεται η δυνατότητα για έγκαιρη διάγνωση και έναρξη της θεραπείας. Ανάλογα με το στάδιο, μπορεί να είναι χειρουργική, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

Η επιβίωση μετά από 5 χρόνια, εφ' όσον η θεραπεία αρχίσει στο στάδιο 0 είναι 100% και μειώνεται, όταν αρχίσει σε πιο προχωρημένο στάδιο.

Εκτός από την ιατρική παρέμβαση, σημαντικός είναι και ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τη κυρίως όσον αφορά το ψυχολογικό τομέα, γιατί τέτοιου είδους ασθενείς βιώνουν έντονα συναισθήματα φόβου και απομόνωσης. Συχνά γεννάται το εύλογο ερώτημα αν υπάρχει τρόπος πρόληψης της ασθένειάς αυτής. Η απάντηση βρίσκεται στην σωστή ενημέρωση και πρόληψη των γυναικών κυρίως από τους αρμόδιους φορείς.

Συμπερασματικά, σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου αυτού έχει προσφέρει και συνεχίζει να προσφέρει το τεστ pap. Στο σπουδαίο αυτό έργο έρχεται να προστεθεί το νέο εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων HPV, το οποίο προσφέρει 99% κάλυψη απέναντι στον ιό αυτό. Με τις δύο αυτές πολύ σημαντικές μεθόδους επιτυγχάνεται κατά πολύ η μείωση των περιπτώσεων του καρκίνου τραχήλου μήτρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ,** (1984). Ψυχολογική υποστήριξη καρκινοπαθούς, στο Π. Κοσμίδη, *επείγουσα θεραπευτική ογκολογική*, Αθήνα: ΛΙΤΣΑΣ.
- ΓΟΥΥΕΣΤ, Κ.** (2000). Ημήτρα, Πιθανές επιπλοκές. Στο *Βρετανική Ιατρική Εταιρεία, Οικογενειακός οδηγός, Υστερεκτομή & Εναλλακτικές λύσεις*, Ρ. Τσουλέα (μεταφρ.), Αθήνα: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ
- ΔΙΒΑΝΗ Μ.** (2000). *Πληροφορίες και εκπαιδευτικές ανάγκες ασθενών με καρκίνο και των συγγενών τους*. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, (Αθήνα Απρίλιος - Ιούνιος).
- DOLLINGER M, ROSENBAUM E, CABLE G,** (1992). Η κατανόηση του καρκίνου στο Χ. Μαθάς, στο Σ. Λαμπρόπουλος, στο Γ. Λαδάς, Β. Αναγνωστοπούλου – Λαδά (μεταφρ.), *“ο καρκίνος (διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση) ένας οδηγός για όλους”*. Αθήνα: ΚΑΤΟΠΤΡΟ.
- ENGRAM B.** (2001). Καρκίνος, Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογία και χειρουργική. Στο Γ.Καραχάλιος, Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
- ΚΑΠΑΤΣΩΡΗ, Σ.** (2003). *Καρκίνος τραχήλου μήτρας νοσηλευτική παρέμβαση*. Πτυχιακή εργασία, Πάτρα.
- ΚΟΥΡΟΥΝΗΣ, Γ.** (1991). Παθολογία τραχήλου μήτρας, κολποσκόπηση, Αθήνα.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α. Μ., ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ. Σ.** (1997). *Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική*, Αθήνα: ΤΑΒΙΘΑ.
- ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ – ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΥ, Ε.** (1991). Ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τη στην χημειοθεραπεία, εκπαίδευση του αρρώστου. Σεμινάριο νοσηλευτριών-των με θέμα *“Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στονκαρκινοπαθή”*, Αθήνα.
- ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Σ. Κ.** (1990). *Παθήσεις τραχήλου μήτρας*, Αθήνα: ΛΙΤΣΑΣ.
- ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Α. Χ.** (2006). Γυναικολογία (Γνωρίζω – Προλαμβάνω – Αντιμετωπίζω), Αθήνα: ΚΑΥΚΑΣ.
- ΠΑΠΑΛΟΥΚΑΣ Χ. Α.,**(1996). Κακοήθη νεοπλασμάτα του τραχήλου. Στο Αχ. Καλογερόπουλος, *γυναικολογική ογκολογία*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α. Ν.** (1987). Γυναικολογική ογκολογία, Θεσσαλονίκη.
- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α. Ν.** (1994). *Γυναικολογία*, Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ.

- ΓΚΑΡΕΤ ΤΖ. Γ.**, (2000). Τι είναι ο καρκίνος, ακτινοθεραπεία. Στο Ρ. Τσουλέα (μεταφρ.), οικογενειακός ιατρικός οδηγός, Καρκίνος. Αθήνα: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ.
- RICE J.**, (1998). Αντινεοπλασματικοί παράγοντες, Στο Γ. Καραχάλιος (επιμελ.) *εισαγωγή στη φαρμακολογία για νοσηλευτές*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
- ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ.**, (1997). *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες*. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- SMITH T.**, (1987). Ωοθήκες, Μήτρα και τράχηλος. Στο Macmillan Guide (επιμελ.), ιατρική εταιρία αθηνών. Αθήνα: ΓΙΑΛΛΕΛΗ.
- ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ Ι.**, (1999). Καρκίνος <<Από την Άγνοια... στον Φόβο>>. Πάτρα: ΑΧΑΙΚΕΣ.
- STERN J.**, (1992). Καρκίνος τραχήλου μήτρας, στο Χ. Μαθάς, στο Σ. Λαμπρόπουλος, Β. Αναγνωστοπούλου – Λαδά (μεταφρ.), *Ο καρκίνος (διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση) Ένας οδηγός για όλους*. Αθήνα: ΚΑΤΟΠΤΡΟ.
- ΤΣΑΚΡΑΚΛΙΔΗΣ Β.**, (1999). *Βασική ανατομική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- ΤΣΕΡΚΕΖΟΓΛΟΥ Α.**, (2001). Θεραπευτική αντιμετώπιση του γυναικολογικού καρκίνου, μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, στο Ν. Δοντάς, Σ. Μπεσμπέας, Ε. Πατηράκη, (επιμελ.). Αθήνα Απρίλιος – Ιούνιος.
- ΤΣΙΚΟΣ Ν., ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ – ΓΡΑΒΑΝΗ Σ.**, (1999). *Πρακτική άσκηση νοσηλευτικής II*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
- ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ Γ.** (1991). Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας, Σεμινάριο νοσηλευτών, *Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση καρκινοπαθούς*. Αθήνα.
- www.Medlook.net/article.asp?item_id=681 : Καρκίνος τραχήλου μήτρας: Συνδυασμένη θεραπεία με καλύτερα αποτελέσματα, 13-09-2001.
- www.Medlook.net/article.asp?item_id=437 :Καρκίνος τραχήλου της μήτρας: Τι πρέπει να γνωρίζετε και πώς να προστατευτείτε, 01-11-2001.
- www.Medlook.net/article.asp?item_id=177 : Χλαμύδια: Σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος, σχετίζεται με τον καρκίνο τραχήλου, 19-10-2002.
- www.Medlook.net/article.asp?item_id=922 : Νέες οδηγίες για την ανίχνευση καρκίνου τραχήλου της μήτρας, 24-02-2003.

