

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ

Θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και Νοσηλευτική παρέμβαση

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
Dr.Κίτρου Μ.
Καθηγητής

ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ:
Κικίδου Καλλιόπη
Μαθιουδάκη Σοφία

ΠΑΤΡΑ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σελ.

ΚΕΦ.1	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ,ΟΣΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ.....	6
1.1	Η φυσιολογία του καρκίνου.....	6
1.2	Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.....	6
1.3	Καρκίνος του σώματος της μήτρας.....	7
ΚΕΦ.2	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	8
2.1	Αίτια της νόσου.....	8
2.2	Κλινική εικόνα και συμπτώματα.....	11
2.3	Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	12
2.4	Διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	16
2.5	Πρόγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	17
ΚΕΦ.3	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ.....	18
3.1	Αίτια της νόσου.....	18
3.2	Κλινική εικόνα και συμπτώματα.....	22
3.3	Πρόληψη του καρκίνου του σώματος της μήτρας.....	22
3.4	Διάγνωση του καρκίνου του σώματος της μήτρας.....	22
3.5	Πρόγνωση του καρκίνου του σώματος της μήτρας.....	23
ΚΕΦ.4	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	24
4.1	Σταδιοποίηση της νόσου.....	24
4.2	Χειρουργική αντιμετώπιση.....	25
4.2.1	Κωνοειδής εκτομή.....	25
4.2.2	Κρυοχειρουργική.....	26
4.2.3	Χειρουργική με laser.....	26
4.2.4	Υστερεκτομή.....	27
4.2.5	Νέοι μέθοδοι και τεχνικές κατά του γυναικολογικού καρκίνου.....	29
4.3	Ορμονική θεραπεία.....	30
4.4	Χημειοθεραπεία.....	30
4.5	Ακτινοθεραπεία.....	34

ΚΕΦ.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ	
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	38
5.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στη χειρουργική θεραπεία.....	38
5.2 Νοσηλευτική φροντίδα στην εφαρμογή της Ακτινοθεραπείας.....	39
5.3 Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή Χημειοθεραπείας.....	40
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.....	42
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	45
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	46
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	47
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	50

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή απευθύνεται σε όλους τους Νοσηλευτές και σε όλα τα άτομα που ασχολούνται με την προαγωγή της σωματικής τους υγείας, με σκοπό την σωστή πληροφόρησή τους για τον γυναικολογικό καρκίνο.

Για τις περισσότερες γυναίκες, η σωστή πληροφόρηση είναι βασικός παράγοντας καλής υγείας. Η έρευνα έχει αποδείξει ότι, όταν μία γυναίκα έχει κάποιο πρόβλημα υγείας και πηγαίνει στο γιατρό της, οι δύο πιο σημαντικοί παράγοντες για την επίτευξη ενός καλού αποτελέσματος είναι το ποσοστό των πληροφοριών που διαθέτει η ίδια η γυναίκα για το πρόβλημα και την κατάστασή της, αλλά και η ενεργός συμμετοχή της στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την φροντίδα της υγείας της.

Ελπίζουμε πως στα παρακάτω κεφάλαια θα βρείτε χρήσιμες πληροφορίες και στοιχεία που θα χρησιμεύσουν για την βελτίωση των γνώσεων σχετικά με την πρόληψη, την θεραπεία αλλά και τη σωστή ενημέρωση του πληθυσμού και κυρίως των γυναικών, για τον γυναικολογικό καρκίνο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος της μήτρας αποτελεί τη δεύτερη κακοήθεια και αιτία θανάτου στις γυναίκες των αναπτυσσόμενων χωρών με πρώτο τον καρκίνο του μαστού¹. Η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου στο Δυτικό κόσμο τις τελευταίες 4 δεκαετίες έχει μειωθεί δραματικά ,μετά την καθιέρωση του τεστ Παπανικολάου ,ως μέθοδο μαζικού ελέγχου .Το τεστ Παπανικολάου αποτελεί αναμφισβήτητη την πιο αποτελεσματική μέθοδο μαζικού ελέγχου στη γυναικολογία². Στην Ευρώπη διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο 33.000 νέα περιστατικά καρκίνου του τραχήλου και 15.000 γυναίκες ετησίως πεθαίνουν από τη νόσο. Παγκοσμίως ,κάθε χρόνο προσβάλλονται 300.000 γυναίκες από καρκίνο του τραχήλου³. Με άλλα λόγια, 40 γυναίκες πεθαίνουν καθημερινά στην Ευρώπη από μια νόσο που τώρα πλέον είναι δυνατό να προληφθεί⁴. Από ορισμένες στατιστικές υπολογίζεται ότι 1 στα 60 θήλεα νεογνά θα αναπτύξουν διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε κάποιο στάδιο της ζωής τους⁵. Αν η διάγνωση του καρκίνου γίνει αρκετά νωρίς ,η θεραπεία είναι σχεδόν βέβαιη.

Διακρίνουμε 2 μορφές καρκίνου της μήτρας ,τον καρκίνο του τραχήλου που προσβάλλει γυναίκες 30 με 50 ετών ,συνήθως εκείνες που έχουν πολλά παιδιά και τον καρκίνο του σώματος της μήτρας που προσβάλλει μάλλον τις γυναίκες 50 με 60 ετών μετά την εμμηνόπαυση Αυτές τις 2 μορφές θα δούμε και θα αναλύσουμε εκτενέστερα⁶.

1. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ,ΟΣΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ.

1.1 Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο καρκίνος είναι η ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των σωματικών κυττάρων. Υπό κανονικές συνθήκες η κυτταρική ανάπτυξη και διαίρεση συμβαίνει για να επιτρέψει την ανάπτυξη ενός ατόμου μέχρι να φτάσει στο μέγεθος ενηλίκου και την ανάπλαση και αντικατάσταση των φθαρμένων και κατεστραμμένων κυττάρων. Με ένα τρόπο που είναι ακόμη άγνωστος ,τα κανονικά κύτταρα “γνωρίζουν” ότι έχουν αναπτυχθεί αρκετά και οποιαδήποτε περαιτέρω ανάπτυξη ή διαίρεση αναστέλλεται. Τα καρκινικά κύτταρα αντίθετα δεν υπακούουν στα ανασταλτικά σήματα και συνεχίζουν την ανάπτυξη. Αυτά τα κύτταρα δεν αποτελούν πλέον λειτουργικές μονάδες των σημαντικών δομών στις οποίες ανήκουν. Με άλλα λόγια δεν είναι χρήσιμα κύτταρα⁷.

1.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Σε συχνότητα 85% ο καρκίνος προσβάλλει το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου⁸ και μόνο κατά 15 με 20% το αδενικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου .Ελάχιστη είναι η πιθανότητα να αναπτυχθεί σάρκωμα ,λέμφωμα ή μελάνωμα .Πάντως ,στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων το αδενοκαρκίνωμα αναπτύσσεται πλησίον του έξω τραχηλικού στομίου αν και δεν αποκλείεται να καταλαμβάνει και ολόκληρο τον τραχηλικό σωλήνα⁵. Αν η ανάπτυξη του καρκίνου δεν εμποδιστεί ,μπορεί να επεκταθεί στο απευθυσμένο ,στην ουροδόχο κύστη ,ακόμα και σε άλλα όργανα¹. Τα πρώτα συμπτώματα είναι δυστυχώς ανώδυνα και κοινά στις γυναίκες .Οι σύγχρονες εξετάσεις επιτρέπουν τη διάγνωση στην αρχή γι'αυτό συνιστάται συστηματικός έλεγχος⁶.

