

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ  
Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή Εργασία

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ  
ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

Βάσκα Γεωργία

Βελία Γεωργία

Εισηγήτρια

Μιχαλοπούλου Σου

ΠΑΤΡΑ, 2009

# **K ΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### Α ΜΕΡΟΣ

<b>Κεφάλαιο 1ο</b>	<b>Καρκίνος</b>	<b>σελ.8</b>
1.2.	Οι κυριότεροι παράγοντες	σελ. 9
<b>Κεφάλαιο 2ο</b>	<b>Φυσιολογία τραχήλου</b>	<b>σελ.14</b>
2.1.	Δυσπλασία τραχήλου	σελ.16
<b>Κεφάλαιο 3ο</b>	<b>Στάδια CIN</b>	<b>σελ.17</b>
3.1.	Διάγνωση CIN	σελ.17
3.2.	Αντιμετώπιση CIN	σελ.18
3.3.	Κωνοειδής βιοψία τραχήλου	σελ.19
3.4.	Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα	σελ.20
<b>Κεφάλαιο 4ο</b>	<b>CIN κατά την εγκυμοσύνη</b>	<b>σελ.21</b>
<b>Κεφάλαιο 5ο</b>	<b>Καρκίνος τραχήλου της μήτρας</b>	<b>σελ.21</b>
5.1.	Στάδια	σελ.25
5.2.	Πρόκληση καρκίνου του τραχήλου	σελ.25
5.3.	Προδιάθεση	σελ.26
5.4.	Αιτιολογία	σελ.27
5.5.	Συμπτώματα	σελ.30
5.6.	Επιδημιολογία	σελ.31
5.7.	Θεραπεία	σελ.32

### Πίνακας

<b>Κεφάλαιο 6ο</b>	<b>Καρκίνος ενδομητρίου</b>	<b>σελ.35</b>
--------------------	-----------------------------	---------------

6.1.Συμπτώματα.....σελ.36	σελ.36
6.2.Στάδια.....σελ.36	σελ.36
6.3.Διάγνωση.....σελ.36	σελ.36
<b>Κεφάλαιο 7ο □ Τεστ Ηαπανικολάου.....σελ.37</b>	<b>σελ.37</b>
7.1.Ταξινόμηση κυτταρικών κυττάρων....σελ.37	σελ.37
7.2.Ποιότητα λήψης.....σελ.38	σελ.38
7.3.Ποιότητα ανάγνωσης.....σελ.39	σελ.39
7.4.Έναρξη τεστ Παπ.....σελ.40	σελ.40
7.6.Εγκυρότητα.....σελ.41	σελ.41
<b>Κεφάλαιο 8ο □ Κολποσκόπηση.....σελ.42</b>	<b>σελ.42</b>
<b>Κεφάλαιο 9ο □ HPV.....σελ.42</b>	<b>σελ.42</b>
9.1.Θεραπεία HPV.....σελ.44	σελ.44
9.2.Μύθοι και αλήθειες για την σχέση HPV και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....σελ.46	σελ.46
<b>Κεφάλαιο 10ο □ Τραχηλική δυσπλασία.....σελ.47</b>	<b>σελ.47</b>
10.1.Thin-prep.....σελ.47	σελ.47
10.2.Διαφορά τεστ Παπ, κολποσκόπησης, βιοψίας και τεστ HPV.....σελ.48	σελ.48
<b>Κεφάλαιο 11ο □ Εμβόλια κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....σελ.49</b>	<b>σελ.49</b>
11.1.Εμβόλιο και HPV.....σελ.50	σελ.50
11.2.Υψηλό κόστος.....σελ.53	σελ.53
11.3.Οδηγίες πρόληψης .....σελ.53	σελ.53

11.4.Στάση πολιτείας.....σελ.54

## **ΜΕΡΟΣ Β**

**Κεφάλαιο 12ο □ Μετάστασης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας..... σελ.58**

12.1.Σημεία-επισκόπηση και αμφίχειρη εξέταση.....σελ.58

12.2.Αντιμετώπιση του πρώιμου καρκίνου...σελ.59

**Κεφάλαιο 13ο □ Θεραπευτικό σχήμα.....σελ.60**

13.1.Στάδια.....σελ.61

13.2.Ακτινοθεραπεία.....σελ.61

13.3.Προετοιμασία.....σελ.62

A. Φυσική.....σελ.62

B. Ψυχολογική.....σελ.62

13.4.Επιπλοκές.....σελ.63

A. Πρώιμες.....σελ.63

B. Όψιμες.....σελ.64

**Κεφάλαιο 14ο □ Εγχειρήσεις τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.....σελ.67**

A. Ριζική υστεροκτομία.....σελ.68

B. Ριζική κολπική υστεροκτομία.....σελ.68

Γ. Εγχείρηση της Schauta.....σελ.69

**Κεφάλαιο 15ο □ Επιπλοκές της ριζικής χειρουργικής επέμβασης.....σελ.70**

A. Κατά την εγχείρηση.....σελ.70	
B. Μετεγχειρητικά.....σελ.71	
<b>Κεφάλαιο 16 □ Νοσηλευτική φροντίδα.....σελ.72</b>	
A. Ιστορικό.....σελ.72	
B. Φυσική εκτίμηση.....σελ.72	
Γ. Διαγνωστικές εξετάσεις .....σελ.72	
16.1. Προβλήματα της άρρωστης.....σελ.73	
16.2. Σκοποί της φροντίδας.....σελ.73	
16.3. Παρέμβαση.....σελ.73	
A. Προεγχειρητικά.....σελ.74	
B. Μετεγχειρητικά.....σελ.75	

## **ΜΕΡΟΣ Γ**

<b>Νοσηλευτική διεργασία 1.....σελ.82</b>	
<b>Νοσηλευτική διεργασία 2.....σελ.84</b>	
<b>Βιβλιογραφία.....σελ.86</b>	

## **A.ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

## 1. Καρκίνος

Ο Ιπποκράτης ήταν αυτός που έδωσε στην πάθηση του καρκίνου το όνομα της. Παρομοίασε τον όγκο με την εικόνα του κάβουρα(καρκίνου). Πολύ αργότερα, ο Valsalva, το 1704 υποστήριξε ότι αρχικά ο καρκίνος ήταν ένα τοπικό φαινόμενο που μπορούσε να αφαιρεθεί χειρουργικά ενώ σε πιο προχωρημένο στάδιο ο καρκίνος μπορούσε μέσω των λεμφαγγείων να μεταφερθεί αλλού στο σώμα.

Ο καρκίνος είναι μια πάθηση η οποία μπορεί να προσβάλλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος. Ο όρος αναφέρεται σε περίπου 150-200 διαφορετικές παθήσεις ωστόσο έχουν 2 κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία:

1. την απεριόριστη αύξηση των κυττάρων και
2. τις δυσλειτουργίες τις οποίες προξενεί αυτή(Μιχαλάς,2000).

Φυσιολογικά, τα κύτταρα ενός οργανισμού αναπτύσσονται με έναν συγκεκριμένο ρυθμό έτσι ώστε να αντικαθιστούν αυτά που πεθαίνουν. Σε αρκετές όμως περιπτώσεις ο οργανισμός μπορεί να παράγει περισσότερα κύτταρα από εκείνα που πραγματικά χρειάζεται. Η συγκέντρωση αυτών των παραπάνω κυττάρων έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία όγκων. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι συνήθως αβλαβείς. Για να γίνει ένας όγκος επικίνδυνος πρέπει τα κύτταρα που τον αποτελούν να εισβάλλουν σε ιστούς και να μεταφερθούν σε άλλα μέρη του σώματος(Κανέλλος,Πλέσσας,1997).



Οι παράγοντες που έχουν συσχετισθεί με την αιτιολογία και την ανάπτυξη του καρκίνου είναι πολλοί. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ποιοι είναι οι παράγοντες αυτοί διότι η αποφυγή τους οποτεδήποτε είναι δυνατό, συμβάλλει σε μια σημαντική μείωση του κινδύνου για τον καθένα μας να προσβληθεί από καρκίνο(Herrero,2003).

## **1.2. Οι κυριότεροι παράγοντες που παίζουν αιτιολογικό ρόλο στη γένεση του καρκίνου είναι οι ακόλουθοι:**

### **• Το οικογενειακό ιστορικό**

Ένα από τα βασικά ερωτήματα που απασχολεί τους γιατρούς είναι γιατί ορισμένοι καρκίνοι έχουν τάση να εμφανίζονται περισσότερο μέσα σε ορισμένες οικογένειες. Οι στενοί συγγενείς κάποιου που εκδήλωσε ορισμένους τύπους καρκίνου, έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν οι ίδιοι από εκείνο τον καρκίνο ή από άλλους.

Στις οικογενειακές καταστάσεις που υπάρχουν αυξημένα περιστατικά καρκίνου, πιθανότατα υπάρχει ένα γενετικό υπόβαθρο. Παράλληλα όμως πρέπει να ληφθεί υπ' όψη το γεγονός ότι τα μέλη μιας οικογένειας μπορεί να υποβάλλονται στους ίδιους καρκινογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Άτομα τα οποία έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου, του μαστού, της ωοθήκης, του προστάτη θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και να κάνουν τα ανιχνευτικά τεστ που τους συστήνει για κάθε περίπτωση ο γιατρός τους(Peterson,2008).

### **• Η καθιστική ζωή**

Έχει υπολογιστεί ότι το 32% των καρκίνων του παχέος εντέρου μπορεί να έχει σχέση με την καθιστική ζωή. Οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που εξασκούνται τακτικά έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου και του μαστού.

Μια από τις πιθανές εξηγήσεις της προληπτικής δράσης της σωματικής εξάσκησης εναντίον του καρκίνου του εντέρου είναι το γεγονός ότι η εξάσκηση και η γυμναστική αυξάνουν τον περισταλτισμό του εντέρου. Ο περισταλτισμός προωθεί γρηγορότερα το περιεχόμενο του εντέρου και των κοπράνων προς τα έξω. Έτσι μειώνεται ο χρόνος επαφής των κυττάρων του παχέος εντέρου με τις καρκινογόνες ουσίες που πιθανόν να περιέχονται μέσα στο εντερικό περιεχόμενο(Shapiro,2001).

#### • **Αλκοόλ**

Η κατανάλωση αλκοόλ σε μικρές ποσότητες δεν είναι βλαβερή για την υγεία. Η υπερβολική κατανάλωση και κατάχρηση όμως έχουν συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του μαστού και του ήπατος.

Η βλαβερή επίδραση του αλκοόλ αυξάνεται σημαντικά όταν υπάρχει ταυτόχρονα κάπνισμα. Η συνέργια αλκοόλ και καπνίσματος αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο καρκίνου.

Σε περίπτωση που αρέσει σε κάποιον να πίνει τότε είναι σημαντικό να πίνει μικρές έως μέτριες ποσότητες. Στους άνδρες αυτό σημαίνει 1 έως 2 ποτά την ημέρα ενώ για τις γυναίκες μέχρι 1 ποτό την ημέρα(Sonnex,1999).

## • Μολύνσεις από ιούς και άλλους μικροβιακούς παράγοντες

Ένας σημαντικός αριθμός μικροβιακών παραγόντων έχουν αιτιολογική σχέση με ορισμένους τύπους καρκίνων. Οι παράγοντες αυτοί ανήκουν στις οικογένειες των ιών, των βακτηριδίων, των παρασίτων. Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων είναι η αιτία για τους περισσότερους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας. Οι ιοί της ηπατίτιδας Β και C μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο στο συκώτι. Ο ιός HIV που προκαλεί το AIDS ευνοεί την ανάπτυξη λεμφωμάτων και σαρκωμάτων.

Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, που είναι βακτηρίδιο που προκαλεί έλκος στο πεπτικό σύστημα έχει συσχετισθεί με τον καρκίνο του στομαχιού.

Απλά προληπτικά μέτρα όπως ο εμβολιασμός εναντίον της ηπατίτιδας Β και η χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή (πρόληψη μετάδοσης του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων και του ιού του AIDS), μπορούν να μας προστατέψουν από επικίνδυνους καρκίνους (Μαλγαρινού, Κωνστανίδου 2003).

## • Διατροφή

Οι αποφάσεις που λαμβάνουμε όταν καθόμαστε στο τραπέζι για να φάμε, καθορίζουν ουσιαστικά τις πιθανότητές μας να προσβληθούμε ή όχι από καρκίνο.

Το τι τρώμε, το περιεχόμενό τους και ο τρόπος με τον οποίο προετοιμάζουμε ή μαγειρεύουμε παίζουν σημαντικό ρόλο.

Το κρέας το οποίο ψήνεται στη σχάρα ή στα κάρβουνα εμπεριέχει περισσότερους κινδύνους για καρκίνο παρά το κρέας που γίνεται ψητό στο φούρνο ή βραστό.

Τα επεξεργασμένα τρόφιμα μπορούν να περιέχουν χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για την κατασκευή και συντήρησή τους όπως οι νιτροσαμίνες που σχετίζονται με την πρόκληση ορισμένων καρκίνων όπως ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης. Η διατροφή πλούσια σε κορεσμένα λίπη τα οποία είναι ζωικής προέλευσης, συσχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο για πρόκληση καρκίνων όπως αυτόν του παχέος εντέρου σε σύγκριση με τη διατροφή που είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λίπη.

Το αλκοόλ μπορεί να ευνοήσει την ανάπτυξη καρκίνων της στοματικής κοιλότητας και του λάρυγγα διότι προκαλεί άμεσες βλάβες σε κύτταρα των οργάνων αυτών. Επίσης έμμεσα λόγω του μεταβολισμού του, μπορεί να ευνοήσει καρκινογένεση των ιστών του ήπατος και του μαστού.

Ο κίνδυνος για καρκίνο μπορεί να αυξηθεί είτε διότι έχουμε κάποια πράγματα στη διατροφή μας είτε διότι κάποια άλλα απουσιάζουν από αυτή ή δεν υπάρχουν στο βαθμό που θα έπρεπε. Τα φυτοχημικά θρεπτικά συστατικά που περιέχονται μέσα στα φρούτα και στα λαχανικά, τα δημητριακά ολικής αλέσεως και άλλα τρόφιμα που προέρχονται από το φυτικό βασίλειο, μειώνουν τον κίνδυνό μας για καρκίνο(Lacey,2000).

#### • Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες ευθύνονται για την πρόκληση καρκίνου.

Ο αμίαντος που χρησιμοποιήθηκε ευρέως για σκοπούς απομόνωσης στις περασμένες δεκαετίες, έχει συσχετισθεί τουλάχιστον με δύο είδη καρκίνων του πνεύμονα. Παράλληλα

παρατηρήθηκε ότι η έκθεση στον αμίαντο όταν συνοδεύεται και από κάπνισμα τότε οι πιθανότητες καρκίνου αυξάνονται κατά 90 φορές.

Οι αρωματικές αμίνες που χρησιμοποιούνται σε ορισμένες βιομηχανίες, είναι αιτία καρκίνου της ουροδόχου κύστης.

Το βενζένιο που χρησιμοποιείται σε βερνίκια και γόμες, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για λευχαιμία(Κρεατσάς,1988).

### • **Κάπνισμα**

Το κάπνισμα θεωρείται ότι παίζει ρόλο σε περίπου 25%-35% των θανάτων λόγω καρκίνου. Ευθύνεται για το 90% των θανάτων λόγω καρκίνου του πνεύμονα.

Υπάρχουν πολλοί άλλοι καρκίνοι που προκαλούνται από το κάπνισμα : Καρκίνος στοματικής κοιλότητας, λάρυγγα, οισοφάγου, ουροδόχου κύστης.

Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι 50% των ασθενών με καρκίνο της ουροδόχου κύστης, είναι ή ήταν καπνιστές(Μαλγαρινού, Κωνσταντινίδου 2003).

### • **Έκθεση στον ήλιο**

Η έκθεση στις υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου είναι υπεύθυνη για σχεδόν όλες τις περιπτώσεις των βασικοκυτταρικών καρκίνων του δέρματος. Επίσης η ίδια ακτινοβολία ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τα κακοήγη μελανώματα.

Η αποφυγή της ηλιακής ακτινοβολίας, οι αντηλιακές κρέμες με παράγοντα προστασίας πάνω από 15, τα προστατευτικά ρούχα και καπέλα, η αποφυγή του τεχνητού μαυρίσματος με λάμπες, τα ματογυάλια που φιλτράρουν τις υπεριώδεις ακτίνες, αποτελούν

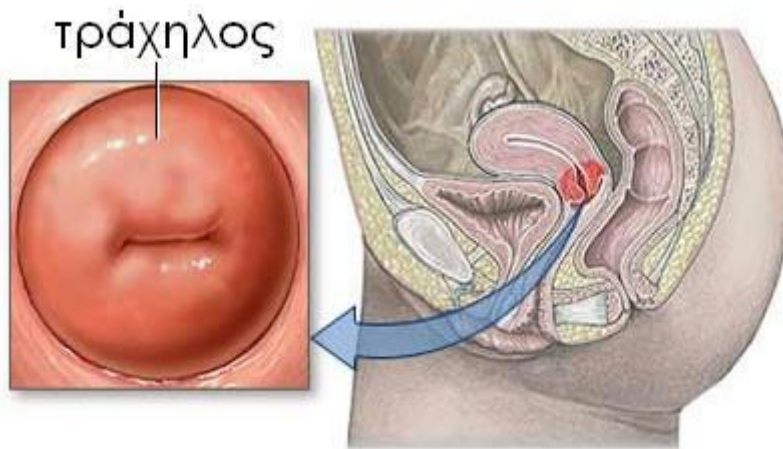
αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης εναντίον των καρκίνων του δέρματος(Naffusi,2001).