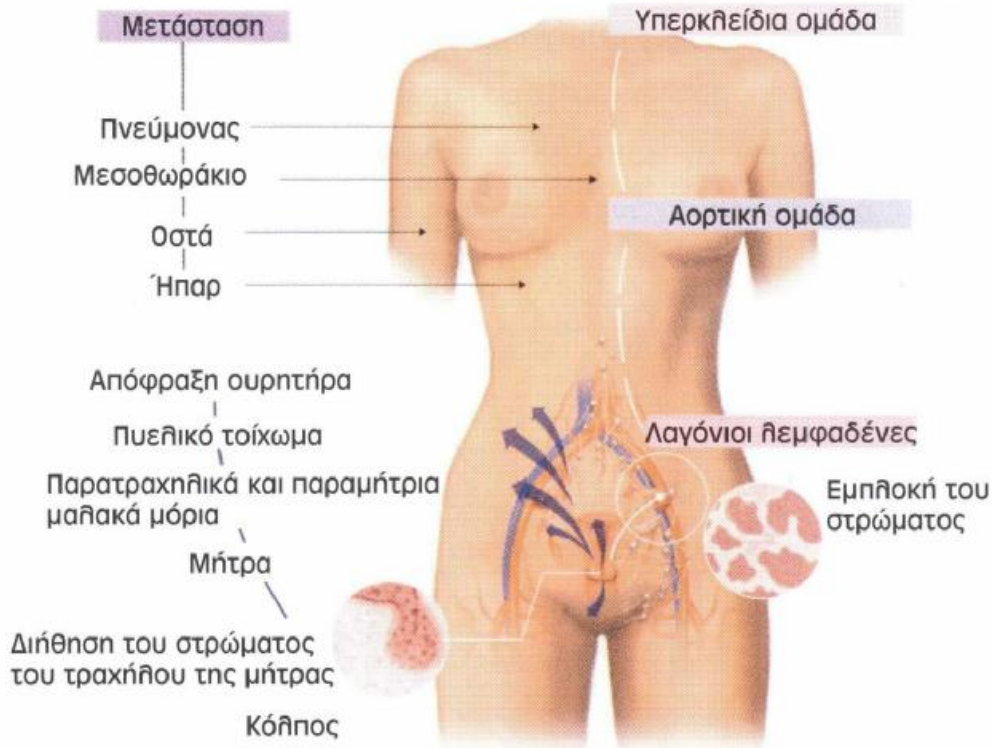
www.Medlook.net/article.asp?item_id=2006 : Καρκίνος τραχήλου μήτρας: Εμβόλιο, προκαταρκτική έγκριση;, 27-05-2006.

www.Medlook.net/article.asp?item_id=2337 : Πόσο αποτελεσματικό είναι το νέο εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, 04-06-2007.

<http://news.pathfinder.gr/interviews/panoskaltsis.html>: Πανοσκάλτσης Θ., 23-01-2006.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Εξέλιξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

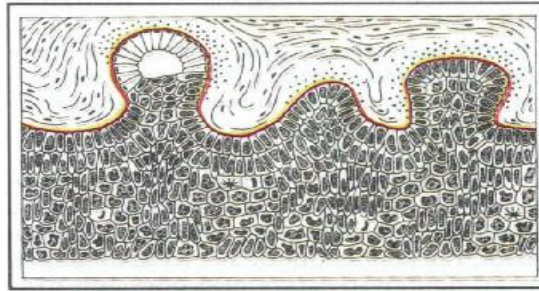


80% Καρκίνωμα εκ του πλακώδους επιθηλίου

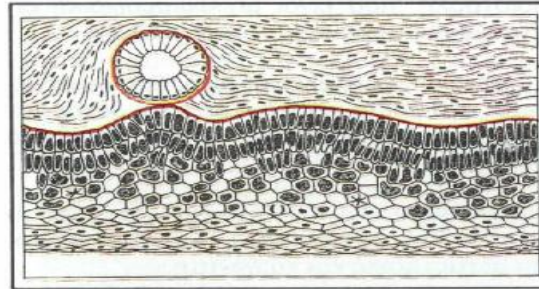
20% Αδενοκαρκινώματα



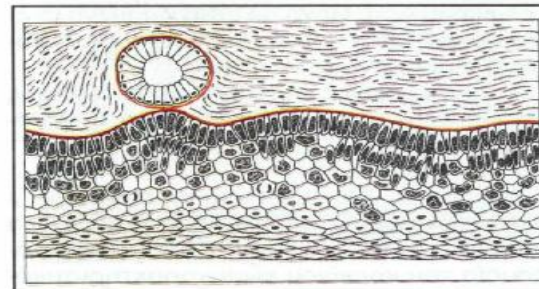
Η λεμφογενής οδός επιτρέπει τη διασπορά του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας, ακολουθώντας τις ομάδες γαγγλίων της πυέλου, ώσπου να εμπηλοκούν τελικώς οι πλέον σημαντικές εξωπυελικές λεμφικές αλυσίδες. Ο καρκίνος του τραχήλου μεθίσταται συνήθως στους πνεύμονες, το μεσοθωράκιο, τα οστά και το ήπαρ.



Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN I)



Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN II)



Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN III)



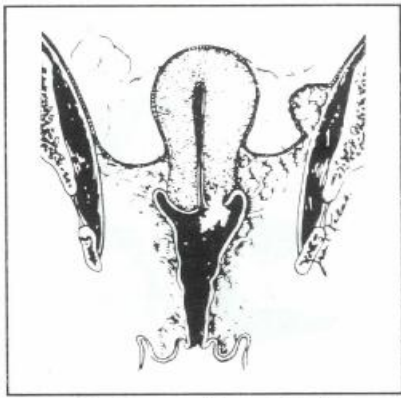
Τράχηλος χωρίς προετοιμασία, περιτομιακά εξέρυθρος.



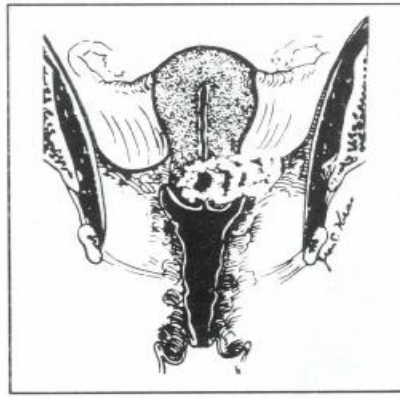
Μετά την τοποθέτηση του οξείκου οξέως η εξέρυθρη περιοχή παίρνει λευκό χρώμα. Το οξείκό οξύ πήζει τις πρωτεΐνες της επιθηλιακής βλάβης.



Με το διάλυμα Schiller η αρχικά ερυθρή και μετά λευκή περιοχή φαίνεται αρνητική σαν χρώση ιωδίου.



