

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**



Υπεύθυνος Καθηγητής:

ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Σπουδάστριες:

**ΚΟΡΟΜΗΛΑ ΕΥΘΥΜΙΑ
ΚΑΤΡΙΒΕΣΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ**

ΠΑΤΡΑ ΜΑΡΤΙΟΣ 2009

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Επιδημιολογικά στοιχεία	6-9
-------------------------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

2.1: Ανατομία της μήτρας.....	10
2.2: Ανατομία του τραχήλου.....	11-12
2.3: Στηρίγματα μήτρας.....	13-14
2.4: Αγγείωση μήτρας.....	14-15
2.5: Αιμάτωση μήτρας.....	15
2.6: Νεύρωση.....	15
2.7: Φυσιολογία.....	16-17
2.8: Παθολογοανατομία.....	17-18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

3.1: Ιογενής αιτιολογία του τραχηλικού καρκίνου.....	19-20
3.2: Χημικοί παράγοντες.....	20
3.3: Υγιεινοδιαιτητικοί παράγοντες.....	21
3.4: Οικογενειακοί παράγοντες.....	21-22
3.5: Άλλοι παράγοντες κινδύνου.....	22-25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

4.1: Γενικά.....	26
4.2: Πρωτογενή μέτρα πρόληψης γενικά.....	26-27
4.2.1: Πρωτογενή μέτρα πρόληψης για τον Κ.Τ.Μ.....	27-28
4.3: Δευτερογενή μέτρα πρόληψης γενικά.....	29-30
4.3.2: Δευτερογενή μέτρα πρόληψης για τον Κ.Τ.Μ.....	31

4.4: Τριτογενή μέτρα πρόληψης	32-34
-------------------------------------	-------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ

5.1: Συμπτώματα.....	35-36
5.2: Σημεία.....	36-37
5.3: Διάγνωση.....	37-38
5.3.1: Ιστορικό.....	38-40
5.3.2: Φυσική εξέταση.....	40-41
5.3.3: Ειδικές εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις	
Α) Τεστ Παπανικολάου.....	41-43
Β) Κυτταρολογική εκτίμηση.....	43-44
Γ) Διακοιλιακή υπερηχογραφία.....	44-45
Δ) Κολποσκόπηση.....	45-48
Ε) Βλάβες ορατές με γυμνό μάτι, που η διάγνωσή τους διευκολύνεται πολύ με την κολποσκόπηση.....	49-50
5.3.4: Γενικός Εργαστηριακός έλεγχος.....	50-55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ

6.1: Μορφές καρκίνου τραχήλου μήτρας.....	56-58
6.2: Σταδιοποίηση καρκίνου.....	59-60
6.3: Μεταστάσεις.....	60-61
6.4: Πρόγνωση.....	61-64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1: Γενικά.....	65
7.2: Παρακολούθηση CIN χωρίς θεραπεία.....	65-66
7.3: Μέθοδοι θεραπείας ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών τραχήλου...	66-68

7.4: Χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου.....	68-71
7.5: Ακτινοθεραπεία.....	71-73
7.6: Χημειοθεραπεία.....	73-75
7.7: Μονοθεραπεία.....	75
7.8: Ορμονοθεραπεία.....	75-76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

8.1: Ο ρόλος του νοσηλευτή γενικά.....	77-78
8.2: Ο ρόλος του νοσηλευτή την περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων.....	78-79
8.3: Ο ρόλος του νοσηλευτή την περίοδο της κλινικής εξέτασης.....	79-81
8.4: Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψις του ασθενούς.....	81-82
8.5: Βοήθεια πριν, κατά και μετά την θεραπεία.....	83-84
8.6: Νοσηλευτική φροντίδα στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου.	
8.6.1: Γενικά.....	84-85
α) Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς	85-88
β) Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς	88-89
8.7: Νοσηλευτική φροντίδα στην χημειοθεραπεία	90-92
8.8: Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία	92-93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

9.1: Ιστορικό πρώτης ασθενούς	94
9.2: Προεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία	95-96
9.3: Μετεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία.....	97-99
9.4: Ιστορικό δεύτερης ασθενούς	100

9.5: Προεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία 101-102

9.6: Μετεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία..... 103-104

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 105-106

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ο τράχηλος της μήτρας είναι το μέρος εκείνο του γυναικείου γενετικού συστήματος που βρίσκεται στο κάτω στενότερο μέρος της μήτρας και ενώνει την μήτρα με τον κόλπο. Ο Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας εκδηλώνεται όταν κύτταρα του τραχήλου αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται αναρχικά και δημιουργούν ένα νέο ιστό, ένα όγκο στην περιοχή. Μπορεί να δημιουργηθεί στην περιοχή αυτή είτε ένας κακοήθης είτε ένας καλοήθης όγκος. Οι συχνότερες μορφές ΚΤΜ είναι ο **επιθηλιακός καρκίνος** (90% των περιπτώσεων) που αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου και το **αδενοκαρκίνωμα** (10% των περιπτώσεων) που εμφανίζεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος πιο συχνός γυναικολογικός καρκίνος μετά τον καρκίνο του μαστού και η συχνότερη αιτία θανάτων από καρκίνο στο τρίτο κόσμο. Συνήθως προσβάλλει προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και υπολογίζεται ότι συνολικά 500.000 γυναίκες αναπτύσσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας εκ των οποίων οι 270.000 θα καταλήξουν από τη νόσο. Σύμφωνα με τον παθολόγο- ογκολόγο Ισάμ Μπανκουσλί, η μέση ηλικία των γυναικών που εμφανίζουν καρκίνο του τραχήλου κυμαίνεται μεταξύ 48 και 52 ετών αν και έχει παρουσιαστεί μια αύξηση τα τελευταία χρόνια σε γυναίκες μικρότερης ηλικίας.

Το ποσοστό επιβίωσης για γυναίκες με την ασθένεια περιορισμένη στη μήτρα είναι μεγαλύτερο του 90%. Εντούτοις, πιθανότητες επιβίωσης γυναικών με την ασθένεια εξαπλωμένη πέρα από την λεκάνη (IV στάδιο) είναι λιγότερες από 20%. Ο μέσος όρος ηλικίας για την διάγνωση του ενδομήτριου καρκίνου είναι στα 60, εντούτοις 20% έως 25% από τις διαγνώσεις γίνονται πριν την εμμηνόπαυση.

Για μία 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 μία γυναίκα που ζει σε χώρα χωρίς πρόγραμμα πρόληψης ο κίνδυνος είναι 5%.

Παραμένει όμως μία πραγματική μάστιγα στις περισσότερες χώρες του πλανήτη, όπου δεν υπάρχουν οι απαιτούμενες δομές ιατρικής πρόληψης και θεραπείας των προκαρκινικών καταστάσεων.

Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο, παγκοσμίως, περισσότερα από 40 εκατομμύρια γυναίκες αναπτύσσουν προκαρκινικές βλάβες Παγκοσμίως και 300.000 γυναίκες κάθε χρόνο προσβάλλονται από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Στην ουσία, κάθε δύο λεπτά κάπου στον κόσμο μια γυναίκα πεθαίνει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Παγκοσμίως, είναι η τρίτη μεγαλύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο σε γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού και του πνεύμονα.

Είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος σε γυναίκες κάτω των 45 ετών. Ακόμη και σε ανεπτυγμένες περιοχές όπως για παράδειγμα στην Ευρώπη, μια γυναίκα πεθαίνει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κάθε 18 λεπτά.

Γυναίκες που έχουν τις πιο βαριές προκαρκινικές βλάβες έχουν πιθανότητα περίπου 30% να εμφανίσουν τελικά καρκίνο.

Έχει υπολογισθεί - για τις Δυτικές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας - ότι 2 γυναίκες στις 100 θα προσβληθούν από καρκίνο στον τράχηλο πριν το 80ο έτος της ηλικίας τους. Στην Αγγλία, 2000 θάνατοι γυναικών κάθε χρόνο οφείλονται σ' αυτό το είδος καρκίνου και περίπου 270.000 τον χρόνο παγκοσμίως. Αυτό είναι γεγονός απaráδεκτο, αφού ο καρκίνος αυτός εντοπίζεται σ' ένα όργανο σχετικά εύκολα προσπελάσιμο - ο τράχηλος της μήτρας βρίσκεται στο βάθος του κόλπου - και φαίνεται πως παραμένει σ' ένα προκαρκινικό, ασυμπτωματικό στάδιο για αρκετά χρόνια. Μια διάγνωση σ' αυτό το στάδιο μπορεί να θεραπεύσει τον καρκίνο του τραχήλου σε ποσοστά σχεδόν 100%.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο 33.500 νέα περιστατικά καρκίνου τραχήλου της μήτρας και 15.000 γυναίκες ετησίως πεθαίνουν από τη νόσο. Παγκοσμίως, κάθε χρόνο προσβάλλονται από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, 300.000 γυναίκες. Η πάθηση είναι η δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου λόγω καρκίνου στις γυναίκες παγκοσμίως. Η πρώτη σε συχνότητα αιτία είναι ο καρκίνος του μαστού.

Σαράντα γυναίκες τη μέρα σκοτώνει στην Ευρώπη η συγκεκριμένη μορφή της νόσου. Κι ενώ στο εξωτερικό τα ποσοστά μειώνονται, στην Ελλάδα υπάρχει σταθερότητα και ανοδική τάση της θνησιμότητας. Αυτό οφείλεται στο ότι οι Ελληνίδες αδιαφορούν για την πρόληψη και δεν κάνουν το «Τεστ Παπανικολάου» το οποίο πραγματικά σώζει ζωές.

Στην Ελλάδα δυστυχώς δεν υπάρχει εθνικό σύστημα πληθυσμιακού ελέγχου και η εκτέλεση του τεστ Παπανικολάου είναι ευκαιριακή, η πληροφόρηση ελλιπής και η θνησιμότητα άγνωστη. Το ποσοστό των γυναικών στη χώρα μας οι οποίες υποβάλλονται στην εξέταση αυτή δεν ξεπερνά πιθανόν το 20% κι δεν αφορά συνήθως ομάδες υψηλού

κινδύνου. Υπολογίζεται ότι περίπου 400-600 γυναίκες εμφανίζουν την νόσο ετησίως εκ των οποίων οι 100-260 αναμένεται να αποβιώσουν από αυτήν. [5]

Παλαιότερα, ο καρκίνος αυτός αποτελούσε ένα από τους κύριους λόγους θνησιμότητας των γυναικών εξ' αιτίας καρκίνου. Σήμερα χάρις στα προγράμματα ανίχνευσης και θεραπείας των καταστάσεων εκείνων που μπορούν να οδηγήσουν στον καρκίνο αυτό, η θνησιμότητα που προκαλεί έχει μειωθεί κατά 50% τα τελευταία 40 χρόνια και η συχνότητα της προχωρημένης νόσου κατά τη διάγνωση έχει ελαττωθεί κατά 70% στο ίδιο χρονικό διάστημα. Αυτό είναι αποτέλεσμα της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας, στην οποία έχει συμβάλει κατά πολύ το τεστ Παπανικολάου.

Πρέπει να επισημανθεί ότι μέχρι το 1990, ήταν δεύτερος σε συχνότητα παγκοσμίως μετά τον καρκίνο μαστού αλλά η μαζική εφαρμογή του Τεστ Παπανικολάου στις αναπτυγμένες χώρες είχε ως αποτέλεσμα την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των προκαρκινικών βλαβών, με συνέπεια τη θεαματική μείωση των περιστατικών καρκίνου παγκοσμίως!

Η υποχώρηση του από τη δεύτερη στη τρίτη θέση αποδίδεται στην επιτυχημένη εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στις αναπτυγμένες χώρες (μείωση από 460.000 περιπτώσεις κάθε χρόνο κατά τη δεκαετία του 1970 σε 371.000 κατά τη δεκαετία 1990). Στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα 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.

Το πρώτο εμβόλιο για την πρόληψη του καρκίνου τραχήλου της μήτρας, εγκρίθηκε από τις αρμόδιες αρχές της Ευρωπαϊκής Ένωσης για χορήγηση σε κορίτσια και γυναίκες ηλικίας από 9 έως 26 ετών.

Η έγκριση αυτή έρχεται περίπου 3 μήνες μετά από την έγκριση που δόθηκε για το ίδιο εμβόλιο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Το εμβόλιο Gardasil προστατεύει τις γυναίκες από το 75% των ιών ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV, Human Papilloma

Virus) που ευθύνονται για την πρόκληση καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Υπολογίζεται ότι 80% των γυναικών που είναι σεξουαλικά ενεργές, είναι δυνατόν σε κάποια φάση της ζωής τους, να προσβληθούν από ιούς της οικογένειας HPV.

Το εν λόγω εμβόλιο ενδείκνυται για την πρόληψη προκαρκινικών αλλοιώσεων στον τράχηλο και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η δράση του στηρίζεται σε ένα πρωτοποριακό ανοσοενισχυτικό σύστημα (AS04), το οποίο ενισχύει την ανοσολογική απάντηση και αυξάνει τη διάρκεια της προστασίας έναντι ογκογόνων τύπων του ιού.

Έως και το 80% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών θα προσβληθεί από λοίμωξη με τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) κάποια στιγμή στη ζωή τους, αναφέρουν οι επιστήμονες. Μάλιστα, μέχρι σήμερα έχουν προσδιοριστεί περίπου 100 τύπου του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων, 15 από τους οποίους θεωρούνται ότι προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι τύποι 16 και 18 του ιού ευθύνονται για περίπου 71,5% των περιστατικών καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

Εάν εφαρμοστεί σε ευρεία κλίμακα στην Ευρωπαϊκή Ένωση το πρόγραμμα εμβολιασμού κατά των ιών HPV, υπολογίζεται ότι θα διασώζονται από το θάνατο 11.250 γυναίκες κάθε χρόνο.

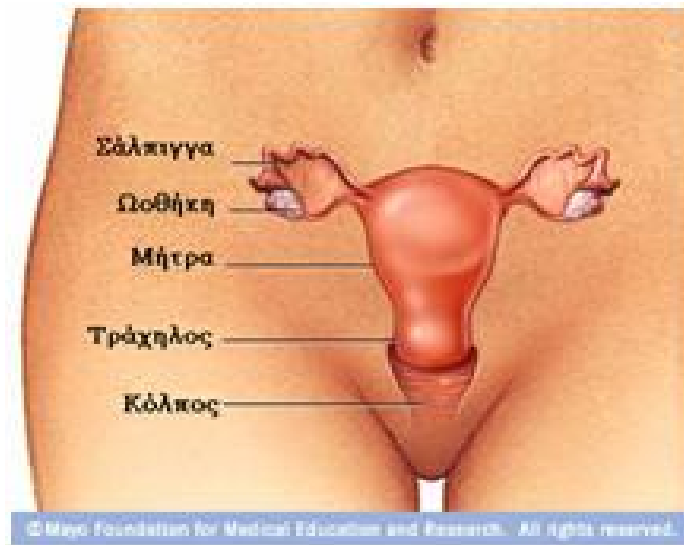
Στην Ελλάδα δυστυχώς δεν υπάρχει εθνικό σύστημα πληθυσμιακού ελέγχου και η εκτέλεση του τεστ Παπανικολάου είναι ευκαιριακή, η πληροφόρηση ελλιπής και η θνησιμότητα άγνωστη. Το ποσοστό των γυναικών στη χώρα μας οι οποίες υποβάλλονται σε στην εξέταση αυτή δεν ξεπερνά πιθανών το 20% κι δεν αφορά συνήθως ομάδες υψηλού κινδύνου. Υπολογίζεται ότι περίπου 400-600 γυναίκες εμφανίζουν την νόσο ετησίως εκ των οποίων οι 100-260 αναμένεται να αποβιώσουν από αυτήν. [4]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

2.1: Ανατομία της μήτρας

Η μήτρα είναι το όργανο το οποίο διατηρεί το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι ένα κοίλο όργανο σε σχήμα αχλαδιού με παχύς μυώδες τοίχους, 6 – 7 1/2 cm (2 1/2 – 3 in) σε μήκος και περίπου 2 cm (3/4 in) σε πάχος. Το βάρος της στην άτεκνη γυναίκα είναι περίπου 40 γρ. και, στη γυναίκα που γέννησε, 70 γρ. Καταλαμβάνει το μέσον της πυέλου, μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου και αποτελείται από τον πυθμένα(στρογγυλεμένο άνω μέρος), το σώμα (μεσαίο τμήμα) και ένα στενό χαμηλότερο τμήμα (τράχηλος ή λαιμός). Η σχέση σώματος – τραχήλου διαφέρει ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Έτσι, στις ενήλικες, από τα 7,5 εκ. του μήκους της μήτρας, τα 5 εκ. αντιστοιχούν στο σώμα της και τα 2,5 εκ. τον τράχηλο της, ενώ στις κορασίδες συμβαίνει το αντίθετο. Στις ηλικιωμένες γυναίκες, που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση, η μήτρα μικραίνει από ατροφία του μυϊκού της τοιχώματος και η ενδοκοιλιακή μήτρα του τραχήλου σχεδόν εξαφανίζεται. Ο πυθμένας και το σώμα σχηματίζουν το κυρίως σώμα της μήτρας. Το ενδοθήλιο της ονομάζεται ενδομήτριο. Ο μυϊκός χιτώνας της μήτρας ονομάζεται μυομήτριο και ο συνδετικός ιστός γύρω από το μυ ονομάζεται περιμήτριο. Το ενδομήτριο δέχεται και τρέφει το γονιμοποιημένο ωάριο. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η μήτρα γίνεται πολύ μαλακή και αυξάνεται κατά πολύ σε μέγεθος για να κρατήσει το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης, η μήτρα γίνεται ένας λεπτός μυώδης σάκος με μαλακά τοιχώματα που υποχωρεί με την κίνηση του εμβρύου.

Περίπου ο μισός τράχηλος προέχει μέσα στον κόλπο προσκολλημένος στους τοίχους του κόλπου. Ο τράχηλος έχει μια μικρή στρογγυλή διαδρομή που ονομάζεται σωλήνας ή πόρος του τραχήλου, το έσω στόμιο (στόμα ή άνοιγμα) του σωλήνα είναι προς τη μήτρα ενώ το έξω στόμιο προς τον κόλπο. Οι εκκρίσεις της μήτρας, η έμμηνος ρύση, το μη γονιμοποιημένο ωάριο, το έμβρυο κατά τη διάρκεια του τοκετού, και η απέκκριση των λοχείων (παροχέτευση του κόλπου κατά την περίοδο των έξι εβδομάδων μετά τον τοκετό), διέρχεται μέσω του τραχήλου στον κόλπο. Ο τράχηλος επίσης είναι οργανικής σημασίας διότι βοηθάει τη διαδικασία της γονιμοποίησης παράγοντας μια βλέννα η οποία διευκολύνει την κίνηση των σπερματοζωαρίων μέσα απ' αυτήν τη δίοδο στο ταξίδι τους για να βρουν το ωάριο. [22]



2.2: Ανατομία του Τραχήλου

Ο τράχηλος είναι ένα ιδιαίτερο τμήμα της μήτρας που βρίσκεται κάτω από τον ισθμό. Προς τα εμπρός το ανώτερο όριο του τραχήλου, το έσω τραχηλικό στόμιο, αντιστοιχεί περίπου στο επίπεδο όπου το περιτόναιο ανακάμπτει στην ουροδόχου κύστη. Ο τράχηλος στηρίζεται από τον χαλαρό ιστό του παραμητρίου, τους ιερομητρικούς συνδέσμους και τους εγκάρσιους τραχηλικούς ή κύριους συνδέσμους του Mackenrodt. Ο τελευταίος εξασφαλίζει τη μεγαλύτερη στήριξη του τραχήλου. Προς τα εμπρός διαχωρίζεται από την υπερκείμενη ουροδόχο κύστη με συνδετικό ιστό.

Το έξω τραχηλικό στόμιο βρίσκεται στο κατώτερο άκρο του κολπικού τμήματος του τραχήλου. Ο τράχηλος αποτελείται από μερικές λείες μυϊκές ίνες, αλλά κυρίως από κολλαγόνο ιστό, ελαστικές ίνες και αγγεία.

Η μετάπτωση του κολλαγόνου ιστού του τραχήλου στον μυϊκό ιστό του σώματος της μήτρας, αν και γενικώς είναι απότομη, δυνατόν να είναι βαθμιαία και να εκτείνεται μέχρι 10 χιλ. Χαρακτηριστικά, ο βλεννογόνος του τραχηλικού καναλιού αν και εμβρυολογικός αποτελεί άμεση συνέχεια του ενδομητρίου, διαφοροποιείται σε τέτοιο βαθμό, ώστε η εμφάνιση των τομών διαμέσου του καναλιού θυμίζει κερήθρα. Ο βλεννογόνος αποτελείται από ένα απλό στρώμα πολύ υψηλού κυλινδρικού επιθηλίου το οποίο επικάθεται σε λεπτή βασική μεμβράνη. Πολυάριθμοι αδένες εκτείνονται από την επιφάνεια του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου κατ' ευθείαν στον υποκείμενο συνδετικό ιστό επειδή δεν υπάρχει υποβλεννογόνιος χιτώνας.

Αυτοί οι αδένες παράγουν το παχύ, κολλώδες έκκριμα του τραχηλικού αυλού. Εάν οι πόροι των τραχηλικών αδένων αποφραχθούν, είναι δυνατόν να δημιουργηθούν κύστεις διαμέτρου λίγων χιλιοστών, οι επικαλούμενες κύστεις Naboth. [15]

Φυσιολογικά, το πλακώδες επιθήλιο του κοιλιακού τμήματος του τραχήλου και το κυλινδρικό επιθήλιο του τραχηλικού αυλού, σχηματίζουν μια αδρή διαχωριστική γραμμή πολύ κοντά στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο, δηλ. στη συμβολή πλακώδους – κυλινδρικού επιθηλίου (Ζώνη μετάπτωσης ή κατ' άλλους μεταβατική ζώνη).

Ο τραχηλικός σωλήνας έχει μήκος περίπου 3 cm με ατρακτοειδή διαμόρφωση.

Στην άτοκο γυναίκα το άτομο είναι στρογγυλό και έχει διάμετρο 3-5mm. Κατά την εγκυμοσύνη ο τράχηλος μεγεθύνεται λόγω πολλαπλασιασμού των ελαστικών και λείων μυϊκών ινών και της αγγειακής συμφόρησης.

Εξωτράχηλος. Είναι το μέρος του τραχήλου που είναι ορατό στην κλινική εξέταση, όταν το μητροσκόπιο είναι στη θέση του ανοικτό.

(Ο εξωτράχηλος δεν είναι πάντα συνώνυμος με το πλακώδες επιθήλιο).

Το πρόσθιο και το οπίσθιο χείλος του τραχήλου ερχόμενα σε επαφή ορίζουν το έξω στόμιο που συχνά έχει εγκάρσιο σχήμα.

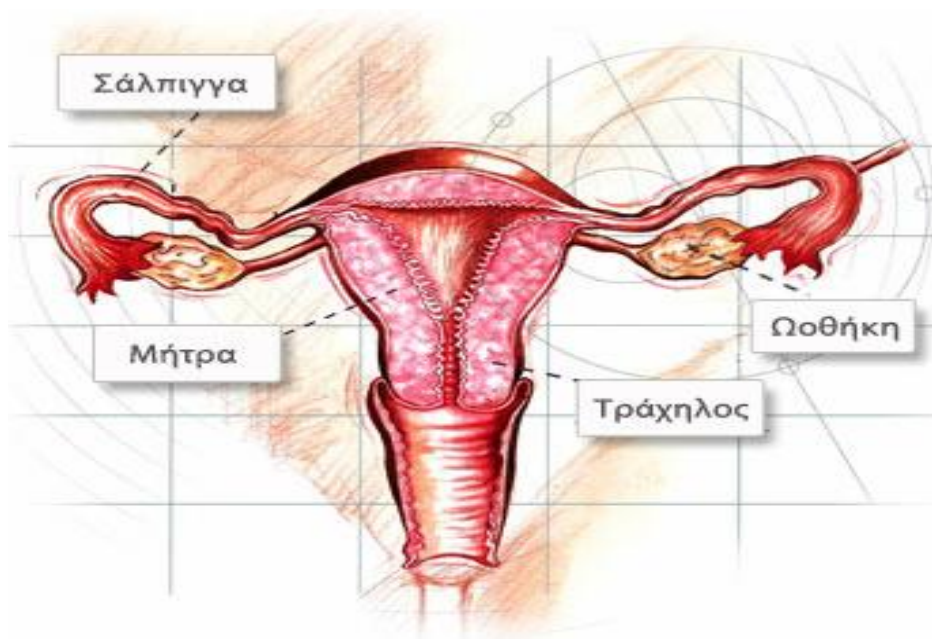
Το μεγαλύτερο τμήμα της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου καλύπτεται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην ωρίμανση των πλακωδών κυττάρων.

Ενδοτράχηλος. Είναι το τμήμα του τραχήλου που εκτείνεται από το έξω στόμιο μέχρι το σημείο σύνδεσης του τραχηλικού επιθηλίου με το ενδομήτριο. Ονομάζεται και ενδοτραχηλικός σωλήνας.

Ο ενδοτράχηλος είναι συνώνυμος με το κυλινδρικό επιθήλιο.

Τα περισσότερα κυλινδρικά κύτταρα είναι εκκριτικά, αλλά λίγα έχουν κροσσούς. Τα κυλινδρικά κύτταρα εγκολεάζονται μέσα στο στρώμα του τραχήλου σε βάθος 5-8mm. Παρ' όλο που αυτό αντιπροσωπεύει δημιουργία κρυπτών, επειδή δεν υπάρχουν πόροι ή κυψελίδες, τα κύτταρα ονομάζονται ενδοτραχηλικοί αδένες. [7]

Θέση του τραχήλου



2.3: Στηρίγματα Μήτρας

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

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

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

Από την ανάκαμψη του πυελικού περιτοναίου και το σχηματισμό των πρόσθιων και οπίσθιων πετάλων των πλατεών συνδέσμων σχηματίζονται δύο χώροι. Ο ένας βρίσκεται ανάμεσα από την ουροδόχο κύστη και την πρόσθια επιφάνεια της μήτρας και λέγεται κυστεομητρίαίο κόλπωμα ή πρόσθιος δουλγάσειος χώρος και άλλος

ανάμεσα από την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας και το ορθό και λέγεται ευθυμητριάιο κόλπωμα ή οπίσθιος δουγλάσειος χώρος. Κάτω από τον οπίσθιο δουγλάσειο χώρο υπάρχει το ευθυκολπικό κόλπωμα ή πυθμένας του δουγλάσιου, γιατί περιτόναιο της οπίσθιας επιφάνειας του σώματος της μήτρας και της οπίσθιας επιφάνειας του τραχήλου συνεχίζει την πορεία του καλύπτοντας και το ανώτερο μέρος του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος

- Πλάγιοι σύνδεσμοι. Αυτοί είναι δύο και εκτείνονται από τα πλάγια πυελικά τοιχώματα προς τον κόλπο και την υπερκοιλιακή μοίρα του τραχήλου.
- Ιερομητριάιοι σύνδεσμοι. Αυτοί είναι δυο και εκφύονται από την περιοχή της πυελικής επιφάνειας του ιερού οστού στο ύψος του 3^{ου} 4^{ου} ιερού σπονδύλου, περιβάλλον το ορθό και καταφύονται στο κατώτερο τμήμα της οπίσθιας επιφάνειας της μήτρας, στο ύψος του εσωτερικού τραχηλικού στομίου.
- Μητροκυστικοί σύνδεσμοι. Αυτοί είναι δυο, αντιστοιχούν στους ιερομητριάιους συνδέσμους και εκτείνονται από το κάτω μέρος της πρόσθιας επιφάνειας της μήτρας ως τη βάση της ουροδόχου κύστης.
- Ανελκτήρας μυς. Αυτός ανήκει στους εσωτερικούς μυς του περινέου και, μαζί με ολόκληρο το πυελικό έδαφος, συμβάλλει στη στήριξη της μήτρας. [21]

2.4: Αγγείωση μήτρας

Η μήτρα αγγειώνεται από τις μητριάιες αρτηρίες, κλάδους των εσωτερικών λαγόνιων ή των κάτω κυστικών αρτηριών και, σε μικρό βαθμό, από τις ωθηκικές, κλάδους της κοιλιακής αορτής.

Οι φλέβες της μήτρας αντιστοιχούν στις αρτηρίες της και εκβάλλουν κυρίως στις εσωτερικές λαγόνιες φλέβες.

Τα λεμφαγγεία του ανώτερου τμήματος της μήτρας συνοδεύουν τα ωθηκικά και εκβάλλουν στους παραορτικούς λεμφαδένες και μερικά, με τους στρογγυλούς συνδέσμους, στους βουβωνικούς λεμφαδένες.

Τα λεμφαγγεία του κατώτερου τμήματος της μήτρας παρακολουθούν την πορεία των λεμφαγγείων του τραχήλου και εκβάλλουν στους εξωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες.

Τα λεμφαγγεία του τραχήλου, μέσω των παραμητρίων, εκβάλλουν στους εσωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες, μέσω των ιερομητριάων συνδέσμων στους ιερούς και μέσω του οπίσθιου περιτοναίου στους εσωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες. [15]

2.5: Αιμάτωση μήτρας

Η μήτρα αιματώνεται από την μητριάια αρτηρία, κλάδο της έσω λαγονίου ή υπογαστρικής, η οποία φέρεται μεταξύ των πετάλων του πλατέως συνδέσμου, διασταυρώνεται σε απόσταση 1,5 εκατ. με τον ουρητήρα πλησίον του ισθμού και εισέρχεται στη μήτρα. Εκεί δίδει ανιόντες και κατιόντες κλάδους.

Ανιόντες κλάδοι της μητριάιας αρτηρίας αναστομώνονται με κλάδους της ωοθητικής αρτηρίας, που είναι κλάδος της κοιλιακής αορτής.

Ενώ κατιόντες κλάδοι της μητριάιας αρτηρίας βρίσκονται κατά μήκος του πλάγιου χείλους του τραχήλου και αναστομώνονται με την κολπική αρτηρία. Οι φλέβες της μήτρας φέρουν το αίμα κυρίως στην υπογαστρική φλέβα και μερικώς στην έσω σπερματική. [15]

2.6: Νεύρωση μήτρας

Η νεύρωση της μήτρας γίνεται κυρίως εκ του μητροκολεϊκού πλέγματος. Το πλέγμα αυτό σχηματίζεται από το υπογάστριο συμπαθητικό πλέγμα και το 3^ο και 4^ο ιερό νεύρο. Το μεγαλύτερο γάγγλιο του μητροκολεϊκού πλέγματος που βρίσκεται κοντά στον τράχηλο της μήτρας ονομάζεται γάγγλιο του Frankenhauser.