Σε αντίθεση με άλλους καρκίνους ,ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν είναι κληρονομικός⁴. Όπως και όλων των καρκίνων ,τα αίτια του καρκίνου του τραχήλου παραμένουν άγνωστα .Έχει όμως συνδεθεί με την σεξουαλική δραστηριότητα του ατόμου⁹ ,την ηλικία ,το κάπνισμα και με παθολογικές καταστάσεις του τραχήλου από ορισμένους ιούς ,όπως ο ιός του ανθρώπινου θηλώματος (HPV)¹⁰. Η επιδημιολογική συσχέτιση μεταξύ λοίμωξης με HPV και καρκινογένεσης στον τράχηλο μήτρας πληρεί όλα τα κριτήρια ως προς την αιτιότητα .Η συσχέτιση μεταξύ HPV και καρκίνου του τραχήλου είναι εντυπωσιακά ισχυρή ,ενώ μελέτες που να συνηγορούν για αρνητική συσχέτιση δεν υπάρχουν². Ο ιός HPV μεταδίδεται στις γυναίκες κατά

την συνουσία .Όσο περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους έχει μια γυναίκα ,τόσο περισσότερο αυξάνονται οι πιθανότητες της να μολυνθεί από τους διάφορους τύπους των ιών HPV¹¹. Ορισμένοι τύποι αυτού του ιού ,μπορούν να μετατρέψουν τα υγιή τραχηλικά κύτταρα σε παθολογικά .Σε μικρό ποσοστό του προσβεβλημένου πληθυσμού και μέσα σε μεγάλο χρονικό διάστημα κάποια από αυτά θα εξελιχθούν σε καρκίνο του τραχήλου .Κάθε γυναίκα που έχει προσβληθεί από τους ιούς του ανθρώπινου θηλώματος διατρέχει κίνδυνο να νοσήσει από καρκίνο του τραχήλου .Η πρώτη μόλυνση από τον ιό ,συμβαίνει με την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων χωρίς στην εφηβεία ή στην νεαρή ενήλικη ζωή⁴.

Υπάρχουν 200 διαφορετικοί τύποι του ιού ,από τους οποίους οι 40 προσβάλλουν τη γεννητική περιοχή ,προκαλώντας 1.000.000 περιστατικά γεννητικών συμπτωμάτων ετησίως στην Ευρώπη .Μερικοί τύποι χαρακτηρίζονται χαμηλού κινδύνου όπως είναι ο 6 και ο 11 που ευθύνονται για το 20% των κονδυλωμάτων .Αντιθέτως ,άλλοι τύποι αναφέρονται ως υψηλού κινδύνου διότι μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο του αιδοίου και του κόλπου .Οι ιοί HPV 16 και 18 ευθύνονται για περίπου 70% των περιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας¹¹. Συνολικά ,μπορούμε να πούμε ότι οι τύποι 6,11,16 και 18 του ιού του ανθρώπινου θηλώματος ευθύνονται για τα 2/3 των γεννητικών νοσημάτων⁴.

1.3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ

Το ενδομήτριο ,όπως και ο τράχηλος της μήτρας ,επειδή βρίσκεται κάτω από την επίδραση ποικίλων λειτουργιών και μηχανικών ερεθισμάτων ,είναι δυνατόν να αναπτύξει καρκίνο⁸. Ο καρκίνος του ενδομητρίου αποτελεί την πρώτη σε συχνότητα γυναικολογική κακοήθεια ,την τέταρτη στο σύνολο των κακοηθειών και την έβδομη αιτία θανάτου από κακοήθεια σε γυναίκες στις ΗΠΑ². Ο καρκίνος του σώματος της μήτρας παλαιότερα αποτελούσε νόσο των ηλικιωμένων μετεμμηνοπαυσιακών και άτοκων γυναικών. Σήμερα ,εξακολουθεί να αποτελεί νόσο των ηλικιωμένων γυναικών ,αλλά μονό οι μισές από αυτές (50%) είναι άτοκες¹. Εμφανίζεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 70% σε ηλικίες άνω των 50 ,συνήθως μεταξύ 55 και 65 ετών ,σε ποσοστό περίπου 20% μεταξύ 40 και 50 ετών και σε ποσοστό 5% σε γυναίκες κάτω των 40. Η συχνότητα είναι διαφορετική μεταξύ διαφόρων εθνοτήτων και ποικίλει ανάλογα με την περιοχή ,η μεγαλύτερη δε ,απαντά στις ΗΠΑ και η μικρότερη στην Ινδία και την Ιαπωνία⁵. Τα περισσότερα συχνά κακοήθη

νεοπλάσματα του σώματος της μήτρας είναι το αδενοκαρκίνωμα ,το σάρκωμα ,οι μεικτοί μεσοδερμικοί όγκοι και το χοριοκαρκίνωμα .

Παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου είναι η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας των γυναικών ,η μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση ιατρών και γυναικών ως προς τη σημασία της πρώιμης και έγκαιρης διάγνωσης μιας αρχόμενης κακοήθειας¹². Ως βασικός αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη καρκίνου του ενδομητρίου αναφέρεται η αυξημένη και μονομερής οιστρογονική επίδραση ,ενδογενής και εξωγενής .Το θεραπευτικό σχήμα ,αφορά στην χορήγηση οιστρογόνων χωρίς ταυτόχρονη χορήγηση προγεσταγόνων .Όμως ,κάθε γυναίκα που λαμβάνει μονοθεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα πρέπει να ελέγχεται ετησίως με βιοψία του ενδομητρίου λόγω του αυξημένου κινδύνου για καρκίνο του σώματος της μήτρας¹³.

2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

2.1 ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Τα αίτια του καρκίνου της μήτρας δεν είναι γνωστά. Διάφοροι όμως παράγοντες, όπως εκείνοι που σχετίζονται με την ανάπτυξη της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου, έχουν ενοχοποιηθεί.

1. **Λοίμωξη από τον ιό του ανθρώπινου θηλώματος (Human Papilloma virus-HPV)**Η λοίμωξη από τον ιό HPV θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αλλά και για καρκίνους της πρωκτογεννητικής περιοχής. Η μετάδοση του ιού HPV γίνεται από άτομο σε άτομο. Σε ότι αφορά τη λοίμωξη του τραχήλου γίνεται κατ'εξοχήν δια της γενετήσιας οδού. Πιθανολογείται και μετάδοση μέσω εσωρούχων ή γυναικολογικού εξοπλισμού όπου έχει εντοπισθεί HPV DNA. Ως προς τη χρονική αλληλουχία η λοίμωξη από HPV τείνει να προηγείται και να προμηνύει νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας. Μεγάλες προοπτικές μελέτες αναδεικνύουν σχετικό κίνδυνο >10 και απόλυτο >60% για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου σε οποιοδήποτε βαθμού SIL σε έδαφος HPV λοίμωξης. Σε διεθνή μελέτη που συμπεριλάμβανε περισσότερες από 1050 ασθενείς από διάφορες χώρες, σε ποσοστό πάνω από 85% από κάθε

χώρα βρέθηκαν τμήματα DNA του HPV σε κύτταρα του τραχήλου της μήτρας. Μελέτες έχουν δείξει ότι σε αρχόμενες αλλοιώσεις το DNA του HPV δεν είναι ενσωματωμένος στο κυτταρικό DNA, ενώ σε νεοπλασίες συνήθως είναι. Έχουν ταυτοποιηθεί πρωτεϊνικά παράγωγα των HPV γονιδίων E6, E7 που αλληλεπιδρούν με αυξητικές πρωτεΐνες στο ανθρώπινο κύτταρο (p53, pRb) εξηγώντας πιθανά έτσι το ογκογενετικό μηχανισμό. Οι πιο πολλές λοιμώξεις από HPV συμβαίνουν σε ηλικίες 16-25 χρόνων και σε λίγους μήνες ή χρόνια υποστρέφουν. Ένα σημαντικό ποσοστό των γυναικών σε 4 χρόνια κατά μέσο όρο θα αναπτύξει χαμηλού βαθμού SIL. Από αυτές το 25-30% θα προοδεύσει σε μεγαλύτερου βαθμού SIL σε 2 με 4 χρόνια. Γενικά, οι γυναίκες με χαμηλού βαθμού SIL έχουν 16 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν υψηλού βαθμού SIL και διηθητικό καρκίνο σε σχέση με αυτές με φυσιολογική κυτταρολογική εξέταση².

Μετά την αναγνώριση του ιού HPV ως κύριου αιτιολογικού παράγοντα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, έχει αλλάξει εκ βάθρων η μελέτη αυτής της κακοήθειας.