Καρκίνος τραχήλου σταδίου IB



Καρκίνος τραχήλου σταδίου IIB



Καρκίνος τραχήλου σταδίου IIA



Καρκίνος τραχήλου σταδίου III



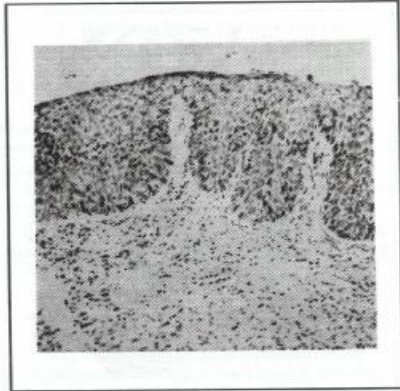
Καρκίνος τραχήλου σταδίου III



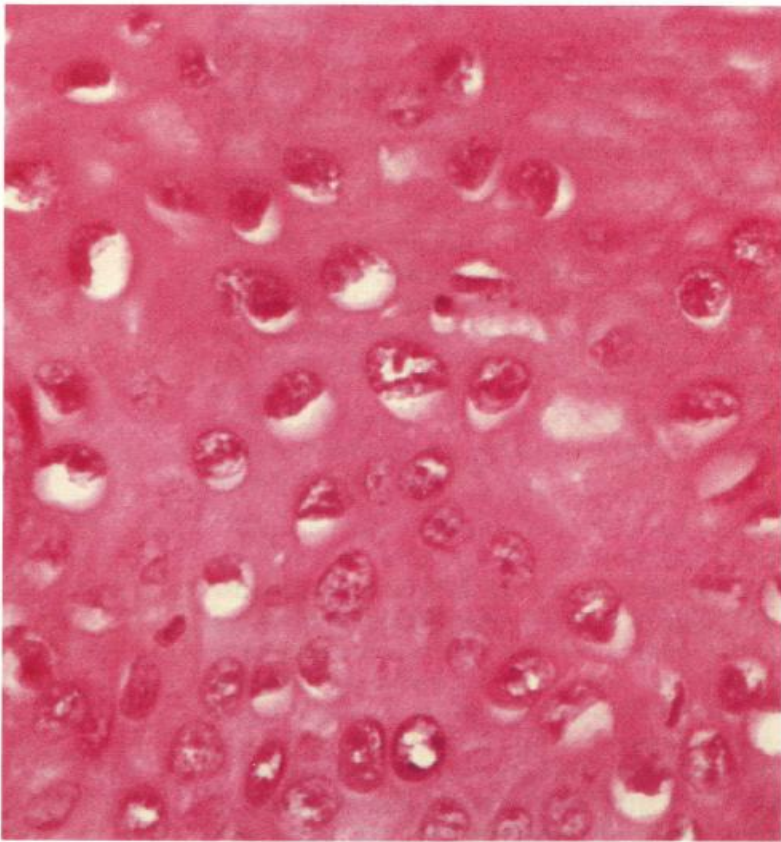
Καρκίνος τραχήλου σταδίου IV
Διήθηση οσθου



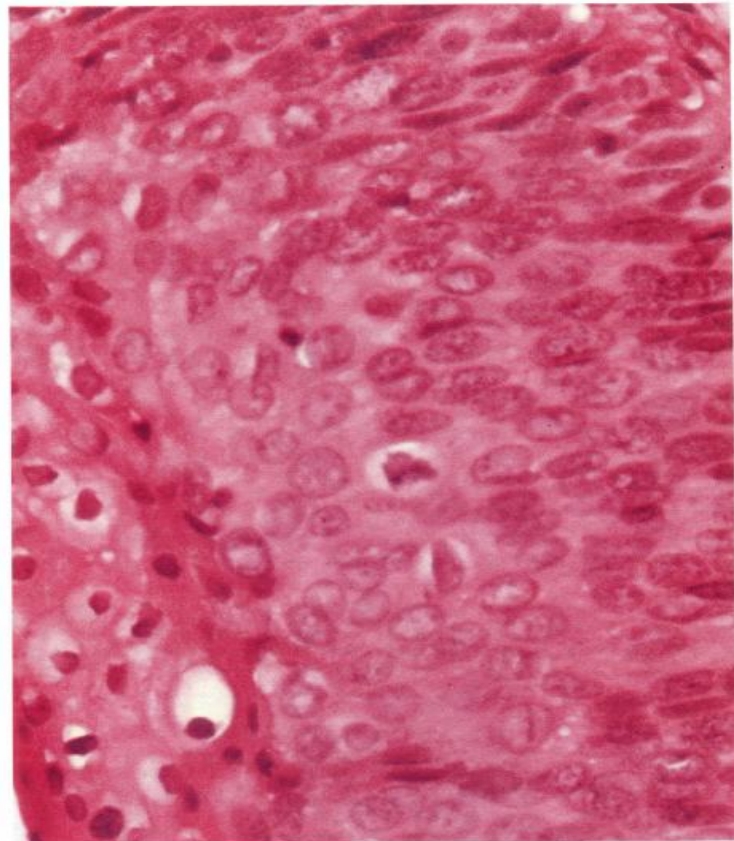
Καρκίνος τραχήλου σταδίου IV
Διήθηση ουροδόχου κύστης.