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

### 2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

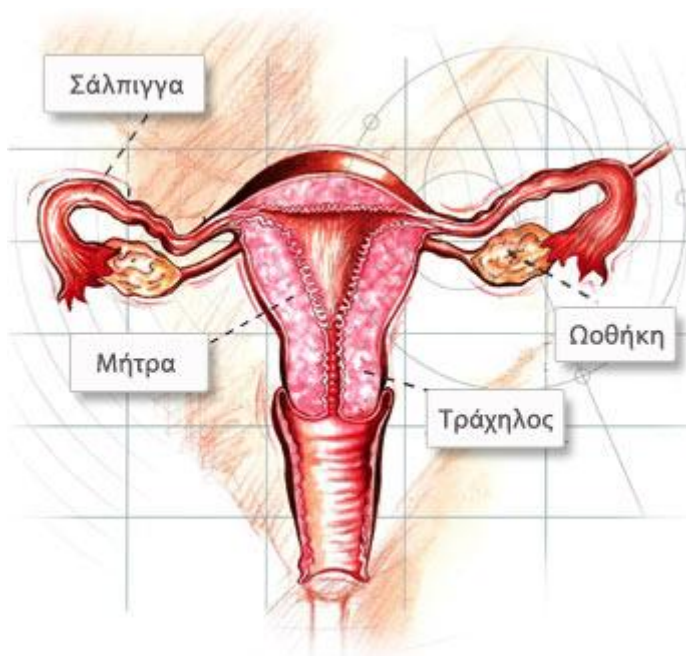
Ο τράχηλος είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας. Ο τράχηλος έχει ένα άνοιγμα μέσω του οποίου επικοινωνεί η κοιλότητα της μήτρας με τον κόλπο. Μέσω του τραχηλικού ανοίγματος περνάει το αίμα της περιόδου και διοχετεύεται μέσα στον κόλπο και τελικά έξω από το σώμα.

Με τον ίδιο τρόπο μέσω του τραχηλικού ανοίγματος περνάνε τα σπερματοζωάρια από τον κόλπο, και μετακινούνται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας και από εκεί στις σάλπιγγες κατά τη γονιμοποίηση. Εκτός από το να επιτρέπει την έμμηνο ρύση, ο τράχηλος της μήτρας λειτουργεί ως φραγμός. Παίζει σημαντικό ρόλο στο να προστατεύει τη μήτρα σας από τις λοιμώξεις. Ο τράχηλος παίζει σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια του τοκετού, με το να διαστέλλεται και να επιτρέπει έτσι στο έμβρυο να γεννηθεί (Despououlos,1999).

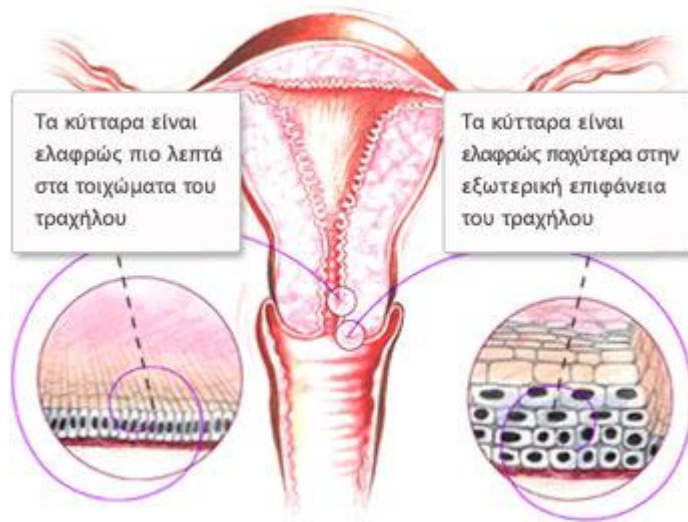


Ο τράχηλος της μήτρας είναι μια περιοχή του σώματος, όπου αναπτύσσονται σημαντικές παθήσεις όπως ο καρκίνος. Ο τράχηλος βρίσκεται στο ανώτερο μέρος του κόλπου της γυναίκας και ουσιαστικά είναι εκτεθειμένος σε μικροοργανισμούς και ιούς. Για παράδειγμα όταν υπάρχει ερωτική επαφή, το ανδρικό πέος έρχεται σε επαφή με τον τράχηλο και με αυτόν τον τρόπο μπορούν να μεταδοθούν ιοί(Δημητρίου,2002).

### Θέση του τραχήλου



## Ένας υγιής τραχήλος



### 2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Πρόκειται για μια ξεχωριστή μεταβολή στον τύπο του επιθηλίου. Αρχικά το κυλινδρικό βλεννοεκκριτικό επιθήλιο της ζώνης μετάπτωσης εξαφανίζεται και αντικαθίστανται από πλακώδες επιθήλιο. Αυτή είναι μια μεταπλαστική μεταβολή που ξεχωρίζει από την πραγματική δυσπλασία. Η μεταπλασία είναι μία απλή κατάσταση (Michael, 2003).

Σε μερικές περιπτώσεις το πλακώδες επιθήλιο παρουσιάζει ένα βαθμό παραγωγικής δραστηριότητας ε κάποια κυτταρική ατυπία. Αυτή είναι η δυσπλασία και θεωρείται η πρώτη από μια σειρά μεταβολών που είναι δυνατό να καταλήξουν στην ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου (CIN) και στη συνέχεια στο διηθητικό καρκίνο. Η δυσπλαστική μεταβολή διαίρειται σε τρία στάδια που το καθένα δηλώνει το βαθμό της ανωμαλίας και της πυρηνικής δραστηριότητας, αλλά και στην πράξη είναι αδύνατο να οριστούν

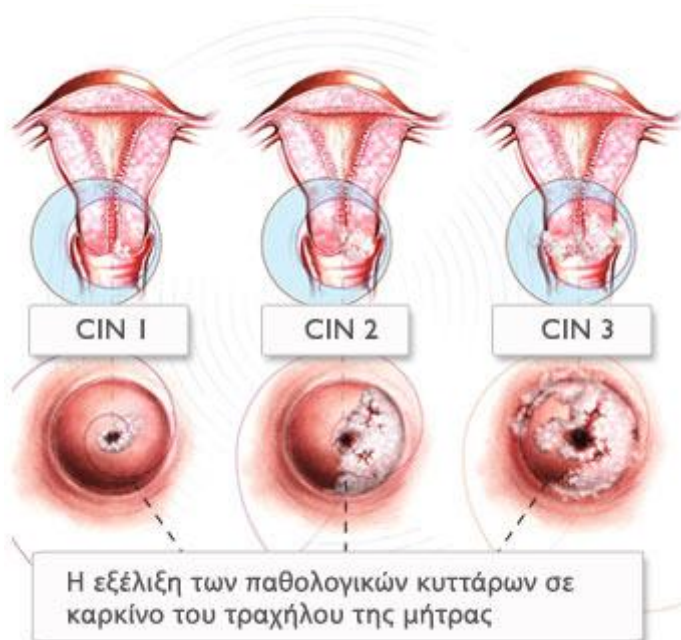


αυστηροί κανόνες που θα οδηγήσουν στην ταξινόμηση των ατομικών περιπτώσεων. Παρατηρούνται όλοι οι βαθμοί των μεταβολών ενώ τα στάδια εμπλέκονται μεταξύ τους. Ο καθορισμός του βαθμού της ανωμαλίας πρέπει να γίνεται από τον παθολογοανατόμο.

### Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

Τα τρία στάδια είναι :CIN1, CIN2 CIN3

#### 3. Στάδια εξέλιξης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας



(Γιαννακόπουλος ,1993).

#### 3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ CIN

Γίνεται με την εξέταση των επιχρισμάτων που λαμβάνονται από την επιφάνεια του εξωτραχήλου. Πρέπει να καταβάλλεται ιδιαίτερη

προσοχή στη λήψη αυτών των επιχρισμάτων. Το ανώμαλο επιθήλιο ειδικά στο CIN3 που είναι χαλαρά προσκολλημένο στο υποκείμενο στρώμα μπορεί να αφαιρεθεί από το βίαιο προκαταρκτικό καθαρισμό με αποτέλεσμα τη λανθασμένη διάγνωση. Πολλές περιπτώσεις προχωρημένης δυσπλασίας ανακαλύπτονται σε γυναίκες ηλικίας περίπου 40 ετών, αλλά το φάσμα των ηλικιών εκτείνεται από 30-70 ετών. Αυτό μπορεί να είναι μία πραγματική αλλαγή στην επιδημιολογία ή να είναι το αποτέλεσμα της εκστρατείας κατά την οποία προτρέπονται όλες οι γυναίκες για μία κυτταρολογική εξέταση του τραχήλου.

Η λήψη του τραχηλικού επιχρίσματος είναι μία διαδικασία που γίνεται στα εξωτερικά ιατρεία([www.emnolioktm.gr](http://www.emnolioktm.gr)).

### **3.2. ANTIMETΩΠΙΣΗ ΤΗΣ CIN**

Η συντηρητική αντιμετώπιση ενδείκνυται στις νεότερες γυναίκες και στο CIN 1.

- **ΚΡΥΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ( ΚΡΥΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ )**

Αυτή καταστρέφει τον προσβλημένο ιστό σε βάθος 3 mm. Η μέθοδος αυτή είναι ταχεία και αρκετά ανώδυνη ώστε να μην απαιτεί νάρκωση της ασθενούς.

- **ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ**

Η διαθερμία κάτω από γενική νάρκωση θα καταστρέψει τον ιστό σε βάθος 7-8mm.

- **CO<sub>2</sub> LASER**

Η συσκευή αυτή εκπέμπει πολύ ισχυρές ηλεκρομαγνητικές ακτινοβολίες που προκαλούν εξάχνωση του ιστού σε βάθος 7-9 mm. Δυνατό να χρησιμοποιηθεί με μεγάλη ακρίβεια και προκαλεί ελαφρό τραυματισμό. Η διάμετρος της ακτίνας laser στο σημείο της εστίασής της είναι 1,8m

- **ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΒΙΟΨΙΑ**

Αυτή από μόνη της θα αντιμετωπίσει επαρκώς το 90% περίπου των βλαβών CIN αλλά οι ασθενείς που έχουν θεραπευτεί μ' αυτόν τον τρόπο πρέπει να παρακολουθούνται κυτταρολογικά εφ' όρου ζωής(Schiffman,2003).

Η υστεροεκτομία ενδείκνυται για γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών που εμφανίζουν επίμονα θετικά επιχρίσματα παρά τη συντηρητική θεραπεία και όταν το κολποσκόπιο δεν είναι σε θέση να ελέγξει με αξιοπιστία ολόκληρη την περιοχή της δυσπλασίας. Πρέπει να τονιστεί ότι , αν τα επιχρίσματα παραμένουν θετικά και μετά την αφαίρεση της βλάβης, τότε ο κίνδυνος ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου αυξάνεται κατά 25 φορές(Burd,2003).

### **3.3 ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ**

Αυτό σημαίνει αφαίρεση σε σχήμα κώνου του μεγαλύτερου τμήματος του τραχηλικού σωλήνα. Η επέμβαση αυτή απαιτείται ,όταν τα τραχηλικά επιχρίσματα επανειλημμένα παρουσιάζουν κακοήθη ή δυσκαρυωτικά κύτταρα ή όταν η απ' ευθείας κολποσκοπική βιοψία δεν είναι ικανοποιητική([www.gyntest.gr](http://www.gyntest.gr)).

### **3.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΩΝΟΕΙΔΟΥΣ ΒΙΟΨΙΑΣ**

- **Πλεονεκτήματα :**

- 1) Αυτή επιτρέπει ιστολογικά τη διαφορική διάγνωση μεταξύ του διηθητικού, του μικροδιηθητικού και της ενδοεπιθηλιακής νόσου.

Η προκαταρκτική κολποσκόπηση θεωρείται απαραίτητη. Ο κολποσκόπος εντοπίζει τα όρια της βλάβης με αποτέλεσμα η βιοψία να γίνεται σε μικρότερη έκταση και να είναι λιγότερο τραυματική(Walboomers,1999).

- **Μειονεκτήματα:**

- 1) Υψηλό ποσοστό άμεσων επιπλοκών όπως είναι αιμορραγία ,λοιμώξη, στένωση τραχήλου.
- 2) Τάση για αυτόματη έκτρωση στις επόμενες κύσεις.

Μετά την κωνοειδή βιοψία μπορεί να γίνει κρυοπηξία για τον έλεγχο της αιμορραγίας. Αν η κολποσκόπηση δεν είναι εφικτή , οι λόγοι που επηρεάζουν την έκταση της βιοψίας είναι δυνατό να τροποποιηθούν ανάλογα με την ηλικία της ασθενούς ,καθώς και από την επιθυμία της για μελλοντική εγκυμοσύνη([www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr)).

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

### 4.CIN ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Όταν τα τραχηλικά επιχρίσματα που λαμβάνονται κατά την εγκυμοσύνη είναι επίμονα θετικά, η περαιτέρω έρευνα εμποδίζεται από τον κίνδυνο εμφάνισης σοβαρής αιμορραγίας κατά την εκτέλεση της κωνοειδούς βιοψίας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και πράγματι δε θα πρέπει να εκτελούνται τέτοιου είδους επεμβάσεις. Η αιμορραγία αυτή αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο της έκτρωσης και μερικές φορές κρίνεται απαραίτητη η υστεροκτομία(Weber,2002).

Σήμερα η κολποσκόπηση θεωρείται η πιο αξιόπιστη μέθοδος ελέγχου. Οι δυσκολίες δημιουργούνται, όταν υπάρχει υποψία μικροδιήθησης. Σ' αυτές τις περιπτώσεις δυνατό ν' απαιτηθεί σφηνοειδής βιοψία.

Η CIN3 δεν επηρεάζεται από την εγκυμοσύνη και ο περαιτέρω έλεγχος καθώς και η αντιμετώπιση μπορούν να καθυστερήσουν. Αν διαγνωστεί μικρο-διηθητικό καρκίνωμα θα πρέπει να συσταθεί έκτρωση(Γιαννακόπουλος,1993).

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>

### ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗ ΜΗΤΡΑΣ

Η μήτρα αποτελεί μετά το μαστό τη συχνότερη θέση αναπτύξεως κακοηθών όγκων. Και στις δύο περιπτώσεις ο όγκος αναπτύσσεται από τον επιθηλιακό ιστό, είναι δηλαδή καρκίνος. Ο καρκίνος της μήτρας μπορεί να προέρχεται από τον τράχηλο ή από το σώμα (ενδομήτριο).

Το ενδομητριακό καρκίνωμα ή καρκίνος του σώματος της μήτρας είναι σπάνιο, αν συγκριθεί με τη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου. Πριν λίγα χρόνια η αναλογία καρκίνου τραχήλου και σώματος της μήτρας 4:1, σήμερα όμως η αναλογία αυτή είναι 2:1.

Αναπτύσσεται συνήθως μετά την εμμηνόπαυση σε γυναίκες ηλικίας 50 έως 60 ετών και συχνότερα σε άτοκες. Εμφανίζεται, συχνά, σε άτομα που πάσχουν από παχυσαρκία, υπέρτασική καρδιοπάθεια και διαβήτη. Οι στατιστικές και τα πειράματα 50 χρόνων απέτυχαν να αποδείξουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ οιστρογόνων και καρκίνου της μήτρας(Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου,1997)

Ο καρκίνος της μήτρας διακρίνεται στον καρκίνο του τραχήλου (επιδερμογενής 94%) και τον καρκίνο του ενδοτραχήλου (αδενοκαρκίνωμα 6%). Τα είδη αυτά διαφέρουν από απόψεως προγνώσεως(Goldie,2004).

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προκαλείται από την ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των κυττάρων του τραχήλου της μήτρας. Ο τράχηλος είναι το στενότερο τμήμα του κάτω μέρους της γυναικείας μήτρας. Έχοντας διαμόρφωση κώνου, συνδέει το ανώτερο τμήμα της μήτρας με τον κόλπο και αποτελεί το κανάλι μέσω του οποίου θα περάσει το έμβρυο που θα γεννηθεί κατά τον τοκετό.

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 αδеноκαρκίνωμα (10% των περιπτώσεων) που εμφανίζεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού (ενδοτράχηλος)(Bosch,2002).

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αναπτύσσεται αργά. Οι πρωιμότερες προκαρκινικές αλλαγές κάνουν τα κύτταρα που βρίσκονται εσωτερικά ή εξωτερικά του τραχήλου να φαίνονται διαφορετικά από τα αντίστοιχα φυσιολογικά. Αυτές οι αλλαγές, όταν εμφανίζονται στο κολποτραχηλικό επίχρισμα [τεστ Παπανικολάου ( Pap )], αποκαλούνται «άτυπα κύτταρα». Ωστόσο, τα άτυπα κύτταρα δεν είναι απολύτως ειδικά για μια προκαρκινική κατάσταση καθώς μπορούν να εμφανιστούν προσωρινά και σε λοιμώξεις ή ερεθίσματα του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας. Αν είναι προκαρκινικά, τα άτυπα κύτταρα μπορούν να γίνουν ολοένα και πιο ανώμαλα σε εμφάνιση με την πάροδο του χρόνου και είναι πιο πιθανό να εξελιχθούν σε καρκίνο εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)).

Στα τεστ Pap , αυτές οι ενδιάμεσες κυτταρικές αλλαγές ονομάζονται χαμηλού ή υψηλού βαθμού πλακώδεις ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις. Εάν αυτά τα κύτταρα γίνουν καρκινικά, είναι αρχικά περιορισμένα εντός του επιθηλίου και των βλεννογόνων αδένων του τραχήλου (*in situ*). Χωρίς θεραπεία, τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να διηθήσουν και να εξαπλωθούν στους υποστηρικτικούς ιστούς του τραχήλου και έχουν το δυναμικό και να εξαπλωθούν και σε άλλα μέρη του σώματος(Conway,1996).