- 2. Γενετήσιοι παράγοντες.** Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η σεξουαλική δραστηριότητα σχετίζεται με την ανάπτυξη του καρκίνου της μήτρας. Το σεξουαλικό ιστορικό έχει ιδιαίτερα μελετηθεί και φαίνεται ότι ορισμένες παράμετροι του παίζουν ρόλο στην καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας. Κυρίως η έναρξη σεξουαλικών επαφών πριν τα 17 χρόνια, καθώς και οι πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι φαίνεται ότι επιδρούν ευνοϊκά στην ανάπτυξη νεοπλασίας. Η συχνότητα των σεξουαλικών επαφών, η πολυτοκία και η περιτομή ή μη των συντρόφων δε φαίνεται να αποτελούν παράγοντες κινδύνου. Το σεξουαλικό ιστορικό του συντρόφου και συγκεκριμένα ο αριθμός των συντρόφων που είχε ή έχει, φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου, χωρίς να είναι δυνατόν να διευκρινισθεί αποδεκτός μηχανισμός, πέραν πιθανώς του αυξημένου κινδύνου μετάδοσης καρκινογόνων ιών. Πάντως, τόσο το σπέρμα αλλά και το σμήγμα του πέους δεν έχουν αποδειχθεί καρκινογόνοι παράγοντες¹².
- 3. Χρήση αντισυλληπτικών.** Αρκετές μελέτες προσπάθησαν να διευκρινίσουν τον ρόλο των αντισυλληπτικών σκευασμάτων στην τραχηλική καρκινογένεση. Ενώ αυτά καθαυτά τα σκευάσματα δεν δρουν καρκινογενετικά, φαίνεται ότι είναι πιθανόν η σεξουαλική και γενικότερα η κοινωνική (π.χ. κάπνισμα)

συμπεριφορά των γυναικών που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά δισκία, εμμέσως να αυξάνει το σχετικό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου. Έχει παρατηρηθεί αύξηση του σχετικού κινδύνου από 2 φορές, μετά από 5ετή λήψη αντισυλληπτικών, έως 4 φορές, μετά από 10ετή λήψη, σε σχέση πάντοτε με γυναίκες που δεν χρησιμοποίησαν ποτέ αντίστοιχη αντισυλληπτική μέθοδο. Ακόμη, γυναίκες που χρησιμοποιούν μεθόδους φραγμού φαίνεται ότι παρουσιάζουν τετραπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου, σε σχέση με εκείνες που χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους. Εν πάσει περιπτώσει και μολονότι δεν είναι δυνατόν να διευκρινισθεί επαρκώς ο ρόλος της χρησιμοποίησης αντισυλληπτικών δισκίων είναι φρόνιμο γυναίκες που τα χρησιμοποιούν να υποβάλλονται σε τακτικότερο προληπτικό κυτταρολογικό έλεγχο¹⁴.

4. **Γενικευμένη ανοσοκαταστολή του οργανισμού.** Η γενικευμένη ανοσοκαταστολή του οργανισμού έχειδειχθεί ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυξημένη συχνότητα εμφάνισης, τόσο ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας, όσο και διηθητικού καρκίνου. Γυναίκες με μεταμόσχευση νεφρού έχουν πολλαπλάσια πιθανότητα εμφάνισης CIN ενώ γυναίκες με AIDS έχουν επίσης αυξημένη πιθανότητα εμφάνισηςCIN όταν υπάρχει ανοσοκαταστολή¹².
5. **Κάπνισμα.** Υπάρχουν μελέτες που συνηγορούν για τη συσχέτιση του καπνίσματος με τα πλακώδη καρκινώματα του τραχήλου και όχι με τα πιο ασυνήθη αδενοκαρκινώματα και τα αδenoπλακώδη καρκινώματα. Είναι όμως πιθανόν, το κάπνισμα να μην αποτελεί ανεξάρτητο αιτιολογικό παράγοντα, καθώς σχετίζεται και με τη σεξουαλική συμπεριφορά, άρα και τον κίνδυνο λοίμωξης από τον ιό του HPV¹⁴.
6. **Κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες.** Περιγραφικές και αναλυτικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προσβάλλει κυρίως γυναίκες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού και μορφωτικού επιπέδου. Πιθανά τα κυριότερα αίτια αυτής της συσχέτισης είναι η ελλιπής διατροφή, η πολυτοκία και οι αλληλοδιάδοχες λοιμώξεις της γεννητικής οδού².
7. **Γυναικολογία και Κύηση.** Μελέτες αποκαλύπτουν μια επίδραση της πολυτοκίας στον κίνδυνο δυσπλασίας και καρκινογένεσης. Έχει προταθεί ότι

η κύηση μπορεί να επηρεάσει την κυτταρική αύξηση, άμεσα ή έμμεσα, μέσω ανοσολογικών ή ορμονοεξαρτώμενων επιδράσεων στον ιό HPV. Θα μπορούσαν όμως να αποτελούν και δύο ανεξάρτητους παράγοντες. Δυνητικά η επίδραση της κύησης ίσως αντιστοιχεί σε τραυματισμό του τραχήλου κατά τον τοκετό, ληφθέντων υπ' όψιν μελετών που σχετίζουν αρνητικά την καρκινογένεση με την καισαρική τομή. Οι διατροφικές επιπτώσεις της αναπαραγωγής χρήζουν επίσης μελέτης².

8. **Λοιμώδεις Παράγοντες (εκτός HPV).** Σε πολλές περιπτώσεις έχουν συσχετισθεί ο ερπητοϊός HSV2 και τα χλαμύδια με αυξημένο ποσοστό καρκινογένεσης, αλλά όταν λαμβάνεται υπόψη και η ταυτόχρονη λοίμωξη από HPV η συσχέτιση αυτή ανατρέπεται. Καμία σαφής συσχέτιση δεν έχει βρεθεί μεταξύ EBV, σύφιλης, γονόρροιας, βακτηριακής λοίμωξης και καρκινογένεσης. Εξετάζεται όμως η υπόθεση, αν η χρόνια κολποτραχηλική φλεγμονή δυνητικά αυξάνει την ογκογενετική δράση του HPV⁸.

2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η πάθηση στο προδιηθητικό στάδιο ή στάδιο 0 (καρκίνωμα in situ), που προηγείται του διηθητικού καρκινώματος, είναι ασυμπτωματική, διαρκεί πολλά χρόνια και ανακαλύπτεται συνήθως κατά την κυτταρολογική κατά Παπανικολάου εξέταση και την βιοψία του τραχήλου. Ασυμπτωματική είναι η πάθηση και στο στάδιο Ia. Στα μεταγενέστερα στάδια του διηθητικού καρκινώματος, όταν σχηματιστεί εξέλκωση, εμφανίζονται διαδοχικά μητρορραγία, πόνος, συμπτώματα από τα προσβαλλόμενα γειτονικά όργανα και προϊούσα καχεξία. Μικρή ανώμαλη αιμορραγία (μητρορραγία) προκαλείται ήδη στο αρχικό διηθητικό στάδιο και κυρίως κατά την γυναικολογική εξέταση και κατά την συνουσία. Η διάγνωση δε διαφεύγει της προσοχής του γιατρού στο στάδιο αυτό, αλλά δυστυχώς οι άρρωστες προσέρχονται συνηθέστερα πολύ αργά, όταν η νέκρωση και η φλεγμονή έχουν επεκταθεί και συνοδεύονται κλινικώς από πυοαιματηρή δύσοσμη έκκριση ή καμία φορά και από άφθονη αιμορραγία. Ο πόνος εμφανίζεται αργότερα και οφείλεται σε επέκταση της φλεγμονής προς την κοιλότητα της μήτρας, με ταυτόχρονη απόφραξη του τραχηλικού αυλού (πύομητρα), ή σε μεγάλη επέκταση του όγκου προς τα πυελικά τοιχώματα. Στην περίπτωση αυτή ο πόνος γίνεται βασανιστικός και επίμονος, λόγω της διήθησης των νεύρων και των οστών, και είτε παραμένει τοπικός ή επεκτείνεται προς τα κάτω άκρα. Στην τελευταία