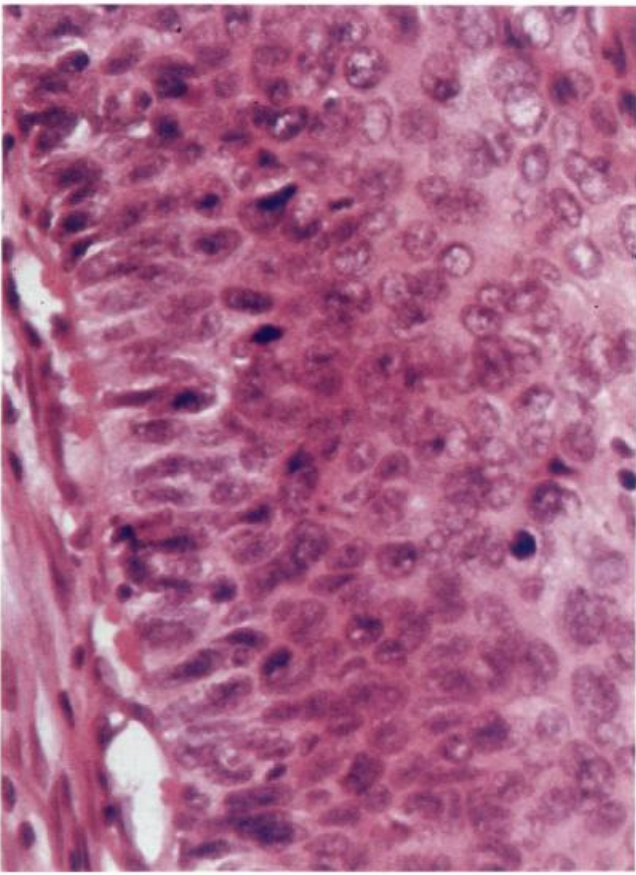
Καρκίνωμα τραχήλου in situ



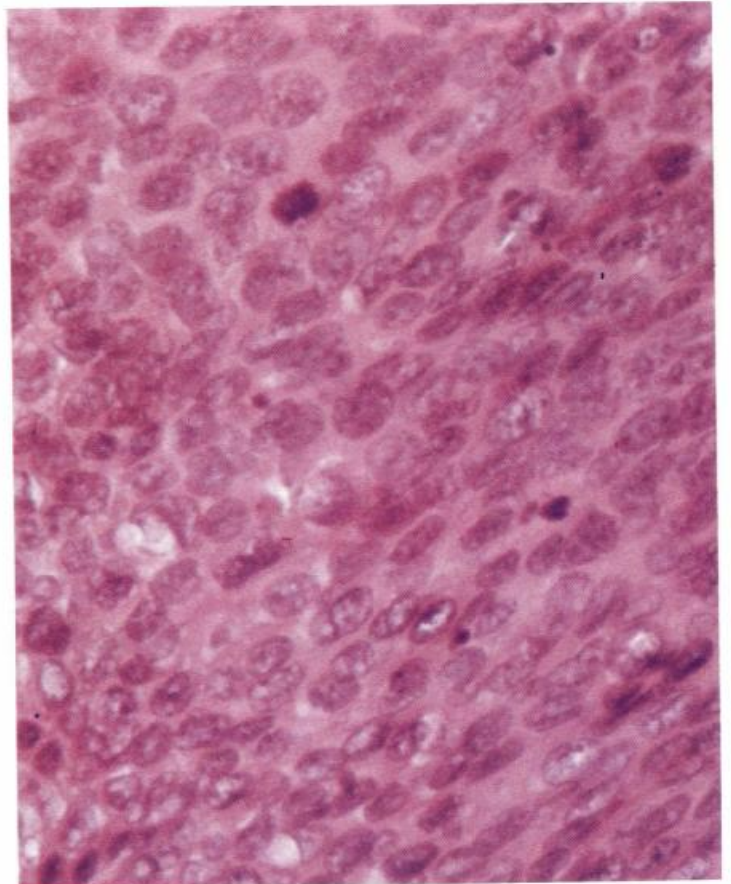
Ελαφρού βαθμού δυσπλασία



*Μετρίου βαθμού δυσπλασία
(CIN 2)*

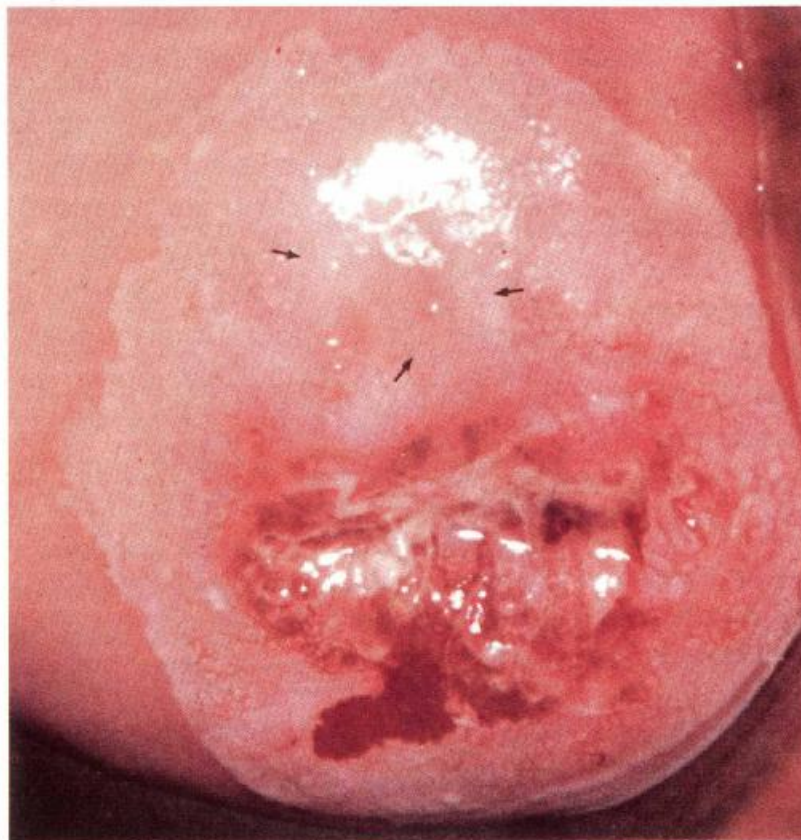


Βαρεία_δυσπλασία (CIN 3)



Ενδοεπιθηλιακό (IN SITU)
καρκίνωμα (CIN 3)

Μωσαϊκή εμφάνιση γύρω από το έξω στόμιο που διαχωρίζεται σαφώς από το μη ειδικό λευκό επιθήλιο του πρόσθιου χείλους. Ιστολογικά μέτρια δυσπλασία (CIN 2) και ακανθωτικό επιθήλιο αντίστοιχα.