Περίπου 80-90% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας είναι πλακώδη κυτταρικά καρκινώματα, τα οποία λαμβάνουν χώρα στα

επίπεδα πλακώδη κύτταρα τα οποία καλύπτουν το επιθήλιο του εξωτραχήλου. Οι περισσότερες από τις άλλες περιπτώσεις είναι αδενοκαρκινώματα, τα οποία προέρχονται ενδότερα από τα αδενικά κύτταρα που παράγουν την βλέννη στον ενδοτράχηλο. Λίγοι καρκίνοι του τραχήλου είναι μίγματα και των δύο τύπων.

Με έγκαιρη ανίχνευση , ειδικά της ενδοεπιθηλιακής νεοπλαστικής αλλοίωσης και των πρώιμων μορφών του καρκίνου, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι συνήθως εύκολα θεραπεύσιμος. Ωστόσο , αν αφηθεί χωρίς έλεγχο , είναι σχεδόν πάντα μοιραίος . Με την πάροδο του χρόνου, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να εξαπλωθεί (να κάνει μετάσταση) στο υπόλοιπο σώμα της μήτρας, την ουροδόχο κύστη, στο ορθό και στο κοιλιακό τοίχωμα. Τελικά, φτάνει στους λεμφαδένες της πύελου και δημιουργεί μεταστάσεις. Τα καρκινικά κύτταρα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μπορούν τότε να εισβάλουν σε άλλα όργανα του σώματος([www.ecca.gr](http://www.ecca.gr)).

Ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ήταν κάποτε μια πολύ κοινή ασθένεια στις Ηνωμένες Πολιτείες. Με την εισαγωγή του Pap τεστ, ένα εργαλείο προληπτικού ελέγχου το οποίο επιτρέπει την ανίχνευση των καρκινικών και προκαρκινικών αλλαγών στον τράχηλο, τα ποσοστά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις ΗΠΑ και σε άλλα αναπτυγμένα κράτη έχουν μειωθεί περίπου κατά 70%. Στα αναπτυσσόμενα κράτη ωστόσο, τα οποία δεν έχουν προγράμματα πρόληψης, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί ακόμα μια πολύ σοβαρή ανησυχία. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συνεχίζει να είναι ο δεύτερος πιο κοινός τύπος καρκίνου στις γυναίκες παγκοσμίως (μετά τον καρκίνο του μαστού)(Williams,1985).



## **5.1 Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ταξινομείται διεθνώς σε 4 στάδια:**

- **Στάδιο 0:** Ενδοεπιθηλιακός καρκίνος στο προεισδυτικό στάδιο (in situ) - στο στάδιο αυτό, ο καρκίνος δεν προχωρεί πέρα από τη βασική μεμβράνη του επιφανειακού επιθηλίου, ενώ το υπόστρωμα είναι υγιές.
- **Στάδιο 1:** Αρχόμενος καρκίνος του τραχήλου → στο στάδιο αυτό ο καρκίνος έχει διεισδύσει στο υπόστρωμα του επιθηλίου, βρίσκεται όμως ακόμα εντοπισμένος αποκλειστικά στον τράχηλο, η δε μήτρα παρουσιάζει απόλυτη κινητικότητα.
- **Στάδιο 2:** Ελαφρά μορφή -ο καρκίνος έχει διηθήσει εν μέρει τα παραμήτρια και τους κολπικούς θόλους (1/3), η μήτρα όμως εξακολουθεί να διατηρεί την κινητικότητά της.
- **Στάδιο 3:** Βαριά μορφή - η καρκινική διήθηση έχει προχωρήσει προς τους κολπικούς θόλους, τα κολπικά τοιχώματα (2/3), την ουροδόχο κύστη και το έντερο. Τα παραμήτρια έχουν τελείως διηθηθεί από τον καρκίνο, οπότε δεν υπάρχει ελεύθερος χώρος ανάμεσα στον όγκο και στα πυελικά τοιχώματα και η μήτρα είναι ακίνητη.
- **Στάδιο 4:** Απελπιστική μορφή - όλοι οι υπογαστρικοί ιστοί καθώς και τα οστά της λεκάνης είναι διηθημένα(Γκορνέλης,1992).

## **5.2 Πρόκληση καρκίνου της μήτρας**

Ο Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά στην ογκογόνο δράση του Ιού των Ανθρωπίνων

Κονδυλωμάτων (Human Papilloma Virus – HPV), που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή(Koutsky,1991).

Έχουν εντοπισθεί περισσότεροι από 100 τύποι του ιού, αλλά μερικοί (16, 18, 45 και 56) έχουν ιδιαίτερα επιθετική δραστηριότητα και η ανεύρεση τους υποδηλώνει σημαντική πιθανότητα ανάπτυξης προκαρκινικών βλαβών, που μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο αν δεν θεραπευθούν.

Αυτοί οι επιθετικοί τύποι ιού είναι συνήθως μη ορατοί με γυμνό μάτι και μπορούν να ανιχνευθούν με μεθόδους όπως η δοκιμασία κατά Παπανικολάου. Αντίθετα, άλλα είδη (6 και 11) προκαλούν μόνο οξυτενή κονδυλώματα, τα οποία συνήθως είναι ορατά με γυμνό μάτι και θεραπεύονται εύκολα(Baseman,2005).

Εκτός του ιού των κονδυλωμάτων, επιδημιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με το κίνδυνο ανάπτυξης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων φαίνονται ότι σχετίζονται και με αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Οι στατιστικά πιο σημαντικοί παράγοντες είναι η πρώτη σεξουαλική επαφή σε πολύ νεαρή ηλικία, οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι, το κάπνισμα, και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση([www.gyn.gr](http://www.gyn.gr)).

### **5.3 Προδιάθεση**

Αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν Ca τραχήλου μήτρας έχουν οι γυναίκες οι οποίες:

1) έχουν αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα - είτε άρχισαν τις σχέσεις σε μικρή ηλικία, είτε έχουν πολλούς συντρόφους,

2) έχουν προσβληθεί από ορισμένες νόσους, όπως η μόλυνση από τον ιό του έρπητα τύπου II,

3) βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή μετά από μεταμόσχευση οργάνου,

4) τέλος, γυναίκες των οποίων η μητέρα πήρε το φάρμακο διαιθυλοστιλβοιστρόλη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η μέση ηλικία προσβολής από διηθητικό Ca τραχήλου είναι τα 45 χρόνια. Σε νεότερες ηλικίες είναι σπάνιος(Franco,2005).

#### **5.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

Οι αιτίες που προκαλούν τον ΚΤΜ, όπως και σε πολλούς άλλους καρκίνους δεν είναι απόλυτα γνωστές.

Όμως υπάρχουν ορισμένοι συσχετισμοί και ορισμένοι παράγοντες κινδύνου που φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση του καρκίνου αυτού και οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι:

**Μόλυνση από ιούς:** Ο ιός των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων, γνωστός σαν Human Papilloma Virus ή HPV, θεωρείται σαν μια πιθανή αιτία του ΚΤΜ. Συχνά είναι ανιχνεύσιμος στον τράχηλο γυναικών που πάσχουν από τον καρκίνο αυτό. Υπάρχουν 80 τύποι του ιού HPV. Όμως οι τύποι 16 και 18 είναι οι σημαντικότεροι για την ανάπτυξη του ΚΤΜ(Burd,2003).

**Σεξουαλική δραστηριότητα:** Οι γυναίκες που ήσαν σεξουαλικά δραστήριες σε μια νεαρή ηλικία και που είχαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους έχουν περισσότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν τον

καρκίνο αυτό. Όσο νωρίτερα στην ηλικία αρχίσει την σεξουαλική δραστηριότητα μια γυναίκα τόσο περισσότερο είναι αυξημένος ο κίνδυνος της για την ασθένεια. Το ίδιο επίσης ισχύει με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων με αποτέλεσμα, αυτές με πολλούς να έχουν περισσότερο κίνδυνο. 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, ο οποίος μεταδίδεται κατά τη σεξουαλική επαφή(Arends,Wyllie,1990).

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

**Κάπνισμα:** Το κάπνισμα έχει την δυνατότητα να δημιουργεί χημικές ενώσεις οι οποίες προκαλούν βλάβες στα κύτταρα του τραχήλου με αποτέλεσμα να δημιουργούν ένα υπόστρωμα στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί ο ΚΤΜ(Michael,2003).

**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. Η τελευταία μορφή είναι και η σοβαρότερη. Οι γυναίκες πρέπει τουλάχιστο κάθε 2 χρόνια από την ηλικία των 20 μέχρι τα 65 να κάνουν ένα τεστ Παπανικολάου, το οποίο μπορεί να ανιχνεύσει τις αλλαγές αυτές και να προλάβει ένα διάχυτο ΚΤΜ

**AIDS:** Οι γυναίκες που πάσχουν από AIDS έχουν περισσότερο κίνδυνο να αναπτύξουν ΚΤΜ(Shape,2008)

**Στρες** □ Το καθημερινό στρες που βιώνει μια γυναίκα, μπορεί να μειώνει τη δυνατότητα του συστήματος άμυνας του οργανισμού της να εξουδετερώνει ένα από τους πλέον κοινούς σεξουαλικά μεταδιδόμενους ιούς που προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το συμπέρασμα αυτό προέκυψε από πρόσφατη ενδιαφέρουσα έρευνα στο Fox Chase cancer Center της Φιλαδέλφιας όπου 74 γυναίκες εξετάστηκαν τόσο κολποσκοπικά και με ανοσοιστοχημικές μεθόδους, όσο και με ένα ερωτηματολόγιο στο οποίο σημειώνονταν τα μεγάλα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής τους, όπως το διαζύγιο, ο θάνατος ενός στενού συγγενή τους ή η απώλεια εργασίας τους. Η μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες υπό καταστάσεις στρες παρουσιάζουν φτωχότερο πολλαπλασιασμό των «T» λεμφοκυττάρων κατά του ιού HPV σε σύγκριση με αυτές που δεν είχαν στρες.

Η μελέτη επιπλέον έδειξε ότι η κατάσταση στρες είναι υποκειμενική για την κάθε γυναίκα και σοβαρά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής τους δεν σημείωσαν την αναμενόμενη πτώση των «T» λεμφοκυττάρων, πιθανώς επειδή είχε περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα αφότου συνέβηκε το γεγονός και οι γυναίκες χειρίστηκαν το συμβάν (Annals,2008).

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

περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες μειώθηκε σημαντικά.

Ο καρκίνος αυτός θεωρείται σήμερα μια νόσος που μπορεί να προληφθεί, αν διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα και της οποίας η αιτιολογία είναι πλέον απόλυτα γνωστή. Στην ανάπτυξη του καρκίνου φαίνεται να παίζουν σπουδαίο ρόλο ιογενείς και χρόνιες λοιμώξεις, καθώς και εξελκώσεις του τραχήλου. Τον σημαντικότερο ρόλο, όμως, στην πρόκλησή του, τόσο στην προδιηθητική του μορφή όσο και στη διηθητική, τον έχει η παρουσία του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus - HPV) στο τραχηλικό επιθήλιο. Επίσης, η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου είναι μεγαλύτερη σε ομάδες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο(Prevention,2007).

## **5.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

Τα αρχικά συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η λευκόρροια και η ανώμαλη κολπική αιμορραγία ή οι κηλίδες αίματος. Η λευκόρροια προοδευτικά αυξάνει σε ποσότητα και γίνεται σκοτεινού χρώματος και κάκοσμη εξαιτίας νέκρωσης και λοίμωξης της μάζας του όγκου. Η αιμορραγία συμβαίνει σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα, ανεξάρτητα από την περίοδο ή και μετά την κλιμακτήριο (μητρορραγία). Αρχικά η αιμορραγία μπορεί να είναι πολύ μικρή σε ποσότητα, καθώς όμως η νόσος προχωρεί η αιμορραγία γίνεται πιο σταθερή. Χαρακτηριστικές είναι οι αιμορραγίες μετά από συνουσία και άλλες επαφές με τον τράχηλο

(κολπικές πλύσεις ή εξετάσεις). Σε προχωρημένες περιπτώσεις παρουσιάζονται πόνοι στο υπογάστριο και οσφυαλγία(Stanley,2006).

Σήμερα είναι σαφές ότι, στις περισσότερες τουλάχιστον περιπτώσεις, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ακολουθεί μια μακρά και προδιαγεγραμμένη πορεία εξέλιξης, μέσω διαφόρων προκαρκινικών σταδίων, τα οποία έχουν τεκμηριωθεί στην κλινική πράξη με μεγάλη ακρίβεια. Κατά τη διάρκεια της μακράς αυτής εξέλιξης η νόσος μπορεί να διαγνωστεί σχετικά εύκολα και να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Η έγκαιρη διάγνωση των προκαρκινικών μορφών είχε ως αποτέλεσμα την πτώση της συχνότητας του διηθητικού καρκίνου και την καλύτερη επιβίωση των ασθενών([www.imlarisis.gr](http://www.imlarisis.gr)).

## **5.6 Επιδημιολογία**

«Ο Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας (KTM) είναι ο τρίτος πιο συχνός γυναικείος καρκίνος μετά τον καρκίνο μαστού και του παχέος εντέρου και το 79% των περιπτώσεων παρατηρείται σε αναπτυσσόμενες χώρες", τονίζει ο καθηγητής Θεόδωρος Πανοσκάλτσης και υποστηρίζει ότι «η ανάπτυξη εμβολίων ευρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο και έτσι εκτιμάται ότι θα μειωθεί κατά πολύ ή σχεδόν θα εξαφανισθεί ο καρκίνος τραχήλου τον 21ο αιώνα. Επίσης, θα υπάρξει και μείωση άλλων καρκίνων που σχετίζονται με τον ιό των κονδυλωμάτων»(Ματσεντίδου,2004).

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).

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. Αυτό είναι γεγονός απαράδεκτο, 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% (Γκορνέλης, 1992).

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (KTM) είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος των γυναικείων γενετικών οργάνων μετά από τον καρκίνο της ωοθήκης. Μετά από αυτόν ακολουθεί ο καρκίνος του ενδομητρίου που έχει λίγο χαμηλότερη συχνότητα.

Ο μέσος όρος ηλικίας στην οποία παρατηρείται είναι γύρω στα 52 χρόνια αλλά έχει παρουσιαστεί μια αύξηση σε γυναίκες μικρότερης ηλικίας ([www.paidiatros.gr](http://www.paidiatros.gr)).

## **5.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί και μπορεί να ιαθεί εάν ανιχνευθεί έγκαιρα.

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 σημαντικά κατά τα τελευταία χρόνια.

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από το στάδιο που βρίσκεται και από την κατάσταση, την ηλικία και την επιθυμία της άρρωστης να διατηρήσει την αναπαραγωγική της λειτουργία. Αν το Παπ-τεστ αποκαλύψει δυσπλασία ή αν ο όγκος περιορίζεται στον επιθηλιακό ιστό, η εμπλεκόμενη περιοχή του τραχήλου μπορεί να αφαιρεθεί με κωνοειδή εκτομή, ηλεκτρικό καυτηριασμό, κρυοχειρουργική ή χειρουργική με LASER. Οι προσεγγίσεις αυτές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες προκειμένου να διατηρηθεί η αναπαραγωγική λειτουργία(Prevention,2007).

Αν διαγνωστεί προδιηθητικός καρκίνος (in situ) και η γυναίκα έχει συμπληρώσει την τεκνοποίηση, πιθανόν να γίνει απλή υστερεκτομή (αφαίρεση της μήτρας και του τραχήλου).

Σε διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, οι μέθοδοι θεραπείας μπορεί να είναι ακτινοβολία ή ριζική υστερεκτομή.

Ο έκδηλος καρκίνος του τραχήλου της μήτρας κατατάσσεται, ανάλογα με την εξέλιξή του, σε τέσσερα βασικά στάδια με ένδεκα ενδιάμεσες υποκατηγορίες.

- Στο **Στάδιο I** η θεραπεία είναι είτε ο ακρωτηριασμός του τραχήλου ή απλή ολική υστερεκτομία, ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας και την επιθυμία της για περαιτέρω τεκνοποιία. Η ίαση μπορεί να φθάσει μέχρι και 90% και η πρόγνωση για επιβίωση πέραν της πενταετίας είναι πολύ καλή.
- Στο **Στάδιο II** η θεραπεία εκλογής είναι η τροποποιημένη ριζική υστερεκτομή με σύγχρονο καθαρισμό της περιοχής. Ακολουθεί

τοπική ακτινοθεραπεία. Η ίαση κυμαίνεται μεταξύ 70-85% και η πρόγνωση για επιβίωση πέραν της πενταετίας είναι καλή.

- Στα **Στάδια III** και **IV** που ο καρκίνος είναι εκτεταμένος πλέον, προηγείται της εγχείρησης η ακτινοθεραπεία και ενδεχομένως η χημειοθεραπεία, σε μια απέλπιδα προσπάθεια μείωσης του όγκου. Οι πιθανότητες ίασης είναι πολύ πτωχές και η πρόγνωση κακή([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)).