περίπτωση ο πόνος οφείλεται στην προσβολή του οσφυοϊερού κλάδου της ρίζας του 4^{ου} οσφυϊκού νεύρου. Λεμφική απόφραξη με οίδημα των κάτω άκρων μη ανατάξιμο μπορεί να προκαλέσει η προσβολή των λεμφικών οδών. Σε προσβολή του εντέρου επέρχονται τεινεσμός, διάρροια και αιμορραγία από το ορθό. Με την προσβολή της ουροδόχου κύστης προκαλείται συχνουρία και μερικές φορές αιματουρία, αλλά και ακράτεια των ούρων, εάν σχηματισθεί συρίγγιο. Η ουραιμία από ουρητηρική απόφραξη ή ανιούσα φλεγμονή μπορεί να αποτελέσει το τελικό αίτιο θανάτου. Η καχεξία είναι χαρακτηριστική των προχωρημένων σταδίων του καρκινώματος του τραχήλου. Η άρρωστη εμφανίζει στην περίπτωση αυτή απώλεια βάρους και αναιμία, χαμηλή πυρετική κίνηση λόγω της παρατεινόμενης φλεγμονής και δείχνει εξασθενημένη και φοβισμένη, για να καταλήξει τελικώς στον θάνατο εν μέσω επεισοδιακών αιμορραγιών, μεγάλης αναιμίας και καθολικής καχεξίας¹.

2.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η μεγαλύτερη πλειονότητα των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας μπορούν να προληφθούν, λόγω του ότι η πιο συχνή μορφή της τραχηλικής νεοπλασίας αναδύεται με προκαρκινικές βλάβες που μπορούν εύκολα να διαγνωστούν. Υπάρχουν πολλοί τρόποι πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι πιο σημαντικοί από αυτούς, είναι το τεστ Παπανικολάου και η αποφυγή των παραγόντων κινδύνου που προκαλούν καρκίνο του τραχήλου².

Εξέταση 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 μικροσκόπιο¹⁰. Το τεστ Παπανικολάου καθιερώθηκε από τον Έλληνα γιατρό Γεώργιο Παπανικολάου τη δεκαετία του 1940. Από τότε μέχρι σήμερα έχει αποδειχθεί η πιο αποτελεσματική και λιγότερο δαπανηρή μέθοδος για μαζικό έλεγχο του γυναικείου πληθυσμού. Υπολογίζεται ότι ο προληπτικός έλεγχος με τεστ Παπ θα μπορούσε να μειώσει κατά 90% τους θανάτους².

Ο Γεώργιος Παπανικολάου καθιέρωσε ένα σύστημα ταξινόμησης των τραχηλικών επιχρισμάτων που διακρίνει τα προς εξέταση κύτταρα σε 5 κατηγορίες. Την

κατηγορία I ως φυσιολογική ,την κατηγορία II ως ελαφρά δυσπλασία (CIN I), την κατηγορία III ως μέτρια(CIN II) ,την κατηγορία IV ως σοβαρή(CIN III), την κατηγορία IV ως καρκίνωμα in situ και την κατηγορία V ως διηθητικό καρκίνωμα πλακώδους επιθηλίου και αδενοκαρκίνωμα⁸. Το 1988 το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ υιοθέτησε ένα σύστημα ταξινόμησης ,το σύστημα Bethesda.Αυτό ,διακρίνει τις ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις σε 2 μεγάλες κατηγορίες .Τις χαμηλού βαθμού πλακώδεις ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις (LSIL) και σε υψηλού βαθμού (HSIL)².

Το τεστ Παπ πρέπει να αρχίζει να εκτελείται από τότε που αρχίζει η σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας και να σταματά στην ηλικία των 65 ετών ,όταν μέσα στα 3 προηγούμενα χρόνια έβγαине αρνητικό⁸. Μερικές φορές κάποια γυναίκα υπάρχει περίπτωση να κληθεί για ένα επαναληπτικό τεστ .Αν συμβεί σε εσάς ,μην πανικοβληθείτε .Ίσως να οφείλεται στο ότι η πρώτη εξέταση άφησε κάποιες αμφιβολίες ,επειδή για παράδειγμα το τεστ έγινε πολύ κοντά στην περίοδό σας και παρουσιάστηκαν ίχνη αίματος⁹.

Πρόληψη παραγόντων κινδύνου

Ένας σημαντικός αριθμός παραγόντων κινδύνου ,που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι οι ακόλουθοι και με την εξάλειψη τους μειώνεται σημαντικά η εμφάνιση του καρκίνου αυτού.

α)Η λοίμωξη από τον ιό του ανθρώπινου θηλώματος (HPV).Η πρωτογενής πρόληψη της λοίμωξης από τον ιό HPV περιλαμβάνει,1)εκπαιδευτικά προγράμματα σε εφήβους ,όπου θα τονίζεται η συσχέτιση του ιού με την ανάπτυξη του καρκίνου ,2)η ενθάρρυνση καθυστερημένης έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας ,3)η χρήση προφυλακτικού και 4) η ανάπτυξη προφυλακτικού εμβολίου².

β)Η πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων και η συχνή αλλαγή ερωτικών συντρόφων.

γ)Το κάπνισμα.

δ)Οι λοιμώξεις από άλλους ιούς πλην του HPV (ερπητοϊοί ,χλαμύδια)

ε)Η χρόνια κολποτραχηλική φλεγμονή.

στ) Η πολυτοκία.

ζ) Η μακροχρόνια λήψη αντισυλληπτικών¹⁰.

Επιπλέον ,η χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου παρεμπόδισης του σπέρματος ,όπως για παράδειγμα το προφυλακτικό ή το διάφραγμα ,είναι συνήθως επιβοηθητική στην αποφυγή του καρκίνου του τραχήλου ,ίσως επειδή αποτρέπει τη μετάδοση σεξουαλικών ασθενειών¹⁵.

Εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Σήμερα ,δε διαθέτουμε μόνο μέθοδο έγκαιρης διάγνωσης ,όπως την εξέταση κατά Παπανικολάου ,αλλά και τρόπο πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με ένα τετραδύναμο εμβόλιο έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων⁴. Υπολογίζεται ότι παγκοσμίως εκδηλώνονται κάθε χρόνο περίπου 500.000 .

Νέες περιπτώσεις του εν λόγω καρκίνου με ποσοστό θνητότητας 40%¹¹. Υπάρχουν 2 είδη εμβολίων για τον καρκίνο του τραχήλου, το τετραδύναμο εμβόλιο Gardasil και το εμβόλιο Cervarix . Το εμβόλιο Gardasil προφυλάσσει από 4 Υπό-τύπους HPV(6,11,16 και 18) .Το εμβόλιο Gardasil προστατεύει τις γυναίκες από το 75% των ιών των ανθρώπινων θηλωμάτων ,που ευθύνονται για την πρόκληση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας .Υπολογίζεται ότι το 80% των γυναικών που είναι σεξουαλικά ενεργές ,είναι δυνατόν σε κάποια φάση της ζωής τους να προσβληθούν από τους ιούς της οικογένειας HPV³. Στη μεγαλύτερη έρευνα που έγινε ποτέ ,στην οποία συμμετείχαν 20.583 γυναίκες ,ηλικίας 15 έως 26 ετών ,το εμβόλιο βρέθηκε ότι είναι σε θέση να προλαμβάνει το 99% των περιπτώσεων με προκαρκινικές βλάβες¹⁶. Το εμβόλιο αυτό ,χορηγείται σε 3 δόσεις ,σε περίοδο 6 μηνών .Η δεύτερη δόση γίνεται δύο μήνες μετά την πρώτη και η τρίτη ,τέσσερις μήνες μετά τη δεύτερη δόση¹¹. Το Gardasil ,εγκρίθηκε για χορήγηση σε κορίτσια και γυναίκες ,καλύπτοντας τις ηλικίες από 9 έως 26 ετών¹⁶. Είναι γεγονός ότι παραμένουν κάποια άγνωστα σχετικά με το εμβόλιο .Για παράδειγμα ,δεν είναι καλά γνωστό για το πόσο καιρό προσφέρει ανοσία ,δηλαδή προστατεύει από τους ιούς HPV .Επίσης ,δεν είναι γνωστό εάν προστατεύει και σε ποιο βαθμό ,τις γυναίκες που έχουν ήδη μολυνθεί από τους ιούς αυτούς³. Το εμβόλιο έχει δοκιμαστεί, προτού κυκλοφορήσει, σε περίπου 20.000 γυναίκες σε διάφορες χώρες του κόσμου, ηλικίας 9-26 ετών, και έχει παρουσιάσει ελάχιστες παρενέργειες όπως κοκκίνισμα, πρήξιμο, ναυτία ή έμετο, προσωρινή διανοητική σύγχυση, μικρό πόνο καθώς και ελαφρύ πυρετό, όπως τα περισσότερα εμβόλια, ενώ σοβαρότερα προβλήματα είναι σπάνια. Επίσης, δεν πρέπει να χορηγείται σε όσες γυναίκες έχουν αλλεργία σε κάποιο από τα συστατικά του ή είναι