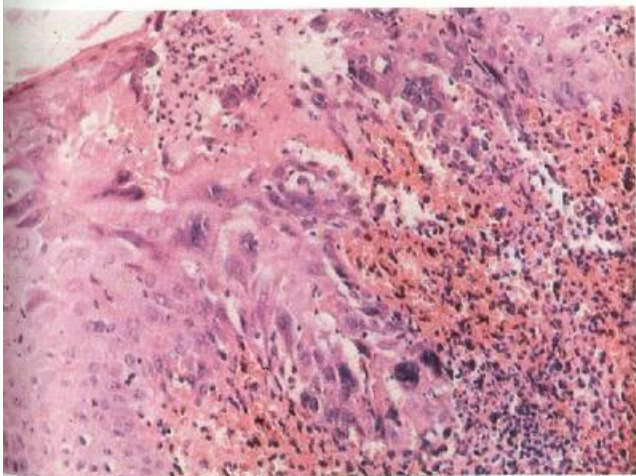
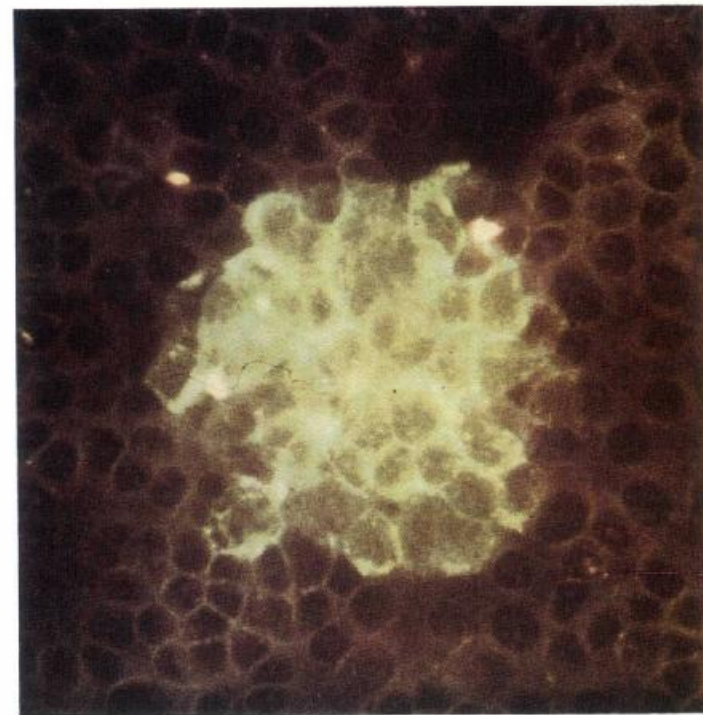
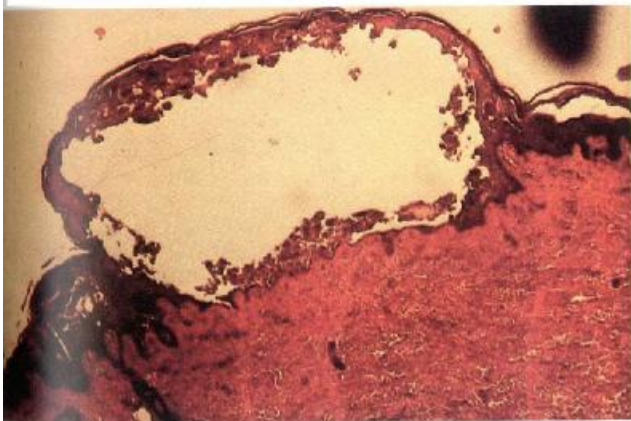
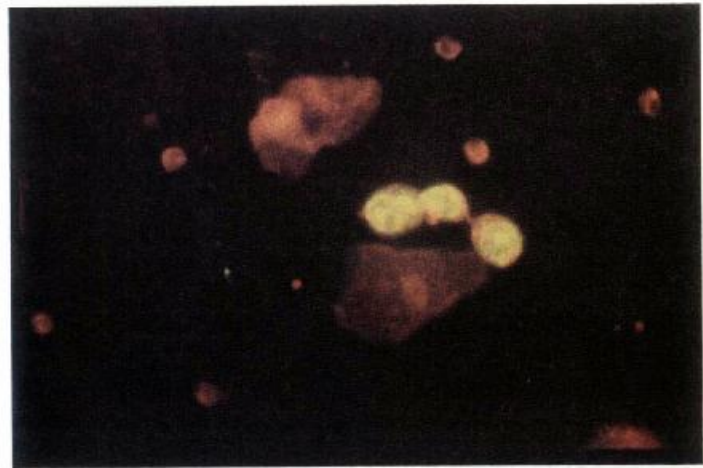
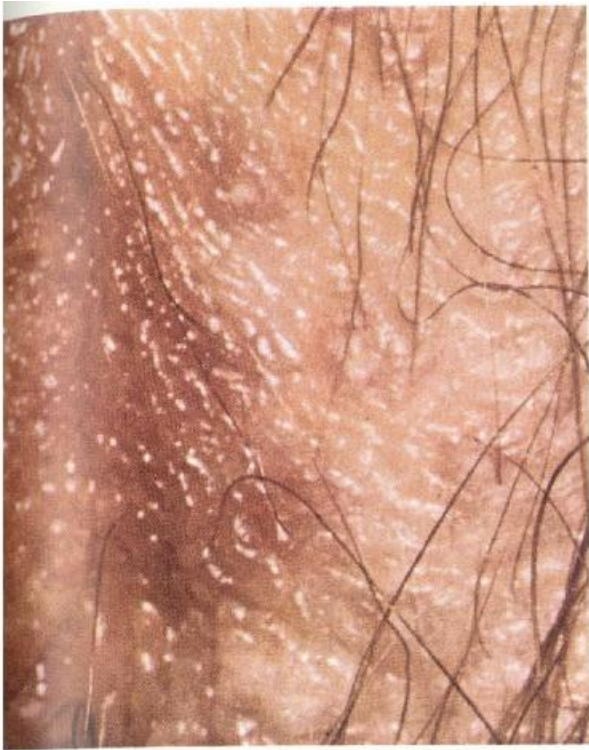
Εμφάνιση μωσαϊκού σε καρκίνωμα *In Situ* (CIN 3).



Εκτεταμένη περιοχή μέτριας
δυσπλασίας (CIN 1) μετά ατελή
κωνοειδή εκτομή.



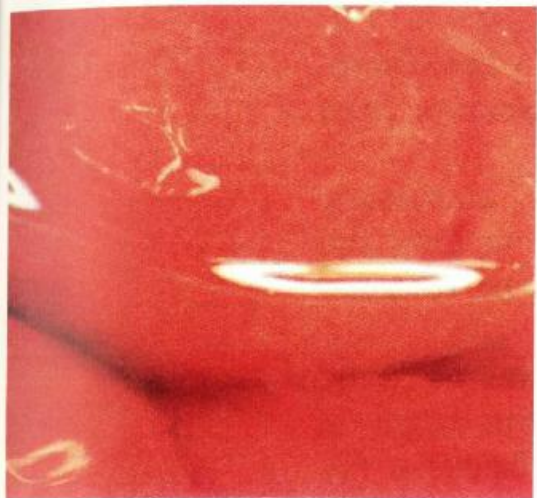
Με το διάλυμα Schiller το παθολογικό επιθήλιο
διαχωρίζεται από το τελείως ώριμο πλακώδες επιθήλιο
στην ζώνη μετάπτωσης. Ιστολογικά καρκίνωμα *In Situ*
(CIN 3).



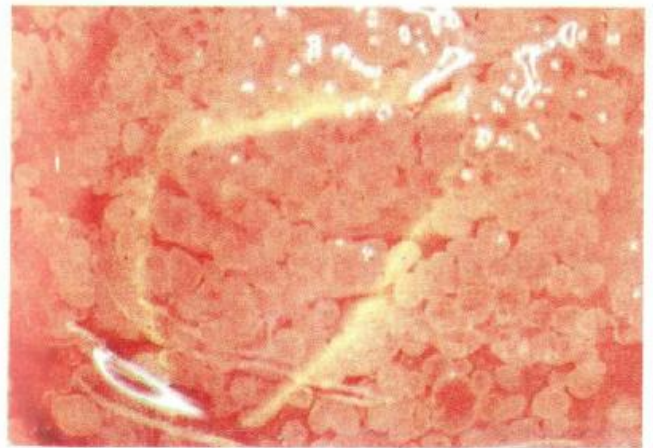
Έρπης γεννητικών οργάνων HSV-2



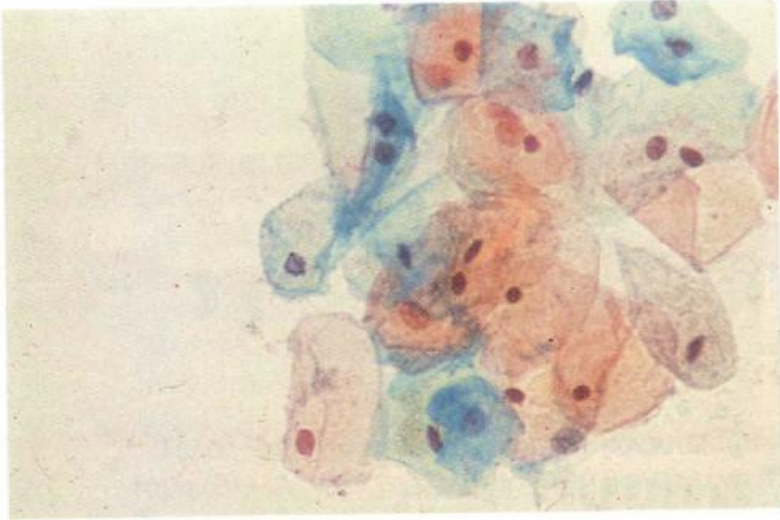
Αδενικός βλεννογόνος. Εμφάνιση σαν ράγες από σταφύλι μετά την τοποθέτηση οξεικού οξέως



Κυλινδρικό επιθήλιο χωρίς οξεικό οξύ.