<b>ΣΤΑΔΙΟ</b>	<b>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>
<b>0</b>	Καρκίνωμα in situ,τραχηλική ενδοεπιθηκιακή αλλοίωση(CIN 3)
<b>I</b>	Καρκίνος εντοπισμένος αυστηρά εντός του τραχήλου
<b>IA</b>	Διήθηση του στρώματος μέγιστου βάθους 5mm και έκτασης 7mm
<b>IA1</b>	Διήθηση του στρώματος μέγιστου βάθους 3mm και έκτασης 7mm
<b>IA2</b>	Διήθηση του στρώματος μέγιστου βάθους 3-5 mm και έκτασης 7mm
<b>IB</b>	Clinical lesions confined to the cervix or preclinical lesions greater than IA
<b>IB1</b>	Κλινικές βλάβες μικρότερες από 4cm σε μέγεθος
<b>IB2</b>	Κλινικές βλάβες μεγαλύτερες από 4cm σε μέγεθος
<b>II</b>	Το καρκίνωμα διηθεί τους ιστούς πέρα από τον τράχηλο αλλά δεν φτάνει ως το πυελικό τοίχωμα ή διηθεί τον κόλπο στα ανώτερα 2/3 του

<b>IIA</b>	Χωρίς εμφανή διήθηση του παραμητρίου
<b>IIB</b>	Με εμφανή διήθηση του παραμητρίου
<b>III</b>	Το καρκίνωμα φτάνει στο πυελικό τοίχωμα ή διηθεί το κατώτερο 1/3 του κόλπου. Σε όλες τις περιπτώσεις έχουμε υδρονέφρωση ή δυσλειτουργία στους νεφρούς
<b>IIIA</b>	Διήθηση του κατώτερου 1/3 του κόλπου χωρίς να διηθεί το κολπικό τοίχωμα
<b>IIIB</b>	Διήθηση του κολπικού τοιχώματος ή υδρονέφρωση ή νεφρική δυσλειτουργία εξαιτίας του όγκου
<b>IV</b>	Καρκίνος πέρα της αληθούς λεκάνης ή που διηθεί το βλεννογόνο της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού
<b>IVA</b>	Διήθηση των γειτονικών ενδοπυελικών οργάνων
<b>IVB</b>	Μετάσταση σε απομακρυσμένα όργανα και ιστούς

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>

### 6.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ (ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ)

Ο καρκίνος του ενδομητρίου παρατηρείται σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (50-70 ετών), είναι καλοηθέστερος από τον καρκίνο του τραχήλου λόγω της μεγαλύτερης ηλικίας της γυναίκας και της βραδύτερης μεταστάσεως.

Απαντά συχνά σε γυναίκες με ινομώματα ή με στείρωση από έλλειψη ωορρηξίας. Επίσης ο διαβήτης και η παχυσαρκία θεωρούνται ότι είναι προδιαθεσικοί παράγοντες, η εξωγενής χορήγηση οιστρογόνων είναι δυνατό να προκαλέσει καρκίνο του ενδομητρίου(Whelan,1990).

**6.1 Τα συμπτώματα** του καρκίνου του ενδομητρίου είναι:

1. Μητρορραγίες. Η ασθενής παρουσιάζει μητρορραγία στην εμμηνόπαυση ή πολυμηνόρροια, εφόσον συνεχίζει να έχει περίοδο
2. Καφεοειδή υγρά. Σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται αποβολή καφεοειδών ή πυοειδών υγρών που συνήθως είναι δύσσομα(Herrero,2003).

**6.2** Η ταξινόμηση του σώματος του καρκίνου της μήτρας σε στάδια διευκολύνει την πρόγνωση και την εκλογή της θεραπείας. Αυτά είναι:

- Στάδιο 0.** Ο καρκίνος περιορίζεται στα επιθηλιακά κύτταρα.  
**Στάδιο 1.** Ο καρκίνος περιορίζεται στο σώμα της μήτρας.  
**Στάδιο 2.** Ο καρκίνος έχει επεκταθεί προς τον ενδοτράχηλο.  
**Στάδιο 3.** Ο καρκίνος έχει προχωρήσει εκτός της μήτρας.  
**Στάδιο 4.** Ο καρκίνος έχει καταλάβει τα όργανα και τα οστά της πυέλου(Δημητρίου,2002).

### **6.3 Η διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου γίνεται:**

- Με τα κολπικά επιχρίσματα που όμως δεν παρουσιάζουν την αξιοπιστία που παρατηρείται στη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου.
- Με διαγνωστική απόξεση.

Οι παράμετροι οι οποίες σήμερα θεωρούνται σημαντικές για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι η ηλικία της ασθενούς, το στάδιο, η κατάσταση της πλοειδίας, η διαφοροποίηση του όγκου, η συγκέντρωση προγεστερονικών υποδοχέων στα κύτταρα του όγκου και η αναπλαστική δραστηριότητα των κυττάρων αυτών. Η θεραπεία του καρκίνου του ενδομητρίου περιλαμβάνει την ολική υστερεκτομή με τα εξαρτήματα της μήτρας, την αμιγή ακτινοβολία σε ανεγχείρητες περιπτώσεις ή των συνδυασμό των δύο αυτών μεθόδων(Ματσεντίδου,2004).

## **Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>**

### **7. Τεστ Παπανικολάου**

Είναι μια κυτταρολογική εξέταση. Τα απολεπιζόμενα κύτταρα που αποβάλλονται από τα έσω γεννητικά όργανα, τραχήλου, μήτρας και κόλπου της γυναίκας, συλλέγονται με εύκολο και ανώδυνο χειρισμό. Τα κύτταρα αυτά χρωματίζονται με ειδικές χρώσεις και εξετάζονται κάτω από το απλό μικροσκόπιο. Η μέθοδος αυτή είναι γνωστή διεθνώς ως Pap Test και αποτελεί μια βασική μέθοδο ευρείας εφαρμογής για την πρόιμη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας(Παπανικολάου,2005).

#### **7.1 Ταξινόμηση κυτταρολογικών ευρημάτων στο τεστ Παπανικολάου**

**Κλάση I:** φυσιολογικά ευρήματα (φυσιολογικά κύτταρα). Η εξέταση είναι αρνητική για καρκίνο.

**Κλάση II:** φυσιολογικά ευρήματα (ορισμένα κολπικά κύτταρα έχουν μικρή απόκλιση από τα φυσιολογικά κύτταρα). Η εξέταση είναι αρνητική για καρκίνο. Συνήθως τα ευρήματα αυτά συναντώνται σε φλεγμονώδεις καταστάσεις του τραχήλου και του κόλπου.

**Κλάση III:** αμφίβολα ευρήματα (υπάρχουν κολπικά κύτταρα που ούτε μοιάζουν με τα φυσιολογικά αλλά ούτε με βεβαιότητα χαρακτηρίζονται έως άτυπα ή καρκινικά). Σε αυτή την κλάση συνιστάται επανάληψη του τεστ τρεις φορές σε σύντομο χρονικό διάστημα και στην περίπτωση που επιμένει το εύρημα πρέπει να γίνει βιοψία.

**Κλάση IV:** μέσα στον κολπικό κυτταρικό πληθυσμό υπάρχει μικρός αριθμός καρκινικών κυττάρων. Σε αυτήν τίθεται σοβαρά η υποψία για την ύπαρξη κακοήθειας και πρέπει να ακολουθήσει βιοψία.

**Κλάση V:** ίδια ευρήματα με την κλάση IV, αλλά ο αριθμός των κακοηθών κυττάρων είναι πιο μεγάλος και υπάρχει ένδειξη για βιοψία(Παπανικολάου,2005).

## **7.2 Ποιότητα λήψης του τεστ Παπανικολάου**

Είναι απαραίτητο να ληφθούν κύτταρα τόσο από το εξωτερικό όσο και από το εσωτερικό τμήμα του τραχήλου της μήτρας. Δυστυχώς, οι απλοί κανόνες λήψης του τεστ δεν εφαρμόζονται πάντα και σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, δεν υπάρχει περιοδικός έλεγχος της ποιότητας των τεστ, που θα μπορούσε να συνεισφέρει σημαντικά στη μείωση των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων και γενικά στην αξιοπιστία του τεστ Παπανικολάου(Μορτάκης,2004).

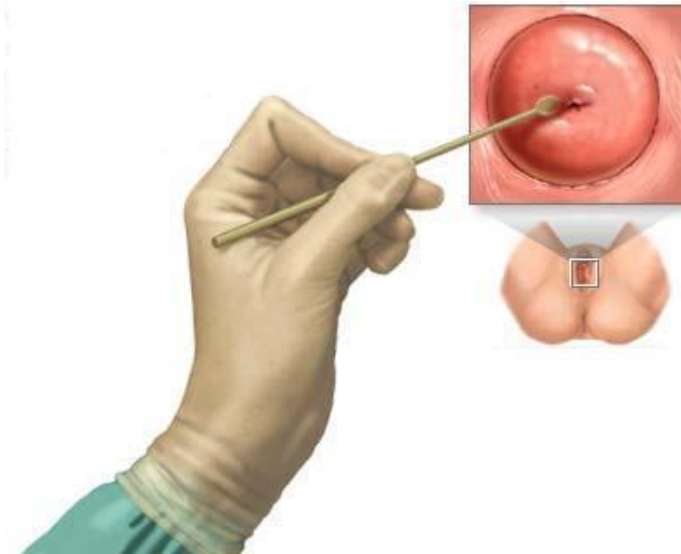
### **7.3 Ποιότητα ανάγνωσης του τεστ Παπανικολάου**

Μία καινούργια μέθοδος προετοιμασίας ανάγνωσης τραχηλικών κυττάρων μετά τη λήψη του Παπ τεστ - η υγρή κυτταρολογία (ThinPrep Pap test) – φαίνεται ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι της κλασσικής μεθόδου επίστρωσης του υλικού σε γυάλινα πλακάκια.

Επίσης, η αυτοματοποίηση της ανάγνωσης του κυτταρικού υλικού με τη βοήθεια ηλεκτρονικών υπολογιστών (AutoPap system) έχει συνεισφέρει στη μείωση των λαθών αναγνώρισης των προκαρκινικών βλαβών. Ήδη, στα μεγάλα πανεπιστημιακά, δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας μας λειτουργούν τέτοια μηχανήματα (Μορτάκης, 2004).

### **7.4 Λήψη τεστ Παπανικολάου**

Η γυναίκα ξαπλώνει σε γυναικολογική θέση και ο γυναικολόγος με τη βοήθεια ενός κολποδιαστολέα εξετάζει μακροσκοπικά τον τράχηλο της μήτρας. Μετά με έναν στυλεό και με ένα βουρτσάκι παίρνει δείγμα κυττάρων από την επιφάνεια του τράχηλου της μήτρας. Το δείγμα αυτό μονιμοποιείται και μεταφέρεται στο κυτταρολογικό εργαστήριο, όπου και γίνεται η μικροσκοπική εξέταση από κυτταρολόγους ([www.hpv-info.gr](http://www.hpv-info.gr)).



### **7.5 ΑΠΟ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΕΠΕΙ Ν'ΑΡΧΙΣΕΙ ΤΟ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ**

Ο καρκίνος του τραχήλου εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες πάνω από 35 χρονών αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε νεώτερες.

Για τον λόγο αυτό αλλά και επειδή οι προκαρκινοματώδεις αλλαγές (δυσπλασίες) στα κύτταρα του τραχήλου πριν να εμφανιστεί ο καρκίνος μπορεί να έχουν αρχίσει και 10 χρόνια νωρίτερα πρέπει:

- Κάθε γυναίκα που έχει ή είχε σεξουαλικές σχέσεις ή είναι πάνω από 18 ετών να κάνει τεστ Παπανικολάου μαζί με γυναικολογική εξέταση
- Μετά από 3 η περισσότερα φυσιολογικά τεστ Παπανικολάου το τεστ μπορεί να γίνεται σε μεγαλύτερα διαστήματα μετά από σύσταση του γυναικολόγου.

Εφ' όσον γίνει έγκαιρα η διάγνωση μιας δυσπλασίας η θεραπεία



είναι μια απλή επέμβαση από τον κόλπο με την οποία αφαιρείται ένα τμήμα του τραχήλου σε σχήμα κώνου (κωνοειδής εκτομή). Έτσι η γυναίκα μπορεί να θεραπευτεί 100% χωρίς να γίνει αφαίρεση της μήτρας(Τριχοπούλου ,Τριχόπουλος,1999).

## **7.6 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ**

Με την γυναικολογική εξέταση είναι δυνατόν να διαγνωστούν και άλλοι αρχόμενοι καρκίνοι των γεννητικών οργάνων όπως του αιδοίου και των ωοθηκών πριν να προλάβουν να δώσουν συμπτώματα.

Επίσης με την γυναικολογική εξέταση διαπιστώνονται και πολλές καλοήθειες παθήσεις των γεννητικών οργάνων όπως κολπίτιδες, ινομυώματα, κύστες ωοθηκών κλπ([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)).



## Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>

### **8. ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ**

Η μόλυνση του τραχήλου της μήτρας δεν είναι δυνατόν να εντοπιστεί με απλή κλινική εξέταση. Η πιο συχνή μέθοδος διάγνωσης είναι με κολποσκόπηση με τη βοήθεια μίας ειδικής βαφής (acetic acid) που κάνει τα κονδυλώματα να ξεχωρίζουν. Εάν κριθεί απαραίτητο για την τυποποίηση του ιού μπορεί να παρθεί βιοψία. Ευτυχώς, το βελτιωμένο τεστ-Παπ μπορεί πλέον να εντοπίσει την ύπαρξη συγκεκριμένου στελέχους του ιού HPV(Annals,2008).

## Κεφάλαιο 9<sup>ο</sup>

### **9. HPV(ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ)**

Η διάγνωση και η ακριβής τυποποίηση του ιού HPV είναι πολύ σημαντική. Κάποιοι από τους υψηλού κινδύνου τύπους ενοχοποιούνται για την εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου στις γυναίκες αλλά και καρκίνου του πέους ή του πρωκτού στους άνδρες. Οι τύποι αυτοί που συνδέονται κυρίως με την εμφάνιση καρκίνου είναι 5 (οι τύποι 16, 18, 31, 33, 35) από τους περίπου 80 συνολικά. Με τη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης που προσφέρει κυρίως το τεστ-Παπ, οι περιπτώσεις των ατόμων που αναπτύσσουν τελικά τέτοιου είδους καρκίνους είναι ελάχιστες. Η

έγκαιρη διάγνωση επιτρέπει τη σωστή παρακολούθηση της εξέλιξης, άρα και την έγκαιρη επέμβαση των γιατρών(Montagnier,1995).

Σύμφωνα με τον κ. Βασιλόπουλο «οι άντρες, θα μπορούσε να πει κανείς ότι υστερούμε σε σχέση με τις γυναίκες στη δυνατότητα διάγνωσης του ιού, καθώς δεν έχουμε αντίστοιχο τεστ με το τεστ Παπανικολάου. Πολύ συχνά οι ασθενείς μου με ρωτούν εάν υπάρχει κάποια εξέταση αίματος ή κάποιος άλλος τρόπος διάγνωσης του ιού HPV, ειδικά στην κατάσταση της φορείας, τότε δηλαδή που έχω τον ιό, δυνητικά τον μεταφέρω στις ή στους ερωτικούς μου συντρόφους, αλλά δεν έχω καμία εξωτερική δερματική βλάβη ή άλλη ενόχληση για να το υποπτευθώ. Η απάντηση είναι δυστυχώς αρνητική.

Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, την πολύ μεγάλη σημασία της πρόληψης, της προστασίας δηλαδή από την αρχική έκθεση και μόλυνση από τον ιό. Αυτή η πρόληψη μπορεί να επιτευχθεί αν κανείς επιλέγει όσο το δυνατόν πιο προσεκτικά τον ερωτικό του σύντροφο (αποφυγή συντρόφων με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό), δεν συνουσιάζεται με πολλές συντρόφους, διατηρεί σε καλή κατάσταση τον οργανισμό και την υγεία του και, επίσης, χρησιμοποιεί προφυλακτικό. Σε ό, τι αφορά τις βλάβες των ιστών, δηλαδή τις δυσπλασίες, δεν υπάρχει πρόληψη, όμως είναι σημαντική, όπως ήδη τονίσαμε, η έγκαιρη διάγνωση. Έχει αποδειχτεί ότι η επέμβαση της περιτομής αποτελεί άλλο ένα αποτελεσματικό προληπτικό μέτρο, καθώς άντρες με περιτομή παρουσιάζουν ελαττωμένες πιθανότητες εμφάνισης HPV λοίμωξης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και οι σύντροφοί τους

χαμηλότερα ποσοστά καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

Δυστυχώς, στην περίπτωση της λοίμωξης με τον ιό HPV και η απάντηση στην ερώτηση εάν υπάρχει οριστική θεραπεία είναι αρνητική. Καθώς ο HPV είναι ιός και όχι μικρόβιο, στην ουσία δεν υπάρχει θεραπεία με την κλασσική έννοια, όπως για παράδειγμα και στη λοίμωξη με τον ιό του έρπητα. Κυρίως αντιμετωπίζονται τα συμπτώματα ή τα αποτελέσματα της μόλυνσης από τον ιό και όχι ο ίδιος ο ιός. Πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι σε περίπου 70% των ανθρώπων που έχουν HPV, ο ίδιος ο οργανισμός θα απομακρύνει ή θα θέσει σε έλεγχο τον ιό μέσα σε περίπου 3-4 χρόνια από τη διάγνωση. Βεβαίως είναι δυνατό να επαναπροσβληθούμε από HPV ίδιου ή διαφορετικού τύπου. Πάντως η άμεση αντιμετώπιση των αναγνωρίσιμων βλαβών με βεβαιότητα συντελεί όχι μόνο στον αυτοπεριορισμό της νόσου, αλλά ελαττώνει και την πιθανότητα μετάδοσης του ιού στους σεξουαλικούς συντρόφους, ανακόπτοντας την πορεία εξάπλωσης και επαναμόλυνσης»(Gissmank,2003).