έγκυες .Τα συχνότερα προβλήματα που προκαλεί το εμβόλιο ,είναι ήπια και υποχωρούν γρήγορα .Περιλαμβάνουν ακόμα πόνο στο σημείο που γίνεται το εμβόλιο (συνήθως στο βραχίονα), αδιαθεσία ,μυαλγίες ,ζαλάδες ,διάρροια και εξάνθημα .Τέτοιου είδους παρενέργειες είναι συνήθεις και με άλλα εμβόλια¹¹. Σύμφωνα με αναφορές, 12 ασθενείς ηλικίας 13-23 ετών νοσηλεύθηκαν σε νοσοκομείο για διάστημα έως και 5 ημερών. Μερικά από τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν, κατά σειρά συχνότητας, ήταν: Συγκοπή (55), ζάλη (41), πυρετός (41), εξάνθημα (33), παραισθησία και υπαισθησία (32), κνησμός (31), πονοκέφαλος (19), εμετός (16), μυαλγία (13), λεμφαδενοπάθεια (10), αρθραλγία (7), σύνδρομο Guillain-Barre (5).Η παρασκευάστρια εταιρεία του εμβολίου ,υποστηρίζει ότι το εμβόλιο ήταν καλώς ανεκτό και μόνο ελάχιστες περιπτώσεις διέκοψαν λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών ,σύμφωνα με τις κλινικές έρευνες¹⁷.

Το Cervarix προφυλάσσει από 2 τύπους HPV , τους τύπους 16 και 18 .Το Cervarix ,είναι 90,4% αποτελεσματικό έναντι των υψηλόβαθμων προκαρκινικών βλαβών του τραχήλου ,παρ'όλα αυτά όμως δεν υπάρχουν δεδομένα για την αποτελεσματικότητά του στο αιδοίο και δεν προλαμβάνει γεννητικά κονδυλώματα .Η μελέτη έδειξε επίσης ότι το εμβόλιο προσφέρει διασταυρούμενη προστασία έναντι των τύπων 31, 33 και 45 του HPV, οι οποίοι αποτελούν τους 3 συχνότερους ογκογόνους τύπους, μετά τους τύπους 16 και 18. Έχει δείξει ότι είναι γενικά καλά ανεκτό. Τα πιο συχνά συμπτώματα μετά τον εμβολιασμό περιλάμβαναν πόνο, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο της ένεσης, κόπωση, πυρετό, άλγος, κεφαλαλγία, κνησμό, εξάνθημα ή γαστρεντερικές διαταραχές.

Πρόσφατα και η χώρα μας αποφάσισε ,την ένταξη των εμβολίων στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού .Σε ότι αφορά την ασφαλιστική κάλυψη ,χορηγούνται ΔΩΡΕΑΝ στα κορίτσια και τις γυναίκες ηλικίας 12 έως 26 ετών ,ώστε να αποκομίσουν τα μοναδικά οφέλη του εμβολιασμού χωρίς κόστος⁴. Με αφορμή την εβδομάδα πρόληψης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (19-25 Ιανουαρίου),το γραφείο κοινωνικής φροντίδας του Κέντρου Υγείας Έδεσσας ,απεύθυνε πρόσκληση σε γυναίκες 12 έως 26 ετών για ενημέρωση και εμβολιασμό¹⁸.

2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου αφορά κάθε γυναίκα .Ο τακτικός έλεγχος με την κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου είναι ένας απλός και αποτελεσματικός τρόπος για να εντοπίσουμε τυχόν παθολογικά ευρήματα και να διαγνώσουμε τον καρκίνο έγκαιρα⁴. Στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ,η γυναίκα δεν έχει τη δυνατότητα αυτοεξέτασης .Τη διάγνωση θα τη θέσει ο γυναικολόγος τόσο με την κολποσκόπηση ,όσο και με την ψηλάφηση¹⁹.

α)Κολποσκόπηση. Η κολποσκόπηση εφαρμόστηκε για πρώτη φορά από τον Hinselmann το 1923 .Μας επιτρέπει να μελετήσουμε τη μεταβατική ζώνη και να εξετάσουμε το μαλπιγιακό και το αδενικό επιθήλιο καθώς και το αγγειακό υποεπιθηλιακό πρότυπο με σκοπό την ακριβή εντόπιση² των CIN στον εξωτράχηλο ,καθώς επίσης υπό την καθοδήγησή της θα επιτρέψει τη διάγνωση αλλά και την θεραπεία των CIN¹² .

β)Ψηλάφηση. Κατά την ψηλάφηση ,ο τράχηλος είναι συνήθως σκληρός και συνήθως σχηματίζεται η εντύπωση «βαρελοειδούς» τραχήλου .Σε γυναίκες με λεπτά κοιλιακά τοιχώματα ,είναι δυνατόν να ψηλαφισθεί επέκταση του καρκίνου στο παραμήτριο¹².Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση από τον κόλπο ή το ορθό ,θα ψηλαφήσουμε την καρκινωματώδη μάζα όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική ,όσο και προχωρημένη ενδοφυτική .Η τοπογραφική θέση του τραχήλου της μήτρας ,τον καθιστά εύκολο στον έλεγχο της ενδοκολπικής του μοίρας .Έτσι ,προκειμένου να τον διαγνώσουμε ,προβαίνουμε και σε άλλες εξετάσεις όπως⁸.

γ)Εργαστηριακή διάγνωση .Γίνεται α)με τεστ Παπανικολάου σε ασυμπτωματικό στάδιο .Ασθενείς με θετικά ευρήματα και χωρίς κλινική εικόνα καλοήθειας ,πρέπει να εξετάζονται κολποσκοπικά .Εάν η κολποσκόπηση είναι μη ικανοποιητική επί παρουσίας καρκινικών κυττάρων στο τεστ Παπανικολάου ,η διάγνωση πρέπει να επιβεβαιωθεί ή διευκρινισθεί με κωνοειδή εκτομή¹² ,β)τον έλεγχο για την ανεύρεση καρκινοεβρυϊκού αντιγόνου (CEA) ,γ)τον έλεγχο του νεοπλασματικού αντιγόνου⁸.

δ)Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι. Στα πλαίσια του γενικότερου κλινικού ελέγχου ,πέραν των συνήθων αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων και για συναξιολόγηση κατά τη σταδιοποίηση ,πρέπει να γίνονται τα εξής¹²

-τραχηλοσκόπηση και στη συνέχεια δοκιμασία Shiller

-κυστεοσκόπηση ,που σε περίπτωση προσβολής της ουροδόχου κύστης θα βρούμε φουσαλιδώδες οίδημα

- πρωκτοσκόπηση
 - λεμφαγγειο-λεμφαδενογραφία⁸
 - ακτινογραφία θώρακος ,σπονδυλικής στήλης και πυέλου για έλεγχο μεταστάσεων¹
 - υπερηχογράφηση ,αξονική και μαγνητική τομογραφία ,για την εκτίμηση της έκτασης της πάθησης
 - πυελογραφία για έλεγχο νεφρών⁸
- Επίσης πρέπει να γίνεται
- προσδιορισμός ηλεκτρολυτών ,ουρίας και κρεατινίνης
 - ηπατικές δοκιμασίες
 - πήξη αίματος ,χρόνος προθρομβίνης και χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης
 - καρκινικοί δείκτες
 - διάβαση παχέος εντέρου¹

ε)Επεμβάσεις.