Το ωοθητικό συμπαθητικό πλέγμα δίδει επίσης νευρικές ίνες στον πυθμένα της μήτρας. Με τη νεύρωση αυτή των γεννητικών οργάνων καθίσταται δυνατή η επικοινωνία αυτών με το δέρμα, τα αγγεία, τους μυς, το περιόστεο και το συνδετικό ιστό, που αντιστοιχούν στις ζώνες του Head. Έτσι είναι δυνατόν, πόνος προερχόμενος εκ των γεννητικών οργάνων, να προβάλλεται στην επιφάνεια του δέρματος. [21]

2.5: Φυσιολογία

Γεννητικός κύκλος της γυναίκας.

Ο κύκλος της γυναίκας φαινομενικά αρχίζει με την έμμηνη ρύση και αφορά κυρίως δύο όργανα: την ωοθήκη και τη μήτρα. Εν τούτοις συμμετέχει και το υπόλοιπο σώμα και η ψυχική ζωή της γυναίκας. Στην ωοθήκη ωριμάζουν ρυθμικά τα ωοθυλάκια. Η ωοθυλακιορρηξία γίνεται 14 ημέρες πριν από την έναρξη της επόμενης έμμηνης ρύσης. Μέσα στην κοιλότητα του άδειου ωοθυλακίου γίνεται μικρή αιμορραγία. Το ρήγμα της ωοθυλακιορρηξίας κλείνει από πήγμα. Τα κύτταρα της θήκης μεγαλώνουν και γεμίζουν την κοιλότητα. Με αποθήκευση παραγώγων χοληστερίνης, ο σχηματισμός αποκτά σταδιακά κίτρινο χρώμα, γι' αυτό ονομάστηκε ωχρό σωματίο. Το ωχρό σωματίο παράγει ορμόνη (προγεστερόνη), που προετοιμάζει τη μήτρα για πιθανή κύηση. Αν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, το ωχρό σωματίο υποστρέφει γρήγορα μετά από 2 εβδομάδες μετατρέπόμενο σε λευκή ουλή (λευκό σωματίο). Η έκκριση των ορμονών σταματά. Η επιφανειακή στιβάδα του βλεννογόνου της μήτρας αποβάλλεται κατά την έμμηνη ρύση. Αν αντιθέτως το ωάριο γονιμοποιηθεί, το ωχρό σωματίο μεγαλώνει και παράγει ορμόνες μέχρι τον τέταρτο περίπου μήνα της κύησης. Κατόπιν ο πλακούντας αναλαμβάνει την παραγωγή των ορμονών. [11]

Η ωοθήκη ρυθμίζεται από την υπόφυση με τη βοήθεια των γοναδοτρόπων ορμονών. Η θυλακιοτρόπος ορμόνη, όπως δείχνει το όνομά της, προτρέπει την αύξηση του ωοθυλακίου. Η ωχρινοποιός ορμόνη προκαλεί την ωρίμανση του ωοθυλακίου, την ωοθυλακιορρηξία, το σχηματισμό ωχρού σωματίου και την παραγωγή ορμόνης του ωχρού σωματίου. Η ίδια η υπόφυση πάλι ελέγχεται από το διάμεσο εγκέφαλο, που παράγει “εκλυτικές ορμόνες”, οι οποίες ενεργοποιούν την παραγωγή των ορμονών της υπόφυσης. Το ρυθμιστικό σύστημα του γεννητικού κύκλου αυτορυθμίζεται: Η παραγωγή των ορμονών των ωοθηκών και της υπόφυσης περικλείεται σε έναν ρυθμιστικό κύκλο: Όταν ελαττώνεται το επίπεδο των ορμονών των ωοθηκών στο αίμα, π.χ. κατά τη συρρίκνωση του ωχρού σωματίου, τότε η υπόφυση εκκρίνει πολλές γοναδοτροπίνες, ώστε να ωριμάσει νέο ωοθυλάκιο. Έτσι αναζωπυρώνεται η παραγωγή ορμονών των ωοθηκών και με τη σειρά της αναστέλλεται η υπόφυση.

Όταν υπάρξει κύηση, η ωοθήκη συνεχίζει να παράγει ορμόνη του ωχρού σωματίου. Αυτή αναστέλλει την παραγωγή θυλακιοτρόπου ορμόνης από τον πρόσθιο

λοβό της υπόφυσης. Γι' αυτό κατά την κύηση δεν ωριμάζουν ωοθυλάκια και δεν γονιμοποιείται άλλο ωάριο. [8]

2.6: Παθολογοανατομία

Το επιδερμοειδές ή εκ πλακωδών κυττάρων καρκίνωμα ανέρχεται περίπου σε 90-95% των πρωτοπαθών νεοπλασμάτων του τραχήλου, ενώ οι διάφορες μορφές του αδενοκαρκινώματος κυμαίνονται μεταξύ 4-8% του συνόλου. Το υπόλοιπο ποσοστό περιλαμβάνει κυρίως σαρκώματα και λιγότερο λεμφώματα και μελανώματα. Δευτεροπαθείς εντοπίσεις καρκίνων στον τράχηλο είναι αρκετά ασυνήθεις.

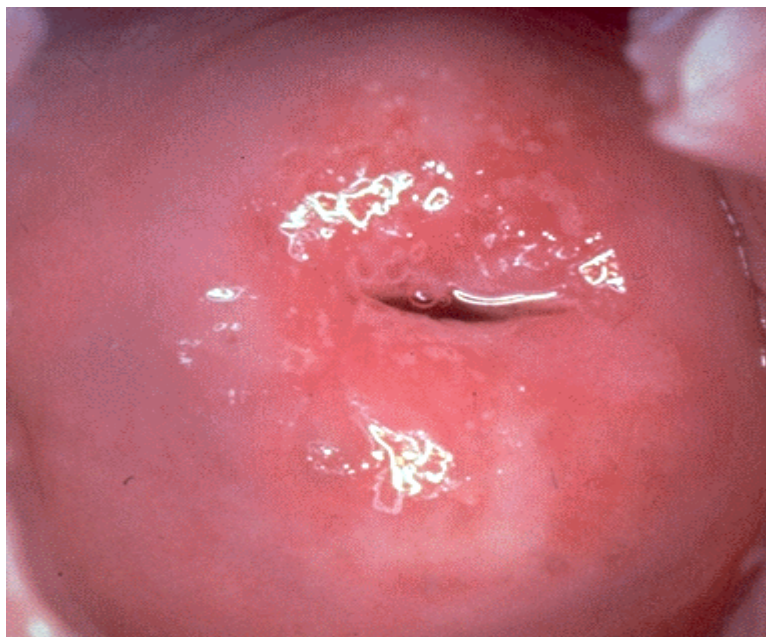
Το επιδερμοειδές καρκίνωμα μπορεί να αναπτυχθεί από το πλακώδες αυτόχθονο ή μεταπλαστικό επιθήλιο της επιφάνειας του τραχήλου σαν μια θηλωματώδης ή πολυποειδής εκβλάστηση ή μπορεί η ανάπτυξή του να είναι κυρίως ενδοφυτική και να διηθεί τους περιβάλλοντες ιστούς, χωρίς εμφανή επιφανειακή ανάπτυξη. Σε περιπτώσεις που συμβαίνει νέκρωση, στον όγκο μπορεί να είναι εμφανής κάποια εξέλκωση. Μικροσκοπικά ο πλακώδης καρκίνος του τραχήλου μπορεί να υποδιαιρεθεί ανάλογα με τη βαθμίδα ιστολογικής διαφοροποίησης (1= καλή, 2= μέτρια, 3= πτωχή διαφοροποίηση) και τον τύπο των κυττάρων (μεγαλοκυτταρικό κερατινοπαραγωγό καρκίνωμα, και μικροκυτταρικό μη κερατινοπαραγωγό καρκίνωμα). Πιθανώς, χωρίς να είναι ευρέως αποδεκτό, γυναίκες με μικροκυτταρικά καρκινώματα παρουσιάζουν μικρότερη 5ετή επιβίωση σε σύγκριση με όσες έχουν καρκινώματα των άλλων δύο κυττάρων τύπων. Πτωχής διαφοροποίησης όγκοι παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά υποτροπής και μικρότερη επιβίωση από τους μέτριας ή καλής διαφοροποίησης καρκίνους, μολονότι οι πτωχά διαφοροποιημένοι, κατά την διάγνωση τους έχουν συνήθως και μεγαλύτερες διαστάσεις. [8]

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση, τόσο της σχετικής συχνότητας, όσο και του απόλυτου αριθμού των αδενοκαρκινωμάτων του τραχήλου. Η μεν αύξηση της σχετικής συχνότητας μπορεί να υποτεθεί ότι οφείλεται στη σχετική ελάττωση των επιδερμοειδών καρκίνων, λόγω μαζικών προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου με Pap-test (που ευκολότερα ανιχνεύει τις CIN από τις CIGN) και θεραπείας των προδιηθητικών μορφών (CIN) του επιδερμοειδούς καρκίνου. Η απόλυτη δε αύξηση μπορεί να οφείλεται στην ευρύτερη χρήση αντισυλληπτικών και ορμονικών σκευασμάτων υποκατάστασης, στο κάπνισμα ή στον HPV. Οι μικροσκοπικοί ιστολογικοί τύποι του αδενοκαρκινώματος

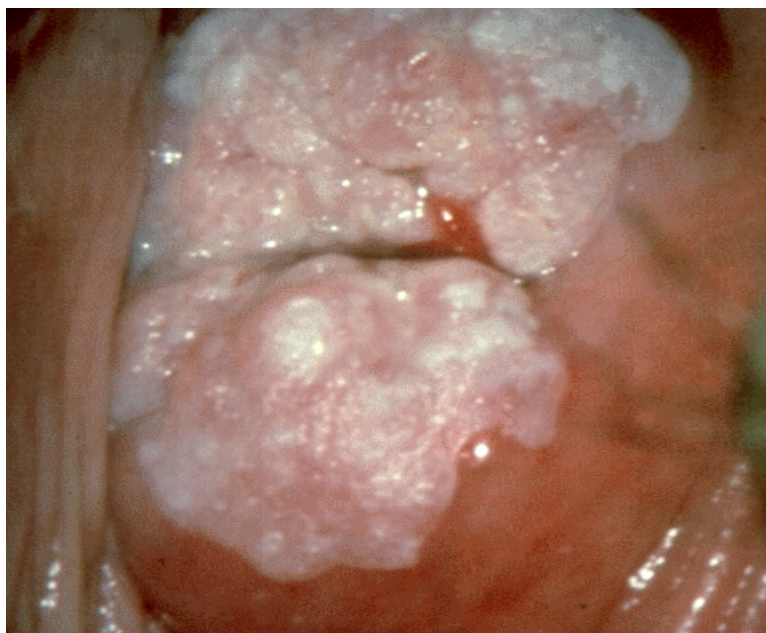
είναι το ενδοτραχηλικό αδενοκαρκίνωμα (περί 90% του συνόλου), το ελάχιστης απόκλισης (συνήθως πτωχής πρόγνωσης), το βλενώδες, το ενδομητριοειδές (η διάγνωση

ότι είναι τραχηλικής προέλευσης πρέπει να τίθεται μόνο όταν το ενδομήτριο είναι φυσιολογικό), τα εκ διαυγών κυττάρων και τα θηλωματώδη αδενοκαρκινώματα. Ενδέχεται να υπάρχουν ιστολογικά στοιχεία, τόσο εκ του πλακώδους, όσον και εκ του αδενικού επιθηλίου, οπότε η διάγνωση είναι αδеноπλακώδες καρκίνωμα. [10]

Φυσιολογικός Τράχηλος



Παθολογικός Τράχηλος



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί, κατά καιρούς, με διάφορους αιτιολογικούς/επιβαρυντικούς παράγοντες, ως προς την ανάπτυξη ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας αλλά και διηθητικού καρκινώματος στον τράχηλο της μήτρας.

3.1: Ιογενής αιτιολογία του τραχηλικού καρκίνου

Το σεξουαλικό ιστορικό έχει ιδιαίτερα μελετηθεί και φαίνεται ότι ορισμένες παράμετροί του παίζουν ρόλο στην καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας. Κυρίως η έναρξη σεξουαλικών επαφών πριν τα 17 χρόνια, καθώς και οι πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι φαίνεται ότι επιδρούν ευνοϊκά στην ανάπτυξη νεοπλασίας. Η συχνότητα των σεξουαλικών επαφών δε φαίνεται να αποτελούν παράγοντες κινδύνου. Να σημειωθεί ότι ο καρκίνος αυτός είναι σπάνιος στις παρθένες. Πιστεύεται ότι ο αυξημένος κίνδυνος στις γυναίκες με πολλούς ερωτικούς συντρόφους και σ' αυτές που αρχίζουν σε μικρή ηλικία το σεξ, έχει σχέση με την μόλυνση με τον ιό HPV.

Επιπρόσθετα η λοίμωξη από τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV) έχει ενοχοποιηθεί ως ο πρωτεύοντας νοσηρότητα. Ο HPV είναι ένας DNA ιός διπλής έλικας με 8000 ζεύγη βάσεων. Έχουν ταυτοποιηθεί περίπου 100 υπότυποι, έκτων οποίων οι 20 σχετίζονται με την τραχηλική νεοπλασία. Ιδιαίτερα οι HPV 16, 18, 45, 59, θεωρούνται υψηλού κινδύνου. Σήμερα ξέρουμε ότι στο 93-100% των Ca τραχήλου ανιχνεύεται ο HPV, καθιστώντας τον πλέον προαπαιτούμενο για την ανάπτυξη του Ca.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι πιθανοί τρόποι μετάδοσης του ιού. Έτσι ενώ η σεξουαλική επαφή θεωρείται ο κύριος τρόπος, δεν είναι ο μόνος. Οι παρατηρήσεις ότι στο 26-65% παιδιών κάτω των 10 ετών ανιχνεύεται HPV αντισώματα στο αίμα, και στο 20% αυτών ανιχνεύεται ο ιός στον στοματικό τους βλεννογόνο, τεκμηριώνουν την μητρο-εμβρθική μετάδοση. Επιπλέον δεν μπορεί να αποκλεισθεί μετάδοση μέσω στοματικής οδού. Αυτό που σήμερα είναι αποδεκτό είναι ότι ο επιπολασμός του HPV στις νεαρές εφήβους φτάνει το 10-80%, με τα υψηλότερα ποσοστά να είναι όλο και επικρατέστερα. Στην συνέχεια οι γυναίκες αυτές αναπτύσσουν ανοσία μακράς διάρκειας, και έτσι μόνο ένα 5-12% παραμένει HPV(+) στην ηλικία των 30 ετών. Φυσικά υπάρχουν περιπτώσεις επαναμολύνσεως από άλλα στελέχη του ιού,

συνήθως μετά από αλλαγή σεξουαλικού συντρόφου, αλλά η επίπτωση της είναι σχετικά μικρή. [3]

3.2: Χημικοί παράγοντες

Το μεγαλύτερο ποσοστό περιστατικών με CIN (τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία) παρατηρείται μεταξύ 20-30 ετών, μια ηλικία που συχνά οι γυναίκες χρησιμοποιούν **αντισυλληπτικά**, γι' αυτό και κάποιες αλλαγές θεωρούνται ως φυσιολογικές. Έχει υποστηριχθεί ότι η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών μπορεί να προκαλέσει κάποια φάση δυναμικής μεταπλασίας. Πράγματι, η χρησιμοποίηση του χαπιού με μεγάλες δόσεις οιστρογόνων, οδηγεί σε εκτροπή του ενδοτραχηλικού επιθηλίου με πιθανή κάποια περαιτέρω δυναμική φάση μεταπλασίας, ενώ συγχρόνως παρατηρείται υπερτροφία των αδενικών σχηματισμών του τραχήλου και υπερέκκριση βλέννας.

Τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά χάπια με τη μικρή δόση οιστρογόνων, σπάνια μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τους μορφολογικούς χαρακτήρες του επιθηλίου, εκτός από την αύξηση της παραγωγής βλέννας.

Μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες ερεύνησαν την πιθανότητα συσχετισμού της λήψης αντισυλληπτικών δισκίων με τον αυξημένο κίνδυνο τραχηλικής νεοπλασίας. Τα αποτελέσματα όμως, δεν καταλήγουν κάπου οριστικά. Πολλοί πιστεύουν ότι ανάλογα με την μάρκα του αντισυλληπτικού, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, θα έχουμε και διαφορετικά αποτελέσματα ως προς την ανάπτυξη τραχηλικού καρκίνου. Πάντως, συμπερασματικά, βρίσκουμε απ' όλες τις μελέτες ότι υπάρχει στατιστικά κάποια σχέση μεταξύ του χρόνου λήψης των αντισυλληπτικών δισκίων και της ανάπτυξης CIN.

Επιπλέον, άλλες μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει διπλάσιος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου μετά από 5ετή χρήση και 4πλάσιος μετά από 10ετή χρήση. [7]

3.3: Υγιεινοδιαιτητικοί παράγοντες

Αυξημένος κίνδυνος δυσπλασίας παρατηρείται σε γυναίκες με πεσμένα επίπεδα βιταμίνης A ή βιταμίνης C. Αναφέρονται σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα προδρόμου βιταμίνης A και βιταμίνης C, σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου. Τα επίπεδα του φαλλικού οξέως είναι επίσης χαμηλά σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου και η χορήγηση φαλλικού οξέως έχει αναφερθεί ότι αναστρέφει τις προκακοήθεις τραχηλικές αλλαγές.

Όσον αφορά τις διαιτολογικές συνήθειες, έγινε μια μεγάλη έρευνα για να ελέγξει την σημασία της πρόσληψης βιταμίνης A, C, E και φυλλικού οξέος για τον κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου. Φάνηκε ότι γυναίκες που καταναλώναν πράσινα και κίτρινα λαχανικά και χυμούς φρούτων, είχαν μικρότερο κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου. Επίσης, η σε μεγάλες ποσότητες διαιτητική λήψη **καρωτίνης** σχετιζόταν με μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου, ιδιαίτερα του πλακώδους τύπου. Υπήρξε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης βιταμίνης C και του τραχηλικού καρκίνου. Η υψηλή κατανάλωση επίσης της βιταμίνης E, συνδυαζόταν με ελαττωμένο κίνδυνο. Η πρόσληψη προδρόμων της βιταμίνης A και φυλλικού οξέος δεν σχετιζόνταν με τον κίνδυνο του τραχηλικού καρκίνου. Όλα αυτά βέβαια, είναι σε συνάρτηση και με άλλους παράγοντες που επιδρούν στον τράχηλο.

Στην τελευταία 10ετία φαίνεται ότι υπάρχει δραματική μεταβολή στην ιστορία του καρκίνου του τραχήλου και των προκαρκινικών σταδίων του. Αυτό αφορά την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, την όλο και σε μικρότερη ηλικία εμφάνιση της και την αύξηση των χαμηλής διαφοροποίησης και επομένως μεγαλύτερης κακοήθειας μορφών, με υψηλό βαθμό λεμφαδενικών μεταστάσεων. [7]

3.4: Οικογενειακοί παράγοντες

Στην τραχηλική νεοπλασία πιστεύουμε ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση, γι' αυτό και το CIN και το διηθητικό καρκίνωμα δείχνουν σημαντική "ομαδικότητα".

Αδελφές γυναικών με τραχηλικό καρκίνωμα έχουν ένα σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου 1,93, σε σχέση με τις άλλες γυναίκες. Οι μητέρες γυναικών με τραχηλικό καρκίνο έχουν σχετικό κίνδυνο 1,83 ενώ συγγενείς δευτέρου βαθμού έχουν σχετικό κίνδυνο 1,45.

Το γεγονός ότι οι κίνδυνος μειώνεται, όσο η συγγένεια γίνεται πιο μακρινή, φανερώνει ότι η αιτία της οικογενειακής προτίμησης του καρκινώματος είναι γενετική.

Έγινε μια μελέτη κλινικών και κολποσκοπικών παραμέτρων, για να συσχετίσουμε αυτές με την τελική ιστολογία, όπως την παίρνουμε από τις μεγάλες loop εκτομές της ζώνης μετασχηματισμού. Την ώρα της κολποσκόπησης, λαμβάνουμε λεπτομερές ιστορικό και όποια ιστολογικά δεδομένα ήδη υπάρχουν. Μετράμε τα άτυπα χαρακτηριστικά που βλέπουμε στην αλλοίωση.

Στην ανάλυση των κλινικών χαρακτηριστικών, βλέπουμε ότι το **κάπνισμα** σχετίζεται συχνά με τον ιστολογικό βαθμό της αλλοίωσης. Άλλοι παράγοντες όπως π.χ. η χρήση αντισυλληπτικών, δεν έχουν σχέση με την ιστολογική ανωμαλία.

Ως προς την ηλικία, φαίνεται ότι οι υψηλότερου βαθμού αλλοιώσεις σχετίζονται με μεγαλύτερες στην ηλικία γυναίκες.

Άλλοι παράγοντες όπως τα ξεκάθαρα όρια ή η κανονικότητα των ορίων, δεν έχουν στατιστική σημασία σ' αυτήν την ανάλυση.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν μας αυτόν τον κλινικο-κολποσκοπικό κατάλογο, μπορούμε να βγάλουμε μια βαθμολογία για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Η ανώτερη βαθμολογία είναι το 10.

Αυτές που παίρνουν 0-2 εδώ, έχουν ασήμαντες αλλοιώσεις.

Μεταξύ 3-5 βαθμούς, το ιστολογικό σχήμα είναι μεικτό, με αλλοιώσεις που τείνουν προς CIN 1 ή 2 (ελαφρά ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία ή μέτρια ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία).

Η βαθμολογία 6-10, αποδίδεται σε γενικά υψηλής βαθμίδος αλλοιώσεις. [7]

3.5: Άλλοι παράγοντες κινδύνου

A) **Κάπνισμα:** Το προσωπικό κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα είναι παράγοντες που διερευνήθηκαν στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Υπάρχει επιδημιολογικός συσχετισμός μεταξύ του καπνίσματος και της ανάπτυξης τραχηλικού καρκίνου. Το προσωπικό κάπνισμα φάνηκε να αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου και ο σχετικός κίνδυνος είναι περίπου 3,5.

Οι Roteli- Martins 1998, Daly 1998, αποδεικνύουν από τις μελέτες τους, ότι το κάπνισμα πολλών τσιγάρων την ημέρα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης υψηλού βαθμού τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας.

Οι γυναίκες που καπνίζουν περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα, έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν CIN 2 ή CIN 3 (μέτρια ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία ή σοβαρή ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία), ασχέτως εάν το test pap έχει ασήμαντες βλάβες.

Το κάπνισμα τσιγάρων σχετίζεται όχι μόνο με το μέγεθος της βλάβης, αλλά και με το βαθμό της δυσπλασίας.

Υπάρχουν διάφορες μελέτες για την σχέση καπνίσματος και CIN. Μια εξ αυτών αναφέρει ότι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για υψηλού βαθμού CIN είναι το κάπνισμα τσιγάρων, η παρατεταμένη χρήση αντισυλληπτικών και η παρουσία του HPV 16.

Ο κίνδυνος για CIN 3 (σοβαρή ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία) αυξάνεται με τον αριθμό των καπνισμένων τσιγάρων την ημέρα και μειώνεται με την χρήση του προφυλακτικού, αλλά όχι τόσο δραστικά όσο για το CIN 2 (μέτρια ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία) σε μια άλλη μελέτη από τη Βραζιλία, το κάπνισμα σχετιζόταν με το CIN 2 ή το CIN 3. Μεταξύ των καπνιστριών ο κίνδυνος για υψηλού βαθμού CIN, αυξάνεται παράλληλα με τον χρόνο έκθεσης και τον αριθμό των χρόνων καπνίσματος.

Αντιθέτως, σε γυναίκες με χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακές βλάβες, η επίδραση του καπνίσματος είναι μηδαμινή.

Οι ερευνητές παραδέχονται ότι οι υψηλού κινδύνου τύποι HPV και το κάπνισμα, συνεργούν στην ανάπτυξη καρκινώματος στον τράχηλο. Μια άλλη μελέτη που σχεδόν συμφωνεί με τις άλλες, αναφέρει και άλλους παράγοντες. Ο κίνδυνος για CIN είναι μεγαλύτερος μεταξύ καπνιστριών και των γυναικών με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ειδικά όταν έχουν πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους.

Η νικοτίνη και η κοτινίνη που προέρχονται από τον καπνό του τσιγάρου, ανιχνεύονται στην τραχηλική βλέννα των καπνιστριών και μπορούν να προκαλέσουν πολλαπλασιασμό των HPV- επηρεασμένων κυττάρων. Ο κίνδυνος για τις παθητικές καπνίστριες φαίνεται μεγαλύτερος σε εκείνες που δεν είναι ενεργές καπνίστριες, συγκριτικά με εκείνες που είναι παράλληλα ενεργές καπνίστριες.

Γενικά η σχέση καπνίσματος – τραχηλικής δυσπλασίας μπορεί να εξηγηθεί από το ότι κάποια ουσία που περιέρχεται στον καπνό του τσιγάρου, καταστέλλει το ανοσοποιητικό μηχανισμό και έτσι επιτρέπει σε μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ουσία να προκαλέσει ανώμαλη κυτταρική ανάπτυξη, που καταλήγει στην τραχηλική δυσπλασία.

Τέλος οι παράγοντες στον καπνό του τσιγάρου που κολλούν στα δάκτυλα του άνδρα και εισάγονται στον βλεννογόνο του κόλπου κατά την διάρκεια της διέγερσης του

κόλπου και της κλειτορίδας με τα δάκτυλα και η μόλυνση του σπέρματος και του σπειραματικού υγρού.

Δ) Η φυλή, στην οποία ανήκει η γυναίκα, γιατί βρέθηκε πως, ενώ η συχνότητά του στις Ισραηλινές είναι 6: 100000, στις Αφρικανές είναι 50: 100000 και πως αυτή είναι μεγαλύτερη στη μαύρη φυλή από ότι στη λευκή. Φαίνεται, πως και αυτές οι διαφορές πρέπει να αποδοθούν στη σεξουαλική συμπεριφορά των διαφόρων λαών.

Ε) Τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες παθήσεις, όπως π.χ. τη μόλυνση από τον ιό του έρπητα τύπου II, που προκαλεί φλεγμονές του τραχήλου και το σχηματισμό κυττάρων με πολλαπλούς πυρήνες, τους ιούς του παπιλώματος (HPV), που ανήκουν στην ομάδα του DNA ιών, τα χλαμύδα του τραχώματος, καθώς και άλλα μικρόβια ή μύκητες. [21]

Στ) Παθολογικές καταστάσεις: φλεγμονές του τραχήλου από ορισμένους ιούς όπως ο ιός του ανθρώπινου θηλώματος. Η διατροφή και η κληρονομικότητα δε φαίνεται να επηρεάζουν τη συχνότητα της νόσου.

Ζ) Τη λήψη ανοσοκαταστατικών φαρμάκων, για την πρόληψη απόρριψης μοσχεύματος.

Η) Την κοινωνική- οικονομική κατάσταση της γυναίκας, γιατί βρέθηκε συχνότερος στις φτωχότερες τάξεις, ίσως γιατί η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής γίνεται νωρίς ή γιατί στερούνται προληπτικού ελέγχου.

Θ) Τη χορήγηση διαιθυλοστιλβιστρόλης σε έγκυες γυναίκες, που είναι δυνατό να προκαλέσει καρκίνο στα κορίτσια, που θα γεννηθούν, όταν αυτά βρίσκονται στην εφηβεία ή είναι μεγαλύτερα, σε συχνότητα 4: 1000. ο καρκίνος αυτός έχει τον τύπο του διανγοκυτταρικού.

Ι) Η γέννηση πολλών παιδιών

Κ) Το εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα. [17]

Λ) Τεστ Παπανικολάου: Οι γυναίκες που δεν έκαναν ποτέ τεστ Παπανικολάου ή δεν το κάνουν όσο θα έπρεπε, έχουν ψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν ΚΤΜ. Σε πολλές περιπτώσεις το τεστ μπορεί να ανιχνεύσει προκαρκινικές αλλοιώσεις. Υπάρχουν 3 ειδών αυξανόμενης σοβαρότητας αλλοιώσεις, CIN I, CIN II και CIN III

Μ) AIDS: Οι γυναίκες που πάσχουν από **AIDS** .

Αυτές οι προκαρκινικές καταστάσεις (δυσπλασίες), που είναι δυνατό να εξελιχθούν σε καρκίνο του τραχήλου είναι, κατά τη σειρά της χρονικής τους εμφάνισης και βαρύτητας:

- Φλεγμονή (τραχηλίτιδα) με σπάνιες ατυπίες κυττάρων (Pap-test-II)

- Ήπιου βαθμού δυσπλασία (ASCUS ή CIN-I): 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.
- Μέτριου βαθμού δυσπλασία (LSIL ή CIN-II): 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.
- Σοβαρού βαθμού δυσπλασία (HSIL ή CIN-III ή CIS): Στον CIN III, υπάρχουν ωριμότητα στα κύτταρα εντοπισμένη στο πάνω 1/3 του επιθηλίου, ανωμαλίες των πυρήνων και μιτωτικές εικόνες σε όλο το πάχος του επιθηλίου.

Σ' όλες τις παραπάνω παθολογικές καταστάσεις είναι δυνατό να παρατηρείται συγχρόνως και κολοκυττάρωση, που είναι ενδεικτική μόλυνσης από τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV).