## **9.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ HPV**

Αν και δεν υπάρχει θεραπεία για τον ιό, υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις για τα κονδυλώματα. Η επιλογή της μεθόδου θα γίνει από τον γιατρό, με βάση την έκταση της μόλυνσης, τη θέση των κονδυλωμάτων και άλλους παράγοντες που αφορούν τον συγκεκριμένο ασθενή. Σε κάποιες περιπτώσεις, ειδικά αν η έκταση των βλαβών είναι μικρή, θα δοθεί θεραπεία με φάρμακα (ειδικές δερματικές αλοιφές που είτε 'καίνε' τη βλάβη, είτε ενδυναμώνουν την τοπική άμυνα του δέρματος για να

προλάβουν τις υποτροπές), ενώ για την απομάκρυνση των μεγαλύτερων κονδυλωμάτων χρησιμοποιείται ευρέως η κρυοπηξία, η διαθερμοπηξία, το laser και τελευταία το RF-Ραδιοκύματα, με εξαιρετικά αποτελέσματα. Είναι γενικά μέθοδοι ανώδυνες, γίνονται με τοπική αναισθησία και απαιτούν μόνο λίγη προσοχή από την ασθενή για τις επόμενες μια-δυο μέρες από την επέμβαση(Δημητρίου,2002).

Ανεξαρτήτως της θεραπευτικής προσέγγισης που θα επιλεγεί, θα πρέπει να γίνει επανεξέταση σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ακόμη και μετά την αντιμετώπιση των κονδυλωμάτων, το άτομο εξακολουθεί να έχει τον ιό (αφού ο ιός δεν θεραπεύεται αλλά απλά αντιμετωπίζονται οι εκδηλώσεις του) καθώς όλη η δερματική περιοχή νοσεί. Σε αρκετές περιπτώσεις οι βλάβες θα επανεμφανιστούν σε γειτονικές ή πιο απομακρυσμένες περιοχές, προκαλώντας διαφορετικής συχνότητας υποτροπές.

Αν θα υπάρξει υποτροπή ή όχι εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως ο τύπος του ιού, η εξαίρεση της βλάβης επί υγιών ορίων, η άμυνα του οργανισμού, το κάπνισμα, ασθένειες που επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα κ.ά. Η συστηματική αντιμετώπιση των υποτροπών, εάν υπάρχουν, η ενδυνάμωση της φυσικής κατάστασης του ασθενούς σε συνδυασμό με το γεγονός ότι στη μεγαλύτερη πλειοψηφία των ανθρώπων ο ίδιος ο οργανισμός θα θέσει τον ιό υπό έλεγχο οδηγούν στην τελική ίαση.

Τέλος, σημαντική πρόοδο στην εκρίζωση της λοίμωξης από τα επικίνδυνα για καρκίνο στελέχη, αποτελεί η εφαρμογή των νέων εμβολίων σε νεαρά κορίτσια πριν την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής. Στόχος είναι η καταπολέμηση του καρκίνου του

τραχήλου στις γυναίκες. Ίσως στο μέλλον εφαρμοστούν εμβολιασμοί για το σύνολο των ιών HPV με πλήρη εκρίζωση της λοίμωξης (Smith, Turek, 1996).

## **9.2 ΜΥΘΟΙ Κ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΕΣΗ HPV ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

- Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι του ιού. Αυτοί μπορεί να προκαλέσουν κονδυλώματα, μυρμηγκιες, θηλώματα στο δέρμα, να αποικήσουν τον τράχηλο της μήτρας και να προκαλέσουν ή να μην προκαλέσουν προκαρκινικές αλλαγές στα κύτταρα του.
- Μερικοί μόνο από τους τύπους του ιού είναι συνδεδεμένοι με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Αυτοί ονομάζονται υψηλού κινδύνου.
- Οι τύποι του ιού που προκαλούν τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων δεν σχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Αυτοί ονομάζονται χαμηλού κινδύνου.
- Συχνά κάποια άτομα εκτίθενται σε περισσότερους από έναν τύπους ιού, μερικοί από τους οποίους μπορεί να είναι και υψηλού κινδύνου. Παρ' όλα αυτά οι περισσότεροι φορείς δεν παρουσιάζουν ποτέ καρκίνο του τραχήλου.
- Ο καρκίνος του τραχήλου συνήθως αναπτύσσεται μετά από αρκετά χρόνια.
- Η πλειοψηφία των γυναικών που εμφανίζουν καρκίνο του

τραχήλου της μήτρας δεν έχουν κάνει ποτέ τεστ Παπανικολάου ή δεν έχει κάνει τα πέντε τελευταία χρόνια.

- Ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί να προληφθεί αν μια γυναίκα κάνει το παπ τεστ και την κλινική εξέταση κάθε χρόνο στο γυναικολόγο της. Με τον τρόπο αυτό αν βρεθούν ανώμαλα κύτταρα παρακολουθούνται και αν επιμείνουν, αφαιρούνται.
- Τις περισσότερες φορές οι άντρες δεν αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα με τις γυναίκες, ακόμη και αν φέρουν τους ιούς υψηλού κινδύνου(Arrends, Wyllie, 1990).

## **Κεφάλαιο 10<sup>ο</sup>**

### **10. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ**

Όταν μια γυναίκα πηγαίνει στο γυναικολόγο της για να κάνει τεστ παπ, το κάνει για να σιγουρευτεί ότι δεν υπάρχει καμία ανωμαλία ή προκαρκινική αλλαγή. Εάν τα αποτελέσματα του τεστ παρουσιάζουν κυτταρικές αλλαγές, αυτές συνήθως αποκαλούνται δυσπλασία. Τις περισσότερες φορές οι αλλαγές οφείλονται σε HPV. Όμως μια γυναίκα επειδή έχει δυσπλασία δεν σημαίνει ότι θα πάθει καρκίνο. Σημαίνει ότι ο γυναικολόγος της θα θελήσει να ελέγξει με προσοχή τον τράχηλό της κάθε έξι μήνες και να κάνει ενδεχομένως κολποσκόπηση ή και βιοψία για να αποτρέψει περαιτέρω αλλαγές κυττάρων που θα μπορούσαν να γίνουν καρκινικές αν δεν υπόκειντο σε θεραπεία(Lacey ,2000).

#### **10.1 THIN-PREP**

Είναι μια νέα μέθοδος παπ τεστ, η οποία έχει μεγαλύτερη ακρίβεια στη λήψη του δείγματος και καλύτερη ανάλυση των κυττάρων. Με τον τρόπο αυτό μειώνονται πάρα πολύ οι πιθανότητες λάθους στη διάγνωση των κυτταρικών αλλαγών(Annals, 2008).

## **10.2 Ποια είναι η διαφορά μεταξύ του Pap, της κολποσκόπησης, της βιοψίας και ενός τεστ HPV**

- **Pap τεστ** είναι ο έλεγχος της επιφανειακής στιβάδας των κυττάρων του τραχήλου για να βρούμε τυχόν αλλαγές προτού να μετατραπούν σε καρκίνο. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης μια μικρή βούρτσα χρησιμοποιείται για να πάρει ένα δείγμα των τραχηλικών κυττάρων. Αυτά τα κύτταρα τίθενται έπειτα σε διαφανές γυαλί και στέλνονται στο εργαστήριο για την αξιολόγηση.
- **Η βιοψία** είναι παρόμοια με το Pap, αλλά μια μεγαλύτερη συστάδα των κυττάρων αφαιρείται από τον τράχηλο και βλέπουμε εάν υπάρχουν ανώμαλες αλλαγές κυττάρων σε συγκεκριμένα ύποπτα σημεία. Είναι ένας καλός τρόπος να επιβεβαιωθεί το αποτέλεσμα του Pap σε περίπτωση αμφιβολίας και να αποκλειστεί ο καρκίνος. Η βιοψία γίνεται ταυτόχρονα με την κολποσκόπηση.
- **Στην κολποσκόπηση** ελέγχουμε τον κόλπο και τον τράχηλο με κάμερα μεγάλης μεγέθυνσης και υψηλής ακρίβειας. Εφαρμόζουμε φίλτρα χρώματος και διάφορα υγρά στην επιφάνεια του τραχήλου για να βρούμε τυχόν παθολογικές αλλαγές.
- **Το HPV τεστ** ελέγχει άμεσα το γενετικό υλικό (DNA) του HPV μέσα στα κύτταρα, και μπορεί να ανιχνεύσει τους «υψηλού



κινδύνου» τύπους που συνδέονται με τον καρκίνο του τραχήλου. Η δοκιμή γίνεται με το ίδιο δείγμα κυττάρων που λαμβάνεται κατά τη διάρκεια της Pap δοκιμής(Παπανικολάου,2005).

## Κεφάλαιο 11<sup>ο</sup>

### 11.ΕΜΒΟΛΙΟ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο εμβολιασμός κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σαν πρωτογενής πρόληψη σε συνδυασμό με τον προληπτικό έλεγχο, δηλαδή τη δευτερογενή πρόληψη, αποτελεί την ιδανική αντιμετώπιση στην πρόληψη της θανατηφόρας ασθένειας. Ο εμβολιασμός του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στοχεύει εκείνους τους τύπους του ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων που προκαλούν το 75% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας. Μελέτες μοντέλων στις Η.Π.Α. έδειξαν πρόσφατα ότι τα προγράμματα εμβολιασμού μπορούν να επιφέρουν έως και 91% μείωση των περιστατικών του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που σχετίζονται με τους τύπους που περιέχονται στο εμβόλιο(Σουλιώτης,2007).

Μέχρι σήμερα, προγράμματα εμβολιασμού είναι σε εφαρμογή και χρηματοδοτούνται στις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Αυστραλία, ενώ πρόσφατα, 15/3/2007, εντάχθηκε στο εμβολιαστικό πρόγραμμα της Γαλλίας το εμβόλιο κατά του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας για όλα τα κορίτσια ηλικίας 14 ετών. Για πρώτη φορά το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κυκλοφόρησε στις ΗΠΑ, τον Ιούνιο του 2006. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση άρχισε να κυκλοφορεί τον Σεπτέμβριο του 2006(Σουλιώτης,2007).

### **11.1 ΕΜΒΟΛΙΟ ΚΑΙ HPV**

Ο εμβολιασμός σύμφωνα με την απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ιανουάριος 2008),έχει ενταχθεί στο νέο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και συνίσταται σε όλα τα κορίτσια ηλικίας 12-15 ετών, καθώς και σε όσες γυναίκες 16-25 ετών δεν έχουν εμβολιαστεί στη συνιστώμενη ηλικία. Το εμβόλιο καλύπτεται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία.

Ο εμβολιασμός γίνεται σε τρεις δόσεις.

Μια αρχική δόση και δύο επιπλέον δόσεις μέσα σε έξι μήνες.

Ο εμβολιασμός προετοιμάζει το ανοσοποιητικό σύστημα, βοηθώντας να προληφθεί η λοίμωξη από κάποιους ογκογόνους τύπους του ιού. Οπότε ο οργανισμός είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει επόμενες λοιμώξεις από αυτούς του τύπους([www.nvic.gr](http://www.nvic.gr)).

Ο εμβολιασμός μπορεί να προλάβει πάνω από το 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που προκαλούνται από τους πιο κοινούς ογκογόνους τύπους, αλλά δεν προστατεύει έναντι όλων των ογκογόνων τύπων.Γι' αυτό και ο περιοδικός

προσυμπτωματικός έλεγχος με την εξέταση επιχρίσματος (pap-test) παραμένει ιδιαίτερα σημαντικός. Η τακτική εφαρμογή του pap-test, μπορεί να περιορίσει τη θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας περισσότερο από 80%.

Αυτή τη στιγμή υπάρχουν δύο τύποι εμβολίων κατά του HPV: Το Gardasil ( BIANEΞ – Sanofi Pasteur) το οποίο προφυλάσσει από τα ογκογόνα στελέχη 6, 11, 16, 18 του HPV και το Cervarix (GSK) το οποίο προφυλάσσει από τα στελέχη 16 και 18. Το πρώτο κυκλοφορεί ήδη στην ελληνική αγορά ενώ το δεύτερο αναμένεται να κυκλοφορήσει τους επόμενους μήνες (Weerd, 2008).

Σε έρευνα που έγινε σε περισσότερες από 12 χιλιάδες γυναίκες και που διήρκεσε 2 χρόνια, το εμβόλιο Gardasil, βρέθηκε να είναι ασφαλές και 100% αποτελεσματικό εναντίον 4 τύπων του ιού HPV:

- HPV 16 και 18 που ευθύνονται για περίπου 70% των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου της μήτρας
- HPV 6 και 11 που προκαλούν το 90% των περιπτώσεων κονδυλωμάτων στις γεννητικές περιοχές (McIntosh, 2000)

Υπολογίζεται ότι το εμβόλιο αυτό θα είναι σε θέση να μειώνει τον αριθμό νέων περιστατικών καρκίνου τραχήλου της μήτρας που καταγράφονται κάθε χρόνο από 500.000 σε 150.000. Επίσης θα μειώνει τον αριθμό των θανάτων που συμβαίνουν παγκοσμίως λόγω της νόσου κάθε χρόνο από 290.000 σε 90.000.

Το εμβόλιο θα χορηγείται σε τρεις δόσεις κατά τη διάρκεια 6 μηνών. Όσο πιο γρήγορα δίνεται το εμβόλιο στη ζωή μιας γυναίκας, τόσο το καλύτερο. Εάν διεξαχθούν εμβολιασμοί κατά του HPV μαζικά και νωρίς στη ζωή των γυναικών, πριν αρχίσει η σεξουαλική δραστηριότητα, τότε αναμένεται ότι οι νοσηρές επιδράσεις του HPV στους ανθρώπους θα μειωθούν δραματικά(McFarlane,2008).

Οι ειδικοί πιστεύουν ότι το εμβόλιο πρέπει να χορηγείται και στα αγόρια. Διότι βασικά είναι από τους άνδρες που μεταφέρεται και μεταδίδεται ο ιός στις γυναίκες κατά τη σεξουαλική επαφή.Επισημαίνεται ότι η χορήγηση του συγκεκριμένου εμβολίου, δεν θα σταματήσει τη διεξαγωγή του ανιχνευτικού τεστ για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, δηλαδή του τεστ Παπανικολάου. Ο λόγος είναι διότι υπάρχουν και άλλες μορφές του ιού HPV που δεν καλύπτονται από το Gardasil και προκαλούν καρκίνο του τραχήλου. Έτσι είναι αναγκαίο η ανίχνευση να συνεχίζεται.

Επισημαίνεται επίσης ότι σε γυναίκες που έχουν ήδη μολυνθεί από οποιαδήποτε από τις 4 μορφές των ιών που καλύπτονται, το εμβόλιο δεν είναι αναγκαστικά σε θέση να παρέχει προστασία. Μάλιστα πιθανόν σε τέτοιες περιπτώσεις να αυξάνει τον κίνδυνο πρόκλησης καρκίνου(Weerd,2008).

Το τεστ Παπανικολάου θα συνεχίσει να είναι απαραίτητο. Επίσης θα είναι πολύ σημαντικό, το εμβόλιο να γίνεται σε πληθυσμούς στους οποίους απέτυχε το πρόγραμμα έγκαιρης ανίχνευσης του καρκίνου τραχήλου της μήτρας με το τεστ Παπανικολάου λόγω χαμηλών ποσοστών συμμετοχής([www.gyn.gr](http://www.gyn.gr)).

Το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, θα είναι σε θέση να μειώνει τις σημαντικές δαπάνες που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των προκαρκινικών καταστάσεων και των καρκίνων που προκαλούνται από τους ιούς HPV.

Με απόφαση του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το ΙΚΑ θα χορηγεί δωρεάν από το Σεπτέμβριο 2008 το εμβόλιο κατά του καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να προσέρχονται στις Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ για τη συνταγογράφηση, ωστόσο η χορήγηση του εμβολίου σε κορίτσια 12-15 ετών θα ξεκινήσει το Σεπτέμβριο του 2008([www.paidiatros.gr](http://www.paidiatros.gr)).

## **11.2 Υψηλό κόστος**

Το κόστος χορήγησης του εμβολίου για τις ηλικίες από 12 έως 15 ετών εκτιμάται ότι θα ξεπεράσει τα 100 εκατομμύρια ευρώ.

Η πρόταση της Υπηρεσίας στην επόμενη συνεδρίαση του ΔΣ του ΙΚΑ είναι να γίνει η προμήθεια του εμβολίου, για λόγους διαφάνειας και αποτελεσματικότητας, με διαγωνιστική διαδικασία με βάση τη διαπραγμάτευση.

Δεδομένου ότι στην αγορά υπάρχουν σήμερα δύο εμβόλια κατά του HPV, το υπουργείο Υγείας καλείται τώρα να ενημερώσει το ΙΚΑ για το κατά πόσο τα δύο εναλλακτικά εμβόλια είναι ισοδύναμα([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)).

## **11.3 ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

- Αποφύγεται την πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας.
- Αποφύγετε τους πολλούς εναλλασσόμενους ερωτικούς συντρόφους.
- Χρησιμοποιείτε αντισυλληπτικές μεθόδους που προστατεύουν, όπως είναι το διάφραγμα ή το ανδρικό προφυλακτικό και το γυναικείο προφυλακτικό, που εμποδίζουν τη μετάδοση ιών και μικροβίων κατά την ερωτική επαφή.
- Μην καπνίζετε.
- Αυξήστε την πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και συνεπώς βήτα-καροτίνης, βιταμίνης C και φυλλικού οξέος.
- Πραγματοποιείτε ετήσια γυναικολογική εξέταση μετά το 20ο έτος της ζωής.
- Πραγματοποιείτε ετήσια εξέταση επιχρίσματος (pap test) μετά το 20ο έτος της ζωής. Ανάλογα με τον αριθμό των παραγόντων κινδύνου, μπορεί να υπάρξει βράχυνση των μεσοεξεταστικών περιόδων(Ενημερωτικό Φυλλάδιο,2008).