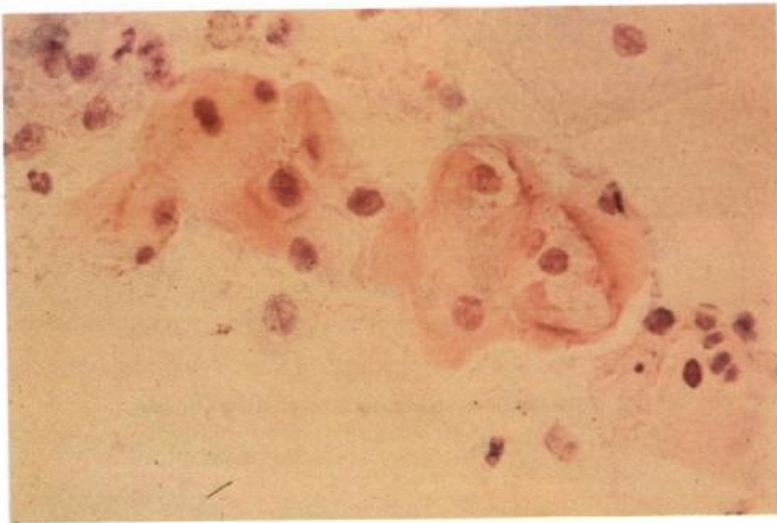
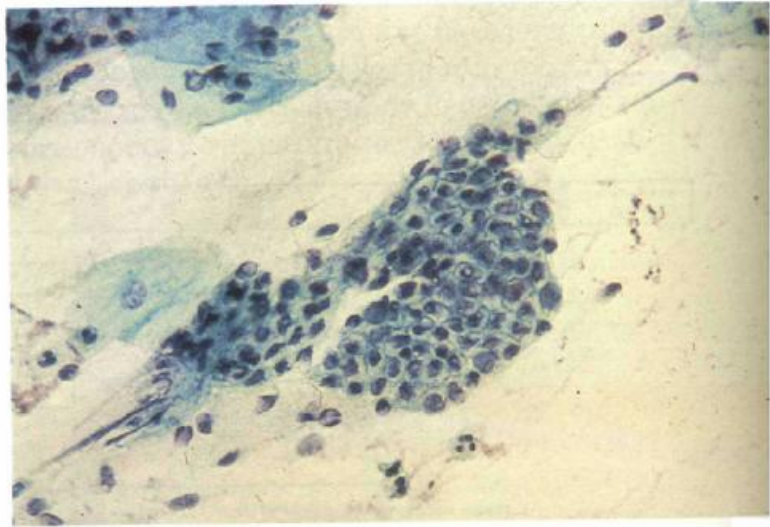


Κυλινδρικό επιθήλιο μετά τοποθέτηση οξεικού οξέος.



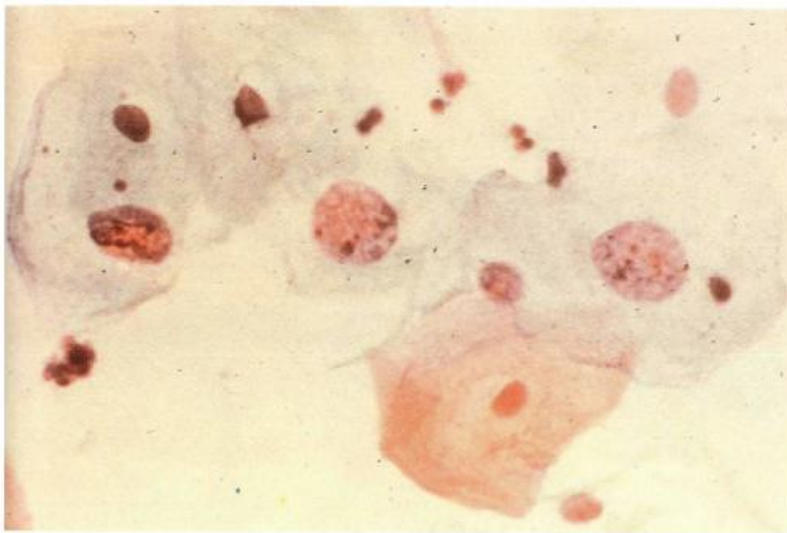
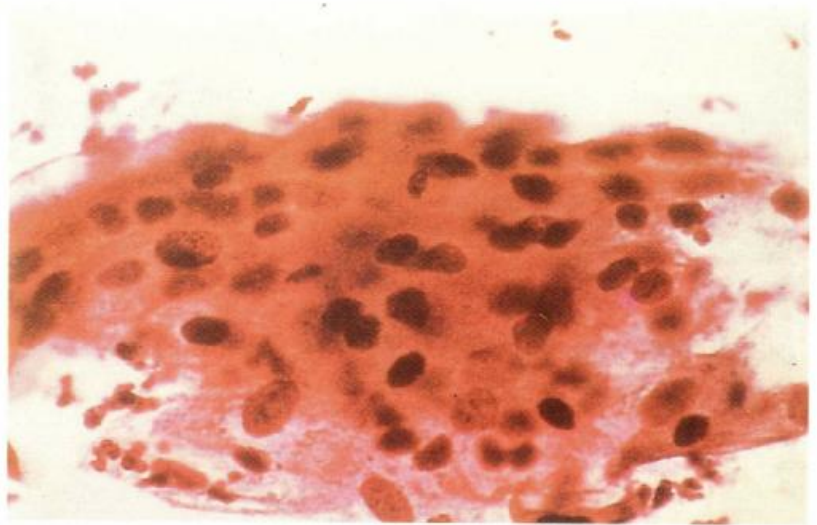
Φυσιολογικό πλακώδες επιθήλιο (Pap test)

Φυσιολογικά κύτταρα ενδοτραχήλου αδενικά (Pap test)

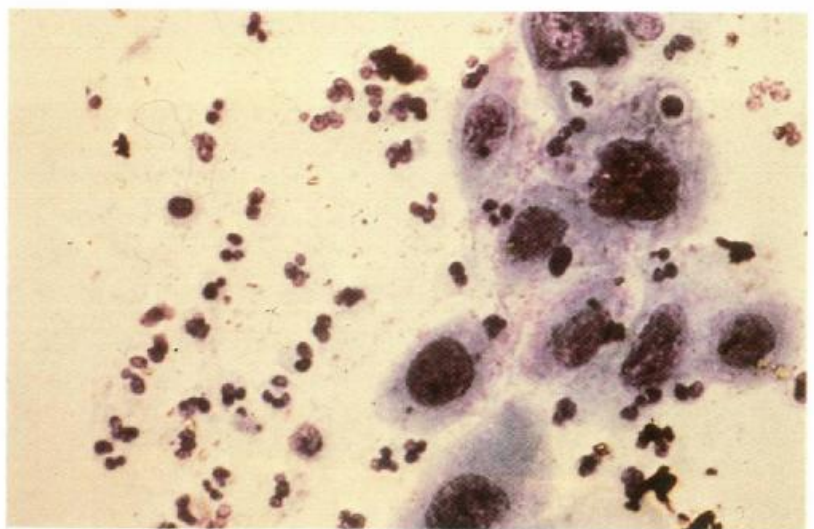


Κοιλοκύττωση σε H.P.V. (Human Papilloma Virus) (Pap test)