Πρακτικά δεν υπάρχει περίπτωση καρκίνου τραχήλου της μήτρας που να μην οφείλεται στον ιό HPV. Υπάρχουν πάνω από 200 υπότυποι του ιού αυτού και περίπου 40 από αυτούς μπορούν να προσβάλλουν τη στοματική κοιλότητα, το λάρυγγα, το δέρμα, τον πρωκτό, το πέος κτλ. Οι τύποι του HPV διαιρούνται σε τύπους «υψηλού» και τύπους «χαμηλού» κινδύνου. Η λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) θεωρείται σήμερα η συχνότερη σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια σε παγκόσμιο επίπεδο. Υπολογίζεται ότι το 80% των γυναικών θα έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό αυτό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής τους ζωής, οι περισσότερες χωρίς να το αναγνωρίζουν. Οι νέοι ευρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο, αλλά η συχνότητα της λοίμωξης μειώνεται εντυπωσιακά σε άτομα ηλικίας 17-24 χρονών, ενώ σε ηλικίες μεγαλύτερες των 35 χρονών το ποσοστό που είναι θετικές στη λοίμωξη δεν ξεπερνά το 5%. [3]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

4.1: Γενικά

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες: μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων ή η αποφυγή της εκθέσεως σ' αυτούς ή η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σ' αυτούς. Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο. Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει δραστηριότητες που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της υγείας των ασθενών, όπως περιοδικός έλεγχος και παρακολούθηση της διεργασίας ανάρρωσης και αποκατάστασης και σχετική ενημέρωση των δελτίων υγείας. Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δευτερογενούς πρόληψης είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης, τέλος η τριτογενής πρόληψη προϋποθέτει τη γνώση των δραστηριοτήτων αποκατάστασης και ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών. [4]

4.2: Πρωτογενή μέτρα πρόληψης γενικά.

Η γνώση ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς προλήψεως του καρκίνου και τα οποία είναι:

1) Υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα βοηθάει στην πρόληψη του.

Όπως εκπαιδευτικά προγράμματα σε εφήβους, σχετικά με διατροφικές συνήθειες για την καλή διατήρηση του ανοσολογικού συστήματος, σύσταση χρήσης προφυλακτικού που θα συντελέσει στην μείωση της συχνότητας μετάδοσης του HPV, διακοπή καπνίσματος και σωστή υγιεινή.

2) Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. οι εργαζόμενοι σε ορυχεία ουρανίου, οι χειριστές ραδιενεργών ουσιών, ισοτόπων και οι εργαζόμενοι σε χώρους που ίσως εκπέμπεται ακτινοβολία, οι εργαζόμενοι σε βιομηχανίες και βιοτεχνίες αζω-χρωστικών, αμιάντων και άλλων βεβαιωμένων καρκινογόνων παραγόντων) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

Στην Ελλάδα γνωρίζουμε σήμερα την αιτία του 1/3 των περιπτώσεων καρκίνου – ο κυριότερος γνωστός αιτιολογικός παράγοντας είναι το κάπνισμα, και ακολουθούν με σημαντική διαφορά ο ιός της ηπατίτιδας Β, τα πυκνά οινοπνευματώδη ποτά, ορισμένες παράμετροι της διατροφής και άλλοι ιατρογενείς παράγοντες.

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

3) Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς. Σαν παράδειγμα χρησιμοποιείται η απαγόρευση της χρήσεως του DDT (διχλωρο-διφαινυλοτριχλωραιθάνιο) εντομοκτόνου, με νόμο, επειδή έχει καρκινογόνο δράση. [4]

4.2.1:Πρωτογενή μέτρα πρόληψης για τον καρκίνο Κ.Τ.Μ

Η μόλυνση από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV φαίνεται ότι είναι υπεύθυνη και για σειρά άλλων καλοηθών και κακοηθών παθήσεων τόσο στην πρωκτογεννητική περιοχή της γυναίκας και του άνδρα (αιδοίο, κόλπος, περίνεο, πρωκτός, πέος) όσο και στην περιοχή κεφαλής-τραχήλου και στα δύο φύλα (π.χ. στοματική κοιλότητα, ρινοφάρυγγας, λάρυγγας). Οι τύποι του ιού που είναι υπεύθυνοι

για την εμφάνιση αυτών των παθήσεων φαίνεται να είναι ως επί το πλείστον οι ίδιοι με αυτούς που προκαλούν τις ανάλογες παθήσεις στον τράχηλο της μήτρας.

Επομένως τα εμβόλια κατά του HPV, τα οποία στα επόμενα 20-30 χρόνια αναμένεται να εξαλείψουν τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, προστατεύουν και από αυτούς τους καρκίνους. Σύμφωνα με τους δύο καθηγητές, οι μελέτες που έχουν γίνει σε παγκόσμιο επίπεδο αποδεικνύουν πως τα δύο υπάρχοντα εμβόλια προφυλάσσουν από τους δύο ογκογόνους τύπους 16 και 18 και ότι οι γυναίκες που εμβολιάστηκαν προστατεύτηκαν από αλλοιώσεις του τραχήλου. Τα δύο εμβόλια παρουσιάζουν μία διασταυρούμενη προστασία και από άλλους ογκογόνους τύπους του ιού, γεγονός το οποίο αυξάνει τη γενικότερη προστασία που παρέχουν. Μεταξύ άλλων ο κ. Αγοραστός είτε πως στο άμεσο μέλλον θα αλλάξει ο πληθυσμιακός έλεγχος για την πρόληψη του καρκίνου της μήτρας και θα βασίζεται κυρίως στην ανίχνευση του DNA του ιού στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας της κάθε εξεταζόμενης γυναίκας (HPV DNA test). Αν η γυναίκα είναι αρνητική, θα εξετάζεται μετά τρία-πέντε χρόνια με το ίδιο τεστ. Αν βρεθεί θετική στον ιό, τότε θα κάνει τεστ Παπανικολάου, για να διαπιστωθεί αν είναι απλώς φορέας του ιού χωρίς νόσο ή αν ο ιός έχει προκαλέσει αλλοιώσεις στα κύτταρα του τραχήλου, ώστε να υπάρξει η ανάλογη αντιμετώπιση.

Ο στόχος του εμβολίου είναι τόσο η προφύλαξη, όσο και η θεραπεία. Βέβαια παρουσιάζονται αρκετά προβλήματα, όπως το γεγονός ότι υπάρχουν πολυάριθμοι ορότυποι του ιού που πρέπει να συμπεριληφθούν, γεγονός που αυξάνει κατά πολύ το κόστος παρασκευής του εμβολίου.

Τα εμβόλια αυτά περιέχουν πρωτεΐνες του ιού, που προκαλούν τη δημιουργία ειδικών αντισωμάτων. Διατίθενται ήδη δύο εμβόλια από τα οποία επέρχεται ανοσοποίηση σε 2 ή 4 τύπους του HPV, οι οποίοι ευθύνονται για το 70% περίπου των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα εμβόλια χορηγούνται σε 3 δόσεις εντός 6 μηνών, στις ηλικίες από 12 έως 26 ετών. [5]

4.3: Δευτερογενή μέτρα πρόληψης γενικά

Η δευτερογενής πρόληψη γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο (λανθάνουσα) που άρχισε η εμφάνιση των άτυπων κυττάρων, μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων – ασυμπτωματικό, σιωπηρό στάδιο της εξέλιξής του – και να αντιμετωπιστεί αμέσως.

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

Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πληθυσμού μιας χώρας, γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως. Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό σε καρκίνο, την εργασία, την διατροφή, το πιο ευρύ περιβάλλον και ορισμένα ύποπτα σημεία για καρκίνο. [4]

Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων, για να πούμε ότι πράγματι είναι αποτελεσματικές, πρέπει να επαναλαμβάνονται περιοδικά. Αν θέλουμε ο αριθμός των εξεταζομένων για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου συνεχώς να αυξάνει, τότε πρέπει η προσπάθεια και το κόστος της ανιχνεύσεως να επεκταθούν περισσότερο, δηλαδή πρέπει να μπει σε εφαρμογή η σοφή ιδέα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρίας ότι: Κάθε ιατρικό γραφείο πρέπει να γίνει ένα κέντρο ανιχνεύσεως καρκίνου.

Η δυνατότητα πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς προλήψεως του καρκίνου εξαρτάται:

1) Από την επαγρύπνηση του ίδιου του ατόμου για την υγεία του. Την ευθύνη για την εξέταση της αρρώστιας – για το άτομο που προσβλήθηκε απ' αυτή – την έχει κυρίως το ίδιο το άτομο.

2) Από το γιατρό. Επιβάλλεται μεγάλη προσοχή στην ιατρική εξέταση και αξιολόγηση, εκ μέρους του γιατρού, των πιο ελαφρών και ανεπαίσθητων ενοχλημάτων.

Εάν δε βρεθεί η αιτία των ενοχλημάτων, ο γιατρός πρέπει να συστήσει στην άρρωστη να έλθει για επανεξέταση μετά ένα μήνα. Εάν τα ενοχλήματα συνεχίζονται και στη δεύτερη εξέταση, χωρίς να βρεθεί αιτία, και δημιουργούνται υπόνοιες καρκίνου, η άρρωστη στέλνεται σε διαγνωστικό κέντρο για καλύτερο έλεγχο. Σε σαφή γνώμη του γιατρού ότι πρόκειται για καρκίνο, ο άρρωστος στέλνεται στον ειδικό. Η ευθύνη, λοιπόν, του πρώτου γιατρού δεν περιορίζεται στη διάγνωση, αλλά και στην παροχή κατάλληλης κατεύθυνσης.

3) Από τη νοσηλεύτρια(-τη). Εδώ τονίζεται πως κατά τη διαφώτιση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο θέλει να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η μοναδική αρρώστια,

- του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευθεί,
- της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και
- της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με

συμπτώματα ασθενών που δεν είναι τόσο σοβαρές.

4) Από την πολιτεία. Η λήψη νομοθετικών μέτρων για την προστασία ομάδων πληθυσμού και η επαγρύπνηση για την τήρησή τους, η τήρηση διεθνών κανονισμών και η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου.

Μέσα διαφώτισεως του κοινού που χρησιμοποιεί είναι αγγελίες από τις εφημερίδες και τα περιοδικά, το ραδιόφωνο και την τηλεόραση, η έκδοση διαφωτιστικών εντύπων γύρω από τον καρκίνο, η οργάνωση συγκεντρώσεων κ.α. Δεν παραλείπει ποτέ στο ενημερωτικό της περιεχόμενο να περάσει και την πληροφορία της αισιόδοξης αντίληψης για τον καρκίνο σαν αρρώστιας που μπορεί να θεραπευθεί. Η σωστή διαφώτιση των παιδιών για τον καρκίνο αποτελεί μέσο πετυχημένης διαφώτισεως και των μεγάλων.

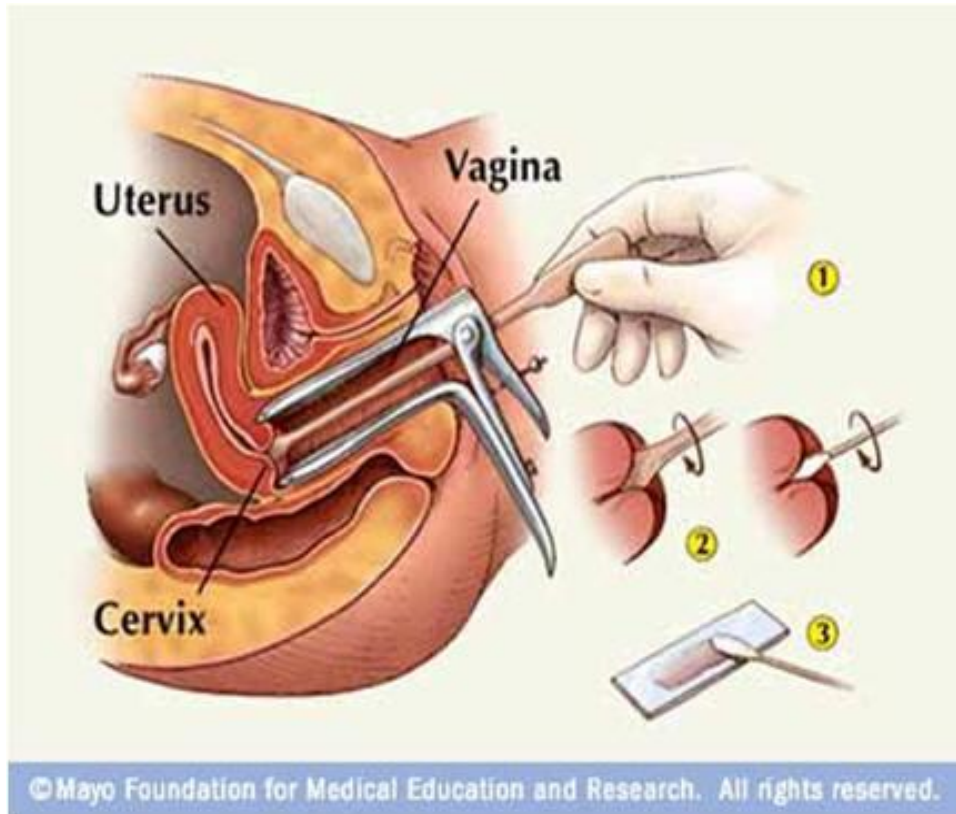
Στη χώρα μας η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, που ιδρύθηκε το 1959, είναι ο μόνος επίσημος Εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός που έχει καταρτίσει και εφαρμόζει πρόγραμμα διαφώτισης του κοινού, ενημερώσεως των γιατρών και νοσηλευτριών στις νέες εξελίξεις του καρκίνου, στις νέες μεθόδους διαγνώσεως, θεραπείας και ανίχνευσης των καρκινοπαθών. [19]

4.3.1: Δευτερογενή μετρά πρόληψης για τον Κ.Τ.Μ

Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου κάθε τρία έτη το 20ό έτος της ζωής (αφού προηγηθούν δύο επάλληλες αρνητικές κυτταρολογικές εξετάσεις σε χρονική απόσταση ενός έτους) και γυναικολογική εξέταση κάθε τρία έτη μέχρι το 40ό έτος της ζωής. Οι εξετάσεις αυτές καλύπτουν εκτός από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τους καρκίνους του ενδομητρίου και των ωοθηκών. Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν έχει τεκμηριωθεί πολύ πιθανή, με ενδεχόμενη μείωση της θνησιμότητας κατά τα 2/3 του σημερινού της επιπέδου, ενώ ευνοϊκές συνέπειες άγνωστης εκτάσεως μπορεί να αναμένονται και στη θνησιμότητα από καρκίνους του ενδομητρίου, και ίσως, των ωοθηκών.

Η κάθε γυναίκα πρέπει να γνωρίζει ότι ο ετήσιος προληπτικός έλεγχος είναι απαραίτητος για την πρόληψη του καρκίνου, και πριν γίνει το test – pap δεν θα πρέπει να έχει πλυθεί ενδοκολπικά και να έχει σεξουαλική επαφή 24 ώρες πριν την λήψη επιχρισμάτων. Επίσης το test – pap δεν πρέπει να λαμβάνεται κατά την διάρκεια της έμμηνης ρύσης, και σε διάστημα μικρότερο της μιας εβδομάδας από την διάρκεια ενδοκολπικών αντιβιοτικών ή αντιμυκητιασικών παραγόντων. Τα επιχρίσματα πρέπει να λαμβάνονται σε συνδυασμό με πυελική εξέταση, και πάντα από τον γυναικολόγο ιατρό και όχι από άλλο παραϊατρικό προσωπικό που μπορεί να ληφθούν σε κάποια διαγνωστικά κέντρα. Στο test – pap ανιχνεύονται οι HPV ιοί, οι οποίοι σχετίζονται με τις νεοπλασίες του τραχήλου της μήτρας, και χωρίζονται σε διάφορους τύπους ανάλογα με το ογκογόνο δυναμικό τους. στο 99 % περίπου των διηθητικών καρκινωμάτων τραχήλου μήτρας ανευρίσκεται HPV λοίμωξη. [4]

Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου



4.4: Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει δραστηριότητες που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της υγείας των ασθενών, την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη του κατάσταση ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχτηκε. Η αποκατάσταση αρχίζει μετά τη διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας.

Σήμερα, όταν μιλάμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει – βιο-ψυχολογικές – όσο κι αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει «ποιότητα ζωής» σήμερα, δηλαδή να μη κλαίει για το χθες και να μη τρέμει για το αύριο. Για να γίνει όμως, η αρρώστια και στην προκειμένη περίπτωση ο καρκίνος, δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά – που η αντιμετώπιση στο χώρο αυτό είναι πολλές φορές σχεδόν ανύπαρκτη – αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο. Η υποστήριξη του αρρώστου στη φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική, δηλαδή να αρχίσει πριν ακόμη κατασταλάξουν τα συναισθήματά του και αρχίσει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή ελέγξουμε αργότερα. [16]

Επειδή όμως στη φάση αυτή – βοήθειας αποκατάστασης – του αρρώστου με τα μέλη της ομάδας υγείας, ασκεί επίδραση η οικογένεια του αρρώστου και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκατάστασης να συμπεριλαμβάνονται κι αυτές οι ομάδες του πληθυσμού. Πρέπει, δηλαδή, να δούμε πως η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον της αρρώστου επηρεάζουν την άρρωστη και πως θα μπορέσουν να προσφέρουν θετική βοήθεια στην αποκατάστασή της. Επομένως, όταν μιλούμε για οικογενειακό κοινωνικό παράγοντα στην αποκατάσταση της αρρώστου με καρκίνο θα πρέπει να δούμε τους παράγοντες αυτούς με τη διπλή τους άποψη: (1) το θετικό και υποστηρικτικό ρόλο τους στον άρρωστο και (2) την ανάγκη των ίδιων των μελών αυτών των ομάδων για υποστήριξη.

Είναι γεγονός πως η αρρώστια αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση. Η αποκατάσταση με τη σύγχρονη αυτή τάση θα βοηθήσει την άρρωστη να εναρμονίσει τη ζωή της με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει με τις ικανότητες που του έχουν μείνει.

Για να υλοποιηθεί η φιλοσοφία αυτή της αποκατάστασης θα πρέπει οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην καρκιнологία και την ψυχολογία της αρρώστου με καρκίνο. Επομένως, οι ειδικότητες της Ογκολογίας και της Ογκολογικής Νοσηλευτικής θα καλύψουν ένα κενό, παράλληλα δε η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και συνεχής επιμόρφωση θα συμβάλλουν στη σωστή αντιμετώπιση της τόσο μεγάλης αυτής ομάδας του πληθυσμού. Εκτός από την εκπαίδευση, άλλος παράγοντας επίσης ουσιαστικός στην αποκατάσταση είναι η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο, ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμός που σήμερα υπάρχει προς την έννοια καρκίνος, σαν πρόβλημα και να κατευθυνθεί προς την αποκατάσταση.

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

[19]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ

5.1: Συμπτώματα

Το πρώτο σύμπτωμα που θα αναφέρει μια γυναίκα με καρκίνο στον τράχηλο είναι η κολπική αιμορραγία. Σε νέες σεξουαλικά ενεργές γυναίκες, το αίμα παρατηρείται είτε μετά την σεξουαλική επαφή, είτε σαν μητρορραγία, δηλαδή αιμόρροια εκτός περιόδου, είτε ως αυξημένη ποσότητα αίματος κατά την διάρκεια της περιόδου. Όσο μεγαλώνει το νεόπλασμα τα επεισόδια αιμόρροιας αυξάνουν σε συχνότητα και ποσότητα, και τελικώς η ασθενής μπορεί να βλέπει συνεχή ροή αίματος. Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι το καρκίνωμα θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί με προσοχή από αρκετές καλοήθειες γυναικολογικές παθήσεις της μήτρας και του τραχήλου (δυσλειτουργικές αιμορραγίες μήτρας, εκτρόπιο τραχήλου, τραχηλίτιδες), οι οποίες προκαλούν συχνά κολπική αιμόρροια. Στις μη ενεργές σεξουαλικά γυναίκες ενδεχομένως να μην υπάρχει αιμόρροια, έως ότου η νόσος φθάσει σε προχωρημένο στάδιο. [3]

Οι γυναίκες με αρχόμενη στρωματική διήθηση ή μικροδιηθητικό καρκίνο σπανίως παρουσιάζουν συμπτώματα. Η πλειονότητα προσέρχεται λόγω ανώμαλου τραχηλικού επίχρισματος. Αντίθετα, η πλειονότητα των γυναικών με περισσότερο προχωρημένο καρκίνο, συνήθως παρουσιάζει κάποια μορφή κολπικής αιμόρροιας ή έκκρισης.

Το νεοπλαστικό επιθήλιο είναι συνήθως εύθρυπτο ή και ελκωτικό, προκαλώντας συχνά αιμόρροια ανάμεσα στις περιόδους ή και μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία εφόσον η γυναίκα έχει εισέλθει στην εμμηνόπαυση. Περιστασιακά, η ανώμαλη κολπική αιμόρροια μπορεί να θεωρηθεί από την ασθενή ως έμμηνος ρύση και μπορεί να προσέλθει λόγω ανωμαλιών περιόδου. Το εύθρυπτο νεοπλαστικό επιθήλιο τραυματίζεται εύκολα, ειδικά κατά τη σεξουαλική επαφή, προκαλώντας έτσι διάφορης ποσότητας αιμόρροια. Αυτό είναι από τα συχνότερα συμπτώματα του τραχηλικού καρκίνου και συνεπώς σε κάθε γυναίκα με αιμόρροια, μετά από σεξουαλική επαφή, πρέπει να λαμβάνεται τραχηλικό επίχρισμα και να γίνεται κλινική και κολποσκοπική εξέταση.

Πέραν της κολπικής αιμόρροιας, ασθενείς ιδίως με προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου, συχνά παρουσιάζουν ορώδη, δύσοσμη συνήθως κολπική υπερέκκριση. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στην παρουσία αλλοιωμένου αίματος είτε στην επιμόλυνση νεκρωτικών περιοχών του όγκου. Ο πόνος, ενώ στα αρχικά στάδια είναι ασυνήθιστος,

σχεδόν πάντα συνυπάρχει σε προχωρημένα στάδια και συνήθως οφείλεται σε πίεση περιφερικών νεύρων, κυρίως δε του θυρεοειδούς.

Στα προχωρημένα στάδια της νόσου παρατηρείται άλγος στην πύελο και την οσφύ, που σημαίνει ότι η νόσος έχει επεκταθεί στον ουρητήρα, το πυελικό τοίχωμα και το ισχιακό νεύρο. Όταν η νόσος διηθήσει την ουροδόχο κύστη ή το ορθό, εμφανίζονται πιεστικά φαινόμενα από τα συγκεκριμένα όργανα ή ακόμη και αιματουρία, ή αίμα από το ορθό, αναιμία, απώλεια βάρους και αδυναμία. Τέλος οιδήματα στα κάτω άκρα λόγω στάσης του αίματος και της λέμφου, πυελονεφρίτιδα, έμφραξη των ουρητήρων και υδρονέφρωση, στην οποία οφείλεται, τις περισσότερες φορές, ο θάνατος.

Αλλά συμπτώματα:

- Πίεση ή πόνοι στην λεκάνη
- Λευκόρροια που προοδευτικά αυξάνει σε ποσότητα και γίνεται σκοτεινού

χρώματος και κακοσμία εξαιτίας νέκρωσης και λοίμωξης της μάζας του όγκου.

- Η επέκταση του καρκίνου στην ουροδόχο κύστη προκαλεί συμπτώματα και κάποια βαριά κυστίτιδα με αιματουρία και κυστεοκολπικά και κυστεοτραχηλικά συρίγγια, απόφραξη στους ουρητήρες, ακράτεια κοπράνων στο ορθό και ορθοκολπικά συρίγγια.

- Αφόρητοι πόνοι και οίδημα στα κάτω άκρα όταν οι καρκινικές διηθήσεις πιέζουν αγγεία και νεύρα.

- Τελική εικόνα είναι η μεγάλου βαθμού απίσχυση και αναιμία, συχνά υπάρχει και διαλείπων πυρετός οφειλόμενος σε δευτερογενή λοίμωξη, περιτονίτιδα και σχηματισμό αποστημάτων στην αξέλικώμενη μάζα του όγκου. [10]

5.2: Σημεία

Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι ευχερής. Η γυναικολογική κλινική εξέταση αποκαλύπτει συνήθως βλάβες του τραχήλου και διόγκωση λεμφαδένων, ενώ συνήθως το τεστ Παπανικολάου αποκαλύπτει νεοπλασματικά κύτταρα σε δείγμα κολπικού υγρού που λαμβάνεται από τον τράχηλο.

Η κολποσκόπηση χρησιμοποιείται, όταν το τεστ Παπανικολάου βγει θετικό και δεν υπάρχουν εμφανείς βλάβες του τραχήλου στην απλή γυναικολογική εξέταση. Το κολποσκόπιο έχει τη δυνατότητα να μεγεθύνει πολύ την περιοχή και να εμφανίζει τοπικές εστίες που δεν ήταν αντιληπτές στην απλή εξέταση. Η βιοψία της ύποπτης περιοχής δίνει τις απαραίτητες πληροφορίες για το εάν υπάρχει κακοήθεια, καθώς και το βαθμό, τον τύπο και το στάδιο της νόσου.

Κατά την κλινική εξέταση η επισκόπηση του τραχήλου μπορεί να αποκαλύψει μια εξωφυτική μάζα ή μια ελκωτική περιοχή του τραχήλου. Κατά την ψηλάφηση ο τράχηλος είναι συνήθως σκληρός. Εάν ο καρκίνος εξορμάτε από τον ενδοτράχηλο, ενδέχεται να μην είναι εμφανής επισκοπικά, αλλά κατά την ψηλάφηση συνήθως σχηματίζεται η εντύπωση <<βαρελοειδούς>> τραχήλου. Εάν υπάρχει επέκταση στον κόλπο, συνήθως είναι ορατή κατά την επισκόπηση. Σε γυναίκες με λεπτά κοιλιακά τοιχώματα είναι δυνατόν να ψηλαφηθεί επέκταση του καρκίνου στο παραμήτριο, ιδίως, όταν αυτή έχει επεκταθεί μέχρι το πλάγιο πυελικό τοίχωμα. [10]

5.3: Διάγνωση

Ο έλεγχος για HPV ικανοποιεί τις περισσότερες από τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας μαζικός προληπτικός έλεγχος: Στοχεύει στην ανίχνευση μιας ιογενούς μόλυνσης που προηγείται της νεοπλασίας κατά κάποια χρόνια και το υικό DNA μπορεί να ανιχνευθεί με υψηλή ευαισθησία και επαναληψιμότητα. Στην ηλικιακή ομάδα 30-35 ετών και άνω ο έλεγχος HPV είναι προδηλωτικός του καρκίνου για υψηλού βαθμού νεοπλασματικές αλλοιώσεις. Επιπλέον η λήψη των κυτταρικών δειγμάτων είναι μια μη επεμβατική μέθοδος και είναι κοινωνικά αποδεκτή. Η νέα αυτή τεχνολογία εισάγεται αργά γιατί ορισμένες πλευρές της φυσικής ιστορίας της νόσου δεν είναι ακόμα επαρκώς κατανοητές. Σε ορισμένες περιπτώσεις η διάγνωση της λοίμωξης μπορεί να προκαλέσει άγχος και στην περίπτωση που ανευρίσκεται λοίμωξη χωρίς νεοπλασία δεν υπάρχει κλινική αντιμετώπιση. Το δεύτερο αφορά κυρίως τους άνδρες. Τέλος, η αποδοτικότητα από πλευρά κόστους του ελέγχου για HPV ως μέσου για μαζικό προληπτικό έλεγχο βρίσκεται προς το παρόν κάτω από έρευνα.

Οι πρώτες μελέτες που χρησιμοποίησαν HPN ως τμήμα του μαζικού προληπτικού ελέγχου, έδειξαν ότι στην παρουσία ασαφούς κυτταρολογικής διάγνωσης

(AGUS/ASCUS) οι έλεγχοι για HPV έχουν υψηλότερη προγνωστική αξία για υψηλού βαθμού αλλοιώσεις από ότι η επαναλαμβανόμενη κυτταρολογική εξέταση.

Μια μεγάλη μελέτη πληθυσμού στο Άμστερνταμ αξιολογεί μια στρατηγική μαζικού προληπτικού ελέγχου με την οποία ο κίνδυνος για προχωρημένη νεοπλασία προβλέπεται είτε με παθολογική κυτταρολογική εξέταση είτε με την παρουσία ενός υψηλού κινδύνου τύπου HPV: Η μελέτη αυτή προσπαθεί να αποδείξει ότι η φυσιολογικότητα και στις δύο μεθόδους μπορεί να αποκλείσει την νεοπλασία αξιόπιστα για μια μακρά περίοδο(δηλ. 8-10 χρόνια) και να επιμηκύνει τα μεσοδιαστήματα ελέγχων.

Εάν αυτό αποδειχθεί, η στρατηγική αυτή θα μπορούσε να εξασφαλίσει, τουλάχιστον θεωρητικά, πόρους προκειμένου από την μια μεριά να αυξηθεί η παρακολούθηση των γυναικών που δεν ελέγχονται τακτικά και από την άλλη να συγκεντρώσει πόρους για διάγνωση και θεραπεία των γυναικών που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για τραχηλικό καρκίνο. [17]

5.3.1: Ιστορικό

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 παρεμβάλλουν δυσχέρειες στη συγκέντρωση πληροφοριών μας, είτε από νευρικότητα, που τις κατέχει προκειμένου ειδικά για γυναικολογική εξέταση, είτε από ευσυγκινησία, είτε από φόβο για την ανακάλυψη σοβαρής πάθησης, είτε από τάση να εκθέτουν τα συμπτώματα τους εντυπωσιακά και με υπερβολικότητα, είτε γιατί αναφέρονται σε άχρηστες για μας λεπτομέρειες, που τις δίνουν διαστάσεις και δοκιμάζουν την υπομονή μας.

Η λήψη του ιστορικού δεν πρέπει να μοιάζει με ανάκριση, αλλά να δείχνει, πως, μέσα από αυτά που θα πληροφορηθούμε, θα μπορέσουμε να τη βοηθήσουμε καλύτερα στην επίλυση του προβλήματος της.

Η βιασύνη, η επιπολαιότητα, η αφηρημάδα, η χρησιμοποίηση λέξεων, που δεν τις καταλαβαίνει ή που δεν της αρέσουν, και οι συνεχείς διακοπές της συζήτησης από τηλεφωνήματα, που δεχόμαστε, μετράνε πολύ για την άρρωστη.

Η προσεκτική λήψη του ιστορικού από έμπειρο γυναικολόγο τον οδηγεί στο εξεταστήριο, τις περισσότερες φορές, με έτοιμη την πιθανή διάγνωση. Οι φορές, που θα

εκπλαγεί από τα ευρήματά του και θα πέσει μακριά από την πιθανή διάγνωση, θα είναι οι λιγότερες.