- ιστοληψία του τραχήλου μετά από δοκιμασία Shiller
 - κωνοειδή εκτομή του τραχήλου μετά διαγνωστική απόξεση του ενδομητρίου
 - την ιστοληψία των παραμητρίων με παρακέντηση⁸
- Ουσιαστικά , η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου θα γίνει με τη θετική κυτταρολογική εξέταση ,την κολποσκόπηση και την κωνοειδή εκτομή ,σε περιπτώσεις μη ορατής κλινικής εικόνας ,δηλαδή με τη βιοψία και την ιστολογική εξέταση .Με την κωνοειδή εκτομή ,θα γίνει η διάγνωση της αρχόμενης διήθησης και του μικροδιηθητικού καρκινώματος .Επίσης ,να σημειωθεί ότι η διάγνωση της ενδοτραχηλικής εντόπισης του καρκίνου μπορεί να γίνει με την απόξεση του τραχήλου⁵.

2.5 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η πρόγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι άριστη ,εάν διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο .Αν ο καρκίνος περιορίζεται μόνο στον τράχηλο και σε αυτό το στάδιο παραμένει για αρκετά χρόνια πριν αναπτυχθεί¹⁹ ,τότε ο καρκίνος του τραχήλου παρουσιάζει 5ετή επιβίωση 100%²⁰. Από 40.000 περιπτώσεις που μελετήθηκαν φαίνεται ,ότι περίπου το 100% των ασθενών με καρκίνωμα του τραχήλου στο Στάδιο I θα συμπληρώσουν 5έτη .Η αντίστοιχη επιβίωση του Σταδίου II είναι περίπου 60%¹².

Επίσης ,το ποσοστό αυτό μειώνεται δραματικά όταν η διάγνωση και η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται σε προχωρημένο στάδιο¹⁰. Έτσι ,η επιβίωση των σταδίων III και IV είναι περίπου 30 και 10% αντίστοιχα¹². Κακοί προγνωστικοί παράγοντες είναι το μέγεθος του όγκου ,η διήθηση των λεμφαγγείων και αγγείων ,η διήθηση του παραμητρίου και η προσβολή των πυελικών λεμφαδένων⁵. Η εμφάνιση της νόσου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή σε νεαρά ηλικία ,επιβαρύνει την πρόγνωση¹⁰. Ο θάνατος από το διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου προέρχεται από την ουραιμία ,που οδηγεί σε λοίμωξη και αιμορραγία ,ή από απομακρυσμένες μεταστάσεις¹. Επομένως ,όλες οι γυναίκες μετά την ηλικία των 20-25 ετών ,ή καλύτερα μετά την έναρξη των ερωτικών τους σχέσεων ,συνιστάται να κάνουν ένα πρώτο τεστ Παπανικολάου ,το οποίο μπορούν να επαναλαμβάνουν κάθε χρόνο .Η θεραπεία προκαρκινικών σταδίων είναι απλή ,ασφαλής ,συχνά μη ακρωτηριαστική και συνήθως οδηγεί στην πλήρη ίαση¹⁹.

3.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ.

3.1 ΑΙΤΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Η αιτιολογία του καρκίνου του ενδομητρίου παραμένει άγνωστη. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη του. Ως βασικός αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη του καρκινώματος στο ενδομήτριο αναφέρεται η αυξημένη και μονομερής οιστρογονική επίδραση, ενδογενής και εξωγενής. Πράγματι οι ενδείξεις για την αιτιολογική αυτή συσχέτιση είναι σαφέστερες από κάθε άλλη μορφή καρκίνου. Η μονομερής οιστρογονική διέγερση συνδέεται με υπερπλασία του ενδομητρίου, που αποτελεί μια προδρομική κατάσταση του καρκινώματος του ενδομητρίου. Ειδικότερα, την πιθανότητα εξέλιξης σε καρκίνωμα του ενδομητρίου αυξάνει η παρουσία ατυπίας στην αδενωματώδη υπερπλασία¹.

Ενδογενείς αιτιολογικοί παράγοντες.

Ο κίνδυνος να αναπτυχθεί καρκίνος στο ενδομήτριο αυξάνει με την παρατεταμένη και μονομερής οιστρογονική διέγερση, όπως δείχνουν και τα κλινικά, βιολογικά και επιδημιολογικά δεδομένα. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όσο αυξάνει η διάρκεια της διέγερσης του ενδομητρίου, όπως καταδεικνύεται από την ανάπτυξη καρκίνου του ενδομητρίου σε περιπτώσεις καθυστερημένης φυσιολογικής εμμηνόπαυσης και σε γυναίκες με προϋπάρχουσες ανωμαλίες της εμμηνορρυσίας. Κύριο χαρακτηριστικό

γνώρισμα στις περιπτώσεις αυτές είναι η ανωοθυλακιορρηξία και συνεπώς τα μονομερώς αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων. Με τον καρκίνο του ενδομητρίου έχουν συσχετισθεί και διάφοροι παράγοντες ή παθολογικές καταστάσεις, που συνδέονται με ενδογενή ορμονική παραγωγή, όπως οι ορμονοπαραγωγοί όγκοι των ωοθηκών (π.χ. κοκκιοκυτταρικός όγκος), η χρόνια υπερανδρογοναιμική ανωοθυλακιορρηξία, που παρατηρείται κυρίως στο σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS-Polycystic Ovary Syndrome) και στην υπερθήκωση, και ο σακχαρώδης διαβήτης. Με αυξημένο κίνδυνο έχει επίσης διαπιστωθεί ότι σχετίζονται διάφοροι παράγοντες της αναπαραγωγής όπως η ατεκνία (λόγω υπογονιμότητας από ανωοθυλακιορρηξία), η παχυσαρκία και η υπέρταση, που είναι συχνότερη σε μεγάλης ηλικίας και παχύσαρκες γυναίκες, κυρίως διαβητικές. Συχνά επίσης ο καρκίνος του ενδομητρίου συνυπάρχει με ινομυώματα των οποίων η ανάπτυξη πυροδοτείται από την υπεροιστρογοναιμία. Στην παχυσαρκία όπως και στο PCOS, παρατηρείται αυξημένη περιφερική αρωματοποίηση της ανδροστενδιόνης. Ο ρυθμός μετατροπής της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη αυξάνει επίσης όσο αυξάνει η ηλικία, καθώς και σε περιπτώσεις ηπατικής νόσου¹.

Στο **σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS)** παρατηρείται μι βέβαιη αύξηση της συχνότητας της υπερπλασίας του ενδομητρίου σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας (κάτω των 40). Οι γυναίκες με PCOS εμφανίζουν αυξημένο αριθμό παραγωγής ανδροστενδιόνης και συνεπώς στις γυναίκες αυτές αυξάνουν τα επίπεδα της οιστρόνης ενώ και στην υπερθήκωση τα επίπεδα των ισχυρών ανδρογόνων (τεστοστερόνη, ανδροστενδιόνης) είναι υψηλότερα και συνεπώς είναι υψηλότερα και επίπεδα της οιστρόνης¹.