#### **11.4 ΣΤΑΣΗ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

Διεθνής Συμμαχία κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δημιουργήθηκε κατά τη διάρκεια της 1ης Παγκόσμιας Διάσκεψης Κορυφής για τη νόσο, η οποία πραγματοποιήθηκε στα γραφεία της UNESCO υπό την αιγίδα του Προέδρου της Γαλλικής Δημοκρατίας Jacques Chirac.

Για τη δημιουργία της Συμμαχίας κατά του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας (CACC) διεθνείς προσωπικότητες ένωσαν τις δυνάμεις τους με την UNESCO, τη Διεθνή Ένωση κατά του Καρκίνου (UICC), τον Ευρωπαϊκό Σύλλογο Υγείας (ECS) και τη Διεθνή Ομοσπονδία Γυναικολογίας & Μαιευτικής, καλώντας τις κυβερνήσεις να αντιμετωπίσουν καλύτερα αυτή τη συχνή και θανατηφόρα νόσο ενημερώνοντας και προωθώντας τους γυναικολογικούς ελέγχους και εφαρμόζοντας παγκοσμίως προγράμματα εμβολιασμού κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ο οποίος είναι ένας από τους λίγους καρκίνους στους οποίους μπορεί να εφαρμοστεί ο εμβολιασμός(Michael,1997).

Στηριζόμενοι στον Καταστατικό χάρτη του Παρισιού 2000, την Παγκόσμια Διακήρυξη του Καρκίνου 2006 και την φωνή του RABAT 2006 για να εφαρμοστούν τα μέτρα για να σταματήσει η εξάπλωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ο CACC παρουσίασε μια προκήρυξη η οποία είχε υπογραφεί από τους 600 παρευρισκομένους της Συμμαχίας και έθεσε το ερώτημα για δράση στις κυβερνήσεις σε θέματα που αφορούν□

-Εκπαίδευση και ενημέρωση όλων των γυναικών παγκοσμίως για την αιτία που προκαλεί τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, και την πρόληψή του - μέσω του εμβολιασμού και των προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου.

-Παροχή σε όλες τις γυναίκες παγκοσμίως της πρόσβασης στα προγράμματα προληπτικού ελέγχου κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και θεραπείας.

-Δωρεάν διάθεση προγραμμάτων εμβολιασμού σε όλες τις έφηβες και νεαρές γυναίκες μέσω της ένταξης στα εθνικά προγράμματα εμβολιασμού(Manhart,2002).

«Η Πρώτη Διεθνής Συμμαχία κατά του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας σηματοδοτεί ένα επίκαιρο και συναρπαστικό βήμα στην υπεράσπιση των εθνικών προγραμμάτων εμβολιασμού. Με την εισαγωγή του εμβολίου μπήκαμε σε μια νέα εποχή στην μάχη κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και πιστεύουμε ότι η διακήρυξη της Συμμαχίας θα αποτελέσει το έναυσμα για τα απαραίτητα βήματα που θα οδηγήσουν στην ημέρα της εξάλειψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας» συμπέρανε ο πρόεδρος Prof D Khayat, κλινικός ογκολόγος στο νοσοκομείο de la se Pitie Salpetriere(Gissmank,2003).

Σε ότι αφορά το μέλλον, ο κ. Διακομανώλης τόνισε ότι η δευτερογενής πρόληψη θα βασίζεται στο συνδυασμό του τεστ Παπανικολάου με το υπερσύγχρονο DNA testing, ενώ αναφερόμενος στο εμβόλιο Gardasil ο κ. Διακομανώλης τόνισε ότι η ειδική γνωμοδοτική επιτροπή του Υπουργείου Υγείας πρότεινε την εφαρμογή εμβολιασμού σε κορίτσια ηλικίας 12-13 ετών για δυο λόγους: Αφενός, διότι σε αυτή την ηλικία τα κορίτσια δεν έχουν αρχίσει ακόμα τη σεξουαλική επαφή και συνεπώς η προστασία που τους παρέχεται από το εμβόλιο φθάνει το 100%, ενώ αφετέρου, στην ηλικία αυτή τελειώνουν τα υπόλοιπα εμβόλια και μπορεί να επιτευχθεί καλή συνεργασία παιδιάτρων και γυναικολόγων προκειμένου να ενταχθεί ομαλά το συγκεκριμένο εμβόλιο(Gissmank,2003).



**B.ΜΕΡΟΣ**

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ  
ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

## Κεφάλαιο 12<sup>ο</sup>

### 12.ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Στην αρχή συνήθως παρατηρείται η απ' ευθείας μετάσταση προς τους συνεχόμενους ιστούς. Η συμμετοχή του σώματος της μήτρας είναι δυνατό να δημιουργήσει πυόμητρα. Η περαιτέρω επέκταση προς τα παραμήτρια προκαλεί τα ίδια σημεία και συμπτώματα, όπως η χρόνια φλεγμονή της πυέλου.

- Η μετάσταση προς το κοιλικό τοίχωμα αναπόφευκτα συμπεριλαμβάνει και την ουροδόχο κύστη ή το έντερο, δημιουργώντας συρίγγια. Η προς τα πίσω μετάσταση κατά μήκος των ιερομητρικών συνδέσμων, προσβάλλει το ιερό πλέγμα προκαλώντας μη ελεγχόμενη ισχιαλγία.
- Η μετάσταση με τη λεμφική οδό συνήθως ακολουθεί την απ' ευθείας επέκταση προς τους συνεχόμενους ιστούς , αλλά μερικές φορές μπορεί να προηγείται από αυτήν. Από τους λεμφαδένες του τραχήλου, η μετάσταση γίνεται συνήθως μέσω της παρατραχηλικής οδού, προς τους έξω λαγονίους λεμφαδένες. Μερικές φορές η επέκταση γίνεται προς τα πίσω και προσβάλλει την ομάδα των έσω λαγονίων.
- Η μετάσταση με την αιματική οδό είναι σπάνια(Κρεατσάς,1988).

#### 12.1 ΣΗΜΕΙΑ

##### Επισκόπηση και αμφίχειρη εξέταση

- **Πρώιμο στάδιο:** Στη φάση αυτή η κακοήθεια δεν είναι εμφανής και για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, ο όγκος δυνατό να έχει την

εμφάνιση ενός απλού εκτροπίου, ακόμα και όταν υπάρχει μέτρια ανάπτυξη.

- **Μέτρια ανάπτυξη:** Η εικόνα μπορεί να μοιάζει ακόμα μ' εκείνη του φλεγμονώδους εκτροπίου. Ο ενδοτραχηλικός καρκίνος είναι ακόμα λιγότερο εμφανής στα αρχικά στάδια, όπου μπορεί να μη γίνει αντιληπτός. Αργότερα προκαλεί διήθηση και ο τράχηλος λαμβάνει το σχήμα « βαρελιού», αλλά το εξωτερικό στόμιο μπορεί να εμφανίζεται φυσιολογικό.
- **Προχωρημένα στάδια:** Ο τράχηλος γίνεται σκληρός (πετρώδης) και καθιλώνεται από τη διήθηση των κολπικών θόλων. Η επιφάνεια του όγκου είναι εύθραυστη και αιμορραγεί με την απλή ψηλάφηση(Lippert,1993).

## **12.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΩΙΜΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ**

Το ποσοστό επιτυχίας της θεραπείας αυτής της νόσου είναι αυξημένο, αλλά η επιβίωση εξαρτάται κυρίως από τρεις παράγοντες:

1. Την έγκαιρη διάγνωση.
2. Τη μη συμμετοχή των λεμφαγγείων και των λεμφαδένων.
3. Την αντιμετώπιση που θα πρέπει να γίνεται σε ογκολογικά κέντρα, τα οποία να είναι στελεχωμένα από άτομα με μεγάλη εμπειρία στις κακοήθεις καταστάσεις και είναι εξοπλισμένα με τα πιο σύγχρονα μέσα, προσφέροντας υψηλού επιπέδου ιατρική περίθαλψη(Munoz,2004).

Η εκλογή της θεραπείας βρίσκεται μεταξύ χειρουργικής (υστεροεκτομιά) και ακτινοθεραπείας. Στην Αγγλία η

ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται συχνότερα, αλλά η κάθε θεραπεία έχει τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματά της. Πριν από την εφαρμογή της θεραπείας θα πρέπει ν' αντιμετωπίζονται πρώτα οι τυχόν προυπάρχουσες επιπλοκές – αναιμία, σηπτική κατάσταση. Αν η εγχείρηση γίνει σε ασθενή που εμφανίζει αναιμία μπορεί ν' οδηγήσει στην καταπληξία (shock), αφού η αιμορραγία προκαλεί συνήθως πρόβλημα στη διάρκεια της επέμβασης. Στην περίπτωση της ακτινοθεραπείας, η αναιμία συχνά προκαλεί σχετική ανοξία στον όγκο.

Η κατάσταση αυτή δημιουργεί ακτινοαντίσταση με αποτέλεσμα την αύξηση της δόσης της ακτινοβολίας, γεγονός που προκαλεί συχνά βλάβη στους φυσιολογικούς ιστούς μαζί με τις μετακτινικές επιπλοκές. Η κακοήθεια του τραχήλου συνήθως συνοδεύεται από έντονη φλεγμονή που δύσκολα θεραπεύεται. Αν η κατάσταση αυτή δεν μπορεί ν' αντιμετωπιστεί τοπικά, τότε επιβάλλεται η χορήγηση αντιβιοτικού για την πρόληψη της μετατραυματικής επέκτασης(Koutsky,1997).

## **Κεφάλαιο 13<sup>ο</sup>**

### **13. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΧΗΜΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ**

Σήμερα είναι αποδεκτό ότι, τα αποτελέσματα θα είναι καλύτερα αν όλες οι ασθενείς αντιμετωπίζονται σε εξειδικευμένα κέντρα, τα οποία είναι στελεχωμένα από ακτινοθεραπευτικές και γυναικολόγους που βρίσκονται σε στενή μεταξύ τους συνεργασία.

Εφόσον και τα δύο είδη της θεραπείας στις ευνοϊκές περιπτώσεις δίνουν τα ίδια αποτελέσματα, η εκλογή της θεραπείας είναι θέμα προτίμησης ή προκατάληψης. Στην Αγγλία, ο μέσος ακτινοθεραπευτής είναι περισσότερο έμπειρο στην τεχνική της ακτινοβολίας, από το μέσο γυναικολόγο στη ριζική επέμβαση(Greenle,2000).

### **13.1 ΣΤΑΔΙΑ**

1. Ακτινοθεραπεία
2. Μόνο ακτινοθεραπεία ή συμπληρωματική μετά την επέμβαση (οι λεμφαδένες συνήθως είναι διηθημένοι)
3. Μόνο ακτινοθεραπεία ή συμπληρωματική μετά την επέμβαση.
4. Μόνο ακτινοθεραπεία, αν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η εξεντέρωση εκτελείται αν υπάρχει διήθηση της ουροδόχου κύστης ή του ορθού(Baseman,2005).

### **13.2.ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ανάλογα με τις περιπτώσεις έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα μηχανήματα, υλικά και τεχνικές: ακτίνες  $\gamma$  σε επιταχυνόμενη μορφή για την εξωτερική, χρησιμοποιώντας το Βήτατρον, ράδιο και τεχνητά ισότοπα, όπως το Κοβάλτιο 60, το Καίσιο 137 και άλλα για την εσωτερική ακτινοβολία του όγκου. Οι τεχνικές συνεχώς βελτιώνονται. Το έντερο είναι πολύ ευαίσθητο στην ακτινοβολία και η νέκρωση του ορθού καθώς και η δημιουργία συριγγίου είναι πολύ γνωστές επιπλοκές οι οποίες σήμερα παρατηρούνται σπάνια. Η συχνότητα του συριγγίου δεν υπερβαίνει σήμερα το 1% και παρατηρείται σχεδόν αποκλειστικά στο τρίτο και τέταρτο κλινικό στάδιο(Kitchener,1995).

### **13.3 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

#### **A. ΦΥΣΙΚΗ**

1. Η αναιμία πρέπει να διορθώνεται. Το χαμηλό επίπεδο της αιμοσφαιρίνης αυξάνει την ανοξία του όγκου και τον καθιστά λιγότερο ακτινοευαίσθητο.
2. Η τοπική φλεγμονή πρέπει να θεραπεύεται και αν υπάρχει πυοσάλπιγγα, επιβάλλεται η χειρουργική αφαίρεση της.
3. Η νεφρική λειτουργία πρέπει να εκτιμηθεί και απαιτείται ενδοφλέβια πυελογραφία για ν' αποκλειστεί η συμμετοχή του ουρητήρα.
4. Η ακτινογραφία της οστεΐνης πυέλου εκτελείται για ν' αποκλειστούν οι τυχόν μεταστάσεις, αν και αυτές είναι σπάνιες στα αρχικά στάδια του καρκίνου του τραχήλου(Shapiro,2003).

#### **B. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ**

«Καρκίνος είναι ακόμα μία φοβερή λέξη, αλλά η ασθενής που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία είναι πολύ πιθανό να μάθει ότι πάσχει από καρκίνο και θα πρέπει να προετοιμαστεί γι' αυτήν την αποκάλυψη. Στην ασθενή θα πρέπει να περιγραφούν οι δύο τρόποι της ακτινοβολίας και να ειπωθεί ότι ο όγκος που έχει μπορεί ν' αντιμετωπιστεί με τη σύγχρονη ακτινοθεραπεία. Έτσι θα πρέπει να γνωρίζει τις παρενέργειες που είναι δυνατό να παρατηρηθούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, καθώς και το χρόνο παραμονής της στο νοσοκομείο. Η ασθενής που έχει σεξουαλική δραστηριότητα σε οποιαδήποτε ηλικία και αν βρίσκεται, θα πρέπει να ενημερωθεί ότι η συνουσία θα είναι εφικτή στο μέλλον αλλά θ' απουσιάζει η έμμηνος ρύση και ότι άλλες παρενέργειες που θα προέρχονται από την έλλειψη της ωοθηκικής λειτουργίας, θ' αντιμετωπιστούν με ορμονική θεραπεία υποκατάστασης.

Παρ' ότι η θεραπεία θα βρίσκεται στα χέρια των ειδικών ογκολόγων, ο γυναικολόγος θα πρέπει να λαμβάνει μέρος στις

συζητήσεις που αφορούν την αντιμετώπιση και να παρευρίσκεται όταν απαιτούνται επεξηγήσεις στον ασθενή. Ο πρώτος θα πληροφορήσει το γυναικολόγο, ο οποίος δυνατό να κληθεί για ν' αντιμετωπίσει τις παρενέργειες της θεραπείας. Ο δεύτερος που είναι ήδη γνωστός στην ασθενή θ' αυξήσει την εμπιστοσύνη της ασθενούς με την παρουσία του(Ραγιά,1999).

### **13.4 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

#### **A. ΠΡΩΙΜΕΣ**

##### **1. Δυσκολίες στη διάρκεια εισαγωγής του ραδίου ή του καισίου**

Μερικές φορές ο τράχηλος δεν είναι προσιτός ή οι κολπικοί θόλοι είναι τόσο παραμορφωμένοι από τον όγκο ώστε να είναι αδύνατη η τοποθέτηση του κολποδιαστολέα. Η τεχνική πρέπει να προσαρμόζεται με τις ανάγκες κάθε ασθενούς.

##### **2. Πυρετός**

Οι σηπτικές περιοχές σ' ένα μεγάλο όγκο, δεν μπορούν ν' αφαιρεθούν πριν από τη θεραπεία, γι' αυτό επιβάλλεται η κάλυψη της ασθενούς με αντιβιοτικά. Αν εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα περιτονίτιδας, τότε η θεραπεία θα πρέπει να διακοπεί.

##### **3. Κόλπος**

Μία λευκωπή μεμβράνη καλύπτει τον κόλπο για μερικές εβδομάδες.

##### **4. Ουροδόχος κύστη**

Η μερική ακτινοβολία της βάσης της ουροδόχου κύστης είναι αναπόφευκτη και συχνά παρατηρείται δυσουρία και συχνουρία.

##### **5. Ορθό**

Η πρωκτίτιδα-διάρροια, τεινεσμός και μερικές φορές η αιμορραγία εμφανίζονται αρκετά συχνά και για την πλήρη εξαφάνισή τους συνήθως απαιτούνται αρκετοί μήνες. Η θεραπεία είναι

συμπτωματική με ανθρακικό ασβέστιο, όπιο και υπόθετα στεροειδών. Τα έντερα είναι εξίσου ευαίσθητα και η αντίδρασή τους εκδηλώνεται με ναυτία και πιθανόν διάρροια(Αθανασοπούλου,1999).

## **B.ΟΨΙΜΕΣ**

### **1. Γεννητικός σωλήνας**

Η λειτουργία της ωοθήκης καταστρέφεται και δυνατό ν' απαιτηθεί ορμονική θεραπεία. Η μήτρα γίνεται ινώδης και μπορεί να εμφανιστεί πυόμητρα. Συχνά παρατηρείται μικρού βαθμού ατροφία του κόλπου, αλλά η σεξουαλική δραστηριότητα εξαρτάται από την ηλικία της ασθενούς.

### **2. Γαστρεντερικός σωλήνας**

Δυνατό να δημιουργηθεί εντεροκολπικό συρίγγιο, ειδικά αν έχουν αναπτυχθεί συμφύσεις μεταξύ εντέρου και Δουγλασείου από προηγούμενη χειρουργική επέμβαση. Η βλάβη του ορθού – εξέλκωση, στένωση, συρίγγιο-είναι σπάνια όσο και το συρίγγιο του ουροποιητικού σωλήνα.

### **3. Ουροποιητικός σωλήνας**

Η συχνότητα του κυστεοκολπικού συριγγίου είναι μικρότερη από 1%. Αν υπάρχει τάση δημιουργίας συριγγίου, αυτό θα συμβεί μέσα σε δύο χρόνια.