Οι πληροφορίες, που μας ενδιαφέρουν από το ιστορικό της άρρωστης, είναι:

- **Ηλικία.** Η ηλικία της μας ενδιαφέρει, γιατί κάθε ηλικία της γυναίκας έχει περίπου τα δικά της προβλήματα.
- **Επάγγελμα.** Το επάγγελμα της άρρωστης προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες στη διάγνωση. Κάποτε, το είδος της εργασίας σφραγίζει το γεννητικό σύστημα της γυναίκας, όπως συμβαίνει σε προσωπικό ραδιολογικών και ακτινολογικών εργαστηρίων, εργοστασίων που παράγουν τοξικά προϊόντα.
- **Κληρονομικό αναμνηστικό.** Το κληρονομικό αναμνηστικό μας ενδιαφέρει, γιατί από αυτό θα εξακριβώσουμε αν στενοί της συγγενείς αρρώστησαν από σοβαρές παθήσεις, όπως καρκίνο, καρδιοπάθειες, ψυχοπάθειες, διαβήτη, φυματίωση, αφροδίσια νοσήματα.
- **Ατομικό αναμνηστικό.** Από αυτό μας ενδιαφέρουν παθήσεις, που πέρασε ή περνάει, όπως διαβήτη, πνευμονοπάθειες, καρδιοπάθειες, θρομβοεμβολικά επεισόδια, ουρολογικές λοιμώξεις. Επίσης, μας ενδιαφέρουν οι εγχειρήσεις, που έκανε, και τα φάρμακα, που παίρνει.
- **Μαιευτικό αναμνηστικό.** Από αυτό μας ενδιαφέρουν τα χρόνια του έγγαμου βίου, τα παιδιά που γέννησε, η έκβαση των κυήσεων και των τοκετών, οι έκτατες εγκυμοσύνες και οι εμπύρετες λοχειές.
- **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 τη συνοδεύουν κλπ.
- **Σεξουαλική ζωή.** Η διερεύνησή της απαιτεί λεπτότητα χειρισμών. Μας ενδιαφέρει η συχνότητα της συνουσίας, η δυσπαρευνία, που ίσως υπάρχει, η ψυχρότητα ή αναφροδίσια, τα αντισυλληπτικά μέτρα που παίρνει κλπ.
- **Βλαβερές συνήθειες.** Η κατάχρηση καπνίσματος πρέπει να ελέγχεται, γιατί ξέρουμε, πως έχει σχέση με τη γονιμότητα και την καλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης, όπως επίσης και η κατάχρηση οινοπνεύματος ή η χρήση ναρκωτικών, γιατί αυτά έχουν επίδραση στη λειτουργία των γεννητικών οργάνων.
- **Παρούσα κατάσταση.** Αυτή αναφέρεται στην αιτία της επίσκεψης και ενδιαφέρει περισσότερο το γυναικολόγο.

Αν από την αρχή δεν αναφέρει η γυναίκα πως ήρθε για προληπτικό έλεγχο στειρότητάς της, τότε, τις περισσότερες φορές, τα παρακάτω συμπτώματα θα την οδηγήσουν στο γιατρό.

1) κολπική υπερέκκριση: αυτή είναι το περισσότερο συνηθισμένο σύμπτωμα των γυναικολογικών παθήσεων.

2) αιμορραγία: η αιμορραγία, που έρχεται να χαλάσει το φυσιολογικό μέχρι τώρα ρυθμό της εμμηνορρυσίας, με τρόπο αναφέρεται από την άρρωστη.

3) πόνος: αυτός είναι συχνό σύμπτωμα, που οδηγεί την άρρωστη στο γιατρό. Τις περισσότερες φορές εντοπίζεται στο υπογάστριο και αντανακλάται στη μέση. Πρέπει να διερευνήσουμε την εντόπισή του, την έντασή του, τη διάρκειά του, το χαρακτήρα του γενικά.

4) κνησμός: αυτός είναι σύμπτωμα, που αναφέρεται, για να περιγράψουμε το αίσθημα ερεθισμού, που περνάει με το ξύσιμο.

5) διαταραχές ούρησης: αυτές συχνά αναφέρονται από την άρρωστη, γιατί συνοδεύονται από γυναικολογικές παθήσεις. Αυτό συμβαίνει, γιατί η θέση της ουροδόχου κύστης είναι τέτοια, που επηρεάζεται εύκολα από παθήσεις των γεννητικών οργάνων. [21]

5.3.2: Φυσική εξέταση

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:

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

Αν πρόκειται για καρκίνωμα *in situ*, ο τράχηλος, είτε θα εμφανίζεται φυσιολογικός, είτε θα εμφανίζει ερυθρότητα ή αλαφρά διάβρωση ή λευκοπλακική εστία. 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 μοιάσει με κρατήρα, ή μάζα, που μοιάζει με ανθοκράμβη (κουνουπίδι), αν πρόκειται για εξωφυτική μορφή του. Αν, όμως, πρόκειται για ενδοφυτική μορφή, τότε ο τράχηλος εμφανίζεται παχύς και μοιάζει με βαρέλι. Η ψευδοδιάβρωση, η εξέλκωση και η εξωφυτική του μορφή εύκολα αιμορραγούν και, όσο προχωρεί η διήθηση, οι ιστοί γίνονται περισσότερο εύθρυπτοι και αιμορραγούν περισσότερο.

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. [21]

5.3.3: Ειδικές εργαστηριακές και απεικονιστικές Εξετάσεις

A) Τεστ Παπανικολάου:

Το κυτταρολογικό επίχρισμα κατά Παπανικολάου είναι η πιο επιτυχημένη μέθοδος πληθυσμιακού ελέγχου (screening) σε παγκόσμια κλίμακα, η λήψη των επιχρισμάτων γίνεται με δείγμα που λαμβάνεται από τον οπίσθιο κολπικό θόλο, που αποτελεί τη θέση όπου λόγω βαρύτητας συλλέγονται τα αποφολιδούμενα κύτταρα του τραχήλου και των πάνω από αυτόν οργάνων, ένα άλλο από τον εξωτράχηλο και ένα τρίτο από τον ενδοτράχηλο. Το βασικότερο μειονέκτημα του τεστ Παπανικολάου είναι η σχετικά χαμηλή ευαισθησία του (~60%), που σημαίνει ότι ανιχνεύει σωστά λίγο παραπάνω από τις μισές ασθενείς με σοβαρού βαθμού δυσπλασία ή διηθητικό καρκίνο του τραχήλου. Από το 1940 που ο Γεώργιος Παπανικολάου εισήγαγε την ομώνυμη κυτταρολογική δοκιμασία για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου, σημειώθηκε μείωση της τάξης του 70% στην συχνότητα των περιπτώσεων διηθητικής νόσου, και κατά συνέπεια της θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου, ενώ ταυτόχρονα καταγράφηκε ραγδαία αύξηση των περιπτώσεων καρκινώματος *in situ* (Cervical Intraepithelial Neoplasia - CIN 3). Γίνεται αντιληπτό ότι επί απουσίας της κυτταρολογικής εξέτασης η πλειονότητα των γυναικών αυτών θα είχε αναπτύξει διηθητικό καρκίνο.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο καρκίνος του τραχήλου αποφολιδώνει άφθονα κύτταρα ακόμη και στα προδιηθητικά στάδια.

Για να ελεγχθεί η ορμονική κατάσταση της γυναίκας, η λήψη του κολπικού επιχρίσματος πρέπει να γίνεται από το άνω τριτημόριο του πλάγιου κολπικού τοιχώματος, που είναι πιο ευαίσθητο στις κυκλοφορούσες ορμόνες και το επίχρισμα καθαρότερο.

Η κατάταξη στη μια κατηγορία ή την άλλη βασίζεται στους χαρακτήρες του πυρήνα (μέγεθος, σχήμα, δίκτυο χρωματίνη, πυρήνα) και του κυτταροπλάσματος (μέγεθος, κυτταρικά έγκλειστα, εκφυλιστικές αλλαγές) και στην πυρινο/κυτταροπλασματική σχέση. Τα κύτταρα ταξινομούνται σε 5 κατηγορίες, που διεθνώς αναφέρονται με την λέξη “CLASS” και λατινικούς αριθμούς (I, II, III, IV, V) ανάλογα με το χαρακτηρισμό των κυττάρων ως σαφώς φυσιολογικών, σαφώς παθολογικών (καρκινικών) και υπόπτων για κακοήθεια.

Οι κατηγορίες αυτές είναι:

Κατηγορία I: όλα τα κύτταρα είναι φυσιολογικά

Κατηγορία II: κύτταρα χωρίς χαρακτήρες κακοήθειας, αλλά μερικά με άτυπους χαρακτήρες ή κύτταρα σαφώς φυσιολογικά, αλλά με την ύπαρξη φλεγμονωδών στοιχείων

Κατηγορία III: κύτταρα με άτυπους χαρακτήρες, που είναι ύποπτοι για ύπαρξη κακοήθειας, αλλά όχι διαγνωστικοί κακοήθειας

Κατηγορία IV: λίγα σε αριθμό κύτταρα με σαφείς χαρακτήρες κακοήθειας

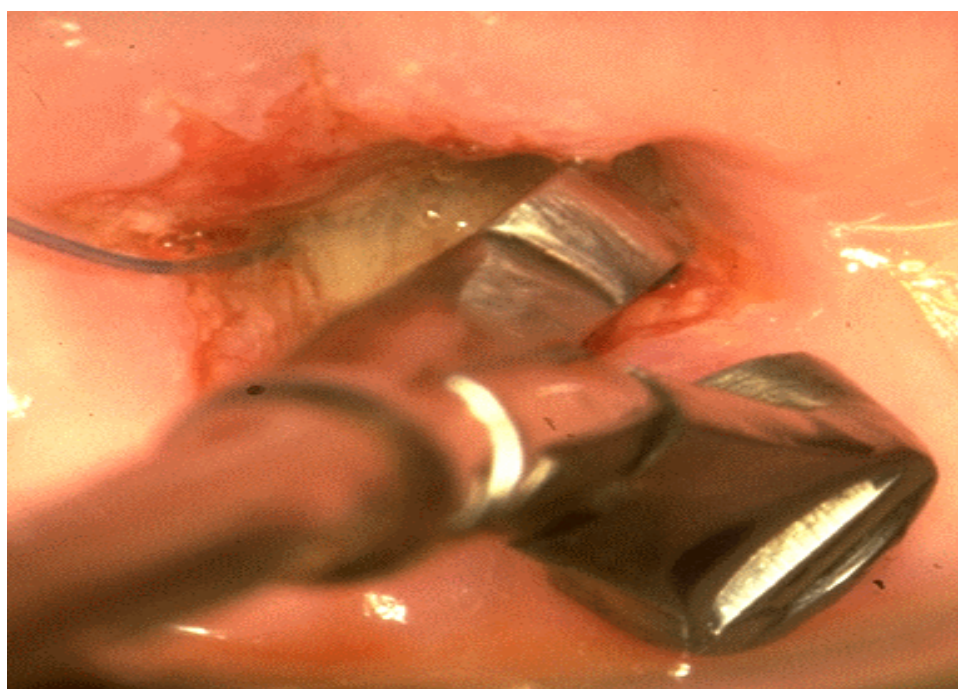
Κατηγορία V: μεγάλος αριθμός κυττάρων με χαρακτήρες κακοήθειας

Μια άλλη πιο σύγχρονη κατάταξη που έχει προταθεί και χρησιμοποιείται από τις βρετανικές εταιρίες παθολογίας τραχήλου (B.S.C.P) και κολποσκόπησης (B.S.C.C.P.) είναι η ακόλουθη: Φυσιολογικά κύτταρα, φλεγμονώδεις, κύτταρα με δυσκαρυωτικές αλλοιώσεις και καρκινικά κύτταρα.

Για την δική μας απλή και ανώδυνη τεχνική της απορροφητικής κυτταρολογίας του ενδομητρίου χρησιμοποιήθηκε μια βελόνη 18 cm μήκους και 3 mm πάχους με συνοδό στείλο με το οποίο αναρροφάται κυτταρολογικό υλικό κατευθείαν από το ενδομήτριο. Το κυτταρολογικό υλικό που εξέρχεται από τις οπές της βελόνης, μετά την επανατοποθέτηση και συμπίεση του στείλου, επιχρίζεται στην αντικειμενοφόρο πλάκα και βάφεται κατά Παπανικολάου. Στη συνέχεια το υπόλοιπο υλικό της βελόνης μαζί με το υλικό που αναρροφήθηκε στη σύριγγα αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση. Η σύγκριση της κυτταρολογικής και ιστολογικής εξέτασης έδειξε υψηλή ευαισθησία στον καρκίνο του ενδομητρίου 93,3% και στις υπερπλασίες 92%.

Το τεστ Παπανικολάου είναι μια απλή εξέταση που αντικατοπτρίζει την κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα επιθηλιακά κύτταρα του τραχήλου της μήτρας. Αν τα κύτταρα έχουν αλλοιώσεις ύποπτες για νεοπλασία, τότε αναλόγως του βαθμού και της σοβαρότητας η γυναίκα παραπέμπεται σε επέμβαση κολποσκόπησης και βιοψίας του τραχήλου. [17]

Βιοψία τραχήλου



B) Κυτταρολογική εκτίμηση:

Παρά τα ικανοποιητικά αποτελέσματα της παραπάνω μεθόδου προτείνεται από πολλούς ερευνητές σε κλινικό καρκίνο του ενδομητρίου να μη θεωρηθεί η κυτταρολογία ως εναλλακτική λύση της ιστολογικής εξέτασης μετά από κλασματική διαγνωστική απόξεση. Η κυτταρολογική εξέταση είναι ευκολότερη από ό, τι στα επιχρίσματα του τραχήλου γιατί το υλικό βρίσκεται συνήθως σε καλύτερη κατάσταση. Παρόλα αυτά η εκτίμηση δεν είναι πάντα απλή, όπως αναφέρεται σε μερικές έρευνες. Η αμιγής κυτταρολογική διερεύνηση του υλικού παρουσιάζει σε πολλές περιπτώσεις προβλήματα. Σε περίπτωση ύπαρξης ιστολογικών τεμαχίων πρέπει αυτά να εξεταστούν ιστολογικά. Σ'

αυτές τις περιπτώσεις είναι εύκολη η διάγνωση της απλής υπερπλασίας. Αδιαφοροποίητα καρκινώματα είναι εύκολα στη διάγνωσή τους λόγω της ατυπίας που παρουσιάζουν οι

μεγεθυσμένοι πυρήνες, των ανωμαλιών της χρωματίνης των κυττάρων και των κενοτοπιών του κυτταροπλάσματος, ακόμη και σε περίπτωση λίγων παθολογικών κυττάρων. Αντίθετα δυσκολίες παρουσιάζουν τα αδενοκαρκινώματα υψηλής διαφοροποίησης, των οποίων τα κύτταρα είναι συχνά λίγο μεγαλύτερα, σε σύγκριση με τα φυσιολογικά κύτταρα του ενδομητρίου.

Διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα παρουσιάζουν τέλος τα ενδοτραχηλικά κύτταρα, τα οποία βρίσκονται αναμειγμένα στο υλικό της απορροφητικής κυτταρολογίας.

Στις περιπτώσεις διηθητικής νόσου η διάγνωση από έμπειρο κυτταρολόγο στηρίζεται στο γεγονός ότι τα κακοήθη κύτταρα ανευρίσκονται εν μέσω αίματος, νεκρώσεων και φλεγμονώδους ιστού. Τις περισσότερες φορές ο κυτταρολόγος είναι σε θέση να μας πληροφορήσει εάν το καρκίνωμα προέρχεται από το πλακώδες ή το αδενικό επιθήλιο, μια πληροφορία η οποία έχει μεγάλη σημασία για την πρόγνωση και αντιμετώπιση της νόσου.

Η κυτταρολογία του ενδομητρίου από κατευθείαν λήψη είναι δυνατόν να συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου και των προσταδίων του και να εφαρμοστεί ως μέθοδος ρουτίνας στα πλαίσια της πρόληψης σε πληθυσμό γυναικών. [17]

Γ) Διακοιλιακή υπερηχογραφία:

Οι υπέρηχοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της διαφοράς ενός φυσιολογικού ενδομητρίου από ένα παθολογικό.

Συγκεκριμένα αποδεικνύουν ότι η ύπαρξη πάχους ενδομητρίου μέχρι 13mm σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες παρατηρείται σε φυσιολογικό ενδομήτριο. Τα κύρια κριτήρια στα οποία στηρίχθηκε η ανίχνευση των νεοπλασιών του ενδομητρίου υπήρξαν:

- Πάχος ενδομητρίου
- Υποηχογενής άλως
- Ηχογένεια ενδομητρίου
- Όρια ενδομητρίου
- Κεντρική ηχογενής γραμμή

Τα παραπάνω μας οδήγησαν στην απόφαση να χρησιμοποιήσουμε τη σύγχρονη τεχνολογία των υπερήχων και συγκεκριμένα τη διαγνωστική μέθοδο της διακοιλιακής υπερηχογραφίας, στην προσπάθεια έγκαιρης επισημάνσης παθολογικών καταστάσεων του καθιέρωσή τους ως μέθοδο ρουτίνας.

Τα αποτελέσματα της διακοιλιακής υπερηχογραφίας, ενώ υπήρξαν ικανοποιητικά στα πλαίσια της ανίχνευσης των νεοπλασιών του ενδομητρίου, δεν μπόρεσαν να λύσουν το πρόβλημα της διαφορικής διάγνωσης μεταξύ καλοηθών και κακοηθών όγκων. [3]

Δ) Κολποσκόπηση

Η διάγνωση των μεγάλων όγκων του τραχήλου μπορεί να γίνει με την βοήθεια ενός απλού κολποδιαστολέα. Το μεγαλύτερο βήμα όμως που έχει γίνει για την καταπολέμηση της νόσου, είναι ότι μπορεί να διαγνώσουμε τις προκαρκινικές βλάβες του τραχήλου ή την αρχόμενη διηθητική νόσο, καταστάσεις οι οποίες είναι ιάσιμες σε ποσοστό πάνω από 90% με 95% των περιπτώσεων

Μια άλλη μέθοδος η οποία έχει συνεισφέρει αρκετά στην διάγνωση της νόσου είναι η κολποσκόπηση, η οποία άρχισε να εμφανίζεται από τα τέλη της δεκαετίας του 60. Το πλεονέκτημα της κολποσκόπησης είναι ότι σε έμπειρα χέρια, πληροφορεί άμεσα την γυναίκα αν έχει σοβαρή δυσπλασία ή διηθητικό καρκίνο στον τράχηλο, κάτι το οποίο δεν είναι εφικτό με την δοκιμασία κατά Παπανικολάου. Στα μειονεκτήματα της αναφέρονται η χαμηλή ειδικότητα, το γεγονός ότι σε χώρες με οργανωμένα προγράμματα screening αποτελεί μια ακριβή εξέταση, ενώ αρκετές φορές οδηγεί σε υπερδιάγνωση και θεραπεία. Η κολποσκοπική εικόνα του αρχόμενου διηθητικού καρκινώματος δεν είναι σαφής και θα πρέπει να στηρίζεται στην αξιολόγηση κάποιων ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, όπως οι ανώμαλοι αγγειακοί σχηματισμοί (μωσαϊκό, διάστιξη), τα άτυπα αγγεία, καθώς και περιοχές υπέγερσης ή υπερκεράτωσης που μπορεί να υποκρύπτουν διηθητική νόσο.

Η αξία της κολποσκόπησης έγκειται περισσότερο στο γεγονός ότι θα εντοπίσει την έκταση της αλλοίωσης και το εάν έχει επεκταθεί στον κόλπο.

Τα κολποσκοπικά ευρήματα που πιθανόν μας κάνουν να βλέπουμε μικροδιήθηση είναι:

1) Ευαίσθητη αλλοίωση (π.χ. η επιθηλιακή επιφάνεια είναι εύθραυτη και εύκολα τραυματίζεται).

2) Λευκοπλάκια είναι περιοχή λευκού επιθηλίου, εμφανής πριν την επίθεση οξικού οξέως. Συνήθως οφείλεται σε κερατώση του καλυπτικού επιθηλίου, η συχνότερη αιτία δεν είναι η προσβολή από τον HPV. Σπανιότερα συνυπάρχει CIN ή και διηθητικός καρκίνος, συνήθως αρχόμενος.

Υπό την καθοδήγηση της κολποσκόπησης και ανάλογα με την επιλεγείσα μέθοδο θεραπείας μπορεί να ληφθούν βιοψίες από τις πιο ανώμαλες περιοχές μιας συγκεκριμένης αλλοίωσης, έτσι ώστε να υπάρχει κατά το δυνατόν ακριβέστερη ιστολογική διάγνωση πριν την εφαρμογή μιας, κυρίως καταστροφικής, θεραπευτικής μεθόδου. [10]

3) Ακανόνιστη διάστιξη και μωσαϊκό.

Η τριάδα μωσαϊκό, διάστιξη και λευκό επιθήλιο λόγω οξικού οξέως, εμφανίζεται περίπου στο 20% των ασθενών με μικροδιηθητικό καρκίνο. Ο Liu συν. αναφέρουν ότι το 40% των ασθενών με μικροδιηθητικό καρκίνο παρουσιάζουν μωσαϊκό, διάστιξη και λευκό επιθήλιο, το 37% βρέθηκε να έχει μόνο τις δύο ανωμαλίες, το 18% είχε μόνο μια και το 5% δεν έχει ανώμαλα κολποσκοπικά ευρήματα.

Ο Sugimori διαπίστωσε ότι εφ' όσον έχουμε μωσαϊκό, διάστιξη και λευκό επιθήλιο, το μικροδιηθητικό καρκίνωμα ήταν πιο πιθανό, όταν η βλάβη περικλειόταν στην περιφέρεια του έξω στομίου και όταν τα όρια ήταν έντονα.

Ο Παρασκευαΐδης αναφέρει ότι το 34% των γυναικών με μικροδιηθητικό καρκίνωμα δεν είχε ανώμαλα κολποσκοπικά ευρήματα.

4) Εκτεταμένη άτυπη ζώνη μετάπτωσης(μετασχηματισμού).

5) άτυπα αγγεία με περίεργες μορφές.

Πολλοί πιστεύουν ότι είναι παθολογικό κολποσκοπικό εύρημα στην μικροδιήθηση τα άτυπα αγγεία. Τα άτυπα αγγεία παρουσιάζουν παράξενα σχήματα τύπου "ανοιχτήρι" και καμία φορά δημιουργούν οξείες γωνίες, αυξημένη μεσοτριχοειδική απόσταση και είναι επιρρεπή σε αιμορραγίες. Είναι ευκρινέστερα ορατά με τη χρησιμοποίηση πράσινου φίλτρου στο κολποσκόπιο. Συνήθως συνηγορούν υπεραρχόμενης διήθησης του στρώματος.

Διάφοροι ερευνητές αναφέρουν ποσοστά από 0%-80% άτυπα αγγεία σε μικροδιηθητική νόσο.

Επίσης αναφέρεται ότι η συχνότητα των άτυπων αγγείων αυξάνει εφ' όσον αυξάνει το βάθος διήθησης.

Αυτά τα στοιχεία βέβαια μπορεί να τα δούμε και σε υψηλού βαθμού προδιηθητικές αλλοιώσεις. Ο κολποσκόπος επιλέγει σημεία για βιοψία. Επιπλέον βλέπει την κατανομή και την έκταση της αλλοίωσης. [16]

Η βιοψία της ύποπτης περιοχής δίνει τις απαραίτητες πληροφορίες για το εάν υπάρχει κακοήθεια, καθώς και το βαθμό, τον τύπο και το στάδιο της νόσου.

Εάν τα ανωτέρα όρια της αλλοίωσης είναι μέσα στον ενδοτράχηλο και δεν είναι ορατά, τότε η κολποσκόπηση χαρακτηρίζεται ως μη ικανοποιητική. Στην περίπτωση αυτή η κωνοειδής εκτομή είναι η διαγνωστική διαδικασία που ακολουθούμε, ελπίζοντας να είναι και θεραπευτική.

Οι χρήσεις της κολποσκόπησης λοιπόν, μπορούν να συμπυκνωθούν στα εξής:

- Να διαπιστώσουμε το μέγεθος και την κατανομή της αλλοίωσης.
- Να επιλέξουμε τη θέση που θα παρθούν βιοψίες.
- Να επιβεβαιώσουμε τα κυτταρολογικά ευρήματα.
- Να αποκλείσουμε το διηθητικό καρκίνωμα.

Η τελική διάγνωση του καρκινώματος θα γίνει με την λήψη βιοψιών από τον τράχηλο και την ιστολογική εξέταση από τον παθολογοανατόμο. Η διάγνωση του καρκινώματος του τραχήλου μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολη για τους εξής λόγους: α) στα αρχικά στάδια η νόσος ενδεχομένως να μην προκαλεί κανένα απολύτως σύμπτωμα, β) όταν ο όγκος εντοπίζεται στον ενδοτράχηλο, η οπτική διάγνωση ακόμα και με κολποσκόπιο κάποιες φορές δεν είναι εύκολη, και γ) λόγω του υψηλού ποσοστού ψευδώς αρνητικών τεστ Παπανικολάου ακόμη και σε γυναίκες που ελέγχονται συστηματικά.

Καμία όμως διαγνωστική προσπέλαση από μόνη της δεν εξασφαλίζει το 100%. Γι' αυτό πρέπει να γίνεται συνδυασμός του *tast pap* με κολποσκόπηση και βιοψία, και όλα αυτά να συμπληρώνονται με μοριακές τεχνικές, για να έχουμε μια πλήρη εικόνα της μόλυνσης στην δεδομένη ασθενή. Μοριακές τεχνικές ανίχνευσης της μόλυνσης είναι η μέθοδος του υβριδισμού και η Αλυσιδωτή Αντίδραση Πολυμεράσης (PCR). Τα τελευταία χρόνια άρχισε να εφαρμόζεται μια νέα τεχνική συλλογής και επίστρωσης του δείγματος, η κυτταρολογική υγρής φάσης(*thin prep*).

Συμπερασματικά λοιπόν μπορούμε να πούμε ότι η μόλυνση του τραχήλου της μήτρας από τους ιούς HPV είναι πάρα πολύ συχνή και ειδικά στις νεαρές γυναίκες. Τόσο οι απλές μολύνσεις όσο και η πλειονότητα των LGSIL, υποχωρούν από μόνες τους (ιδίως

στις νέες γυναίκες). Η εντόπισή τους έχει σημασία στο ότι πρέπει α) να γίνει περαιτέρω διαγνωστική προσπέλαση για να αποκλεισθεί η συνύπαρξη HGSIL και β) εάν αυτές φέρουν ογκογόνους HPV. Οι HGSIL θεωρούνται σαφώς προκαρκινικές αλλοιώσεις.

Κάθε test pap με αμφιλεγόμενα αποτελέσματα να συνδυάζονται με HPV – test και να συνδυάζονται οι μορφολογικές διαγνωστικές μέθοδοι στην διαγνωστική προσπέλαση κάθε περιστατικού HPV – φλεγμονής. Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι:

- Την κυστεοσκόπηση, που σε περίπτωση προσβολής της ουροδόχου κύστης, θα βρούμε φυσαλιδώδες οίδημα ή διήθηση.
- Την πρωκτοσκόπηση, όταν υπάρχουν συμπτώματα από το ορθό.
- Τη λεμφαγγειο-λεμφαδενογραφία, για την εκτίμηση της έκτασης των λεμφαδενικών μεταστάσεων.
- Την ακτινογραφία του θώρακα, της σπονδυλικής στήλης και της πυέλου, για τον έλεγχο μεταστάσεων.
- Την υπερηχογράφιση, την αξονική και μαγνητική τομογραφία, για την εκτίμηση της έκτασης της πάθησης.
- Την πυελογραφία, για τον έλεγχο των ουρητήρων και νεφρών.

Συμπερασματικά η ραγδαία αύξηση του καρκίνου του ενδομητρίου απαιτεί επιτακτικά την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή του. Με την εφαρμογή της διακολπικής υπερηχογραφίας είναι ακόμη ανεπαρκής η διαφορική διάγνωση μεταξύ κακοήθων και καλοήθων όγκων του ενδομητρίου. Η μεγάλη συχνότητα των αποξέσεων σε γυναίκες με συμπτωματολογία μητρορραγίας, κυρίως στην εμμηνόπαυση, χωρίς παθολογικά υπερηχογραφικά ευρήματα και η αδυναμία της μεθόδου, όσον αφορά στην πρόγνωση και διαφοροποίηση του όγκου, καθιστούν απαραίτητο το συνδυασμό της διακολπικής υπερηχογραφίας με την κυτταρομορφολογική εξέταση του ενδομητρίου. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της συχνότητας της κλασματικής διαγνωστικής απόξεσης και ακόμη σε μεγαλύτερη διαγνωστική επιτυχία της μεθόδου στα πλαίσια της έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης για μεγάλο αριθμό γυναικών. Για τους παραπάνω λόγους κρίνεται απαραίτητη η οργάνωση ειδικών κέντρων και εργαστηρίων από μέρους της πολιτείας όσο και η ενημέρωση των γυναικών για την ανάγκη πρόληψης και την επιτυχή αντιμετώπιση του προβλήματος. [21]

E) Βλάβες ορατές με γυμνό μάτι, που η διάγνωσή τους διευκολύνεται πολύ με την κολποσκόπηση:

Όταν είναι ορατός με γυμνό μάτι, έχει μικρή σημασία για τον κολποσκόπο. Ένα πρώιμο διηθητικό καρκίνωμα μπορεί να γίνει αντιληπτό από έναν έμπειρο κολποσκόπο. Για ένα άλλο μάτι, τα πράγματα δυσκολεύουν, καθώς τα μορφολογικά χαρακτηριστικά δεν είναι ξεκάθαρα. Ο όγκος μπορεί να παρουσιαστεί ως μια σκληρή, κόκκινη, κοκκιώδης επιφάνεια, η οποία ματώνει μόλις την αγγίζουμε και η επιφάνειά της μπορεί να είναι ελαφρώς υπερυψωμένη. Τα αδρά χαρακτηριστικά ενός προχωρημένου όγκου εξαρτώνται από την θέση του, το μοτίβο ανάπτυξής του και το ποσοστό της νέκρωσης του όγκου. Η πλειοψηφία των καρκινωμάτων πλακώδους κυττάρου μέχρι τη στιγμή που θα γίνουν εμφανή κλινικά, έχει προσβάλει το εξωτερικό στόμιο και είναι ορατά στην εξέταση με το κολποσκόπιο.

Το μοτίβο ανάπτυξης του μπορεί να είναι:

- Κυρίως εξωφυτικό, αναπτύσσεται έξω από την επιφάνεια ως μια θηλοειδής ή πολυποειδής προεξοχή.
- Κυρίως ενδοφυτικό, έτσι ώστε διηθείται στις γειτονικές δομές, χωρίς να έχει μεγάλη επιφανειακή ανάπτυξη.