Η **παχυσαρκία** στην προεμμηνοπαυσιακή γυναίκα συνυπάρχει με ανώμαλους κύκλους ωοθυλακιορρηξία, αλλά η συσχέτιση με τον καρκίνο του ενδομητρίου γίνεται περισσότερο καταληπτή στην μετεμμηνοπαυσιακή παχύσαρκτη γυναίκα. Το κυρίαρχο οιστρογόνο στο αίμα μετά την εμμηνόπαυση, όπως και στο PCOS, είναι η οιστρόνη. Τα επίπεδα της οιστρόνης στο πλάσμα αυξάνουν όσο αυξάνει το βάρος της γυναίκας, επειδή ο λιπώδης ιστός έχει την ικανότητα να μετατρέπει τα ανδρογόνα σε οιστρογόνα και μάλιστα αποτελεί τη σπουδαιότερη περιοχή εξωθητικής παραγωγής οιστρογόνων. Ειδικότερα, η οιστρόνη προέρχεται από την περιφερική μετατροπή της ανδροστενδιόνης (κυρίως στο λίπος και κατά δεύτερο λόγο στο συκώτι). Ο ρυθμός μετατροπής των ανδρογόνων σε οιστρογόνα αυξάνει επίσης με την ηλικία. Η ηλικία, που αποτελεί όπως και η παχυσαρκία έναν παράγοντα προσδιοριστικό των επιπέδων

των περισσότερων ενδογενών ορμονών, παρεμβάλλεται στον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στο ενδομήτριο με ένα μοναδικό τρόπο. Ειδικότερα, οι πολύ παχύσαρκες και μεγάλης ηλικίας γυναίκες εμφανίζουν 15/πλάσια έως 20/πλάσια αύξηση του ρυθμού μετατροπής της ανδροστενδιόνης. Η συχνότητα του καρκίνου του ενδομητρίου είναι εξαιρετικά χαμηλή σε ηλικίες μικρότερες των 45 χρόνων, ενώ αυξάνει επιθετικά προς το τέλος της δεκαετίας των 40 και σε όλη τη δεκαετία των 50 (πολύ περισσότερο δραματικά από οποιαδήποτε άλλη νεοπλασία), για να ελαττωθεί και πάλι μετά τα 60. Εντυπωσιακή είναι επίσης η παρατήρηση σύμφωνα με την οποία τα ποσά της ανδροστενδιόνης, που μετατρέπονται σε οιστρόνη, εμφανίζονται πολύ αυξημένα στον καρκίνο του ενδομητρίου, όπως και σε περιπτώσεις υπερπλασίας του ενδομητρίου¹.

Εξωγενείς ορμονικοί παράγοντες

Τα εξωγενή οιστρογόνα έχουν σαφώς συσχετισθεί με τον καρκίνο του ενδομητρίου, όταν χορηγούνται στα ακόλουθα θεραπευτικά σχήματα.

1. Θεραπεία υποκατάστασης με εξωγενή οιστρογόνα. Τα εξωγενή οιστρογόνα συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου στο ενδομήτριο ιδίως όταν χορηγούνται ως θεραπεία υποκατάστασης μονομερώς και για μεγάλα χρονικά διαστήματα, όπως π.χ. σε γυναίκες με γοναδική δυσγενεσία και σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Στο κλιμακτήριο, ειδικότερα, η μακροχρόνια για 2 ή και περισσότερα χρόνια θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα συνδέεται με αυξημένο «σχετικό κίνδυνο» (ΣΚ) ανάπτυξης καρκίνου στο ενδομήτριο. Ο όρος «σχετικό κίνδυνο» αναφέρεται στον κίνδυνο νόσου σε γυναίκες που εκτίθενται στη θεραπεία με οιστρογόνα σε σχέση με τον κίνδυνο σε γυναίκες που δεν εκτίθενται. Ο σχετικός κίνδυνος μεταξύ χρηστριών και μη χρηστριών κυμαίνεται μεταξύ διπλάσιου και οκταπλάσιου. Είναι μεγαλύτερος όσο αυξάνει η διάρκεια της διέγερσης του ενδομητρίου, σε μακροχρόνια δηλαδή χρήση των οιστρογόνων, και όσο πιο υψηλές είναι οι μέσες ημερήσιες δόσεις. Αυτό ισχύει για όλους τους τύπους των οιστρογόνων, όπως μεταξύ άλλων και για συζευγμένα ίππεια οιστρογόνα, την αιθινυλοιστραδιόλη και τη διαιθυλοστιλβοιστρόλη. Ισχυρότερη δράση από τα συνθετικά οιστρογόνα σε σχέση με τη φυσική οιστραδιόλη εμφανίζει η αιθινυλοιστραδιόλη, τόσο ως προς τη διέγερση του ενδομητρίου, όσο και ως προς την υποθαλαμική καταστολή. Ο μέγιστος κίνδυνος υφίσταται μεταξύ των «εν ενεργεία» χρηστριών. Ο κίνδυνος ελαττώνεται κάθε χρόνο

μετά την διακοπή της χρήσης, αν και εξακολουθεί να υφίσταται κάποιος υπολειμματικός αυξημένος κίνδυνος, ακόμη και 10 χρόνια μετά την διακοπή¹.

2. Θεραπεία με διαδοχικά σχήματα οιστρογόνων-προγεστερόνης. Κατά τα τελευταία χρόνια κυριαρχεί μια έντονη τάση αποφυγής της μονομερούς χορήγησης οιστρογόνων και αντ' αυτής της χορήγησης των οιστρογόνων σε συνδυασμό με προγεσταγόνα (π.χ. συζευγμένα ίππεια οιστρογόνα και μεδροξυπρογεστερόνη). Υπάρχουν πράγματι ουσιώδεις ενδείξεις ότι η κυκλική αυτή θεραπεία ελαττώνει την συχνότητα της υπερπλασίας, που συνδέεται με τη μονομερή χορήγηση οιστρογόνων, ενώ δε συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου. Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι η παραπάνω αγωγή, σε γυναίκες που έχουν προηγουμένως υποβληθεί σε θεραπευτικά σχήματα μόνο με οιστρογόνα, δε φαίνεται να εξαλείφει το υπόβαθρο ή να περιορίζει τον «αναμενόμενο» αριθμό των καρκίνων, ούτε να αναιρεί τον αυξημένο κίνδυνο καρκίνου στο ενδομήτριο από την μονομερή και μακροχρόνια επίδραση των οιστρογόνων¹.

3. Αντισύλληψη από το στόμα. Τα αντισυλληπτικά από το στόμα έχουν ερευνηθεί εκτεταμένα σε σχέση με τον καρκίνο του ενδομητρίου, μετά την παρατήρηση στις αρχές της δεκαετίας του 70 ότι οι νέες γυναίκες που έπαιρναν αντισυλληπτικά δισκία διαδοχικού σχήματος (sequential oral contraceptives) από το στόμα (διμεθυστερόνη και αιθινυλοιστραδιόλη) ανέπτυσαν καρκίνο του ενδομητρίου. Μεταγενέστερα όμως διαπιστώθηκε ότι, τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά (nonsequential or combination oral contraceptives) σαφώς συνδέονται με ελαττωμένο κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου. Πράγματι, έχει παρατηρηθεί ότι ελαττώνονται οι σχετικοί κίνδυνοι κατά 0.4 έως 0.5 και συνεπώς παρέχεται μια αυξημένη κατά 50 έως 60% προστασία από μια παρόμοια χρήση. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι αυξημένα επίπεδα προστασίας παρέχονται, όταν αυξάνουν τα χρόνια της χρήσης των συνδυασμένων αντισυλληπτικών. Τα αποτελέσματα από τη διακοπή της χρήσης δεν είναι σαφής. Η προστασία παρέχεται κατά ουσιώδη τρόπο στις «εν ενεργεία» χρήστριες και ελαττώνεται μετά την διακοπή. Δεν έχει όμως προσδιορισθεί η διάρκεια της προστασίας μετά την διακοπή. Επιπλέον, σε πολλές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η προστασία που παρέχεται με τη χρήση των συνδυασμένων αντισυλληπτικών από το στόμα ελαττώνεται ή εξαλείφεται από την παρεμβολή διαφόρων παραγόντων/κινδύνων του καρκίνου του ενδομητρίου. Ειδικότερα, τα προστατευτικά αποτελέσματα λείπουν στις παχύσαρκες γυναίκες, σε χρήστριες προηγούμενων μακροχρόνιων θεραπευτικών σχημάτων με οιστρογόνα και στις άτοκες γυναίκες¹.