### **4. Οστέινη πύελος**

Ο κίνδυνος της ισχαιμικής νέκρωσης και του αυτόματου κατάγματος του αυχένα του μηριαίου οστού, είναι πλέον πολύ μικρός με τη χρησιμοποίηση της σύγχρονης συσκευής megavoltage. Η ασθενής που εμφανίζει αυτή την επιπλοκή είναι πιθανό να είχε δεχτεί τη θεραπεία της τουλάχιστον πριν 25 χρόνια.

### **5. Αντιδράσεις δέρματος**



Μερικές φορές είναι δυνατό να παρατηρηθεί μικρού βαθμού υποδόρια ίνωση, ένα χρόνο μετά από τη θεραπεία(Arrends,Wyllie,1990).

### **13.5 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ**

Επειδή η ακτινοθεραπεία είναι προσιτή και σχετικά αποτελεσματική με ελάχιστους κινδύνους, πρέπει απαραίτητα να δικαιολογηθεί η προσφυγή στη χειρουργική επέμβαση. Αυτή μπορεί να προσφέρεται σαν τη μοναδική θεραπεία ή να γίνεται για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της ακτινοθεραπείας. Οποιοσδήποτε και αν είναι ο λόγος , η εκτέλεση της χειρουργικής επέμβασης απαιτεί την ύπαρξη των παρακάτω προϋποθέσεων:

1. Ο γυναικολόγος πρέπει να είναι ειδικός και ιδιαίτερα έμπειρος στη ριζική επέμβαση και να εργάζεται σε νοσοκομείο που παρέχει υψηλό επίπεδο κλινικών και εργαστηριακών μέσων.
2. Η ασθενής να είναι «κατάλληλη για χειρουργείο», σε καλή γενική κατάσταση, όχι ιδιαίτερα παχύσαρκη και ηλικιωμένη.
3. Ο όγκος πρέπει να είναι «εγχειρήσιμος», να μην είναι καθηλωμένος στο πυελικό τοίχωμα. Αν ο όγκος είναι εγχειρήσιμος εκτιμάται τελικά από το χειρουργό μετάτη διάνοιξη της κοιλιάς.
4. Η ασθενής πρέπει να κατατοπιστεί με αρκετές πληροφορίες, ώστε να μπορεί να διαλέξει μεταξύ της χειρουργικής επέμβασης και της ακτινοθεραπείας. Αν αυτή έχει σεξουαλική δραστηριότητα θα πρέπει να γνωρίζει ότι η ριζική επέμβαση περιλαμβάνει και την εκτομή του κόλπου(Block,2003).

Η επέμβαση αυτή επιβάλλεται σε μερικές ασθενείς, όπως:

- Σε εκείνες που ο όγκος έχει αποδειχτεί ακτινοάντοχος, και

- Σε εκείνες που ο όγκος έχει διηθήσει την ουροδόχο κύστη ή το ορθό(Μιχαλάς,2000).

### **13.6 ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**

Δεν υπάρχει αξιόπιστη μέθοδος αφαίρεσης των καρκινικών κυττάρων που έχουν εισέλθει στα λεμφαγγεία της πυέλου και επομένως υπάρχει ένα θεωρητικό πλεονέκτημα που επιτυγχάνεται από την ακτινοθεραπεία η οποία ακολουθεί τη χειρουργική επέμβαση, είτε πρόκειται για ριζική υστεροεκτομή με λεμφαδενεκτομή είτε μόνο για λεμφαδενεκτομή. Παρ' ότι έχουν αναφερθεί μερικά καλά αποτελέσματα, το ποσοστό της επιβίωσης δεν είναι σημαντικά μεγαλύτερο στη συνδυασμένη θεραπεία, πέρα από τη διχογνωμία που υπάρχει μεταξύ των γιατρών(Despouros,1999)

- Στα αρχικά στάδια της νόσου τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά και στις δύο μεθόδους θεραπείας, αλλά είναι δύσκολο για το γυναικολόγο να πείσει τόσο τον εαυτό του όσο και την ασθενή του ότι μία επικίνδυνη επέμβαση ακρωτηριασμού έχει στατιστική μόνο διαφορά στο ποσοστό της επιβίωσης.
- Είναι γνωστό ότι οι πυελικοί λεμφαδένες που αφαιρούνται μετά την ακτινοβολία, συχνά περιέχουν μη επηρεασμένα καρκινικά κύτταρα, παρ'ότι ο αρχικός όγκος έχει καταστραφεί. Η τοπική λεμφαδενεκτομή χωρίς υστεροεκτομή φαίνεται μία λογική συμπληρωματική θεραπεία, αλλά η επέμβαση έχει τους κινδύνους της, όπως η αιμορραγία και η θρόμβωση. Η παραπάνω χειρουργική επέμβαση είναι άσκοπη αν δεν υπάρχει προσβολή των λεμφαδένων.

- Η ακτινοθεραπεία για να εμφανίσει το μέγιστο της δράσης της, απαιτεί καλή αιμάτωση του όγκου και του υποστρώματός του, έτσι η ακτινοβολία θα πρέπει να προηγείται της επέμβασης. Αυτό όμως δημιουργεί μεγαλύτερη δυσκολία στο χειρουργό που πρέπει να χειρουργήσει ένα περισσότερο ινώδη και χωρίς αγγεία ιστό, με αποτέλεσμα ν' αυξάνεται η πιθανότητα δημιουργίας ενός ουρητηρικού συριγγίου . Στην Αγγλία όταν εφαρμόζεται η συνδυασμένη θεραπεία συνήθως παραλείπεται η εξωτερική ακτινοβολία και η εγχείρηση εκτελείται 4 εβδομάδες μετά την εφαρμογή του ραδίου, όταν ελαττωθεί η αυξημένη αγγείωση και η ίνωση είναι ακόμα περιορισμένη(Garland,2007).

## Κεφάλαιο 14<sup>ο</sup>

### 14.ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η πιο γνωστή επέμβαση συνίσταται στην αφαίρεση της μήτρας, των εξαρτημάτων, του μεγαλύτερου τμήματος του κόλπου και του ινολιπώδους στρώματος της πυέλου μαζί με τους λεμφαδένες. Αυτή είναι η γνωστή σαν «υστεροεκτομία κατά Wertheim»(Bosch,2002).

Ο πλατύς σύνδεσμος διανοίγεται και αποκολλάται ο ουρητήρας από τη μήτρα και τον τράχηλο. Αυτό συνήθως γίνεται δύσκολα εάν υπάρχει φλεγμονή.

Ο ουρητήρας εντοπίζεται σχεδόν πάντοτε στη μεγάλη πύελο και ακολουθεί προς τα κάτω πορεία, αλλά η αποκόλληση του στο παραμήτριο είναι δύσκολη και ιδιαίτερα αν είναι διηθημένο από τον όγκο.

Ο ουρητήρας για να προστατευθεί θα πρέπει να κινητοποιηθεί, αλλά όσο περισσότερο σχολαστικός είναι ο χειρουργός τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα πρόκλησης βλάβης στην αιμάτωση του ουρητήρα και δημιουργίας συριγγίου που οφείλεται στην ισχαιμική νέκρωση(Bosch,2003).

## **A.ΡΙΖΙΚΗ ΥΣΤΕΡΟΚΤΟΜΙΑ**

Μετά την αφαίρεση της μήτρας το κολόβωμα του κόλπου συνήθως κλείνεται, αν και μερικές φορές απαιτείται η τοποθέτηση παροχέτευσης λόγω της τριχοειδικής αιμορραγίας . Σ' αυτήν την περιγραφή, πρώτα παρουσιάζεται η υστεροεκτομία που ακολουθείται από λεμφαδενεκτομία. Πολλοί χειρουργοί όμως εκτελούν μία αποκόλληση «en block», δηλαδή αφαιρούν τους πυελικούς λεμφαδένες, το λίπος και στη συνέχεια τη μήτρα και τον κόλπο, όλα μαζί σε μία ενιαία μάζα. Το ουσιαστικό τελικό αποτέλεσμα είναι ο πλήρης καθαρισμός της πυέλου μέχρι την περιτονία του μυός αφήνοντας μόνο τα αγγεία, τα νεύρα, το ορθό, και την ουροδόχο κύστη(Γιαννακόπουλος,1993).

## **B.ΡΙΖΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΥΣΤΕΡΟΚΤΟΜΙΑ**

Επίσης, είναι δυνατό να γίνει μία εκτεταμένη κολπική υστεροεκτομία . Αυτή είναι γνωστή σαν εγχείρηση του Schauta , αλλά επειδή παρουσιάζει τεχνικές δυσκολίες και αδυναμία αφαίρεσης των λεμφαδένων από την

κολπική οδό δεν εκτελείται συχνά. Μερικοί χειρουργοί που έχουν εξειδικευτεί σε αυτήν την επέμβαση , αναφέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα, αν και δεν είναι καλύτερα από εκείνα της κοιλιακής επέμβασης ή της ακτινοθεραπείας(Μορτάκης,1992).

### **Γ.ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ SCHAUTA**

Ο σκοπός της επέμβασης είναι η αφαίρεση των ωοθηκών , των σαλπινγγών της μήτρας και του κόλπου μέσω του αιδοίου. Εκτελείται μία κυκλική τομή γύρω από το κολπικό τοίχωμα. Το ανώτερο τμήμα του κόλπου κλείνεται με ράμματα (απομονώνοντας τον προσβλημένο από καρκίνο τράχηλο) και με την προς τα κάτω έλξη αποκαλύπτονται οι περιοχές από τις οποίες θα γίνει η αποκόλληση του ουρητήρα, της ουρητηρο-κυστικής συμβολής και των ιερομητρικών συνδέσμων.

Αυτή είναι μία δύσκολη χειρουργική επέμβαση και συχνά συνοδεύεται από έντονη αιμορραγία.

Όταν ο κόλπος μαζί με τον περιεχόμενο τράχηλο κινητοποιηθεί από το έντερο, την ουροδόχο κύστη και τον ουρητήρα, ανοίγεται η κυστεομητρική πτυχή και έλκεται ο πυθμένας της μήτρας προς τα έξω για να αποκαλυφθούν και να διαχωριστούν οι σύνδεσμοι των εξαρτημάτων. Αυτό επιτρέπει την αφαίρεση ολόκληρου του γεννητικού σωλήνα, εκτός από το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου. Στη συνέχεια κλείνεται η τραυματική επιφάνεια με ράμματα(Tyrek,1996).

## Κεφάλαιο 15<sup>ο</sup>

### 15.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΡΙΖΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

#### **A .Κατά την εγχείρηση:**

1. **Αιμορραγία** : Υπάρχει μία συνεχής τριχοειδική αιμορραγία στη διάρκεια μιας εκτεταμένης αποκόλλησης και είναι δυνατό να τραυματιστεί απότομα μια μεγάλη φλέβα. Τα αιμοφόρα αγγεία της πυέλου συχνά παρουσιάζουν ανώμαλη πορεία.
2. **Καταπληξία (shock)**:αυτή δημιουργείται μετά από μία μεγάλη επέμβαση στην οποία υπάρχει συνεχής απώλεια αίματος, με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου αίματος και την οξέωση. Η ριζική χειρουργική επέμβαση απαιτεί υψηλού επιπέδου αναισθησία.
3. **Τραυματισμός γειτονικών οργάνων**: Η παρουσία κακοήθους ή φλεγμονώδους ιστού έχει σαν αποτέλεσμα τον εύκολο τραυματισμό της ουροδόχου κύστης ή του ορθού κατά την αποκόλληση τους από τον κόλπο . Ο ουρητήρας μπορεί να τραυματιστεί σ'οποιοδήποτε σημείο μέσα στην πυέλο, αλλά ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι κοντά στον κρεμαστήρα σύνδεσμο καθώς και στην περιοχή που γειτνιάζει με τον τράχηλο και τον κόλπο. Αν ο όγκος έχει επεκταθεί πλάγια η αποκόλληση είναι εξαιρετικά δύσκολη.
4. **Εκτίμηση της δυνατότητας για επέμβαση** □ Μερικές φορές αμέσως μετά τη διάνοιξη της κοιλιάς βρίσκονται απομακρυσμένες ή περιτοναϊκές μεταστάσεις. Σε σπάνιες περιπτώσεις ο χειρουργός κατά την πορεία της επέμβασης θα διαπιστωθεί ότι είναι αδύνατος

ο πλήρης καθαρισμός ή ότι είναι αρκετά επικίνδυνος για την ασθενή(Naffusi,2000).

## **B. Μετεγχειρητικές**

### **1.Ουρητηρικό συρίγγιο**

### **2.Επιπλοκές της εκτροπής των ούρων**

**3.Κατακράτηση ούρων** □ Η ουροδόχος κύστη πέφτει στην πύελο και δημιουργεί στάση των ούρων και φλεγμονή. Επίσης αναστέλλεται ο τόνος της ουροδόχου κύστης για αρκετές ημέρες. Η πυελογραφία που γίνεται μετά από αρκετούς μήνες συχνά δείχνει την ατονία της ουροδόχου κύστης και τη στένωση του κατώτερου τμήματος του ουρητήρα από ίνωση ,ενώ το ανώτερο τμήμα παρουσιάζει διαστολή και υδρονέφρωση.

### **4.Ο ειλεός δεν είναι σπάνιος**

**5. Απόφραξη** □ Αυτή προκαλείται από τη μετατόπιση των σπλάγχων και την εκτέλεση της κολοστομίας.

**6. Σήψη** □ Αυτή προκαλεί θρόμβωση και αναιμία

**7. Θρόμβωση και Εμβολή** □ Οι κίνδυνοι αυτοί υπάρχουν πάντοτε κατά την επέμβαση στην πύελο. Σπάνια παρατηρείται θρόμβωση μιας μεγάλης αρτηρίας της πύελου.

**8. Σχηματισμός λεμφοκύστης** □ Μερικές φορές σχηματίζονται κύστες στην πύελο που περιέχουν λεμφικό εξίδρωμα. Η κύστη δυνατό να φτάσει το μέγεθος κύστης 20 εβδομάδων και να εκληφθεί σαν υποτροπή της νόσου. Οι συλλογές αυτές πρέπει να εξετάζονται και να αφαιρούνται(Arends,1990).

## Κεφάλαιο 16<sup>ο</sup>

### 16.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

#### A. Ιστορικό υγείας

- Ηλικία
- Συζυγική κατάσταση
- Εμμηνορυσιακό, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό
- Ατομικές συνθήκες υγιεινής
- Προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα, συμπτώματα, έρπης
- Χρήση κολπικών αντιβιοτικών
- Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης κολπικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου (Παπ-τεστ)
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου(Bosch,2003).

#### B. Φυσική εκτίμηση

Η πυελική εξέταση θα αποκαλύψει:

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

#### Γ.Διαγνωστικές εξετάσεις

- Κολπικό επίχρισμα
- Κολποσκόπηση: καμία υποψία ή άτυπες αλλοιώσεις
- Δοκιμασία μήλης: στον καρκίνο του τραχήλου η μήλη εύκολα εισχωρεί μέσα στους ιστούς, που είναι εύθρυπτοι
- Δοκιμασία Schiller: ο υγιής ιστός λαμβάνει το χαρακτηριστικό βαθύ καφέ χρώμα, ενώ η καρκινική περιοχή παραμένει αχρωμάτιστη



- Βιοψία τραχήλου: η ιστολογική εξέταση τμήματος ιστού από τον αλλοιωμένο τράχηλο επισφραγίζει τη διάγνωση
- Άλλες πληροφορίες: προηγούμενα ευρήματα Παπ-τεστ(Munoz,2003).

## **16.1 Προβλήματα της άρρωστης**

1. Ψυχολογικά προβλήματα, ανησυχία, φόβος καρκίνου και θανάτου
2. Μεταβολή σωματικού ειδώλου εξαιτίας της επέμβασης
3. Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας, κυρίως αν δεν έχει παιδιά(Ραγιά,1999).

## **16.2 Σκοποί της φροντίδας**

### **1. Άμεσοι**

-Μείωση ανησυχίας και φόβου εγχείρησης

-Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου

### **2. Μακροπρόθεσμοι**

-Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου

-Μείωση κινδύνου υποτροπής(Αθανασοπούλου,1999)

## **16.3 Παρέμβαση**

## **A. Προεγχειρητική παρέμβαση**

1. Ερμηνεία του όρου «υστερεκτομή» στην άρρωστη και την οικογένειά της. Εξασφάλιση συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και τη διακοπή κύησης, αν η άρρωστη είναι έγκυος.

2. Ενημέρωση της άρρωστης σχετικά με μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία), πόνο, δραστηριότητα, δίαιτα, συνουσία, έμμηνη ρύση.

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

4. Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της(Σουλιώτη,2007).

5. Υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων. Μερικές γυναίκες είναι ικανές να αποδεχθούν την υστερεκτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου τους και τις σεξουαλικές τους ανάγκες. Άλλες διατηρούν αμφιβολίες για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψή τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Άλλες πάλι μπορεί να παρουσιάσουν κατάθλιψη και άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, αν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη(Ραγιά,1999).

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

**7.** Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο:

- Εξέταση αιμοσφαιρίνης και αντιμετώπιση αναιμίας, αν υπάρχει.
- Προσδιορισμός ομάδας αίματος και εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.
- Ενδοφλέβια πυελογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί).
- Διακοπή αντισυλληπτικών δισκίων.
- Ακτινογραφία θώρακα.
- Διδασκαλία αναπνευστικών, κοιλιακών ασκήσεων.
- Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.
- Καθαρισμός υποκλυσμός και κολπική πλύση με αντισηπτικό σε κολπική υστερεκτομή (σπάνια σε κοιλιακή υστερεκτομή) γίνεται συνήθως το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης (μετά από ιατρική οδηγία).
- Χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση ύπνου(Longe,2002).