Εάν υπάρχει αρκετή νέκρωση, ένας διηθητικός όγκος γίνεται εξελκωμένος και τότε είναι ένας όγκος "εξελκο-διηθητικού" τύπου.

Από την άλλη πλευρά, εάν η νέκρωση είναι μικρού βαθμού, ο διηθητικός όγκος θα είναι γονιδιακό-διηθητικού τύπου. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι χαρακτηρίζεται από εξωτικές και νεοφυτικές αλλοιώσεις, νέκρωση, αιμορραγικές περιοχές και πολύ εύθρυπτο ιστό.

Υπάρχει μια άμεση συσχέτιση ανάμεσα στο μέγεθος μιας βλάβης και της διήθησης. Η συνύπαρξη διαφορετικών επιθηλίων δείχνει ότι το ενδεχόμενο της διήθησης αποκτάται από την συνένωσή τους και όχι από την εξέλιξη του ενός τύπου στον άλλο. Θα πρέπει να υποπτευόμαστε μικροδιόρθωση, όταν σχετικά επίπεδες βλάβες εμφανίζουν εκτεταμένες συγκεντρώσεις άτυπων αγγείων. Τα κολποσκόπια χαρακτηριστικά του διηθητικού καρκινώματος στο πλακώδες επιθήλιο είναι:

- Προοδευτική επέκταση κόκκινων εξελκώσεων, που εναλλάσσονται με περιοχές υπεραιμικού επιθηλίου και υπολειμματική κεράτωση.
- Η επιφάνεια της αλλοίωσης είναι ακανόνιστα υπερυψωμένη με κυρτές περιοχές, που είναι ορατές ανάμεσα στις διάφορες περιοχές του εξωτραχήλου.
- Ο τραχηλικός βλεννογόνος συνήθως έχει μια χλωμή μορφή με αχνοκίτρινες ή κοκκινωπές περιοχές και στοιχεία εντελώς διαστρεβλωμένης επιθηλιακής δομής.
- Τριχοειδή που έχουν αιμορραγική διάθεση.
- Άτυπα αγγεία που εμφανίζουν παράξενα σχήματα και παρουσιάζουν απότομες αλλαγές στη διάμετρο τους. Η μεσοτριχοειδική απόσταση είναι αυξημένη. Η αυξημένη αγγείωση δείχνει διήθηση. Μερικές περιπτώσεις με πρώιμο διήθηση του στρώματος δείχνουν μόνο ελάχιστες κολποσκοπικές αλλαγές. Όταν παρατηρούμε τον τράχηλο και βλέπουμε επίπεδες βλάβες να εμφανίζουν εστιακές συγκεντρώσεις αγγείων, θα πρέπει να σκεπτόμαστε τη μικροδιήθηση.

Όταν ο όγκος αποκτήσει ένα συγκεκριμένο μέγεθος, αναγνωρίζεται στην κλινική εξέταση και δεν είναι καν αναγκαία η κολποσκόπηση για τη διάγνωση. Επίσης η κολποσκόπηση συχνά είναι δύσκολη εξ αιτίας της νέκρωσης, του οιδήματος και της επίμονης αιμορραγίας.

Η κολποσκοπική εμφάνιση μιας θαμπής τραχηλικής επιφάνειας με άτυπα αγγεία όλων των ειδών και εύθρυπτα, είναι στοιχείο που πιθανότατα κρύβει αληθινό διηθητικό καρκίνο. [7]

5.3.4: Γενικός Εργαστηριακός έλεγχος

Τόσο στη βοήθεια της διάγνωσης παθολογικών καταστάσεων του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, όσο και στον προεγχειρητικό έλεγχο ή στην μετεγχειρητική πορεία, απαιτείται η συμβολή του εργαστηρίου.

Οι πιο συνηθισμένες εξετάσεις, που μπορεί να ζητήσει ο γυναικολόγος είναι:

🚩 Καταμέτρηση λευκών αιμοσφαιρίων. Τα λευκά αιμοσφαίρια είναι επιμήκη κύτταρα και ανήκουν στο αμυντικό σύστημα του οργανισμού. Ο φυσιολογικός τους

αριθμός σε κάθε κυβικό χιλιοστό είναι 6.000 – 8.000. αν είναι μεγαλύτερος χαρακτηρίζουμε την κατάσταση ως λευκοκυττάρωση, αν είναι μικρότερος, ως λευκοπενία.

Η σπουδαιότερη λειτουργία των λευκών αιμοσφαιρίων είναι η προστασία του του οργανισμού από την επίδραση βλαπτικών παραγόντων και η παραγωγή αντισωμάτων. Έτσι, σε οξείες λοιμώξεις από πυογόνα μικρόβια, ο αριθμός τους αυξάνεται.

Φυσιολογική λευκοκυττάρωση έχουμε στα νεογνά, στην εγκυμοσύνη, στον τοκετό, σε κολικούς, σε εμετούς και σε διάρροιες.

🌈 Προσδιορισμός λευκοκυτταρικού τύπου. Τα λευκοκύτταρα διακρίνονται σε λεμφοκύτταρα (20-30%), μεγάλα μονοπύρηννα (2-6%) και πολυμορφοπύρηννα. Τα τελευταία, ανάλογα με τη χρωστική, που παίρνουν τα κοκκία τους, διακρίνονται σε ουδετερόφιλα (50-70%), σε ηωσινόφιλα (1-4%) και σε βασεόφιλα (0-1%). Αυτή η εκατοστιαία αναλογία των λευκοκυττάρων αποτελεί το λευκοκυτταρικό τύπο, που είναι χρήσιμος στην εκτίμηση φλεγμονών, όπως π.χ. σε οξείες λοιμώξεις από πυογόνα μικρόβια, που διαπιστώνεται αύξηση των ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηννων.

🌈 Καταμέτρηση ερυθρών αιμοσφαιρίων. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια, όπως και τα λευκά, ανήκουν στα έμμορφα συστατικά του αίματος. Ο συνολικός τους αριθμός φτάνει τα 25 τρισεκατομμύρια και ο ρυθμός της παραγωγής τους τα 10 εκατομμύρια στο δευτερόλεπτο. Επειδή συμβαίνει καταστροφή τους, ο αριθμός τους παραμένει πάντα σταθερός, δηλαδή, για τη γυναίκα στα 4.500.000 σε κάθε κυβικό χιλιοστό. Ελάττωση του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων διαπιστώνουμε σε ερυθρών αιμοσφαιρίων διαπιστώνουμε σε αναιμίες, που προέρχονται από χρόνια ή οξεία απώλεια αίματος. [16]

🌈 Προσδιορισμός αιμοσφαιρίνης. Η αιμοσφαιρίνη (Hb) είναι χρωστική ουσία του αίματος και αποτελεί το 87-95% της ξηράς ουσίας των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Λειτουργίες της είναι η μεταφορά του οξυγόνου από τους πνεύμονες στους ιστούς, η μεταφορά διοξειδίου του άνθρακα από τους ιστούς στους πνεύμονες, αύξηση της δεσμευτικής ικανότητας του πλάσματος προς το διοξείδιο του άνθρακα και η συμβολή της στη διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας του αίματος.

Η τιμή φθάνει τα 16 gr/100 ml αίματος για τον άνδρα, ενώ για τη γυναίκα, επειδή οι καύσεις της είναι λιγότερο έντονες και οι ανάγκες της σε οξυγόνο μικρότερες, η τιμή

της φτάνει στα 14,5 gr/100 ml αίματος. Το ποσοστό της αιμοσφαιρίνης δεν προσδιορίζεται σε γραμμάρια, αλλά σε εκατοστιαία αναλογία, δηλ. όταν το αίμα της γυναίκας, περιέχει 14,5 gr αίματος αιμοσφαιρίνη, τότε λέμε ότι περιέχει 100% Hb. Αν περιέχει 7,25 gr, τότε λέμε περιέχει 50% Hb.

Ελάττωση των ερυθροκυττάρων συνεπάγεται και ελάττωση της αιμοσφαιρίνης, δηλ. αναιμία, που παρατηρείται στις περιπτώσεις, που αναφέραμε στην καταμέτρηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Μεγάλη είναι η σημασία του φυσιολογικού αριθμού αιμοσφαιρίων και του ποσοστού της αιμοσφαιρίνης στις γυναικολογικές παθήσεις.

🚦 Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων. Αν σε δοκιμαστικό σωλήνα, που περιέχει αντιπηκτική ουσία, προσθέσουμε αίμα και τον αφήσουμε σε ηρεμία, θα παρατηρήσουμε, πως ύστερα από λίγη ώρα τα ερυθρά αιμοσφαίρια καθιζάνουν στο κάτω μέρος του σωλήνα. Την ταχύτητα, με την οποία καθιζάνουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια (Τ.Κ.Ε), μετράμε με ειδικά βαθμολογημένους γυάλινους σωλήνες. Την Τ.Κ.Ε., επηρεάζουν τα λευκώματα του πλάσματος, ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων, το σχήμα των και το ποσό της χοληστερίνης του αίματος.

Στη γυναίκα η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων στην πρώτη ώρα κυμαίνεται στα 8-12 χιλιοστά. Σε φλεγμονώδεις καταστάσεις αυξάνεται ανάλογα με την ένταση της φλεγμονής, όπως επίσης και σε κακοήθη νεοπλασμάτα.

🚦 Προσδιορισμός ομάδας αίματος. Στη μεμβράνη των ερυθρών αιμοσφαιρίων του ανθρώπου υπάρχουν διάφορα αντιγόνα. Αυτά δημιουργούν το σύστημα ABO και το σύστημα Rhesus. Τα αντιγόνα A και B έχουν αντιγονικές ικανότητες και λέγονται συγκολλητινογόνα. Ανάλογα με την παρουσία ή απουσία συγκολλητινογόνων A και B, το ανθρώπινο αίμα χωρίζεται σε τέσσερις ομάδες: την AB ή I, την A ή II, την B ή III και την O ή IV.

Όταν στα ερυθρά αιμοσφαίρια ενός ατόμου απουσιάζει ένα συγκολλητινογόνο A ή B, τότε υποχρεωτικά στο πλάσμα του υπάρχει η συγκολλητίνη α ή β. για να γίνει συγκόλληση, πρέπει να υπάρχει η αντίστοιχη ένωση συγκολλητινογόνου – συγκολλητίνης. Έτσι, απαιτείται προσοχή, όταν κάνουμε μεταγγίσεις αίματος, για να μη συμβεί, το πλάσμα του δέκτη να περιέχει συγκολλητίνη, που θα μπορέσει να συγκολλήσει τα ερυθρά αιμοσφαίρια του δότη.

Στην Ελλάδα η συχνότητα των ομάδων αίματος είναι AB-4%, A-40%, και O-42%.

Για να κάνουμε μετάγγιση, πραγμα συχνό στη γυναικολογία και μαιευτική, πρέπει πρώτα να κάνουμε τη δοκιμασία συμβατότητας. Το αίμα της τράπεζας βρίσκεται μέσα σε αποστειρωμένες φιάλες με αντιπηκτικό διάλυμα και σε θερμοκρασία 4 ° C.

🌈 Προσδιορισμός παράγοντα Rhesus. Διαπιστώθηκε, πως, αν πάρουμε αίμα από πίθηκο Rhesus Macacus και το ενέσουμε σε ινδικό χοιρίδιο, θα προκαλέσουμε το σχηματισμό συγκολλητίνης. Αυτή θα συγκολλήσει τα ερυθρά αιμοσφαίρια του πιθήκου, αλλά, και, σε μικρότερη αναλογία, τα αιμοσφαίρια του ανθρώπου. [13]

Τέτοιο συγκολλητινογόνο περιέχουν τα 85% των ανθρώπων της λευκής φυλής, ενώ τα 15% δεν το περιέχουν. Το συγκολλητινογόνο αυτό το λέμε παράγοντα Rh (από το Rhesus). Όταν το αίμα περιέχει τον παράγοντα Rh, λέγεται θετικό, όταν όχι, αρνητικό.

Σε περίπτωση μετάγγισης αίματος ασύμβατου προς τον παράγοντα Rhesus, προκαλείται σχηματισμός συγκολλητινών χωρίς καμιά αντίδραση του οργανισμού. Αν ύστερα από καιρό γίνει δεύτερη μετάγγιση, τότε συμβαίνει σοβαρή μετάγγιση, τότε συμβαίνει σοβαρή και επικίνδυνη αντίδραση, που οφείλεται στη συγκόλληση των αιμοσφαιρίων του δότη.

Σήμερα, είναι γνωστό, πως ο παράγοντας Rh αποτελείται από ολόκληρο σύστημα 13 αντιγόνων. Ισχυρότερο από αυτά είναι το D.γι' αυτό, όταν λέμε Rhesus θετικό, εννοούμε ότι υπάρχει στο άτομο αυτό το συγκολλητινογόνο.

🌈 Προσδιορισμός ουρίας του αίματος. Η ουρία του αίματος κυμαίνεται ανάμεσα σε 20-40%. Αύξηση αυτής δηλώνει νεφρική ανεπάρκεια, δηλαδή οξεία σωληναριακή νέκρωση, χρόνια νεφροπάθεια και βλάβη των αγγειοσπειραμάτων. Είναι όμως δυνατό και άλλες παθήσεις, όπως το τραυματικό, το αιμορραγικό, το καρδιαγγειακό, το σηπτικό Shock και η βαριά αφυδάτωση να υπάρχει νεφροπάθεια. Ακόμη και η έμφραξη ουροφόρων οδών κάτω από το νεφρό, από λίθο ή από όγκο, είναι δυνατό να αυξήσει την ουρία του αίματος.

🌈 Προσδιορισμός ζαχάρου του αίματος. Το ζάχαρο του αίματος, δηλαδή η γλυκόζη του, κυμαίνεται ανάμεσα σε 80-120 mg% αν ο προσδιορισμός γίνει με τη συνηθισμένη μέθοδο, και ανάμεσα σε 70-100 mg%, αν γίνει με ενζυματική μέθοδο. Μικρή αύξηση του ζαχάρου του αίματος παρατηρείται φυσιολογικά στη μυϊκή άσκηση, στην πέψη, στον πυρετό, στη νάρκωση, στην αφυδάτωση, στον εμετό, κλπ., ενώ ελάττωσή του στην κύηση, στη γαλουχία, στον υποσιτισμό κλπ...

🚦 Προσδιορισμός σιδήρου αίματος. Ο σίδηρος του πλάσματος κυμαίνεται ανάμεσα στα 80-170 γρ.%. επειδή είναι συστατικό απαραίτητο για τη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης, όταν υπάρχει έλλειψή του, προκαλείται σιδηροπενική αναιμία. Αυξημένος βρίσκεται ο σίδηρος του πλάσματος σε περίπτωση ταχύτερης καταστροφής των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε ελαττωμένη και ταχύτερη έξοδο του από τις σιδηραποθήκες. Ελαττωμένος σε αυξημένη ερυθροποίηση και σε δυσχερή αποδέσμευσή του από τους ιστούς και είσοδό του στην κυκλοφορία.

🚦 Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών. Από τους ηλεκτρολύτες ο προσδιορισμός του νατρίου και του καλίου κρίνεται απαραίτητος σε περιπτώσεις ορισμένων γυναικολογικών επεμβάσεων.

1) Το νάτριο αποτελεί το 95% από τα κατιόντα του πλάσματος. Η πυκνότητα του φθάνει τα 138-143 mEq/L. Το νάτριο συμβάλλει στη διατήρηση σταθερής ωσμωτικής πίεσης και οξεοβασικής ισορροπίας του αίματος και των υγρών ιστών. Απορροφάται από τον γαστρεντερικό σωλήνα και αποβάλλεται από το έντερο και τα νεφρά.

Αύξηση του νατρίου παρατηρείται σε υπερφόρτωση νατρίου ύστερα από μεταγγίσεις αίματος, σε ψηλές δόσεις νατριούχου πενικιλίνης και γλυκοκορτικοειδών και σε ελάττωση του ολικού ύδατος του σώματος, όπως σε στέρηση ύδατος, πολυουρία κλπ..

Ελάττωση του νατρίου παρατηρείται σε περίπτωση ελάττωσης της σπειραματικής διήθησης, όπως ύστερα από χορήγηση διουρητικών και σε παθολογική απελευθέρωση αντιδιουρητικής ορμόνης.

2) το κάλιο βρίσκεται μέσα στα κύτταρα και μόνο ποσοστό του 2% έξω απ' αυτά. Η πυκνότητα του στο πλάσμα κυμαίνεται ανάμεσα σε 3,9-5 mEq/L. Απορροφάται από το γαστρεντερικό σωλήνα και απεκκρίνεται από τα νεφρά.

Αύξηση του καλίου προκαλείται από αύξηση πρόληψή του (τροφές, παρεντερική χορήγηση, μετάγγιση συντηρημένου αίματος κλπ.) ή από ανεπαρκή νεφρική αποβολή του (οξεία και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια).

Ελάττωση του καλίου παρατηρείται σε ανεπαρκή πρόσληψή του, σε γαστρεντερικές απώλειες(εμετοί, διάρροια, συρίγγια), σε νεφρικές απώλειες και σε εγκαύματα.

🚦 Γενική εξέταση ούρων. Αυτή ελέγχει την ανατομική και λειτουργική ακεραιότητα των νεφρών και είναι απαραίτητη στη γυναικολογία. Γίνεται με έλεγχο των πρωινών

ούρων. Τα φυσιολογικά ούρα πρέπει να έχουν όξινη αντίδραση(pH 6), να είναι διαυγή, να έχουν χρώμα κεχριμπαριού και να μην έχουν λεύκωμα, ούτε ζάχαρο. Όταν εξετασθεί

μικροσκοπικά το ίζημά τους, διαπιστώνεται η ύπαρξη οργανικών και ανόργανων αλάτων, άμορφων ή κρυσταλλικών, και η ύπαρξη κυτταρικών στοιχείων.

Η ανεύρεση περισσότερων από 1-2 λευκών αιμοσφαιρίων σε κάθε οπτικό πεδίο, θεωρείται παθολογική και οι κύλινδροι δεν πρέπει να είναι περισσότεροι από ένας σε 10-20 οπτικά πεδία. Η ανεύρεση κοινών κόκκων ή μεγάλου αριθμού μικροβίων υποδηλώνει παθολογική κατάσταση. [21]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ

6.1: Μορφές καρκίνου τραχήλου μήτρας

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.

2) Προδιηθητικό καρκίνωμα ή *in situ* καρκίνωμα. Σ' αυτό, που, όπως αναφέρθηκε, αντιστοιχεί στο CIN III, υπάρχουν άτυπα κύτταρα σε όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου. Η βασική μεμβράνη του τραχήλου, που βρίσκεται κάτω από αυτό και είναι ακύτταρη, δεν έχει προσβληθεί. Με αυτή τη μορφή ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει 8-10 χρόνια και να είναι ασυμπτωματικός.

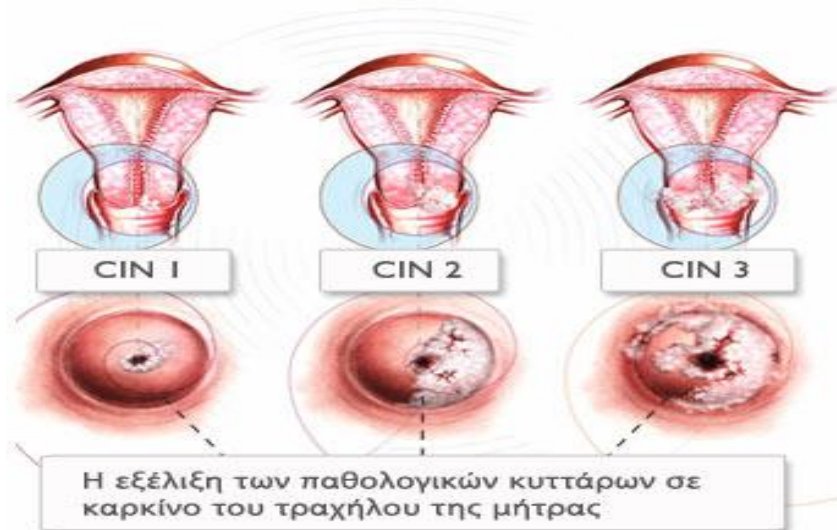
3) Μικροδιηθητικό καρκίνωμα. Σ' αυτό, εκτός από τις ατυπίες των κυττάρων ολόκληρου του πάχους του πλακώδους επιθηλίου, υπάρχουν σε μικρή έκταση ατυπίες στη βασική μεμβράνη και μικροδιηθήσεις με τη μορφή βελονών ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο, που δεν ξεπερνούν τα 3 χιλ. και δεν διηθούν αγγεία ή λεμφαγγεία.

Οι γυναίκες που έχουν υποστεί μια φορά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχουν υψηλότερο κίνδυνο να υποστούν επανάληψη του καρκίνου. Ο κίνδυνος επανάληψης είναι 18% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 1, 27% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 2 και 45% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 3. Ο κίνδυνος επανάληψης είναι 4% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 1, 5% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 2 και 15% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 3. [21]

Οι γυναίκες που έχουν υποστεί μια φορά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχουν υψηλότερο κίνδυνο να υποστούν επανάληψη του καρκίνου. Ο κίνδυνος επανάληψης είναι 18% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 1, 27% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 2 και 45% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 3. Ο κίνδυνος επανάληψης είναι 4% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 1, 5% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 2 και 15% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 3. [21]

Οι γυναίκες που έχουν υποστεί μια φορά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχουν υψηλότερο κίνδυνο να υποστούν επανάληψη του καρκίνου. Ο κίνδυνος επανάληψης είναι 18% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 1, 27% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 2 και 45% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 3. Ο κίνδυνος επανάληψης είναι 4% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 1, 5% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 2 και 15% για τις γυναίκες που έχουν υποστεί CIN 3. [21]

Στάδια εξέλιξης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας



6.2: Σταδιοποίηση κορκίνου

Η σταδιοποίηση του κορκίνου του τραχήλου είναι κλινική και τούτο σημαίνει ότι το στάδιο της νόσου θα σηρευτά στην κλινική εξέταση της ασθενούς από τους ιατρούς του ογκολογικού συμβουλίου, καθώς και σε παροκλινικές εξετάσεις όπως, η σκατογραφία θύρακος, η κυστεοσκόπηση, η ενδοφλέβια πνευμογραφία, η ορθοσκόπηση και ο βροχούχος υακίλυσμός.

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται και άλλες εξετάσεις όπως, η λεμφαγγειογραφία, η αξονική τομογραφία, η βιοψία με λεπτή βελόνα, το PET και η μαγνητική τομογραφία.

Είναι προτιμητέο η διαδικασία σταδιοποίησης να γίνεται υπό γενική αναισθησία, ώστε να ακριβούν καλύτερα το παρομήτριο και οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι, συνήθως με ορθοκλινική οριζική εξέταση. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι μεταστάσεις στους πνευμούς ή παροορτικούς λεμφαδένες παρ' όλη τη σπουδιότητα τους ως παρογναπτικού σημείου, δε λαμβάνονται υπόψη κατά την τξζνόμηση σε στάδια του κορκίνου του τραχήλου.

Λόγω του οριετού υψηλού παοοστού λαμβιαμένης κλινικής υπέρ ή υπο-σταδιοποίησης που παορά να ανέρχεται και σε 40-60% οριετά κέντρα έχουν υιοθετήσει, κατά την διαδικασία σταδιοποίησης, την εκάμηση των παρομητρίων με υπερίλους και την αξονική τομογραφία, χωρίς παοοποιητικά αποτελέσματα σε σύγκριση με την κλινική σταδιοποίηση. Η παρομητοποίηση της μαγνητικής τομογραφίας (MRI) για την καλύτερη εκάμηση των παρομητρίων και του οπιθεπαριπαοοϊκού χάρου παοουάζει μάλλον υποσόμενα μέχρι σημής αποτελέσματα και ενδέχεται μελλοντικά να αποδειχθεί ευρύτερα χρήσιμη και παρομητοποιούμενη στη διαδικασία ορθότερης αξιολόγησης της επέκτασης του κορκίνου του τραχήλου [9].

Ανάλογα με το βαθμό διάθρησης που θα εκάμουμε, ύστερα από τις εξετάσεις που αναφέραμε, τξζνομούμε τον κορκίνο του τραχήλου στα παροκάτω στάδια, σύμφωνα με απόφαση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Γυναικολόγων Μιαεπών:

Στάδιο 0 Σ από ανήκει ο παροδηθητικός ή ενδοεπιθηλιακός ή παροκλινικός ή κορκίνος *in situ*. Στο στάδιο αυτό ο κορκίνος βρικόεται μέσα στο επιθήλιο και δεν πέρασε τη βασική μεμβρόνη του τραχήλου.

Στάδιο I. Ο κορκίνος εντοπίζεται μόνο στον τράχηλο (επέκταση στο σώμα πρέπει να αγνοηθεί).

Στάδιο IA Υπάρχει διάθρηση του στρώματος του τραχήλου (μικροκορκίνωμα).

Στόδιο IA1. Ελάχιστη διάβρωση του σπρώματος <3mm βόθος

Στόδιο IA2. Διάβρωση του σπρώματος σε βόθος όχι μεγαλύτερο από 5mm (από τη βότση του επιθήμιου ή του οδένου) και πλάτος όχι μεγαλύτερο από 7mm

Στόδιο IB. Υπάρχει διάβρωση που σχηματίζει όγκο μεγαλύτερων διαστάσεων από το στόδιο IA2, που δυο από να μην είναι εμφανής κλινικά

Στόδιο II. Ο κορκίνος εκτείνεται πέρα από τον τροχήλο, αλλά δε φτάνει ως το πελικό τοχώμα ή το κάτω τριτημόριο του κόλπου

Στόδιο IIA. Δεν υπάρχει διάβρωση πορομηφίων.

Στόδιο IIB. Υπάρχει διάβρωση πορομηφίων.

Στόδιο III. Το κορκίνωμα εκτείνεται πέραν του τροχήλου, χωρίς όμως να εκτείνεται στα πελικά τοχώματα το κορκίνωμα εκτείνεται στον κόλπο, χωρίς όμως να καπολαμβάνει το κοτώτερο τριτημόριο.

Στόδιο IIIA. Υπάρχει διάβρωση του κόπου τριτημρίου του κόλπου, αλλά όχι του πελικού τοχώματος

Στόδιο IIIB. Υπάρχει διάβρωση του πλόγιου πελικού τοχώματος ή υδρονάφρωση ή μη λειτουργικός ναφρός που δεν προϋπήχε

Στόδιο IV. Ο κορκίνος εκτείνεται πέρα από την πύελο και έχει διάβρωσε το βιεννογόνο της ουροδόχου κύστης και του ορθού

Στόδιο IVA. Υπάρχει επέκταση του όγκου στα παρακείμενα όργανα

Στόδιο IVB. Υπάρχουν μεταστάσεις έξω από την πύελο. [21]

6.3: Μεταστάσεις

Τα κοκκίθηνα σπλάσματα έχουν την ιδιότητα να προκαλούν διασποράς' άλλους ιστούς, ενώ συμβαίνει με διάβρωση των γειτονικών ιστών ή με μετάσταση

Στη διάβρωση υπάρχει συνέχεια του νεοπλασματικού ιστού με την πρωτοπαθή εστία, ενώ στη μετάσταση, ανάμεσα στην πρωτοπαθή εστία και στη δευτεροπαθή, υπάρχει υγιής ιστός

Οι μεταστάσεις συμβαίνουν:

- Με τη λεμφική οδό, δηλαδή με τη μεταφορά εμφύλων από πλάσματικά κύτταρα
- Με την αιμοτική οδό, δηλαδή με διάσχυση νεοπλασματικών κυττάρων μέσα από το λεπτό τοχώμα των φλεβών και μεταφορά τους σε άλλα όργανα με τη μορφή εμφύλων.

□ Με διαστορά, δηλαδή όταν πλασμοδικά κύτταρα ορογόνου υμένα ή βλενογόνου αποσπασθούν και εμριταθούν σε άλλη περιοχή όπως στον κορκόνο της ωθήκης

□ Με όμηση εμφύτευση, δηλαδή με τη μεταφορά κυττάρων ή θροισμύπων του όγκου από τα χέρια του χειρουργού ή από τα εργαλεία του, που συμβαίνει σπάνια

Η είσοδος κορκοκικών κυττάρων στα λεμφαγγεία ή στα αιμοφόρα αγγεία δεν σημαίνει, πως θα συμβεί οποιαδήποτε μετώστωση

Ο κορκόνος του τραχήλου, όταν βρίσκεται στο προδιθητικό του στάδιο, δυνατό να πορκομείναι για πολλά χρόνια. Όταν, όμως, πάρε διθητικό χορκοκίρα, τότε εύκολα κόναι μετωστώσεις. Αυτές πορκοποποιούνται, είτε κατά συνέχαι ιστών, είτε με τη λεμφική οδό, είτε, σπάνια, με την αιμοτική οδό και όχι τόσο με τις ορπηρίες, όσο φέβες. Όταν διθηθούν οι πορκορπηκοί λεμφοδένες, η διαστορά γίνεται με την αιμοτική οδό.

Με τη λεμφική οδό οι μετωστώσεις αφορούν στους επιχώριους λεμφοδένες δηλ. στους πορκομήτριους, υπογύστριους και ιερούς. Ειδικότερα, οι λεμφοδένες που πορκοβύλλονται, είναι της έξωταρικής λογόνιος ορπηρίας που έχει τρείς αλυσίδες (εσωταρική μέση, έξωταρική), της εσωταρικής λογόνιος του θυρεοειδούς ναύρου και οι πορκορπηκοί λεμφοδένες.

Απομοκρυσμένες μετωστώσεις βρίσκουμε στο σικότι, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα επιναρρίδια, στο στήθα, στο πάγκρεας, στο οστά (σπονδυλική στήλη, πύελο, ουχένομηριαίου οστού), κλπ.

Βρέθηκε, πως στα στάδια ΙΑ και ΙΒ οι λεμφοδενικές μετωστώσεις φάνουν το 12-15%, στα στάδια ΙΙΑ και ΙΙΒ στο 25-30%, στο στάδιο ΙΙΙ στο 35-40% και στο στάδιο ΙV στο 80% [21]

6.4 Πρόγωση

Ως πορκόγοντες που σχετίζονται με την πρόγωση της νόσου έχουν αναφερθεί τόσο αυτοί που σχετίζονται με την ασθενή όσο και με τα ιδιαίτερα χορκοκτηριστικά του όγκου.