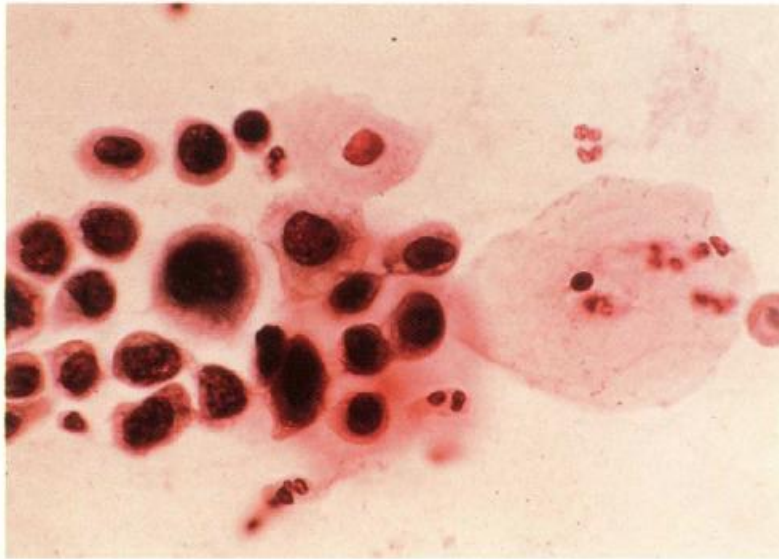
*Δυσκεράτωση σε H.P.V.
(Pap test)*



CIN I (Pap test)

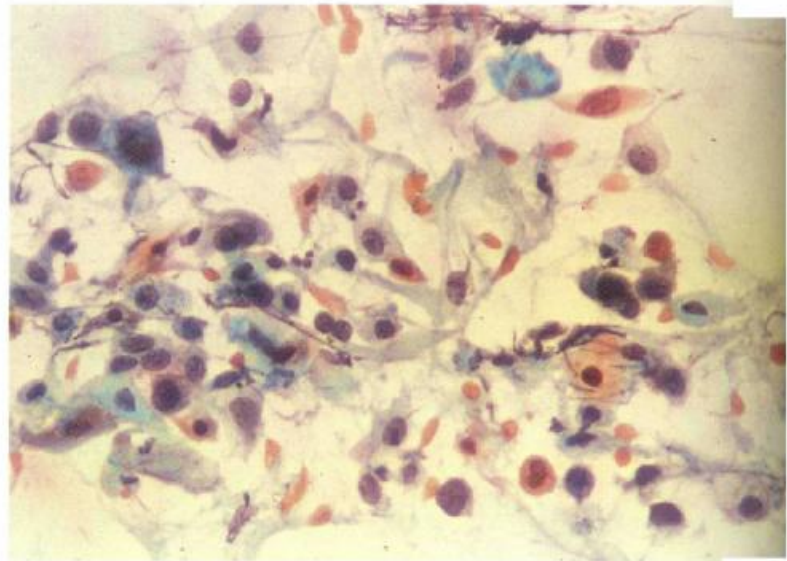


CIN II (Pap test)



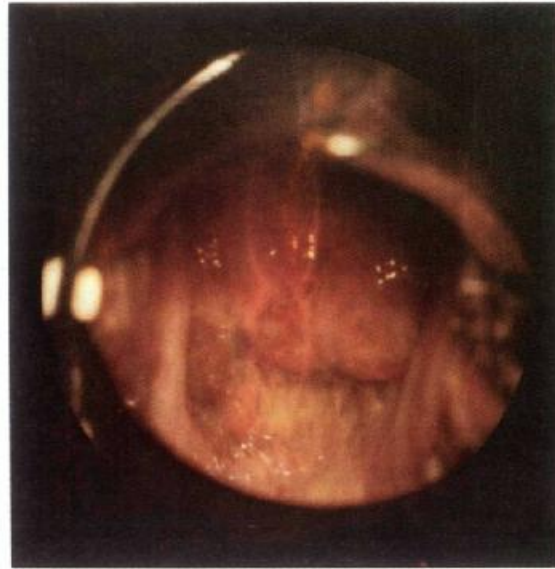
CIN III (Pap test)

*Θετικό για κακοήθεια πλακώ-
δους τύπου (Pap test)*

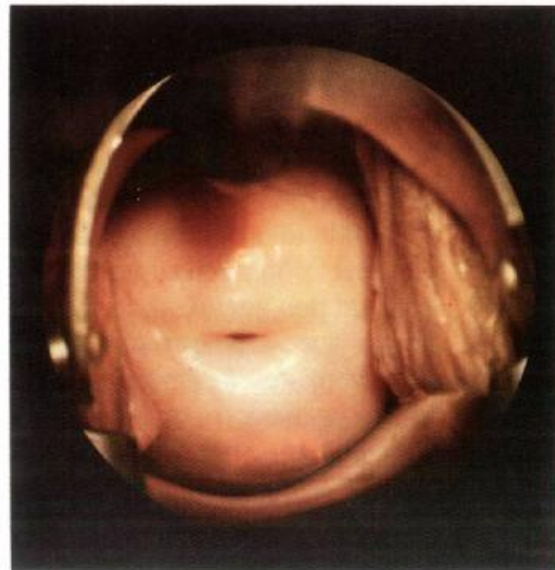
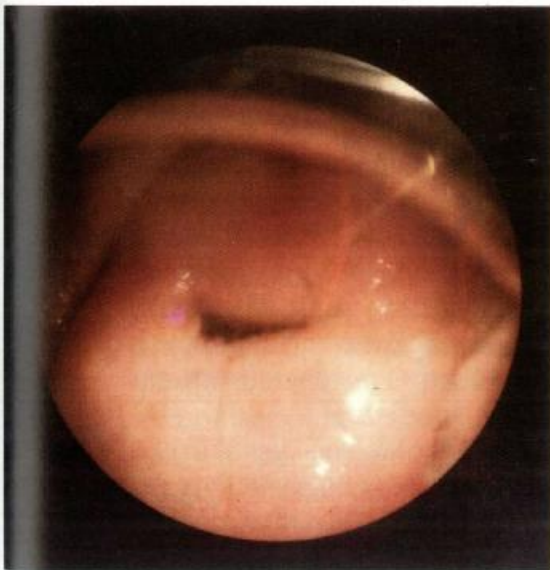




Τράχηλος σε φάση επούλωσης 7 ημέρες μετά από εξαχνωση με Laser CO₂.



Τράχηλος σε φάση επούλωσης 14 ημέρες μετά εξαχνωση με Laser CO₂.



Εικόνες καλής επούλωσης 1 χρόνο μετά από κωνοειδή εκτομή του τραχήλου με Laser CO₂.

Η σύγχρονη, δραστήρια γυναίκα έχει κατανοήσει ότι η πρόληψη παθολογικών καταστάσεων ή η έγκυρη αντιμετώπιση σχετίζονται με τον τακτικό και συγκεκριμένο ιατρικό έλεγχο. Αυτή άλλωστε είναι και η αιτία που ο μέσος όρος ζωής έχει ανέβει σημαντικά, καθώς και το προσδόκιμο επιβίωσης διαφόρων νόσων.

- Το ετήσιο γυναικολογικό check - up είναι απαραίτητο να γίνεται από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας.