## **B. Μετεγχειρητική παρέμβαση**

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

**2.**Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.

**3.**Ανακούφιση από τον πόνο.

**4.** Προαγωγή επούλωσης του τραύματος(Σουλιώτη,2007).

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

-Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κολπική υστερεκτομή, είναι κυρίως δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων (ειδικά αν υπάρχει χαλάρωση των ιστών από τη νεοπλασματική εξεργασία ή αν η άρρωστη είχε υποβληθεί σε ραδιοθεραπεία της πυελικής περιοχής).

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

-Η άρρωστη παρακολουθείται στενά, γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μη χρειαστεί χειρουργική επέμβαση(Block,2003).

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

-Παρακολούθηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία.

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

-Αφαίρεση του καθετήρα, με οδηγία του γιατρού, μετά από 5 ημέρες.

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

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

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

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

-Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού.

-Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός(Munoz,2000).

**8.Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.**

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

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

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

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

-Επισκόπηση κάτω άκρων για παρουσία κιρσών. Προαγωγή κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις άκρων.

-Χρήση ελαστικών καλτσών ως προφυλακτικό μέτρο, για προαγωγή της κυκλοφορίας(Block,2003).

**9.Πρόληψη λοίμωξης.** Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και

τοποθέτηση αλοιφών ή υπόθετων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.

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

**11.** Έγκαιρη έγερση της άρρωστης, για πρόληψη επιπλοκών.

**12.** Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία (προφυλακτικά) με ακτίνες Rontgen ή ραδιενεργό κοβάλτιο-60.

**13.** Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο - Διδασκαλία.  
- Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.  
- Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή με ωοθηκεκτομή/σαλπινγεκτομή (Greenle, 2000).

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

- Να ασκείται και να αποφεύγει το παρατεταμένο κάθισμα, όπως κατά την οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας να λιμνάσει το αίμα στην πύελο και να δημιουργηθούν θρομβοεμβολές.

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

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

-Ενημέρωση της άρρωστης για πιθανή εμφάνιση «αισθήματος κόπωσης» κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι. Γι' αυτόν το λόγο, δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα(Glifford,2003).

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

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

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

-Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινικοεργαστηριακού ελέγχου για πέντε χρόνια(Αθανασοπούλου,1999).



## **Γ.ΜΕΡΟΣ**

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ**

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1**

Η ασθενής Άννα Παλαιολόγου ηλικίας 23 ετών υποβλήθηκε σε τεστ Παπανικολάου την 31-01-2007. Στην έκθεση κυτταρολογικής εξέτασης κολποτραχηλικών επιχρισμάτων με τη μέθοδο thin-prep παρατηρήθηκαν λίγα υπερκερατωσικά και παρακερατωσικά κύτταρα ενώ το εξετασθέν υλικό ήταν αρνητικό για ενδοεπιθηλιακή βλάβη ή κακοήθεια. Εν συνεχεία η ασθενής υποβλήθηκε σε κολποσκόπηση μέσω της οποίας παρατηρήθηκε μόλυνση από τον ιό HPV επομένως ακολούθησε το hrp dna test. Η Έκθεση Μοριακής Διερεύνησης Δειγμάτων σε Υλικό Κυτταρολογίας Υγρής Φάσης Thin Prep ανέλυσε το αποσταλέν δείγμα με τεχνική μοριακών μικροσυστοιχιών. Στην ανάλυση που ακολούθησε ανιχνεύτηκε HPV γονιδίωμα συμβατό με τους τύπους 6,16,51,66 του ιού. Συμπερασματικά ανιχνεύτηκε πολλαπλή μόλυνση από ιούς υψηλού κινδύνου

Στις 7-03-2007 ακολούθησε ιστολογική εξέταση που μικροσκοπικώς έδειξε ότι τρία ιστοτεμάχια του τραχήλου της μήτρας, με διάμετρο 1εκ. ,0.5 εκ. και 0,9 εκ. από την 1<sup>η</sup> ,2<sup>η</sup> και 11<sup>η</sup> ώρα αντίστοιχα, που προέρχονται από τη ζώνη μεταπτώσεως εμφάνισαν αλλοιώσεις κοίλοκυτωτικού CIN 1 (χαμηλόβαθμης SIL).

Το 4<sup>ο</sup> ιστοτεμάχιο με διάμετρο 0,5 εκ. από την 7<sup>η</sup> ώρα εμφάνισαν αλλοιώσεις κοίλοκυτωτικού CIN 2 (υψηλόβαθμης SIL).

Η ασθενής υποβλήθηκε σε κωνοειδή εκτομή στις 16-06-2007 στις 8 το πρωί. Εν συνεχεία ακολουθεί η μετεγχειρητική διεργασία:

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Η ασθενής παραπονείται για ζάλη και υπνηλία</li> <li>· Η ασθενής νιώθει ρίγος</li> <li>· Η ασθενής νιώθει πόνο στη μέση και στη κοιλιακή χώρα</li> </ul>
<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ανάπαυση της ασθενούς</li> <li>· Θέρμανση της ασθενούς</li> <li>· Ανακούφιση της ασθενούς και απαλλαγή της από τον πόνο.</li> </ul>
<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Διασφάλιση ησυχίας για την ανάπαυση της ασθενούς</li> <li>· Απαλλαγή από το ρίγος που αισθάνεται η ασθενής με θέρμανσή της</li> <li>· Ανακούφιση ασθενούς με χορήγηση παυσίπονων</li> </ul>
<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Απομόνωση ασθενούς και επίσκεψη συγγενών μόνο τις επιτρεπόμενες ώρες</li> <li>· Θέρμανση της ασθενούς με ηλεκτρική κουβέρτα, αποφυγή ρευμάτων, συχνή λήψη ζωτικών σημείων.</li> <li>· Ενδοφλέβια χορήγηση Apotel και Augmentin</li> </ul>
<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Η ασθενής δεν παραπονείται για ζάλη ούτε για υπνηλία</li> <li>· Δεν αισθάνεται πλέον ρίγος, έχει θερμανθεί</li> <li>· Ο πόνος στη μέση και στην κοιλιακή χώρα έχει υποχωρήσει αρκετά.</li> </ul>

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2**

Η ασθενής Αναστασία Μπελούση ηλικίας 27 ετών, μητέρα δύο παιδιών ηλικίας 3 και 5 ετών υποβλήθηκε σε τεστ Παπανικολάου στις 21-12-2007 ενώ τα τελευταία 6 χρόνια είχε παραλείψει να υποβληθεί σ' αυτήν την εξέταση. Στην έκθεση κυτταρολογικής εξέτασης κολποτραχηλικών επιχρισμάτων με τη μέθοδο thin-prep ανιχνεύθηκε καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Λόγω του προχωρημένου σταδίου δεν υπήρχε θεραπευτική αντιμετώπιση παρά μόνο παρηγορητική εφαρμόζοντας ακτινοθεραπεία.

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Η ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης</li> <li>· Η ασθενής παρουσιάζει πυρετό</li> <li>· Η ασθενής παρουσιάζει δυσουρία</li> <li>· Η ασθενής εμφανίζει πρωκτίτιδα.</li> </ul>
<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς ·</li> <li>Επαναφορά θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα</li> <li>· Αντιμετώπιση δυσουρίας</li> <li>· Αντιμετώπιση πρωκτίτιδας</li> </ul>
<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Στήριξη ασθενούς με τη βοήθεια ψυχολόγου</li> <li>· Χορήγηση αντιπυρετικών</li> <li>· Χορήγηση διουρητικών</li> <li>· Αντιμετώπιση διάρροιας και ναυτίας</li> </ul>
<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Συζήτηση ασθενούς με ψυχολόγο και συμβουλές για την κατάστασή της απ' τον γυναικολόγο</li> <li>· Χορήγηση Apotel και εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων</li> <li>· Χορήγηση amp Lasix σε 100cc N/S</li> <li>· Χορήγηση ανθρακικού ασβεστίου, όπιου και στεροειδών υποθέτων και χορήγηση Primperan</li> </ul>
<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Η ασθενής παρουσιάζει ψυχολογική βελτίωση</li> <li>· Η θερμοκρασία έχει επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα</li> <li>· Παρατηρείται ισοζύγιο υγρών</li> <li>· Η ασθενής πλέον δεν αισθάνεται σε μεγάλο βαθμό ναυτία.</li> </ul>

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Ø Annals of Behavioral Medicine. Perceived Stress is Associated with Impaired T-Cell Response to HPV 16 in Women with cervical Dysplasia. 2008; 10:1007
- Ø Arends MJ. Papillomavirus and human cancer. Hum Pathol 1990; 21: 686-698
- Ø Baseman JG. The epidemiology of human papillomavirus infections. J Clin Virol 2005; 32S: 16-24
- Ø Block SL. Comparison of the Immunogenicity and Reactivity of a Prophylactic Quadrivalent Human Papillomavirus (Types 6, 11, 16 and 18) L1 Virus -Like Particle Vaccine in male and female adolescents and young adult women. Pediatrics 2003; 111: 2135-2145
- Ø Bosch FX. Human papillomavirus and cervical cancer-burden and assessment of causality. J Natl Cancer Inst Monogr 2003; 31: 3-13
- Ø Bosch FX. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol 2002; 55: 244-265

- Ø Burd E. Human papillomavirus and cervical cancer. Clin Microbiol Rev 2003; 16:1-17
  
- Ø Conway K. Attitudes to Papanicolaou smears. J Psychosom Obstet Gynecol 1996; 17: 189-194
  
- Ø Desporoulos S. «Εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα» Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1999
  
- Ø FORMA «Όλη η αλήθεια για τον καρκίνο του τραχήλου», Τεύχος 24°, 11-12, Ιούνιος 2008
  
- Ø Franco EL. Vaccination against human papillomavirus infection: a new paradigm in cervical control. Vaccine 2005; 23: 2338-2394
- Ø Garland SM. Quadrivalent Vaccine Against Human Papillomavirus to Prevent Anogenital Diseases NEJM 2007 356; 19 1928-1943
  
- Ø Gissmank. HPV-Vaccine: happy end of an enormous effort. Διάλεξη στα πλαίσια της έκτης επιστημονικής συνάντησης με θέμα <<πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου>>, Θεσσαλονίκη, Μάρτιος 2003
  
- Ø Glifford GM, Smith JS, Plummer M, Munoz N. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a metanalysis. Br J Cancer. Jan 13 2003; 88(1):63-73

- Ø Goldie SJ. Projected clinical benefits and cost-effectiveness of a human papillomavirus 16/18 vaccine. J Natl Cancer Inst 2004; 96: 604-615
  
- Ø Greenle RT. Cancer statistics, 2000. CA Cancer J Clin 2000; 50:7-33
  
- Ø Herrero R. Human papillomavirus and oral cancer: the international Agency for Research on Cancer multicenter study. J Natl Cancer Inst. Dec 3 2003; 95(23):1772-1783
  
- Ø <http://www.emnolioktm.gr/faq.asp>-GlaxoSmithKline Group, 2007
  
- Ø Kitchener H. Viral infection and lower genital tract neoplasia, London 1995, pp 83-89
  
- Ø Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. Am J Med. May 5 1997; 102(5A):3-8
  
- Ø Lacey J.V. Use of hormone replacement therapy and adenocarcinomas and squamous cell carcinomas of the uterine cervix. Gynecologic Oncology. April 2000 Vol. 77(1): 149-154
  
- Ø Lippert « Ανατομική» Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1993



- Ø Longe L.J. Gale encyclopedia of medicine. Second edition.Gale group 2002
  
- Ø Manhart LE.Sex Trans Dis 2002;29(11):725-35
  
- Ø McFarlane.Cervical dysplasia and cancer and the use of hormonal contraceptives in Jamaican women.BMC Women's Health.May 2008; 30: 8-9
  
- Ø McIntosh N.Human papillomavirus and cervical cancer. JHPIEGO Strategy Paper No.8,May 2000
  
- Ø Michael CW. Pregnancy –related changes: a retrospective review of 278 cervical smears. Diagn Cytopathol, 1997;17: 99-107
  
- Ø Montagnier L. <<Ιοί και άνθρωποι>> εκδόσεις Κάτοπτρο.Αθήνα 1995
  
- Ø Munoz N.Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen?The international perspective .Int J Cancer 2004; 111:278-285
  
- Ø Munoz N.Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer.N Eng J Med 2003;348:518-527

- Ø Muzon n. Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence. *J Clin Virol.* Oct 2000; 19(1-2):1-5
  
- Ø Naffusi A. The borderline cervical smear □ Coloscopic and biopsy outcome. *J Elin Pathol* 2000; 10: 2-7
  
- Ø Peterson NB. Papanicolaou testing among women in the southern United States. *J Women's Health.* Jul 2008; 17(6) :939-46
- Ø PREVENTION «HPV», Τεύχος 12<sup>ο</sup>, 8-9, Σεπτέμβριος 2007
  
- Ø PREVENTION «Η υγεία της μήτρας », Τεύχος 18<sup>ο</sup>, 32-33, Μάρτιος 2008
  
- Ø Schiffman M. Chapter 2: Natural history of anogenital human papillomavirus infection and neoplasia. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003; 31: 14-19
  
- Ø SHAPE, «Καρκίνος του τραχήλου» Τεύχος 26<sup>ο</sup>, 18-19, Μάιος 2008
  
- Ø Shapiro J.P. «Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική» Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001
- Ø Shapiro S. Cancer causes and control. June 2003; vol.14(5):485-495
  
- Ø Sonnex C. Detection of human papillomavirus DNA on the fingers of patients with general warts. *Sex Transm Infect.* Oct 1999; 75(5):317-319

- Ø Stanley M. Immune responses to human papillomavirus .Vaccine 2006; 24: 16-22
  
- Ø Turek L. The genetic program of genital Human Papillomavirus in infection and cancer obset. Gynecol Clin N. Amer 1996; 23: 735-58
  
- Ø Walboomers JMM. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 1999; 189:12-19
  
- Ø Weber J. A controlled trial of a human papillomavirus type vaccine. The new England Journal of Medicine, 2002; 347: 1645-1651
  
- Ø Weerd S. Cervical cancer in 2 women with a Mirena(R)-pitfalls in the assessment of irregular bleeding: a case series. Cases J. 26 Jul 2008; 1 (1):62
  
- Ø Whelan SL. Patterns of cancer on five continents. Lyon ,France: International Agency for Research on Cancer, 1990
  
- Ø Williams SF. Cancer and pregnancy. Clin Perinatol 1985; 609-23
  
- Ø [www.ecca.gr](http://www.ecca.gr)
  
- Ø [www.gyn.gr](http://www.gyn.gr)

Ø [www.gyntest.gr](http://www.gyntest.gr)

Ø [www.hpv-info.gr](http://www.hpv-info.gr)

Ø [www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr)

Ø [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)

Ø [www.imlarisis.gr](http://www.imlarisis.gr)

Ø [www.lysistrati.gr](http://www.lysistrati.gr)

Ø [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)

Ø [www.nvic.gr](http://www.nvic.gr)

Ø [www.paidiatros.gr](http://www.paidiatros.gr)

Ø Αθανασοπούλου Π.«Νοσολογία» Τομέας Υγείας και Πρόνοιας των ΤΕΕ, τάξη Α, Κύκλος Β. Αθήνα 1999

Ø Γιαννακόπουλος Δ.«Γυναικολογία» Νέα έκδοση, Εκδότης Δημήτριος Γιαννακόπουλος, Αθήνα 1993

- Ø Γκορνέλης Θ. Υγιεινή .Εκδόσεις Φαιστός, Θεσσαλονίκη 1992
  
- Ø Ενημερωτικό Φυλλάδιο «ΌΣΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΤΟΝ HPV»,Εκδόσεις Κ.Ε.Ε.Λ. 2008
  
- Ø Κανέλλος Ε., Πλέσσας ΣΤ. «Φυσιολογία του ανθρώπου 1» Εκδόσεις Φαρμάκων, Αθήνα 1997
  
- Ø Κρεατσάς Γ. «Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική». Εκδόσεις Πασχαλίδη,1988
  
- Ø Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ «Νοσηλευτική- Παθολογική Χειρουργική» Έκδοση εικοστή, τόμος Β΄, 2<sup>ο</sup> μέρος, Αθήνα 2003
  
- Ø Μιχαλάς ΣΠ. «Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία » Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε ,Αθήνα 2000
  
- Ø Μορτάκης Α. «Ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του κατώτερου γεννητικού συστήματος της γυναίκας» Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992
  
- Ø Μορτάκης Α. «Μόλυνση από τους HPV (ιοί των ανθρώπινων θηλωμάτων) » Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας,2004

- Ø Παπανικολάου Α. «Γυναικολογία» 3<sup>η</sup> έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005
  
- Ø Πτυχιακή Εργασία □ Δημητρίου Μ. «Γνώσεις και στάσεις των γυναικών της υπαίθρου για το τεστ Παπανικολάου», Κύπρος 2002
  
- Ø Πτυχιακή Εργασία □ Ματсенτίδου Μ. «Το στρες που βιώνει η γυναίκα που υποβάλλεται σε ριζική υστερεκτομή κατά wertheims μετά από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας» Κύπρος 2004
  
- Ø Ραγιά Α. <<Νοσηλευτική ψυχικής υγείας-Ψυχιατρική νοσηλευτική>> 2<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1999
  
- Ø Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες »Β΄ Έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2<sup>ος</sup> τόμος, Αθήνα 1997
  
- Ø Σουλιώτης Μ. «Η αλήθεια για το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας» Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2007
  
- Ø Τριχοπούλου Α. , Τριχόπουλος Δ. «Προληπτική Ιατρική» Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1999