Έτσι η φυσική κατάσταση της ασθενούς, η ηλικία, η πορκοσία ανοιμίας και ουρομίας, η μικροαγγειοπάθεια έχουν αναφερθεί ότι δημιουργούν δυσμενές συνθήκες επιβορυντικές της εξέλιξης της νόσου.

Όταν αφορά τη μικροσκοπική ή μοικροσκοπική μορφολογία του όγκου παράγοντες που επηρεάζουν δυσμενώς την εξέλιξη της νόσου είναι το προχωρημένο στάδιο (κατά FIGO) της νόσου το αυξημένο βάθος διήθησης του σπρώματος, το αυξημένο μέγεθος του όγκου, η παρουσία διήθησης αγγείων και λεμφαγγείων και η

προυσία νόσου στα εγχειρητικά όρια του παρασκευάσματος. Οισιολογικός τύπος και ο βαθμός διαφοροποίησης της νόσου επηρεάζουν όμοια την πρόγνωση και το ελεύθερο νόσου διάστημα [9]

Η πρόγνωση δεν εξαρτάται τόσο από το βαθμό διαφοροποίησης από τη μορφή του νεοπλασματος και από την ηλικία της όγκου όσο από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο καρκίνος όταν αρχίσει η θεραπεία του, και από τις επιπλοκές που ακολουθούν τη θεραπεία.

Η θεραπεία μετά από 5ετία:

Στο στάδιο 0 είναι	100%
Στο στάδιο IA είναι	93%
Στο στάδιο IB είναι	75-80%
Στο στάδιο IIE είναι	50-60%
Στο στάδιο ICI είναι	28-30%
Στο στάδιο IV είναι	7%

Ο θάνατος στον καρκίνο του τραχήλου, επέρχεται, τις περισσότερες φορές από ουρομία, ύστερα από έμφραξη των ουρητήρων, ή αιμορραγία ή πνευμονική εμβολή ή έμφραξη του εντέρου ή κυκλοφορική ανεπάρκεια [21]

Ο μεταστατικός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παρουσιάζει μέτρια χημειοθεραπεία. Δεν υπάρχει μέχρι σήμερα απόδειξη ότι η χορήγηση συστηματικής χημειοθεραπείας ποσοεινά την επιβίωση των ασθενών με αυτή τη νόσο. Επομένως θα ήταν επιθυμητή η δυνατότητα αναγνώρισης ασθενών με αυτή τη νόσο. Επομένως θα ήταν επιθυμητή η δυνατότητα αναγνώρισης ασθενών που έχουν περισσότερες πιθανότητες να ωφεληθούν από τη χορήγηση συστηματικής χημειοθεραπείας.

Ο Potter και συν. ανέλυσαν τους προγνωστικούς παράγοντες 68 ασθενών με επιοστικό καρκίνο που αντιμετωπίστηκαν με σισπλάτινη. Διαπίστωσαν ανταποκρίσεις σε 73% των ασθενών που παρουσίαζον νόσο μόνο στο θύρακι και σε 22% των ασθενών που υποτροπίασαν στην πύελο (P=0,0007). Πλήρες ανταποκρίσεις διαπιστώθηκαν μόνο στις ασθενείς της πρώτης ομάδας.

Στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα ανταπόκρισης και μικρότερη επιβίωση διαπίστωσαν οι Miral και συν. στις μη σκωβοληθείσες ασθενείς απ' ότι σε αυτές που είχαν προηγουμένως λάβει σκωβοθεραπεία.

Ο Zanetta και συν. χρησιμοποίησαν πολυτρογονική ανάλυση προκειμένου να προσδιορίσουν προγνωστικούς παράγοντες σε 140 ασθενείς με μεταστατική νόσο που έλαβαν συστηματική χημειοθεραπεία με βόση τη σισπλατίνη. Κατάσταση ικανότητας <1 σύμφωνα με την κλίμακα της WHO και υποτροπή τουλάχιστον 12 μήνες μετά την

σκωβοθεραπεία ήταν οι μόνοι παράγοντες που συνδυάστηκαν με μεγαλύτερη πιθανότητα ανταπόκρισης. Παράγοντες που συνδυάστηκαν με μικρότερη επιβίωση ήταν ή υποτροπή εκτός του πεδίου της σκωβοθεραπείας, ή υποτροπή τουλάχιστον 12 μήνες μετά την αρχική διάγνωση καθώς και η διαπίστωση αντικαρκινικής ανταπόκρισης στη χημειοθεραπεία.

Σε ανάλυση μελέτη τους οι Blader και συν. δεν διαπίστωσαν σημαντική διαφορά στην ανταπόκριση ανάλογα με τη χορήγηση χημειοθεραπείας με βόση τη σισπλατίνη ή όχι.

Η μεγαλύτερη ηλικία και η υποτροπή εκτός του πεδίου της σκωβοθεραπείας είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα ανταπόκρισης. Από την προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη της GOG προέκυψε ότι η μικρότερη ηλικία και η επηρεαζόμενη κατάσταση ικανότητας ήταν οι δύο πιο σημαντικοί παράγοντες που συνδυάστηκαν με μικρότερη επιβίωση. Επομένως, εκτός πλαισίου συγκεκριμένης κλινικής μελέτης, ασθενείς με περιορισμένη κατάσταση ικανότητας δεν πρέπει να υποβάλλονται σε συστηματική χημειοθεραπεία δεδομένου ότι τα ονομαζόμενα οφέλη είναι λιγότερα από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής.

Με δεδομένη την περιορισμένη πρόγνωση των ασθενών με μεταστατικό ή υποτροπιάζοντα καρκίνο του τραχήλου της μήτρας απαιτείται εντοπική βιοψική και κλινική έρευνα προκειμένου να βρεθούν πιο αποτελεσματικοί συνδυασμοί κυτταροστατικών και να διερευνηθεί η σημασία της γονδιακής θεραπείας ή αμβολίων σε αυτό τον όγκο [9].

Ανεξόρητοι δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι:

□ Το στάδιο της νόσου ($p=0.00075$), η επιβίωση στο στάδιο I=85%, II=65%, III=35%, IV=10%

- Η παρουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων ($p < 0,01$). Επί ορνητικών λεμφαδένων η επιβίωση ανέρχεται σε 90%, επί θετικών σε 50-60%, θετικών πορορρικών 20-45%
 - Το μέγεθος του όγκου ($p < 0,001$).
 - Η διάβρωση του στρώματος του τραχήλου σε βάθος $> 50%$ ($p < 0,01$).
 - Η παρουσία λεμφαγγειακής διάβρωσης είναι αμφλεγόμενη σημασίας παράμετρος
 - Ιστολογικός τύπος Τα Αδενοκρινώματα θεωρούντο παλαιότερα ως όγκοι με δυσμενή πρόγνωση. Σήμερα πιστεύεται ότι έχουν ανάλογο στάδιο επιβίωση με τα πλακώδη νεοπλασμάτα. Χαρακτηρη πορεία έχουν ορισμένες υποομάδες, όπως τα οδοντοπλακώδη και μικροκυτταρικά νεοπλασμάτα
 - Ο βαθμός διαφοροποίησης, επέκταση της νόσου στο ενδομήτριο, και ο αριθμός των θετικών πελίκων λεμφαδένων, είναι επίσης δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες με μικρότερη στατιστική σημαντικότητα
 - Νεώτεροι βιολογικοί δείκτες Όπως ογκογονίδια, ογκοκοποσωπλακικά γονίδια, ιικό γονιδίωμα, έχουν αμφλεγόμενη αποτελεσματικότητα και εξοκολουθούν να μελετώνται.
- [3]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1: Γενικά

Η θεραπεία του κορκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από το στάδιο του και από την κοπόσταση, την ηλικία και την επιθυμία της ορρώστως να διατηρήσει την αναπαραγωγική της λειτουργία. Αν το Paptest αποκαλύψει δυσπλασία ή αν ο όγκος περιορίζεται στον επιθηλιακό ιστό, η εμπλεκόμενη περιοχή του τραχήλου μπορεί να αφαιρεθεί με κωνοειδή εκτομή ή ακρικό κυτταρισμό, κρυοχειρουργική ή χειρουργική με LASER. Οι προσεγγίσεις αυτές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες προκειμένου να διατηρηθεί η αναπαραγωγική λειτουργία.

Αν διαγνωστεί προδιηθητικός κορκίνος (in situ) και η γυναίκα έχει συμπληρώσει την τεκνοποίησή της, να γίνει σπλήν εκτομή.

7.2: Προκολοιθήρη CIN χωρίς θεραπεία

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η συμπεριφορά μιας ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας σε μακροχρόνια προκολοιθήρη της.

Έως μεγάλος αριθμός γυναικών που έχουν μέτρια CIN (τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία) και της οποίες δεν έγινε θεραπεία, προκολοιθήθηκαν για μεγάλο χρονικό διάστημα (6 χρόνια). Βρέθηκε λοιπόν ότι στις μισές από αυτές υπήρχε κυτταρολογική βελτίωση, ποσοστότητα σε ένα μικρό ποσοστό και εξέλιξη σε χαρότερη μορφή στο 30% περίπου των γυναικών. Σε περίπτωση που δεν έγινε κωνοειδής εκτομή μετά την διάγνωση (κυτταρολογική) της μέτριας δυσπλασίας, η πρόγνωση για τον κίνδυνο εξέλιξη σε χαρότερο στάδιο είναι 2000 φορές μεγαλύτερη από μια γυναίκα χωρίς τραχηλική δυσπλασία.

Το μεγαλύτερο τμήμα των γνώσεών μας βασίζεται στους Péterson και Lange, από τη Σουηδία. Προκολοιθήσαν μια ομάδα γυναικών με προδιηθητικό κορκίνο, χωρίς θεραπεία, με βιοψίες. Στο 5% αυτών των γυναικών είχαμε εξέλιξη σε διηθητικό κορκίνο σε 1 χρόνο και μετά από 8 χρόνια είχαμε εξέλιξη σε διηθητικό στο 50%. Και όλοι ερευνητές παρά τις επικρίσεις, όπως ο Green από τη Ν. Ζηλανδία, προκολοιθήσαν για 3-9 χρόνια χωρίς θεραπεία ασθενείς με CIN3 και είχαμε μόνο ένα διηθητικό κορκίνο.

Το 1984 ο M^h Indbe ανέφερε ότι από 948 γυναίκες στη μελέτη του Gleeson που είχαν CIN3 ιστολογικά αποδεδειγμένα, είχαν 4,3% εξέλιξη σε διβητικό καρκίνο για παρακολούθηση 5-28 χρόνια. Όλα αυτά δείχνουν το CIN3 δεν παραμένει στάσιμο, αλλά εξελίσσεται σε διβητικό καρκίνο.

Εάν κάνουμε κωνοειδή εκτομή σε DIN 3 και υπάρχει υπολειμματική νόσος διαγνωσμένη ιστολογικά, τι κάνουμε; O M^h Indbe (1984) αναφέρει ότι σε ένα αριθμό 948 γυναικών που μελέτηρε και παρακολούθηρε μετά την κωνοειδή εκτομή λόγω in situ καρκινώματος, σε 131 γυναίκες που είχαν ύποπτα κυτολογικά επιχρίσματα λόγω υπολειμματικής νόσου δεν έκανε καμία θεραπεία.

Αυτές οι ασθενείς σε 10 χρόνια, σε ποσοστό 18% είχαν αναπτύξει διβητικό καρκίνωμα και μετά από 20 χρόνια το ποσοστό έφθασε στο 36%.

Εάν η κυτολογία είναι φυσιολογική μετά από την ορχική θεραπεία, το 1,5% μπορεί να αναπτύξει διβητικό καρκίνωμα και 0,8% ανα αναπτύξει υποπροπύζον Ca in situ.

Σε όρους σχετικού κινδύνου, μια γυναίκα με μη φυσιολογικό test pap μετά την ιστολογική διάγνωση καρκινώματος in situ, έχει 248 φορές σχετικό κίνδυνο να αναπτύξει διβητικό καρκίνωμα, σε σχέση με την γυναίκα που έχει φυσιολογικό test pap. Επιπλέον, μια γυναίκα που έχει αντιμετωπίσει θεραπευτικά με επιτυχία το καρκίνωμα in situ, έχει σχετικό κίνδυνο 3,2 [7].

7.3: Μέθοδοι θεραπείας ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών τραχήλου

Αυτές διακρίνονται σε 2 κατηγορίες, στις καταστροφικές και στις αμειωτικές σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, μονοθεραπεία και ορμονοθεραπεία+++
Απαραίτητες προϋποθέσεις για τις καταστροφικές μεθόδους είναι:

- Ικανοποιητική κολποσκοπική και κολποσκοπικά καταβυθισα βιοψία
- Απουσία κυτολογικής, κολποσκοπικής ή ιστολογικής υποψίας αρχόμενης διβητικής και
- Απουσία υποψίας ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του αδενικού (κωνιδρικού) επιθηλίου.

Στις κοποστροφικές μεθόδους ανήκουν:

□ Η ηλεκτροκουτηρία που έχει κυρίως στο παρελθόν, χρησιμοποιεί με ικανοποιητικά αποτελέσματα στη θεραπεία ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών. Πόλλοι ερευνητές παλιότερα αλλά και σήμερα, συστήνουν την ηλεκτροκουτηρία για θεραπεία CIN και αναφέρουν μεγάλο αριθμό ασθενών που έχουν θεραπευθεί με αυτόν τον τρόπο, ακόμα και σε προχωρημένη ενδοεπιθηλιακή βλάβη

Πρόλο που αναφέρονται τόσο καλά αποτελέσματα και αυτή η μέθοδος προηγήθηκε της θεραπείας με κρυοπηξία και Laser, έχει χάσει τη δημοτικότητά της και έχει εγκαταλειφθεί.

□ Η κρυοπηξία έχει και αυτή χρησιμοποιεί με επιτυχία στην αντιμετώπιση των CIN. Θα πρέπει να θεραπεύονται με κρυοπηξία μόνο οι ασθενείς στις οποίες αναμένεται ένα υψηλό ποσοστό ίασης, ενώ οι υπόλοιπες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με εναλλακτικές μεθόδους όπως Laser και το Laser.

Η κρυοθεραπεία έχει σαν συνέπεια την ψύξη του ιστού (με πρωτοξείδιο του οξυγόνου) μέχρι να συμβεί νέκρωση. Επιτυγχάνουμε μια θερμοκρασία -20°C , η οποία κοποσπράει τον ιστό, καθώς κρυσταλλοποιείται το ενδοκυτταρικό νερό. Η κρυσταλλοποίηση του πυρήνα σπάζει την κυτταρική μεμβράνη και προκαλείται θάνατος.

Σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητά της είναι: ο χρόνος ψύξης, ο τύπος της μύτης, το σχήμα του εξωτερικού στομίου, η βαθμίδα και το μέγεθος της αλλοίωσης. Η κρυοπηξία μπορεί να συνοδεύεται από πόνο και επώδυνο σπασμό σε μερικές γυναίκες. Περίπου 20% των ασθενών παρουσιάζει ερυθρότητα και ζώνη [6].

□ Την τελευταία 20ετία χρησιμοποιούνται ευρύτατα οι ακτίνες Laser για την εξάλυψη των CIN. Το μεγάλο πλεονέκτημα της μεθόδου σε σύγκριση με τις προηγούμενες, είναι η ακρίβεια στην εφαρμογή τους, υπό κολποσκοπική πάντα καθοδήγηση. Είναι δυνατόν, με τοπική αναισθησία και σαν διαδικασία εξωτερικού ιστού, να κοποσπράει κωνοειδές ή κυλινδρικό τμήμα του εξοφελήθου, συμπεριλαμβανοντας την αναγνωρισθείσα αλλοίωση και σε διαστάσεις 2-3mm έξω από την ZMI και βάθος έως 1,5cm, έτσι ώστε να εξοφελισθεί κοποστροφή πιθανών νηρίδων CIN σε ενδοτραχηλικές κρύπτες. Τα ποσοστά αποτυχίας κυμαίνονται σε 5%.

περίπου η δε πιθανότητα εμφάνισης διηθητικού καρκίνου μεταχειριστικά κυμάνεται περί το 1%

Σε όλες τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε κοιτοστροφική μορφή θεραπείας για CIN οποιαδήποτε προσεχική κυτταρολογική και κολποσκοπική μετεχειρητική

παροκολούθηρη κυρίως τα 2 πρώτα χρόνια, τόσο για την αναγνώριση των περιπτώσεων που θα χρειαστούν επανοληπτική θεραπεία, όσο και για τον αποκλεισμό ή έγκαιρη ανακάλυψη διαδοθέντος διηθητικού καρκίνου [7]

7.4: Χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου: αφαιρετικές μέθοδοι θεραπείας

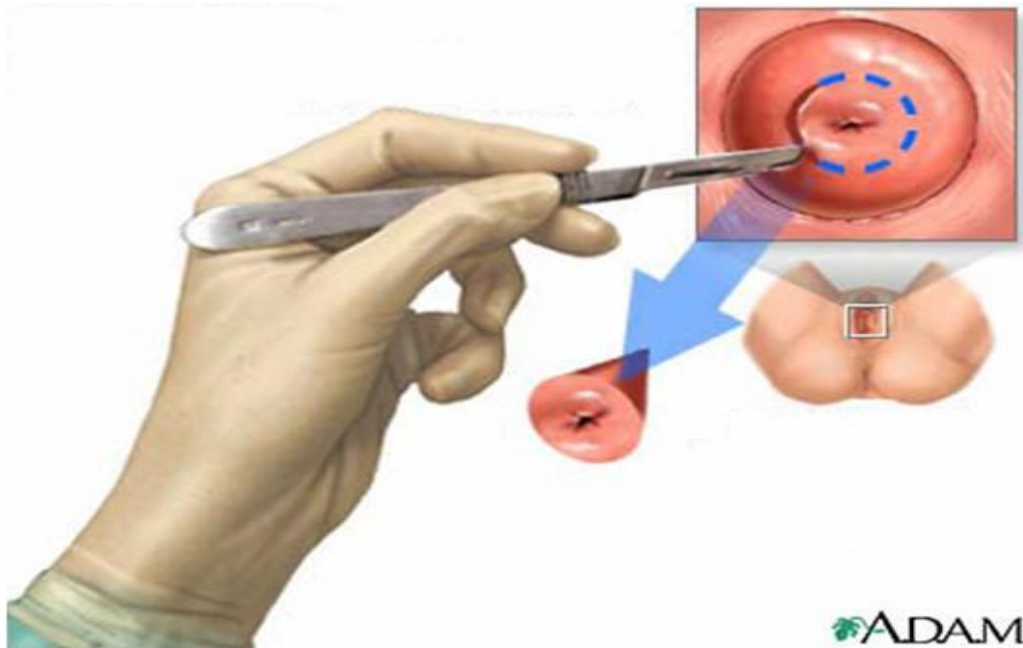
Ο σκοπός της στρωματοποίησης πέραν της προγνωστικής σημασίας στοχεύει στην επιλογή των κατάλληλων ασθενών για την μια ή την άλλη μορφή θεραπευτικής επιλογής. Είναι κάποιου είδους γνώση ότι χειρουργήματα (μολονότι επίσης καλά αντιμετώσιμα και με ακτινοθεραπεία) είναι τα στάδια I-IIA. Σε ορισμένα κέντρα επιχαιρείται χειρουργική αντιμετώπιση και σε στάδια πέραν του IIA, αφού συνήθως προηγείται χημειο-ή ακτινοθεραπεία με σκοπό την ελάττωση της αρχικής μάζας του όγκου.

1) Κωνοειδής εκτομή του τραχήλου. Αυτή θα την εκτελέσουμε σε σοβαρή δυσπλασία του επιθηλίου του τραχήλου και στο καρκίνωμα *in situ* σε νέες γυναίκες για να μη τις στερήσουμε από τη μήτρα τους. Η κωνοειδής εκτομή επιβάλλει, όχι μόνο την εξάρθρωση τμήματος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου, αλλά και του ενδοτραχηλικού βλενογόνου. Κατά την επέμβαση πρέπει να εκτελείται απόξεση του ενδομητρίου για τον έλεγχό του.

Αν ο ιστολογικός έλεγχος του χειρουργικού παρασκευάσματος αποδείξει, πως η διήθηρη δεν πέρασε τη βροσική μεμβράνη τότε η επέμβαση κρίνεται ικανοποιητική και απομένει η κάθε 3-6 μήνες παροκολούθηρη της όρρωσης με κυτταρολογικό έλεγχο για πέντε χρόνια και μετά σε ορισμένα χρονικά διαστήματα.

Επειδή η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι προκαλεί αιμορραγία, στις ημέρες μας χρησιμοποιούμε σκάνες laser γιατί μ' αυτές η εκτομή είναι εύκολη και αναίμακτη. Νέότερη μέθοδο αποτελεί η εκτομή της ζώνης μετάπτωσης με σκώλη διαθερμίας (LEEP-Large Loop Excision of Transformation Zone). [23]

Κωσαδής ακομή του τραχήλου



2) Ακρωτηρισμό του τραχήλου. Αυτόν θα τον εκτελέσουμε στις ίδιες με τις προηγούμενες περιπτώσεις σε ηλικιωμένες γυναίκες και όταν υπάρχει κάποιος βαθμός πρόπτωσης της μήτρας ή επιμήκωση του τραχήλου. Θα τον συνδυάσουμε με κολποτερινορροφία. Ηπαροκολοίθηρη είναι ίδια, όπως στην κωσαδή ακομή.

3) Απλή υστερεκτομή. Αυτή θα την εκτελέσουμε:

α) Σε νέες γυναίκες που γέννησαν, στο κορκίνωμα *in situ*, για το φόβο εγκατάλειψης μικρών εστιών διηθητικού κορκίνωματος που βρίσκεται σε ψηλότερο σημείο από το μέρος της ιστολημίας και γιατί η στένωση της μήτρας δεν προκαλεί σ' αυτές ψυχολογικά προβλήματα, όσο σ' αυτές δεν γέννησαν ακόμη. Έχει ένδειξη και σε διηθητικό κορκίνο όταν η διήθηση δεν περνάει τα 3 χιλ.

β) Σε ηλικιωμένες γυναίκες θα την εκτελέσουμε στο *in situ* κορκίνωμα και στο στάδιο Ια, όταν η διήθηση είναι κάτω από 3 χιλ., πρώτα οι μετεστώσεις στον ζυγό, κι ύστερα, για να τις απολλάξουμε από το άγχος της συνεχής παροκολοίθηρης. Επίσης, εύκολα θα την αποφασίσουμε σ' αυτές που εμφανίζουν χολόρροια του κόλπου και πρόπτωση της μήτρας. Στις περιπτώσεις αυτές προτιμάμε την κολπική υστερεκτομία [21].

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

4) Ριζική υστερεκτομία (υστερεκτομία τύπου III). Αυτή θα την εκτελέσουμε στο στάδιο Ia, όταν το βόθλος διήθηρη πέρασε τα 5 χλ. και έχει διάμετρο 1-3 εκ, στο στάδιο Ib συνδυασμένη με πτελική λειμοδενακτομία και βιοτία των πορορηπικών λειμοδεών.

Εόν η διήθηρη πέρασε τα 5 χλ. και δεν έχει γίνε λειμοδενακτομία ή υπάρχουν διηθημένοι πτελικό λειμοδεές, τότε μετά την εγγέριη θα συστήρουε οκτινοθεροπεία Ριζική υστερεκτομία δυνοπό να εκτελέσουε και στο στάδιο IIa, όταν ο όγκος έχει διάμετρο μικρότερη από 3 εκ, και θα συστήρουε συμπληρωματική οκτινοθεροπεία.

Η ριζική υστερεκτομία αποβέπει στην εξείρεση της μήτρος μαζί με τους πορομήριους ιστούς και λειμοδενακτομία. Σε νέες γυνόκες μπορούε να διορηήρουε τις ωθήκες γιατί ο κορκίνος του τροχήου σπύμα κόνε μεταστύσεε στο στάδιο I και II. Επιπλοκές της επέβωσης αποτελούν το ουρητροκοιλιακό συγγίγιο, από τρομοισμό ή νέκρωση του ουρητήρα λόγω απογγείωσή του και απονία της ουροδόχου κύστης.

5) Τροποποιημένη ριζική υστερεκτομία (υστερεκτομία τύπου II). Αυτή θα την εκτελέσουε όταν το βόθλος διήθηρη είναι κόπω από 5 χλ. και έχει διάμετρο κόπω από 1 εκ. Η εγγέριη περιλομβόνα την εξείρεση των πορορηπικών, των ιερορηπικών συνδέσμων και του κόλπου σε μικρότερη έκταση από τη ριζική υστερεκτομία. Επίσης περιλομβόνα και πτελική λειμοδενακτομία.

Την εγγέριη πρότανε πρόατος ο Werthein, ο οποίος εξείρούσε μόνο τους διογκωμένους λειμοδεές.

Ο ριζικές υστερεκτομίες αποτούν πέρα και εγγερητική ικονότητα από μέρος του χειροργού, γιατί οι επιπλοκές κόπύ την εγγέριη και μετεγγερητικά είναι σοβαρές.

6) Εξεντέρωση. Αν και ο όρος δεν αποδίδα την προμοποκότητα, ούτός χρησιμοποιείται για να δηλώσει την εγγέριη που εκτελούε σε υποτροπές μετά την οκτινοθεροπεία και όταν η διήθηρη δεν αφόρα στα κοιλιακά τοχώματα και δεν υπάρχουν μεταστύσεε σε απομοκρωμένους λειμοδεές. Με την εγγέριη πευχόνομε την ενένωση της πτελου από τα γενηρηικά όργονά της με συνεξείρεση της ουροδόχου κύστης και του σημοαδούς, τη δημιουργία τελητήρ ουροδόχου κύστης και μόνιμη πορά φύση άδρος.

Η εξεντέρωση αποτελεί τολμηρή εγγέριη που την πρότανε ο Bunsching και που έχει όμωση θνηριμότητα μέχρι 10%. Τη διοκίνομε σε πρόσθια (εξείρεση της

μήτρος, του κόλπου και της ουροδόχου κύστης και εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο) και σε οπίσθια (εξόρση της μήτρος, του κόλπου, της κύστης και του σπειθυμένου και κολοστομίο).

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

Τους υπέρμυχους των μεγάλων εγχειρήσεων αντικρούουν οι συντηρητικότεροι με το επιχείρημα, πως εθέτουν την όρρωση σε εγχειρητικούς κινδύνους, χωρίς να είναι βέβαιη η ολική αναισθητική εξόρση των λεμφιδένων, που έχουν μεταστάσεις.

Στην εποχή μας, οι μεγάλες εγχειρήσεις όλο και παραχωρούν τη θέση τους στις συντηρητικότερες [3].

7.5: Ακτινοθεραπεία

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου είναι καθιερωμένος από παλιά. Αυτή θα τη συστήσουμε σε όλα τα στάδια όταν η διάβηρη περνάει τα 3 εκ ή όταν η ασθενής κρίνεται ότι δεν είναι σε θέση να υποβληθεί σε ριζική υστερεκτομία. Αποτελεί θεραπεία εθολογής στα στάδια IIB-IV και σε υποτροπές μετά από εγχείρηση. Μπορεί να χρηγηθεί συμπληρωματικά πριν από χειρουργική αντιμετώπιση (ναο-επιχειρική ακτινοθεραπεία) ή μετά τη ριζική υστερεκτομία (επιχειρική). Είναι επίσης δυνατόν εφόσον η στοδιοποίηση αντιστοιχεί σε μη χειρουργήσιμα στάδια καρκίνου του τραχήλου, να δοθεί ως ριζική ακτινοθεραπεία, συνήθως ενδοκυλινδική ή βροχθεραπεία, μετά από γενική αναισθησία (πχ κίσιο, κοβάλτιο κλπ) σε συνδυασμό με εξωτερική τηλε-ακτινοθεραπεία. Η εσωτερική τοποθέτηση ραδιενεργού ισότοπου έχει ως αποτέλεσμα τη χορήγηση υψηλών δόσεων ακτινοβολίας στο κέντρο της πύλου, η χρησιμοποίηση δε πρόσφατων εξελιγμένων συστημάτων χορήγησης έχει ελατώσει σημαντικά το χρόνο έκθεσης ασθενών και προσωπικού στη ακτινοβολία.

Συνήθως γίνεται εξωτερικά σε δόσεις που κυμαίνονται από 4500-5000 rad και ακολουθεί ενδοκοιλιακή θεραπεία (στον κόλπο, πρόχρηλο και μήτρο), με ειδικές συσκευές και σε δόσεις 2500-3000 rad. Σκοπός της είναι η ολική ακινοβολία που θα πόρουν τα πορομήτρια να είναι 7500-8000 rad και το πλόμο πυελικό τόχωμα με τους λειμφοδένες 4500-6500 rad. Σε μερικές περιπτώσεις ακινοβολούνται και οι πορορρικοί λειμφοδένες.

Η ακινοθεραπεία μπορεί να είναι η μέθοδος επιλογής στην αντιμετώπιση ασθενών με αρχικά στάδια (χαρουργήματα IB-IA), οι οποίες για οποιονδήποτε λόγο δεν είναι κατάλληλες για ριζική υστερεκτομία. Τα αποτελέσματα στην πρόγνωση είναι ποροπλήρια, πορά τις διαφορετικές και συνήθως περισσότερες πορο ενέργειες μετά από ακινοθεραπεία (ακινοτική κυστίτις, ερεθισμός εντέρου, σπορία κολπικού επιθηλίου). Από διάφορες συγκριτικές, τυχοιοποιημένες μελέτες φαίνεται ότι στα στάδια αυτά η 5ετής επιβίωση μετά από χαρουργική θεραπεία, κυμαίνεται από 57% (συνήθως στο στάδιο II A) έως και 87% (συνήθως στάδιο I), ενώ μετά από ακινοθεραπεία επιβίωση κυμαίνεται από 70-88% ποικίλεια δε μετοξύ των διαφόρων κέντρων.

Ακινοθεραπεία επίσης πρέπει να χορηγηθεί στις ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ριζική υστερεκτομία, αλλά είτε βρέθηκαν διηθημένοι πυελικοί ή πορορρικοί λειμφοδένες είτε υπάρχει διάθηρη πορομητρίων ή σελής αφοίρεση κορκίνου στο χαρουργικό ποροσκεύασμα.

Αν και επιδιώκεται η εφαρμογή ενός είδους θεραπείας, εγχαρητικής ή ακινοθεραπείας, μόνο σε μερικές περιπτώσεις ενδείκνυται ο συνδυασμός τους.