- Το ετήσιο γυναικολογικό check - up είναι απλό, ανώδυνο, γρήγορο και με μεγάλη σημασία για την πρόληψη και την αντιμετώπιση πολλών νόσων της γυναίκας.

- Το ετήσιο γυναικολογικό check - up πρέπει να γίνεται κατόπιν συστάσεως του γυναικολόγου.

- Το ετήσιο γυναικολογικό check - up πρέπει να γίνεται την ίδια χρονική περίοδο κάθε χρόνο, για πρακτικούς και συγκριτικούς λόγους.

Το ετήσιο γυναικολογικό check - up περιλαμβάνει:

1. Αιματολογικό έλεγχο και γενική ούρων.

- Γενική αίματος.

- Fe ++ (σίδηρος) ορού.

- Φερριτίνη ορού.

- Σάκχαρο.

- Χοληστερόλη.

- SGOT, SGPT.

- ΤΚΕ.

- Γενική ούρων.

2. Το test pap.

Ετησίως, αν δεν υπάρχουν ειδικοί λόγοι για πιο συχνά, πρέπει να γίνεται το test pap. Είναι καλό να γίνεται φθινόπωρο, μετά τα θαλάσσια μπάνια.

Είναι γρήγορη, απλή και πολύτιμη εξέταση και θέτει τη διάγνωση απλής φλεγμονής έως νεοπλασίας κόλπου ή τραχήλου της μήτρας. Για να γίνει, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η γυναίκα να μην έχει αίμα περιόδου. Επίσης, είναι καλό την προηγούμενη ημέρα να μην έχει γίνει σεξουαλική επαφή.

Εξελιγμένη (διαγνωστικά) μορφή του κλασικού test pap είναι το HPV - testing (think-prep), ως προς τη διάγνωση αρχόμενων νεοπλασιών.

3. Καλλιέργεια κολπικού και τραχηλικού ιού - αντιβιογράμμα.

Πολύτιμη και αποτελεσματική εξέταση ως προς τη διάγνωση, την ταυτοποίηση και τη θεραπεία λοιμώξεων (συμπτωματικών ή μη).

Πολλές λοιμώξεις, σε νεαρές γυναίκες, είναι ασυμπτωματικές, αλλά με σημαντικές επιπτώσεις ως προς τη μελλοντική γονιμοποιητική ικανότητα, π.χ. λοίμωξη από χλαμύδια (Chlamydia).

4. Ψηλάφηση μαστού

Πολύτιμη, απλή και σωτήρια εξέταση, που μαζί με τη μηνιαία αυτοψηλάφηση της γυναίκας, σώζει ζωές.

5. Σε έφηβες και με προβλήματα όπως:

- Διαταραχές περιόδου.
- Πολυκυστικές ωοθήκες.
- Ακμή.
- Τριχοφυΐα.
- Λιπαρότητα.
- Παχυσαρκία,

συστήνουμε ορμονικό έλεγχο: FSH, LH, PRL (κίνηση - ηρεμία), Δ4-ανδροστενδιόνη, 17Β-οιστραδιόλη, 17ΟΗ-προγεστερόνη, DHEA, DHEA-S, SHBG, τεστοστερόνη, FT3, FT4, TSH.

6. Υπερηχογράφημα μήτρας - ωοθηκών (υπερηβικό ή κοιλικό).

7. Υπερηχογράφημα μαστών σε έφηβες με ψηλάφηση ινοαδενωμάτων ή κύστεων.

8. Μαστογραφία αναφοράς στα 35 έτη και μαστογραφικός έλεγχος κάθε 2 χρόνια μετά την ηλικία των 40, μέχρι τα 75 έτη.

9. Έλεγχος οστικής πυκνότητας σε όλες τις γυναίκες (κάθε ενάμιση χρόνο) μετά την εμμηνόπαυση.

Ειδικές ετήσιες και γυναικολογικές εξετάσεις και για ειδικούς λόγους:

1. Κολποσκόπηση σε περιπτώσεις λοιμώξεων HPV και ερπητικής λοίμωξης HSV II και HPV με HSV II λοίμωξη, επιφανειακών δυσπλασιών CIV I, ιστορικού κωνοειδούς εκτομής, λευκοπλακείου αιδοίου.

2. Ειδικοί καρκινικοί δείκτες, χαρακτηριστικοί διαφόρων παθήσεων ή παθογνωμονικοί διαφόρων παθήσεων:

- CA 125 (ενδομητρίωση, ωοθήκες, ινομύωμα).
- CA 15-3 (μαστός).
- CEA.
- CA 19-9 (καλοήθεις και κακοήθεις νεοπλασίες).
- MSA.
- TPA.

3. Αξονική τομογραφία πνεύμονα, άνω, κάτω κοιλίας σε χειρουργηθέν ca μαστού, ca ωθηκών και ca τραχήλου.
4. Μαγνητική τομογραφία μαστού σε αδιευκρίνιστες εστίες από τον υπέρηχο ή τη μαστογραφία, ή μετά από FNA ή επανειλημμένες βιοψίες.
5. Λιπομέτρηση σε παχύσαρκες γυναίκες με δυσλειτουργικές αιμορραγίες.

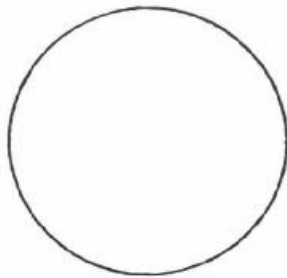
Πρακτικό Κολποσκόπησης

Όνομα ετών Α.Μ.

Ενδείξεις κολποσκόπησης

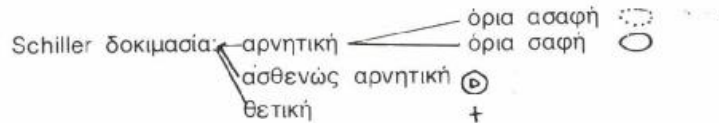
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- | | | |
|------------------------|------|--|
| 1. Πλακώδες επιθήλιο | (ΠΕ) | |
| 2. Κυλινδρικό επιθήλιο | (ΚΕ) | |
| 3. Ζώνη μετάπτωσης | (ΖΜ) | |
| στόμια αδένων | | |
| Naboth | (N) | |



ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- | | | |
|--------------------------|-------|--|
| 1. άτυπη ζώνη μετάπτωσης | | |
| - υπόλευκο επιθήλιο | (ΥΕ) | |
| - διάστιξη | (Δ) | |
| - μωσαϊκό | (Μ) | |
| - υπερκεράτωση | (Υ) | |
| - άτυπα αγγεία | (ΑΑ) | |
| 2. υποψία καρκίνου | (C:) | |
| 3. καρκίνος | (C) | |
| 4. τραχηλίτιδα | (T) | |
| 5. διάβρωση | (δ) | |
| 6. εξέλκωση | (ε) | |
| 7. ατροφικό επιθήλιο | (ΑΕ) | |
| 8. κονδύλωμα | (κ) | |
| 9. θήλωμα-πολύποδας | (θ.π) | |
| 10. ασαφή ευρήματα | (αε) | |



Συμπέρασμα:

.....

.....

Επίχρισμα:

.....

Βιοψία:

.....

Παρακολούθηση:

.....

.....

.....



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

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