Εγχαίρη μετά την ακινοθεραπεία ενδείκνυται σε όγκους διομέτρου μεγαλύτερης από 6 εκ ή σε περιπτώσεις στις οποίες έχει αποτύχει η ακινοθεραπεία. Μετά την ακινοθεραπεία δεν μπορεί να γίνει ριζική υστερεκτομία, γιατί οι επιθηλικές κυρίες από τους ουρητήρες είναι συχνές γι' αυτό απαιτείται σπλή υστερεκτομία ή εξεντέρωση.

Άμεσες επιθηλικές της ακινοθεραπείας είναι ποροτός οι δερμοτικές αντιδράσεις, οι κυστίτιδες και οι διάρροιες και σπότερες η στένωση του κόλπου, βλάβες του λεππού εντέρου και ορθοκολπικά σπρίγια.

Η ακινοθεραπεία τέλος είναι η μέθοδος θεραπευτικής επιλογής για πορορημένους κορκίνους σποδίων II B-IV, μόνη της ή σε συνδυασμό με χημιοθεραπεία. Ανοίρεται επιβίωση έως και 65% για στάδιο II B και έως 45% για στάδιο III ασθενείς.

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται ορισμένες ουσίες που ευαισθητοποιούν τους ιστούς στην ακινοβολία (radiation sensitizers), με κυριότερο εκπρόσωπο την

υδροξυουρία (HU), με σποπτικά καλύτερα αποτελέσματα επιβίωσης σε ασθενείς με ογκώδεις ή υποτροπιάζοντες κεντρικά κορκίνους του τραχήλου Βεβόιας όσο μικρότερο είναι το μέγεθος του όγκου τόσο καλύτερα είναι τα ποσοστά επιβίωσης και τα μεσοδιαστήματα ελεύθερου νόσου [10]

7.6: Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι σχετικά νέα θεραπευτική συμπληρωματική μορφή θεραπείας στον κορκίνο του τραχήλου. Χορηγείται κυρίως σε τοπικά προχωρημένες μορφές κορκίνου συνήθως δε ως νέο-επιχειρητική θεραπεία πριν την χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία. Οσημιοντικότερος κυττοτοξικός παράγοντας φαίνεται ότι είναι η Cisplatin η οποία χορηγούμενη ως μονοθεραπεία παρουσιάζει καλύτερα ή τα ίδια αποτελέσματα απ' ό,τι σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες.

Η χημειοθεραπεία υπό μορφή προεχειρητικής ή μεταχειρητικής χορήγησης δεν έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

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

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

Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στο βλενωγόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, στις ωθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1) Αλκαλούντες παράγοντες. Αυτά επηρεάζουν την πρωτεϊνική σύνθεση

και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διασπέρουν τη λειτουργία των νουκλεϊνικών οξέων. Στοιμοτούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση

2) Αντιμετοβολίτες Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μετοβολίτες (ουσίες απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊνικών οξέων). Υποκοθιστούν τις ουσίες αυτές προσφορούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους Δρουν στη φάση S του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA

3) Αντιστολάς 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) αντιστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων.

Ορισμένες γεννητικές ορμόνες χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου επειδή πιστεύεται πως η ανάπτυξη τους έχει σχέση με την αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος του οργανισμού. Η υδροκορτιζόνη χρησιμοποιείται για τη λεμφώματική 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 νακφώτα.

Συνήθως χρησιμοποιούνται περισσότερα από ένα φάρμακα σε συνδυασμό διάφορης χρονικής εφαρμογής για να μην υπάρξει ταυτόχρονη τοξική επίδραση και να δράσουν σε διάφορη φάση του κυτταρικού κύκλου.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν:

- Από το στόμα
- Ενδοαγγειακά (ενδοφλέβια, ενδοαρτηριακά).
- Ενδομυϊκά
- Με έγχυση στο νεφλάσμο.
- Με έγχυση σε κοιλότητες (ενδοϊντραχειϊκή, ενδοπεριτοναϊκή, ενδορροχιαία).

Ο συνδυασμός χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας αποτελεί θεραπευτική προσέγγιση που έχει προσφέρει στο παρελθόν και υπόσχετοι πολλά για το μέλλον.

Θεωρητικά η χορήγηση της χημειοθεραπείας σε προχωρημένη νόσο που αντιμετωπίζεται με ακτινική θεραπεία προσφέρει στον έλεγχο της τοπικής υποτροπής ή των απομικρυσμένων μεταστάσεων. Η θεραπεία μπορεί να γίνει υπό τη μορφή

εναλλασόμενης χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας ή ταυτόχρονης χημειο- και ακτινοθεραπείας

Το πλεονέκτημα της επιλογής είναι ότι, σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία, επιταίνει την αποτελεσματικότητα της τελευταίας διότι συγχρόνως ακτινοευαίσθητοποιεί τους στοχευόμενους ιστούς. Από πρόσφατη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας φαίνεται ότι η βραχυκύκλιση στην πλάσμα χημειοθεραπεία ακολουθούμενη στη συνέχεια από χειρουργική θεραπεία, υπόσχεται εξίσου μεύατα αποτελέσματα σε προχωρημένους ή υποτροπιάζοντας καρκίνους του τραχήλου.

Πάντως, περισσότερα στοιχεία πρέπει να προκύψουν από μεγάλες σε εξέλιξη προοπτικές, τυχοιοποιημένες μελέτες από τις οποίες θα διαφορούν μεταξύ των άλλων και τα κριτήρια επιλογής ασθενών, που ενώ βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια καρκίνου του τραχήλου, θα παρουσιάσουν αντίξοα βελτίωση της επιβίωσης τους παρά επιβόρευση από σοβαρούς κυτταροτοξικούς παράγοντες.

Τέλος, ο συνδυασμός και των τριών κλασικών αντινεοπλασματικών προσεγγίσεων, χειρουργικής, ακτινο- και χημειοθεραπείας έχει δοκιμασθεί σε κοπά κομόνα μικρές μη τυχοιοποιημένες μελέτες με ομνβόλα αποτελέσματα [14].

7.7: Μονοθεραπεία

Η μονοθεραπεία έχει μικρή ανταπόκριση ποικίλης χρονικής διάρκειας, κλινική ανταπόκριση στο 42% των ασθενών που πλήρον θεραπεία με σισπλατίνη έχει αναφερθεί. Η οδριομυκίνη συνδυάζεται με αντικεμενική ανταπόκριση στο 37% των ασθενών. Η E-Flu συνδυάζεται με ανταπόκριση 23% και η κυκλοφωσφαιμίση με ανταπόκριση 21%. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η συνδυασμένη χημειοθεραπεία είναι ανώτερη της μονοθεραπείας αν και πλήρης ανταπόκριση μπορεί να επιτευχθούν με επιθετική χημειοθεραπεία της νόσου, σε μικρό αριθμό ασθενών με προχωρημένη νόσο ή με υποτροπή, αυτή σπάνια κοπολήγει σε ίωση [18].

7.8: Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία με μεγάλες δόσεις προγεσταγόνων, όπως Megace ή αντιοιστρογόνα, όπως Tamoxifen μπορεί να ωφελήσουν τις ασθενείς με μεταστατική

νόση. Αντιόκριση από 13-42% έχει αναφερθεί, αν και αυτή η προσέγγιση δεν θεωρείται συνθεραπεία.

Λόγω της εξαιρετικά υψηλής συχνότητας του καρκίνου της μήτρας, ο προσδιορισμός της μοριακής αιτιολογίας της συγκεκριμένης νόσου, αποτελεί πρόκληση για το σύνολο της γυναικολογικής έρευνας [6]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

8.1: Ο ρόλος του νοσηλεύτη γενικά επιλογή

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον όγκαστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ανεξαρτησία του και να τα χρησιμοποιήσει, για την κοπολήμηση των κοινητών κληρών, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα ονοπόφρακτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινητικά προβλήματα, που συνοδεύουν την ογκόσπια. Ακόμη οι γνώσεις και οι δεξιότητες βοηθούν τη νοσηλεύτρια(-τή) να προβλέψει και παρεμποδίσει την εμφάνιση των προβλημάτων αυτών.

Η ικανότητα του κοινηνοσπότη να αντιμετωπίσει τη κοπόσπια του επηρεάζεται από παράγοντες όπως η ηλικία, το πολιτιστικό του επίπεδο, η βοήθεια και υποβοήθηση που του προσφέρεται στο σύστημα υγείας και η πείρα από ογκόσπια στο παρελθόν.

Ο ασθενής διοικούνται τη σπύση της νοσηλεύτριας(-τή). Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια(-τή) έχει θετική σπύση στην ογκόσπια του είναι σημαντικό, σαν πρώτο βήμα στην εργασία της με τον όγκαστο. Γι' αυτό,

Δείξτε κοινηόηση στον όγκαστο και παρουσιάστε την εχόριση όλη της ζωής. Αυτό του δίνει ελπίδα.

Διατηρήστε την αξιοπρέπεια και την υπόληψη του ογκάσπια. Έτσι σε κομία άλλη ασθενεια δεν υπάρχει τέτοια οπλή της οντότητας του οπόμευ, όπως υπάρχει στον κοινηό. Προσποθήστε να βοηθήσετε τον όγκαστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.

Φροντίστε να μην εκάθεται ο όγκαστος σας κοπά τις νοσηλείες.

Προσέξτε πολύ τη κοινηότητα, τη συμμετοχή του στον προγραμματισμό της φροντίδας του, εφόσον είναι ικανός γι' αυτό. Τα κοινηόμω είναι μέτρια που θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει την αξιοπρέπεια του παρά την προσβολή της ογκόσπιας.

Εθρορύνετε τον όγκαστο να ενεργεί με τρόπο εχόριστο για τον εαυτό του.

Βοηθήστε στην ονόπλη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να κοινηοηθεί τον εαυτό του.

- Εθθρρύνεται τον όρρωστο να σιρώνεται από το κρεβάτι, εφόσον αυτό επιφέεται
 - Ενισχύετε τη συχνή αλλαγή θέσεως του ορρωστού στο κρεβάτι.
 - Ενισχύετε την καλή διατροφή του ορρωστού
 - Χρησιμοποιήστε τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα για την πρόληψη επιπλοκών όπως πνευμονίος κοιολίσεω, υποσιτισμού
 - Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδος μη παρολείετε, εφόσον η κοιόσταση του ορρωστού το επιφέεται, την εργοσιοθεροπεία, ειαιδή η αποσχόληρη παρολβόνα πολλά ψυχολογικά προβλήματά του
 - Ενισχύετε, το γρηγορότερο δυνατό, την αποκοκόσταση του ορρωστού
- Πριν αναχωρήει ο όρρωστος από το νοσοκομείο, διδάξετε του τον τρόπο αυτοφροντίδος [20]

8.2: Ορόλος του νοσηλευτή την περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων

Ο εργοσηριακές εξετάσεω παραιοποιούνται από ειδικό γιοπρό, όπως μικροβιολόγο, κυτορολόγο κλπ μέσω ειδικών οργάνων παχ μικροσκοπίου, φυλόκεντρο κλπ για εξέταση δείματος ιστού, όπως αίματος, επιθηλίου, δέρματος κ μύος Με αυτήν οκόμη παραιοποιαέται η αναίρεση του φυσικού μεγέθους σχήματος λειτουργίος ενός ή παραιοσύτερων οργάνων καθώς και η οκαιογράφηση οργάνων, η σπαρομέτρηση, η μέτρηση του βοσικού μεταβολισμού κλπ Υπάρχουν σήμερα αναρίθμητα είδη εργοσηριακών εξετάσεων.

Η νοσηλεύτρια(-ης) για κάθε εξέταση πρέπει να γνωρίζα:

- Το σκοπό για τον οποίο γίνεται
- Τον τρόπο παραιομοσίας του ασθενούς
- Τον τρόπο, όπου θα γίνει (η εξέταση).
- Τα ανακείμενα ή όργανα τα απαιρούται για την εξέταση
- Τον τρόπο λήμειος του παραιοσ δείματος
- Το απαιτούμενο δοχείο για ληφθέν δείγμα
- Την ενδεικνύομενη παραιοτητα του δείματος
- Την οκόμη σπαμόσεως του δοχείου που παραιοχει το δείγμα με τα απαιτούμενα στοιχεία

- Τον τρόπο αποστολής του δείγματος
 - Τις ώρες εργασίας του εργαστηρίου καθώς και τον κατάλληλο χρόνο αποστολής του δείγματος
 - Τις μονάδες μετρήσεως με τις οποίες εκφράζονται τα αποτελέσματα των εξετάσεων.
 - Τις φυσιολογικές τιμές των κυριότερων εξετάσεων και τις επιπτώσεις των παρακλίσεων από τα φυσιολογικά όρια
 - Τα μέτρα προφύλαξης του ασθενούς και του περιβάλλοντος σε περίπτωση που εξέταση γίνεται με λήψη ραδιενεργών ουσιών.
- Ο γνώσας αυτές βοηθούν την νοσηλεύτρια(-τη) στην καλύτερη οργάνωση και προαγωγή νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή
- Η νοσηλεύτρια(-τη) ακόμη πρέπει να μιλήσει στην ασθενή για την εξέταση να εξηγήσει το σκοπό της και να τον ενημερώσει για τον τρόπο προετοιμασίας του και για την διαδικασία διεξαγωγής της εξέτασης, τα παραπάνω θα βοηθήσουν τον ασθενή να συνεργαστεί για την επιτυχία της εξέτασης
 - Η νοσηλεύτρια (-της) έχει την ευθύνη της προετοιμασίας των αντικείμενων ή οργάνων για εξέταση
 - Η νοσηλεύτρια (-της) εξασφαλίζει στον ασθενή αναλυτική θέση στη διάρκεια της εξέτασης [20]

8.3: Ο ρόλος του νοσηλευτή την περίοδο της κλινικής εξέτασης

Πριν από την κλινική εξέταση εφόσον η ασθενής που θα υποβληθεί σ' αυτήν επικοινωνεί με το περιβάλλον του, η αδελφή του εξηγεί τι πρόκειται να γίνει, το σκοπό της εξέτασης, τι θα περιλάβει η εξέταση αυτή, καθώς και πως ο ίδιος μπορεί να βοηθήσει κατά την εξέταση εφόσον ο ασθενής εμφανίζει συμπτώματα ασθένειας η αδελφή ζητά από αυτόν την λεπτομερή και ακριβή περιγραφή της ασθένειάς του και την ακριβή απόκτηση στις ερωτήσεις του γιατρού. Προκαλείται ακόμη η προς εξέταση ασθενής να διατηρήσει χαλαρό το μυϊκό και νευρικό του σύστημα για τη διευκόλυνση της εξέτασης και να εσκευάσει την οικονομία κόστους για τον προσδιορισμό της κοπιότητας της κοιλίας και των οργάνων της πύλου. Στο σημείο αυτό, η νοσηλεύτρια(-τη) εξηγεί ότι δεν πρόκειται να αθίσει το όποιο περισσότερο απ' ό

χρειάζεται για μια επιτυχή εξέταση και ότι η ίδια θα παραμείνει κοντά της σ' όλο το διάστημα της εξέτασης

Για ορισμένες εξετάσεις όπως εξέταση κόλπου, επί ογόνου κλπ ο γιατρός ζητά τη συγκατάθεση της ασθενούς ή του κηδεμόνος πριν πραγματοποιήσει την εξέταση. Κατά την κλινική εξέταση γίνεται λήψη ιστορικού, γενική επισκόπηση, γενική εξέταση των συμπτωμάτων και λεπτομερής εξέταση του πρόσχοντος οργάνου ή συστήματος.

Ακόμη η νοσηλεύτρια(-της) βοηθά σε σύντομη και ακριβή διάγνωση της ασθένειας, γνωστοποιώντας στον γιατρό συμπτώματα του ασθενούς που έπασαν στην αντίληψή της.

Η ασθενής στη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης κατέχεται συνήθως από αισθήματα φόβου και ντροπής. Φόβου για το άγνωστο των ερμημάτων και τις συνέπειές τους και ντροπής κυρίως στις γυναίκες για το είδος της εξέτασης.

Η προσωπική επικοινωνία της νοσηλεύτριας(-της) με την άρρωστη μπορεί να μειώσει ή και να διολύσει τα εμφανιζόμενα συναισθήματα ντροπής και φόβου.

Κατά την κλινική εξέταση η νοσηλεύτρια(-της) βοηθά τον γιατρό, δίνοντας στον ασθενή κατάλληλη θέση και ελευθερώνοντας το εξετιζόμενο μέλος του σώματος από ό,τι το καλύπτει. Η νοσηλεύτρια(-της) ακόμη και προηγουμένως αναφέρθηκε, δίνει στον γιατρό πληροφορίες σχετικές με τον ασθενή οι οποίες είτε έπασαν στην αντίληψή της είτε δόθηκαν σ' αυτήν προηγουμένως από τον ασθενή. Προσφέρει στον γιατρό τα απαιτούμενα εργαλεία για την εξέταση, γράφει τις ιατρικές οδηγίες και ενημερώνεται περισσότερο για τη γενική του κατάσταση [3].

Νοσηλευτικά καθήκοντα

Εξασφάλιση άνεσης στην άρρωστη με την παρουσία του νοσηλευτή κατά την ώρα της εξέτασης

Ενθάρρυνση της άρρωστης να χαλαρώσει, να είναι ήρεμη και να αναπνεύσει βαθιά.

Εξασφάλιση του κατάλληλου φωτισμού και των απαραίτητων αντικειμένων για την εξέταση

Βοήθεια του γιατρού, κατά την ώρα της εξέτασης

Καθαρσιμός περινεϊκής χώρας από ακρίσειες και λιπαντική ουσία, μετά το τέλος της εξέτασης

Τοποθέτηση της άρρωστης σε άνετη θέση μόλις τελειώσει η εξέταση

Πρωχή χρόνου στην άρρωστη να μείνει για λίγα λεπτά στην καθιστή θέση πάνω στο εξεταστικό τραπέζι, για να ανακαίσει την ισορροπία της προτού κατέβει.

Επίλυση αμφιβολιών της άρρωστης και διασφάλιση των ιατρικών οδηγιών. [2]

8.4: Αντιμετώπιση των ονογκών θρέψης του ασθενούς

Η καλή διατροφή του ορρώστου με κοκκίνο αποτελεί πολλές φορές νοσηλευτικό πρόβλημα και συγχρόνως ευθύνη της νοσηλεύτριας(-τη), επειδή από την μια οι ανάγκες για καλή θρέψη του καρκινοπαθή είναι μεγαλύτερες, από την άλλη η περιορισμένη διάθεση για φαγητό (ανορεξία) αποτελεί σύμπτωμα της ορρώστιας. Η αποστροφή στην τροφή και μάλιστα σε ορισμένα είδη και η ανορεξία ποικίλλουν από όρρωστο σε όρρωστο. Πράσι πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την καλή διατροφή του ορρώστου. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αναζητάει αυτούς τους παράγοντες και να τους αντιμετωπίζει ανάλογα, επειδή αυτή έχει την ολοκληρωτική ευθύνη της καλής διατροφής του ορρώστου.

Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαποροχή στο ιαζύγιο ονογκών του οργανισμού του ορρώστου σε θερμίδες και ουσών που του προσφέρονται και αποτελεί προειδοποιητικό σημείο για βελτίωση της διατροφής του.

Επίσης η ακύρωση της κατώστασης θρέψης των ασθενών, ιδιαίτερα ουσών που η μετεγχειρητική περίοδος ανάκτησης ονομάζεται να είναι μεγάλη, είναι πολύ σημαντική. Επιστημονείται ο σωστός τρόπος Υγιεινής και καλής διατροφής πλούσιος σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και υδατοδιαλυτά, καθώς η καλή κατώσταση θρέψης σχετίζεται με βροδύτερη

επούλωση του χειρουργικού τρώματος, καθυστέρηση της ανάκτησης χρόνια ανομμία, διαποροχή του ανοσολογικού συστήματος, αυξημένη νοσηρότητα και μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Για τον προσδιορισμό των διατητικών ονογκών του ασθενούς λαμβάνονται υπόψη και οι εξής παράγοντες:

- Ο βαθμός της δραστηριότητας του ασθενούς
- Η θερμοκρασία του σώματος του
- Η σωματική διάπλαση και θρέψη του ασθενούς
- Το είδος της ασθένειας, το οποίο δυνατό να προκαλέσει διαποροχές στη πέψη, απορρόφηση, κύστες και άλλες λειτουργίες του οργανισμού
- Η ψυχική κατώσταση του ασθενούς

Στην πορεία της θεραπείας του ασθενούς η διαπρόκληση του συχνά αποτελεί βασικό μέρος της όλης θεραπείας. Στην περίπτωση ο γιατρός καθορίζει το διαπολύτρο του ορθώστου. Στην νοσηλεύτρια όμως και τη διαπολύτρο αφιέρωται η εφαρμογή του.

Ητοιμοσία και η βοήθεια του ασθενούς για φορητό περιβάλλον:

□ Την ετοιμοσία του περιβάλλοντος του ορθώστου, η οποία συνίσταται στον ορισμό του δωμάτιου, τη δημιουργία τοπικού και ήπυχου περιβάλλοντος, την ελευθέρωση των ασθενών από δυσάρεστες νοσηλείες, την απομόκρωση επισκεπτών και την έγκαιρη χορήγηση δαχτύ, για να μη χρειαστεί αυτό κατά την ώρα του φορητού.

□ Την ετοιμοσία του ασθενούς. Τοποθετείται ο ασθενής σε αναπομπική θέση και πλύνει τα χέρια. Σε περίπτωση πόνου χορηγείται πούσινο πριν το φορητό. Τέλος βοηθείται ο ασθενής να επωέλθει σε φυσιολογικές συνθήκες, ενθαρρύνεται να φύει στο τραπέζι του θαλάμου με τη συντροφιά άλλων ασθενών, εφόσον αυτό επιτρέπεται.

□ Σερβίρισμα τροφής. Τα γεύματα πρέπει να σερβίρονται σε τοπικές ώρες και να αποφεύγεται κάθε καθυστέρηση. Η ώρα του φορητού συνήθως είναι για τον ορθώστο μια ευχάριστη διακοπή της αδράνειας και μονοτονίας της ημέρας. Η δυσανεξία από την καθυστέρηση του γεύματος μπορεί να οδηγήσει σε χάσιμο της διαθέσεως για φορητό.

Επιβάλλεται να προσφέρεται η καθορισμένη από τον γιατρό δίαιτα. Κατά το σερβίρισμα λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του ασθενούς, εφόσον δε τον βλέπουν ακόμη δίνεται προσοχή σε έθιμα, διαφόρων φυλών, θρησκευμάτων και εθνικότητων.

□ Βοήθεια ασθενούς. Κάθε ασθενής ορέσκειται να τρώει μόνος του και η αδελφή προσπαθεί να ικανοποιήσει αυτή του την επιθυμία.

Ο ασθενής δεν πρέπει να αισθάνεται ότι οφείλει να βιαστεί να τελειώσει το γεύμα του.

Πρώτο για το φορητό πρέπει να τύχουν άμεσης προσοχής και διεκπεραίωσης. Σε εξοσθημένα άτομα προετοιμάζουμε το φορητό και τοποθετούμε το δίσκο σε τέτοια θέση που να το παίρνει ο ασθενής εύκολα, χωρίς ιδιαίτερη προσοχή. [20]

8.5: Βοήθεια πριν, κατά και μετά την θεραπεία.

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

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

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

Δείξτε καλοσύνη στον άρρωστο και παρουσιάστε την εχθρίστη όψη της ζωής. Αυτό του δίνει ελπίδα.

Διατηρήστε την αξιοπρέπεια και την υπόληψη του άρρώστου. Έως σε καμία άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του σώματι, όπως υπάρχει στον κορίνιο. Πολλοί άρρωστοι που γνωρίζουν ότι έχουν κορίνιο, λένε ότι δε φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο ή τη δυσμορμία ή άλλη ειδική όψη της ασθένειας όσο φοβούνται μη χάσουν τον αυτοέλεγχο και την αξιοπρέπεια στα τελευταία στάδια της νόσου. [2]

Προσπαθήστε να βοηθήσετε τον άρρωστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.

Φροντίστε να μην εκάθεται ο άρρωστος σας κατά τις νοσηλείες.

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

Ευγένεια και θάλαση δίνει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας.

Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να ενεργεί με τρόπο εχθρίστο για τον εαυτό του.

Βοηθήστε στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του (όταν αυτό αποτελεί πραγματικότητα).

Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να σηκώνεται από το κρεβάτι, εφόσον αυτό επιφέρεται.

Ενισχύστε τη συχνή αλλαγή θέσεως του άρρώστου στο κρεβάτι.

Ενισχύστε την καλή διατροφή του άρρώστου. Η σπύδα σε μικρού βάρους δηλώνει διαποροχή στο ισοζύγιο αναγκών του.

Χρησιμοποιήστε τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα για την πρόληψη επιπλοκών όπως πνευμονίας, κοιλιώσεων, υποσιτισμού.

- Πάρτε κάθε μέτρο για τη διατήρηση καλής οπτικής καθαριότητας του ορρώστου
 - Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας μη παραλείψετε, εφόσον η κατάσταση του ορρώστου το επιτρέπει, την εργοθεραπεία, επειδή η αποσχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματα.
 - Ενισχύστε – το γρηγορότερο δυνατό – την αυτοκατάσταση του ορρώστου, εφόσον η αναπηρία είναι προϊόν της νόσου
 - Ακόμη μην παραλείψετε να διδάξετε, οποίον και αν έλθει σε επαφή μαζί σας για τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της νόσου
 - Πριν αναχωρήσει ο όρρωστος από το νοσοκομείο, διδάξτε του τον τρόπο αυτοφροντίδας. Για τέλεια αυτοκατάσταση, οι όρρωστοι πρέπει να αισθάνονται πως τίποτα δεν ανέκωψε το σχέδιο της ζωής τους και ότι μπορούν να συμμετέχουν σ' αυτήν.
 - Στη φροντίδα του κορκνοπαθή οι επιδιώξεις είναι ο περιορισμός της νόσου και η βοήθεια του ορρώστου να ξεναγκριστεί κατά το δυνατό στη φυσιολογική ζωή
- Για κάλυψη των αναγκών του ορρώστου, κατά την περίοδο αναζήτησης της νόσου, διαγνώσεως και θεραπείας, προσοχή θα πρέπει να δοθεί,
- 1) Στις ανάγκες του ορρώστου ως απόμου,
 - 2) Στις ανάγκες της ορρώστιας
 - 2) Στις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται, στις ανάγκες του ορρώστου από την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσιολογική του κατάσταση. [20]

8.6: Νοσηλευτική φροντίδα στη χειρουργική αντιμετώπιση του κορκίνου

8.6.1: Γενικά

Η τεράστια πρόοδος στη χειρουργική, την ανοσοθριολογία και τη τεχνολογία – βελτίωση συσκευών, μηχανημάτων εργαλείων που χρησιμοποιούνται στη χειρουργική καθώς και έλεγχος των λοιμώξεων και οι συμπληρωματικές θεραπείες όπως η ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, έκαναν τη φροντίδα του χειρουργημένου ορρώστου περισσότερο πολύπλοκη αλλά και αποτελεσματική. Για τους παραπάνω λόγους σήμερα μπορεί να εξαρτηθεί στον όρρωστο υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα σε όλες τις φάσεις από την προεγχειρητική περίοδο μέχρι και την πλήρη αυτοκατάστασή του.

Ο νοσηλεύς σαν μέλη της υγειονομικής ομάδας συμμετέχουν ενεργά στις ποικίλες διαδικασίες δεδομένου ότι διαθέτουν τον περισσότερο χρόνο κοντά στον όρρωστο και έχουν την ευκαιρία να εστιάσουν, αξιολογήσουν και αντιμετωπίσουν τις ανάγκες και τα προβλήματα του κοθός και να κάνουν τις σχετικές αναφορές και εισηγήσεις στην υγειονομική ομάδα. Σημαντικό επίσης βήμα προόδου στη νοσηλευτική φροντίδα του χειρουργημένου ορρώστου αποτελεί και η αλλαγή συμπεριφοράς όσων ασχολούνται με τη νοσηλεία του στο νοβέτιον και να αντιμετωπίζουν τον όρρωστο ως ψυχολογική οντότητα, μοναδική και ανεπανάληπτη προσωπικότητα και όχι ως απλή χειρουργική περίπτωση [20]

α) Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Εάν κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο, κατέχει από αισθήματα φόβου και ανηυχίας, οπότε που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα, ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της εγχείρησης και τη ναυρομυχική κατάσταση του ορρώστου.

Ο φόβος και η ανηυχία του ασθενούς μπορεί να οφείλονται σε όμοια, προκαλήνητη, ποικίλη, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης της κατάστασής του κοθός και σε οικονομικά προβλήματα.

Η νοσηλεύτρια(-της) με την καλοήγηρη και την ευσυναιδηρία, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της, καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα.

Η προετοιμασία της νοσηλεύτριας(-τη), ώστε να απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα του ορρώστου, χωρίς να εμπεδώνει σε αρμοδιότητες άλλων ειδικτήτων, όπως ιατρών κλπ, κοθός και η προετοιμασία του ασθενούς από νοσηλεύτρια(-τη) με επεξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλείες, δημιουργούν στον ασθενή κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται. Αυτό συντελεί στη μείωση ή και εξάλειψη των συναισθημάτων φόβου και ανηυχίας που προέρχονται από το άγνωστο.

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος τη σοβαρότητα της εγχείρησης και την κατάσταση του ορρώστου.

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς διακρίνεται σε:

- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία [20]

✚ Ηγεμική προεγχειρητική ετοιμοσία περιλαμβάει:

Τόνωση του ηθικού: Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς επιτυγχάνεται με την προσέγγιση της νοσηλεύτριας(-τη).

1. Να κοινοποιήσει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει.
2. Να κοινοποιήσει τον ασθενή και να συμπεριστεί τη θέση του.

Τόνωση σωματική: Αυτή επιτυγχάνεται με διαπολόγιο πλούσιο σε υδατόφιρες λευκώματα, όλησι, βιταμίνες και φασχό σε λίπη για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή της νοσηλεύτριας(-τη) είναι αποφασιστική. Ενώ ο γιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαπολόγιου, η νοσηλεύτρια(-τη) παρακολουθεί τη διατροφή του ασθενούς και μελέτά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Η νοσηλεύτρια(-τη) βοηθάει στη σωματική τόνωση του ασθενούς εάν:

1. Έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής.
2. Γνωρίζει την επίδραση της εγχειρήσεως στις λειτουργίες του μεταβολισμού

και,

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

Ο ασθενής σε κάθε εγχειρητικό υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμέτους. Γι' αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμοσία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επίρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι ο ασθενής βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως shock, ναυτία, δίψα και Καθιρότητα του ασθενούς:

1. Καθιρότητα του εντερικού σωλήνα.

2. Καθιρότητα αίματος του ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθιρότητας, το οποίο αποβέει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεως του χειρουργικού τραύματος.

Εξασφάλιση στερκοίς και κοιλού ύπνου:

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί

να είναι έντονα και να διόχουν τον ύπνο. Η οίδημα και η κόπωση από αυτήν προδιθέτουν στη μη οριζή μεταχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών.

Για την αποφυγή οίδημας και εξοφίωση κολού και εποικούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της πορομότης της εγχαίρεως ηρεμιστικό και υνκαπικό φάρμακα.

Προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μεταχειρητικές οικήρες όφρων, ανοιναυστικών μυών.

Προσκαπολιζιμό ασθενούς στο νέο δωμάτιο, στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την εγχαίρη, όταν μάλιστα πρόκειται να νοσηλευτεί ούτως σε μονάδα εντοπικής ποροκολουθήρεως. Αυτό γίνεται, για να μην ομηρυχίρει ο ασθενής όταν κατά την αράνηση βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον, εξοπλισμένο με πολλά και περίεργα γι' αυτόν μηχανήματα. [20]

✚ Τοπική προεχειρητική ετοιμασία:

Τοπική προεχειρητική ετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχαίρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθοριότητα, αποπύχωση και αντησιμμία του δέρματος του εγχαίρητικού πεδίου, ώστε να κατοπιστεί οκίνδυνο για μολύνσεις.

Η θέση και έκταση της προετοιμασίας του εγχαίρητικού πεδίου εξορτάται από το είδος της εγχαίρεως και πρέπει να περιλαμβάνει οριική έκταση γύρω από το σημείο της τομής. [20]

✚ Τελική προεχειρητική ετοιμασία:

Η τελική προεχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

- α) Προπήρηρη και εκάμηση της κοποσιώσεως του ασθενούς
- β) Κόπωση ή ένδυση του ασθενούς
- γ) Την καλύτερη δυνατή ψυχολογική, σωματική και φυσική προεχειρητική κοπώση του ορρώστου
- δ) Ελάτωση του κινδύνου των λοιμώξεων με την μείωση των πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού του ορρώστου.

ε) Η πρόληψη επιπλοκών και η επίλυση της ανώμαλότητάς του

στ) Αφαίρεση κοσμημάτων και οδοντοστοιχίας

ζ) Κένωση κύστεως Πριν την επέμβαση ο όρρωτος πρέπει να ουρήσει. Σε ειδικές περιπτώσεις τοποθετείται προεγχειρητικά καθετήρας όπως σε γυναικολογικές επεμβάσεις για τον κίνδυνο πρόσεως της κύστεως κατά την εγχείρηση γειτονικών οργάνων και σε μικρά παιδιά που η συνεργασία τους είναι δύσκολη

η) Νύχια – χείλη Βαμμένα νύχια και χείλη καθαρίζονται, διότι κατά την εγχείρηση γίνεται έλεγχος από τα σημεία αυτά για την κολή ή κακή οξυγόνωση του ορρώστου. Η κλύση των νυχιών και των χελιών είναι κριτήριο κακής οξυγόνωσης

θ) Προνόκιση Περιλαμβάνει τη χορήγηση πεθιδίνης ως νορκεπικό – ονολογητικό και οπιοίνη για την αναστολή των εκκρίσεων. [20]

β) Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση της νοσηλεύτριας(-τη). Αυτή πρέπει να γίνεται από έμπειρη και επιδέξια νοσηλεύτρια(-τη), η οποία κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίξει την παρακολούθησή και την περιποίηση του ασθενούς

Η νοσηλεύτρια(-της) θα συντελέσει:

1. Στην προσοχή του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανωμάλιας

2. Στην παρακολούθησή της μετεγχειρητικής εξέλιξής της ασθενούς του

3. Στην οικειότητά του από ενοχλήματα

4. Στην πρόληψη επιπλοκών και,

5. Στη βοήθεια του ασθενούς για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση

Από το είδος της εγχείρησης θα εξαρτηθεί το είδος της νοσηλευτικής μονάδας στην οποία θα μεταφερθεί ο ασθενής π.χ. μονάδα ανωμάλιας εντοπικής παρακολούθησης ή χειρουργική. Απορροή είναι η νοσηλευτική μονάδα στην οποία θα μεταφερθεί ο ασθενής μετά την εγχείρηση να διαθέτει τα ανάλογα μέσα ή όργανα για την παρακολούθησή και νοσηλεία του.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Αυτή περιλαμβάνει:

1. Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.

2. Την κατάλληλη τοποθέτηση του ορρόστου στο κρεβάτι. Η θέση του ασθενούς στο κρεβάτι καθορίζεται από το είδος της εγχείρησης την οποία έκανε, καθώς και από το είδος της νοσηλείας που πήρε. Η πιο συνήθης θέση του ασθενούς αμέσως μετά την εγχείρηση είναι η «ύπτια», με το κεφάλι στραμμένο πλάγιας, οργότερα τοποθετείται σε «ανάρροπη» θέση χωρίς να αποκλείεται οποιοδήποτε άλλη από τις γνωστές θέσεις.

Η κατάλληλη θέση του ορρόστου στο κρεβάτι προκάλει χαλάρωση και όχι σύσπλημμών και επιπέσει τη λειτουργία τυχόν ποροχευάσεων κλπ.

3. Τον έλεγχο της κοπιοστάσεως του τραύματος και την παρακολούθησή του.

4. Την παρακολούθησή του ασθενούς μέχρι την αφύπνισή του. Εδώ η προφύλαξη ή η προσοχή του ορρόστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσίων αποτελεί καθήκον της οδού.

5. Τη σύνδεση των ποροχευάσεων ή του κοθετήρα, εάν ο ασθενής φέρει κάποιο από αυτά.

6. Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μεταχειρητικές επιπλοκές. Στο θέμα αυτό θα γίνει λεπτομερής αναφορά οργότερα.

7. Την ανακούφιση του ορρόστου, με την καλή νοσηλευτική φροντίδα, από τον πόνο και άλλες δυσκολίες από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.

8. Τη φροντίδα του τραύματος.

9. Μέτρηση και καταγραφή των ζωικών σημείων.

10. Παρατήρηση και παρακολούθηση της ενδοφλέβιας έγχυσης ορού και μετάγγισης τις συνδέσεις και τη λειτουργία ποροχευάσεων.

11. Παρακολούθησή του επιπέδου συναδέρσεως.

12. Εικίμηση της λειτουργίας των ναφρών: ποσό ούρων, μέτρηση και καταγραφή σε ειδικό πίνακα προσλαμβόμενων και αποβολόμενων υγρών.

13. Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και κατάλληλη θερμοκρασία θαλάμου.

[20]

8.7: Νοσηλευτική φροντίδα στην χημειοθεραπεία

1. Γίνεται ομοδική προσέγγιση του ορρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του στον μια εννοία οντότητα που την αποσχολούν θέματα φυσικά, συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά

2. Βεβαιώνεται ο ορρώστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και υγιή

3. Εφορμίζονται αρχές διδασκαλίας και μύησης κατά την εκπαίδευση του ορρώστου ώστε να αποδεχτεί, να εφορμώσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της

4. Προσφέρεται στον ορρώστο ότι ένυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση

5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του ορρώστου για τη θέρμη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα και λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας

6. Πρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων και ο λευκοκυτταρικός τύπος η θερμοκρασία του σώματος, το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη

- πρόληψη των λοιμώξεων με την εφαρμογή καλής και σχολαστικής στοματικής καθαριότητας
- την αλλαγή της συσκευής της ενδοφλέβιας έγχυσης κάθε 24 ώρες και τη θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες

8. Πρακολούθηση των αιμοπεταλίων, ταύρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για τεύχελα ή αιμοπόμια

- πρόληψη των αιμορραγιών με τον περιορισμό των υποδύριων και ενδομυϊκών ενέσεων

9. Πρακολούθηση της αιμοσφαιρίνης του αιμοκρίτη και η παρουσία συμπτωμάτων όπως αχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια

- βοήθεια του ορρώστου με διαπολόγιο πλούσιο σε λευκωμα και σίδηρο
- από φυγή κόπωσης
- χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού
- περιορισμός της απώλειας αίματος

10. Πρακολούθηση η συχνότητα των εμέτων, ο χορκαίρος και η

ποσότητα, η ανορεξία ή αποστροφή στην τροφή

- χορήγηση αντιεμετικών
- προγραμμαζόνται μικρά και συχνά γεύματα
- χορήγηση παγωμένων τροφών
- διόρθωση, αν χρειάζεται, της διαποροχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξουάλισση κολικής θράψης

11. Προβουλίζεται το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διορρικής κένωσης

- λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της συστολής των κοιλιακών μυών, περιορίζεται η κωπορίνη στο διαπολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλότητα

αντιμετώπιση της διάρροιας με τη χορήγηση φαρμάκων που ομοσελλουν τη διάρροια

- χορήγηση υγρών
- διόρθωση διαποροχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών

12. Προβλήρη της στοματικής κοιλότητας για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία στοματίτιδας

- συνεχής φροντίδα της στοματικής κοιλότητας
- και προσφορά λευκής και γλυκιάς τροφής

13. Προβουλίζεται ο όρρωπος για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δυνάμεις των χεριών, απώζια, απώζια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και πορλυτικός ελαός

βοήθεια στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με τη χορήγηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του

- τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση

14. Προβουλίζεται η λειτουργικότητα του ήγματος και η εμφάνιση συμπτωμάτων όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ύκερος

15. Προβουλίζεται η λειτουργικότητα των νεφρών, ο όρρωπος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οιδήματα και μείωση του ποσού των ούρων.

περιορισμός του ουρικού οξέος στο αίμα και διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με τη χορήγηση υγρών και φαρμάκων

16. Προβουλίζεται ο όρρωπος για συμπτώματα όπως ομηόρροια και διαφοροποίηση χροκοκρηστικών του φύλου

ενημερώνεται η όρρωστη πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία θα πρέπει να μείνει έγκλιος για την πρόληψη ταροπογένεσης

17. Γίνεται εξακρίβωση αν η όρρωστη έχει καταλάβει ότι τα μολλία της μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξυνοβγούν ακώπερτου βδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας

μειώνεται η αλωσπεκία αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμυστέπωση με ελωσπεκικό επίδεσμο και ποιοκύση στο κεφάλι

18. Προκωλουθείτο το δέριμα για διοκοπή της συνέχαιός του, διοπερείτο κωθρό, προσπατέται από την ξηρότητα και τη μεγώληέθεση στον ήλιο ή σε τελητές υπεριώδεις ακίνες

δίνονται στην όρρωστη έντυτες πληροφορίες σχετικά με την προσπασία του δέριματος και τις αλλαγές στο χρώμα [19]

8.8: Νοσηλευτική φροντίδα στην ακινοθεραπεία

Ο αρμοδιότητες και οι εθόνες της νοσηλεύτριας(-τη) που νοσηλεύει όρρωστο στον οποίο εφαρμύζεται ακινοθεραπεία ακιρέρεται (1) στην ενημέρωση του όρρωστου για θεραπεία, (2) στην προετοιμασία και βοήθεια του όρρωστου για τη θεραπεία, (3) στην εφαρμυγή προσπατευτικών μέτρων για τον όρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και (4) στην ψυχολογική τώωση του όρρωστου πριν, κατά και μετά τη θεραπεία

Για την προετοιμασία και βοήθεια του όρρωστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμυστέ ακινοθεραπεία γίνεται οι πιο κώω εφαρμυγές

Ελέγεται το δέριμα της περιοχής που ακινοβολέεται

Αποφεύγεται η χρήση αρεθιστικών ουσιών.

Κωθορίζεται η περιοχή με χλωρό νερό.

Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμολούγες αλωκές μετά από ιατρική εντολή

Ενημερώνεται ο όρρωστος να μην ξηπλώνει στην περιοχή του δέριματος που πορουσάσε ακινοθεραπεία

Εθωρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα που αζώνουν τον αρεθισμό.

Σε εκαιτοιμένη ακινοθεραπεία διοκόπεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακινοθεραπεία

Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του ορρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών.

Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής ανίδρωσης δηλαδή Γενικής κοπβολής, δύσπνοια, ναυτία, εμέτω, ανορεξία, απώλεια βάρους ή νοσηλεύτρια(-τής) μετά από εντολή γιατρού

Χορηγία ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιισταμινικά φάρμακα

Φροντίδα για την κλήση και ενδύπωση του ορρώστου

Επίσης φροντίδα για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του ορρώστου όταν ο ορρώστος είναι κνήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών του αναγκών.

Κοπβόλα προσέβα για την ανάμνηση του ηθικού που συμβάλλει στη μείωση και την κλήση αντιμετώπιση των παραπάνω ανιδρώσεων.

Αν ο ορρώστος εμφανίσει διάρροια (λόγω ευαισθησίας του βλενογόνου του εντέρου στην ακινοβολία):

Χορηγούνται αντιδιωρητικά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του γιατρού

Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια

Χορηγείται ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υδατίμα). [19]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΕΞΑΤΟΜΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

9.1: Ιστορικό πρώτης ασθενούς

Ασθενής 50 ετών προσήλθε στα τοκιακά γυναικολογικά ιατρεία του Νοσοκομείου Κόλλυμπος στις 20/10/08 διότι σε πρόσφατο test Πapanicolaou στις 17/9/08 αναδείχθη ενδοεπιθηλιακή νασίλασία τραχήλου στοδίου III (CINIII).

Κατόπιν υποβλήθηκε σε βιοψία τραχήλου η οποία ανέδειξε διηθητικό Cα στοδίου Η ασθενής ήταν ελεύθερη συμπτωμάτων.

Η περίοδός της ξεκίνησε σε ηλικία 12 των, είχε διάρκεια 45 ημέρες και εμφανιζόταν κάθε 28-30 ημέρες. Δεν αναφέρονται αναμνήσεις στην έμμηνου ρύση χρήση αντισυλληπτικών. Τελευταία περίοδος προ 4 μηνών. Έχει 2 φυσιολογικούς τοκετούς.

Λόγω της παρουσίας νόσου η ασθενής ασήχθη στη Γυναικολογική Κλινική στις 30/10/08 για περαιτέρω κλινικοεργαστηριακό έλεγχο και αντιμετώπιση

Επειδή η ασθενής είχε ολοκληρώσει την απόκτηση παιδιών αποφασίστηκε η ολική υστερεκτομή ως θεραπεία εκλογής

Στις 1/11/09 η ασθενής ασήχθη στο χειρουργείο στις 07:30 και εξήχθη στις 11:00 όπου υποβλήθηκε σε ριζική υστερεκτομή μετά των εξορτημάτων με γενική αναισθησία

9.2: Προεγχειρητική νοσηλευτική διαγνοσία

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΙΔΑΣ	ΕΚΠΙΝΗΣΗ ΑΙΟΙΩΜΕΣ -ΑΙΩΝ
Αγχος-Ανησυχία	<p>Μείωση ανησυχίας κ' φόβου της εγχείρησης</p> <p>Βοήθεια στη δημιουργία θετικού αμοιβαίου ατόμου</p> <p>Προχγή βοήθειας στην όρρωση να ζήσει με τη διάγνωση του καρδιάνου</p> <p>Μείωση κινδύνου υποτροπής</p>	<p>Ερμηνεία του όρου «σπασμωδική» στην όρρωση και στην οικογένειά της</p> <p>Ενημέρωση της όρρωσης σχετικά με μετεγχειρητική θεραπεία</p> <p>Προχγή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλακτικότητα και γονιμότητα</p> <p>Προχγή ειλικριών στην όρρωση να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της</p> <p>Υποστήριξη της όρρωσης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απόλαση των γεννητικών οργάνων.</p> <p>Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της όρρωσης</p> <p>Λάξτε συμπόδια και συμμετοχή στον πόνο του πόσχοντα</p>	<p>Βοήθεια της να ορρωσει και στην διασπέρση των αυτοσεβασμότης</p> <p>Αποφυγή έκθεσης της όρρωσης κατά τις νοσηλείας</p> <p>Ευγένεια και θλιπτική δίνε στην όρρωση αίσθημα ασφάλειας</p> <p>Ενθάρρυνση την όρρωση να ενεργεί με τρόπο ελχόριστο για τον εαυτό της</p> <p>Βοήθεια στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό της</p>	<p>Βιώνα μειωμένο άγχος</p> <p>Έχει αποκτήσει τις αποροίτητες για την αυτοφροντίδα της γνώσεως</p> <p>Αποδέχεται το εαυτό της ότι είναι τώρα</p> <p>Λάξνα προσαρμογή στη χειρουργική εμπειρία</p> <p>Συμμετέχει στο σχεδιασμό της αυτοφροντίδας της</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΔΙΟΛΕΣΜ ΤΩΝ
		Ενθάρρυνση της οικογένειας να φροντίζει την ασθενή		

9.3: Μεταγεννητική νοσηλευτική διαγωγία

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΙΔΑΣ	ΕΚΠΙΝΗΣΗ ΑΙΟΙΩΜΕΣΜΑΤΩΝ
<p>1. Πόνος Είναι υποκειμενικό σύμπτωμα που συνοδεύεται από δυσφορία και εμφανίζεται ως τρόπο μεταγεννητικό σύμπτωμα</p>	<p>Εντόπιση του πόνου Ανοκούφιση του ορρώστου από τον πόνο και άλλες δυσκολίες από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση Γ' από ηνοσηλεύτρια πρέπει να κοιβάλλει προσπίθια για την ανοκούφιση του ορρώστου από όλα τα ενοχλήματα με κοπώδη και αποδοχή των προβλημάτων του</p>	<p>Ανοκούφιση της ασθενή από τον πόνο Μείωση των παραγόντων του περιβάλλοντος που δημιουργούν στην όρρωστη ένταση Διερεύνηση άλλων παραγόντων, φυσικών, οικιασθηματικών, κοινωνικών, που συμβάλουν στη γέννηση ή την επιδείνωση ή τη μείωση του πόνου</p>	<p>Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων με μορφή ενέσεων, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται από το γιατρό Τοποθέτηση της ασθενή σε ανακουφιστική θέση Προσσία της ασθενούς από τον κίνδυνο του εθισμού με την ορκίωση των διασπαστικών μεταξύ των δυο χορηγήσεων των φαρμάκων.</p>	<p>Είναι ελαττε πόνου 1 δυσχέρειας Δείγμα βελτιωμένες ικανότητες αντιμετώπισης προβλημάτων.</p>
<p>2. Επίσχεση ούρων</p>	<p>Απολογία της ασθενούς από το αίσθημα βόρους που προκαλεί η γεμίση με ούρα κύστη</p>	<p>Προγραμματισμός ενεργειών προκειμένου να προκληθεί ούρηση σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του γιατρού</p>	<p>Γίνεται προσπίθια να ηρεμήσει η ασθενής και να ουρήσει ανακούφοντας τη βούση και προτρέποντας την να σηκωθεί Συχνή αλλαγή θέσης της ασθενούς στο κρεβάτι</p>	<p>Ανοκούφιση 1 ασθενούς μετά 1 τοποθέτηση κοθετήρα</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΔΙΟΛΕΣΜ ΤΩΝ
			<p>Έγχυση γλυκορού ναρού πόσω στο οιδίο της ασθενούς Τοποθέτηρη θερμοφόρος πόσω στη ουροδόχο κύστη Αν τα προνομιφερθέντα μέσα δεν φέρουν το πιθυύμενο αποτεύεσμα τοποθετείται στομολυτικό υπόθετο, μετά από εντολή ιατρού, και ων, και αυτό δεν φέρει αποτεύεσμα, γίνεται καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως Επίσης γίνεται ακίμηρη του ποσού των ούρων και εξετύεται η κοιλιακή χώρα για διόπωση</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΔΙΟΠΑΡΕΣΜΑΤΩΝ
3.Θρομβοφλεβίτιδα	<p>Ανοκούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα της θρομβοφλεβίτιδας όπως πυρετό οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφροχθέντος αγγείου</p> <p>Βελτίωση της κυκλοφορίας</p> <p>Πρόληψη μετακίνησης του θρόμβου</p>	<p>Αποφυγή πύσης πόνου στις κνήμες</p> <p>Έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι</p> <p>Ασκίρες κόπο όγκων για υποβοήθηση της κυκλοφορίας</p> <p>Αποφυγή εντριβών των όγκων.</p>	<p>Απόλυτη οικνηρία του όγκου, για να μη μετακινηθεί ο θρόμβος</p> <p>Τοποθέτηση του όγκου σε ομόρροπη θέση για διευκόλυνση της κυκλοφορίας</p> <p>Τοποθέτηση σταφυλής που θα σηκώνει το βόρος των κίνουσκεποισμάτων.</p> <p>Τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων, για ανοκούφιση της ασθενούς κατόπιν εντολής ιατρού</p> <p>Έγερση οντηκικής αγωγής συμφωνά πάντα με εντολή ιατρού</p>	<p>Η ασθενή ανοκούφθηκε από τα συμπτώματα της θρομβοφλεβίτιδας</p>

9.4 Ιστορικό δεύτερης ασθενούς

Ασθενής 54 ετών προσήλθε στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου Κόλλυμπος απώμενη υπερέκκριση κολικών υγρών και σταγονοειδή αμύρροια μετά από συνουσία για χρονικό διάστημα 1 μήνα

Δεν αναφέρει άλλα συμπτώματα όπως εξέλκωση τραχήλου, κνησμό, δυσουρικά ενοχλήματα ή άλγος

Η περίοδός της ξεκίνησε σε ηλικία 11 ετών, είχε διάρκεια 5-7 ημέρες και εμφανιζόταν κάθε 28 ημέρες. Δεν αναφέρονται αναμνήσεις στην έμμηνο ρύση κχρήρη αντιουλγητικών. Τελευταία περίοδος προ 8 ετών.

Δεν έχει υποβληθεί ποτέ σε τεστ Πιπινικού και είχε 2 φυσιολογικούς τοκετούς και 1 με καισαρική τομή

Λόγω της παρούσης νόσου η ασθενής ασήχθη στη Γυναικολογική Κλινική στις 15/9/08 για περαιτέρω κλινικοεργαστηριακό έλεγχο και αντιμετώπιση

Διεξήχθη βιοψία τραχήλου η οποία ανέδειξε Ca τραχήλου μήτρας σταδίου Ιβ κατά FIGO και επειδή η ασθενής είχε ολοκληρώσει την απόκτηση παιδιών αποφασίστηκε η ολική υστερεκτομή ως θεραπεία εθελούσιας

Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε:

Hb: 38, WBCs: 9800, HCT: 21000, K⁺: 4,5, N⁺: 138, U: 37, Cr: 0,9, Σάκχαρο: 96, SGOT: 22, SGPT: 17

Κατόπιν η ασθενής υποβλήθηκε ε ολική υστερεκτομή και κατόπιν παραμονής 4 ημερών στο νοσοκομείο χωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές εξήλθε στις 21/9/08

9.5: Προεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
διατροφή	<p>Ανακάλυψη των παραγόντων που επηρεάζουν την καλή διατροφή της ασθενούς και προκαλούν αποστροφή και ανορεξία.</p> <p>Χορήγηση της απαραίτητης τροφής στην ασθενή.</p> <p>Η καλή θρέψει της ασθενούς να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο του αζώτου και την ελλειπή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές επιπτώσεις. Οι άρρωστοι με κακή θρέψη έχουν μειωμένη αντοχή στο χειρουργικό stress και είναι επιρρεπείς στις λοιμώξεις διότι</p>	<p>Σωματική τόνωση, που επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπος.</p>	<p>Για την σωματική τόνωση της αρρώστου η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής:</p> <p>Να γνωρίζει την επίδραση της εγχειρήσεως στις λειτουργίες του μεταβολισμού και να έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής.</p> <p>Καθώς η ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχών εμέτους, γι' αυτό κατά την προεγχειρητική προετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στη μεγά-</p>	<p>Διατήρηση σωματικού βάρους</p> <p>Διατήρηση φυσιολογικά επίπεδα ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>Ανάταξη υπάρχουσας αναιμίας.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΩΝ
	<p>μειώνεται η αντίσταση του οργανισμού, ευκολότερα παρουσιάζουν shock και αιμορραγία λόγω της υποπρωτεϊναιμίας.</p>		<p>λη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά.</p> <p>Την προηγούμενη ημέρα της εγχειρήσεως η ασθενής τρέφεται ελαφρά με τροφές χωρίς πολλά υπολείμματα.</p> <p>Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλίας.</p>	

9.6: Μετεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
. Εμετός-ναυτία	<p>Να απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα της ναυτίας .</p> <p>Να εξαλειφθούν οι εμέτοι.</p> <p>Να διατηρηθεί η ισορροπία του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών .</p> <p>Να προληφθεί η αφυδάτωση με παρεντερική χορήγηση υγρών .</p> <p>Διατήρηση καθαριότητας της ασθενούς.</p> <p>Αποφυγή εισρόφησης του εμετού.</p>	<p>Εξασφάλιση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς πως ο εμετός είναι αποτέλεσμα της νάρκωσης.</p>	<p>Σωστή τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι για την αποφυγή εισρόφησης.</p> <p>Ποσότητα, συχνότητα, χαρακτηριστικά εμεσμάτων καταγράφονται στη λογοδοσία.</p> <p>Συστήνετε στην άρρωστη να παίρνει βαθιές αναπνοές για να αποβληθεί το αναισθητικό φάρμακο.</p> <p>Χορήγηση αντιεμετικών με ιατρική οδηγία.</p> <p>Παρακολούθηση για τυμπανισμό και λόξυγκα που δηλώνουν κατακράτηση γαστρικών υγρών και υποψία παραλυτικού ειλεού.</p>	<p>μείωση των εμετών και του αισθήματος ναυτίας.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΩΝ
. Αιμορραγία	Αντιμετώπιση και έλεγχος αιμορραγίας	<p>Παρακολούθηση επιπέδου συνειδήσεως και ταξωτικά σημεία.</p> <p>Παρακολούθηση αιμορραγίας</p> <p>Θέτουμε την ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλούμε τον γιατρό για την παροχή βοήθειας.</p> <p>Αποφυγή βίαιων και απότομων κινήσεων της ασθενούς.</p>	<p>Προληπτικά για τους εμέτους και τη διάσταση του εντέρου συχνά τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας προεγχειρητικά.</p> <p>Μετά από κάθε εμετό πλένεται το στόμα του αρρώστου με νερό.</p> <p>Ακριβή καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Απαλλαγή από οποιαδήποτε περίσφιξη.</p> <p>Ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποίηση της τράπεζας αίματος να ετοιμάσει το αίμα, για την ασθενή που αιμορραγεί.</p> <p>Έλεγχος παροχέτευσης τραύματος.</p>	<p>Η αιμορραγία αντιμετωπίστηκε η ασθενής παρακολουθείται συστηματικά.</p>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλέξανδρος Ε. Μορτάκης, Μόλυνση από τους HPV (ιοί των ανθρώπινων θηλωμάτων) στο κατώτερο γενετικό σύστημα της γυναίκας, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1999.
2. Άννα Σαχίνη- Καρδάση κ' Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2006.
3. Αλίκη Ι. Τσερκεζογλου, Οκτώβριος 2003 – Ιανουάριος 2004, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος.
4. Α. Τριχοπούλου κ' Δ. Τριχόπουλος, Προληπτική Ιατρική, ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα 1986.
5. Β. Λυμπέρης κ' Π. Αναστασιάδης, Πρόληψη Του Γυναικολογικού Καρκίνου, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1999.
6. Cancer Research 59,462-466, January 15, 1999
7. Γεώργιος Σ. Κουρουμής, Εκδόσεις: Κουρουμης Παθολογία Κατώτερου Γεννητικού Συστήματος, Αθήνα 2004.
8. Charles B. Clayman, MD, Η υγεία των γυναικών, Reader's Digest, Copyright 1991
9. Δημήτριος Γ. Πεκτασίδης κ' Μελέτιος Αθανάσιος κ' Δημόπουλος, Γυναικολογική Ογκολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2001.
10. Δημητρίου Ε. Λωλη, Γυναικολογία και Μαιευτική, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2004.
11. Διονυσίου Ι. Αραβαντινού, Φυσιολογίας της γυναίκας, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα 1982
12. Ελευθερία Κ. Αθανάτου, Κλινική Νοσηλευτική, Αθήνα 2004

13. Ε. Παρασκευαΐδης κ' Α. Σωτηριάδης κ' Β. Μαλάμου – Μήτση κ' Γ. Κολιόπουλος κ' Δ. Λώλης, Καρκίνος Τραχήλου, Βήμα Κλινικής Ογκολογίας 2003, 2 (1): 64-67
14. Gynecologic Oncology 77,439-445, 2000
15. Herbert Lippert, Anatomie : Text Atlas, Urba & Schwarzenberg 1989
16. Θ. Αγοραστός κ' Δ. Βαβίτζης κ' Ι. Ν. Μπόντης, Πρωτογενής κ' Δευτερογενής Πρόληψη Του Γυναικολογικού Καρκίνου, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1999.
17. Θ. Αγοραστός κ' Ι. Ν. Μπόντης, Καρκινογένεση στο Γυναικείο Γενετικό Σύστημα, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1997.
18. John Troynce κ' Dinah Goulb, Clinical Pharmacology For Nurses, Churchill Livingstone, Edinburgh London Melbourne And N E W York 1990.
19. Μ. Α. Μαλγαρινού κ' Σ. Φ. Κωνσταντινίδου, Νοσηλευτική, τόμος 2^ο, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 2003.
20. Μ. Α. Μαλγαρινού κ' Σ. Φ. Κωνσταντινίου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος Α', Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 2005.
21. Νίκου Α. Παπανικολάου κ' Αλέξη Ν. Παπανικολάου, Κακοήθη Νεοπλασμάτα, Γυναικολογία, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005.
22. Pamela J. Shapiro, Basic Maternal/ Pediatric Nursing, Thomson Learning/ Delmar Publishers Inc, 1999.
23. Tony Smith, Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός, Εκδόσεις Γιαλλελή 1995.