3.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Το κυριότερο σύμπτωμα του καρκίνου του ενδομητρίου είναι η μητρορραγία. Σε ποσοστό όμως μέχρι 20% των γυναικών κατά το χρόνο της διάγνωσης μπορεί να μην έχει εμφανισθεί κανένα σύμπτωμα. Σε περιπτώσεις μετεμμηνοπαυσιακής μητρορραγίας, η πιθανότητα η μητρορραγία αυτή να οφείλεται σε καρκίνο του ενδομητρίου αυξάνει με τη χρονική απόσταση από την εμμηνόπαυση. Ενίοτε, όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας μπορεί λόγω στένωσης ή απόφραξης του ισθμού να προκαλεί αιματόμητρα ή πυόμητρα. Ακόμη, όταν η νόσος είναι εκτεταμένη, μπορεί να εμφανίζεται αιματηρή κολπική και πυώδης υπερέκκριση. Κατά κανόνα, γυναίκες με μετεμμηνοπαυσιακή μητρορραγία ανεξαρτήτως ποσότητας θα πρέπει να ελέγχονται με διαγνωστική απόξεση του ενδομητρίου για την πιθανότητα καρκίνου του ενδομητρίου⁵.

3.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ

Σύμφωνα με ενδείξεις ,οι γυναίκες ,μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου ελέγχοντας το βάρος τους .Από την άλλη πλευρά ,δεν έχει εξακριβωθεί κατά πόσο η παχυσαρκία προξενεί μεταξύ άλλων ,την εμφάνιση καρκίνου του ενδομητρίου¹⁵. Επίσης ,η προσθήκη προγεστερονοειδών σε ασθενείς που λαμβάνουν οιστρογόνα μπορεί να προλάβει την ανάπτυξη καρκίνου του ενδομητρίου .Ένα άλλο προληπτικό μέτρο σε περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με αμηνόρροια ή πολυμηνόρροια ή σε κάθε ασθενή με υποψία μη ελεγχόμενης παραγωγής οιστρογόνων ,είναι η χορήγηση προγεστερόνης ,προκειμένου να δημιουργηθεί αιμορραγία με τη διακοπή και έτσι να προληφθεί η υπερπλασία².

3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ

Όπως σε κάθε καρκίνο ,έτσι και στον καρκίνο του ενδομητρίου ,σημασία έχει η πρόωμη διάγνωση .Για τον καρκίνο του ενδομητρίου δεν υπάρχει συγκεκριμένη μέθοδος μαζικού ελέγχου η οποία να είναι σε θέση να ανακαλύψει προκαρκινικές καταστάσεις ή καρκίνο σε αρχικά στάδια ,όπως γίνεται στον καρκίνο του τραχήλου με την εξέταση κατά Παπανικολάου⁵. Ως διαγνωστικός κανόνας στη γυναικολογία

,ισχύει το ότι κάθε αιμορραγία στην εμμηνόπαυση πρέπει να αντιμετωπίζεται ως οφειλόμενη σε καρκίνο ,μέχρι να αποδειχθεί το αντίθετο ,εάν ληφθεί υπόψη ότι σε 20% των ασθενών αυτών ,η αιμορραγία οφείλεται σε αιμορραγία του ενδομητρίου¹². Σε νεότερες γυναίκες το καρκίνωμα του ενδομητρίου κάνει την εμφάνισή του με μητρορραγία(ανώμαλη αιμορραγία μεταξύ περιόδων) .Η διάγνωση βασίζεται κυρίως στην κλινική εξέταση ,στη βιοψία του ενδομητρίου και στην ιστολογική εξέταση των ξεσμάτων και λιγότερο στην εξέταση ενδοτραχηλικών επιχρισμάτων¹. Τα τελευταία χρόνια αναφέρονται στη βιβλιογραφία αρκετά ενθαρρυντικά αποτελέσματα ως προς τη δυνατότητα ανίχνευσης των γυναικών ,που παρουσιάζουν αρχόμενες κακοήθειες στο ενδομήτριο ,με βάση διάφορες απεικονιστικές μεθόδους και κυρίως την υπερηχογραφία ,η αξία της οποίας αναφέρεται ως ιδιαίτερα υψηλή¹².

Η υπερηχογραφία και ιδιαίτερα η διακολπική ,αποτελεί σχετικά εύκολο τρόπο ελέγχου του ενδομητρίου .Η κυστεοσκόπηση μπορεί επίσης να βοηθήσει στη διάγνωση του καρκίνου ,εφαρμοζόμενη ακόμη και σε εξωτερικό ιατρείο ,ενώ ελέγχει και τον ενδοτραχηλικό σωλήνα⁵.

Η ψηλαφητική εξέταση της μήτρας και των εξαρτημάτων δεν προσφέρει ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα στα πρώτα στάδια της νόσου .Αργότερα ,ψηλαφάται διογκωμένο και μαλακό σώμα της μήτρας ,πιθανόν διογκωμένος ο τράχηλος και τα παραμήτρια ή τα εξαρτήματα¹². Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι που μας βοηθάνε στη σταδιοποίηση του καρκίνου του σώματος της μήτρας είναι η ακτινογραφία των πνευμόνων ,το σπινθηρογράφημα του συκωτιού και των οστών και η αξονική τομογραφία⁸.

3.5 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ

Επειδή ο καρκίνος του ενδομητρίου δίνει πρώιμα συμπτώματα ,όπως την αιμορραγία ,που κάνουν εύκολη τη διάγνωσή του και οδηγούν σε έγκαιρη αντιμετώπιση⁸. Η επιβίωση στο καρκίνωμα του ενδομητρίου ποικίλλει ανάλογα με το στάδιο και το βαθμό διαφοροποίησης της νόσου .Άλλοι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες είναι το βάθος διήθησης ,ο ιστολογικός τύπος ,οι θετικές περιτοναϊκές εκκλύσεις και οι μεταστάσεις στους λεμφαδένες και στα εξαρτήματα¹. Η επιβίωση μετά 5ετία στο στάδιο I φτάνει το 80%,στο στάδιο II το 50% και στα στάδια III και IV είναι βαριά⁸. Τα τελικά αποτελέσματα της θεραπείας είναι καλύτερα σε σχέση με το καρκίνωμα του τραχήλου και η θεραπεία εφαρμόζεται νωρίτερα .Στο 75% των περιπτώσεων ,οι καρκίνοι του ενδομητρίου βρίσκονται στο στάδιο I κατά το χρόνο της διάγνωσης

,επειδή είναι δύσκολο να αγνοηθεί η μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία ,ενώ αυτό είναι συχνά πιθανό στις άτυπες αιμορραγίες των νεώτερων γυναικών¹. Εκτός από τα παραπάνω ,φαίνεται ότι η πρόγνωση είναι καλύτερη στις νεότερες παρά στις μεγαλύτερες γυναίκες ,επειδή στις νεότερες υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι καλώς διαφοροποιημένος ο καρκίνος ,αφού συνηθέστερα έχει σχέση με την παχυσαρκία και τα οιστρογόνα⁵. Κακή πρόγνωση έχουν τα αδενοκαρκινώματα και τα αδеноπλακώδη καρκινώματα με μέτρια έως πτωχή διαφοροποίηση ,καθώς και όλα τα θηλώδη ορώδη καρκινώματα και τα καρκινώματα από διαυγή κύτταρα .Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα θετικά περιτοναϊκά εκπλύματα συνδέονται με φτωχή πρόγνωση¹.

4.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .

4.1 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο γυναικολόγος-ογκολόγος επιβάλλεται να γνωρίζει εκτός της χειρουργικής ,βασικά θεωρητικά στοιχεία για τη θεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου. Η αρχική κλινική διάγνωση και σταδιοποίηση της νόσου καθορίζει στις περισσότερες περιπτώσεις το είδος της θεραπείας που πρόκειται να ακολουθηθεί².

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας περιλαμβάνει γενικά τη χειρουργική αντιμετώπιση ,την ορμονική θεραπεία ,την χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία¹⁵.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ταξινομείται διεθνώς σε 4 στάδια²¹.

Ανάλογα με το βαθμό διήθησης ,που θα εκτιμήσουμε ύστερα από εξετάσεις ,ταξινομούμε τον καρκίνο στα παρακάτω στάδια σύμφωνα με απόφαση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Γυναικολόγων Μαιευτήρων(FIGO)⁸.

Στάδιο 0: Ενδοεπιθηλιακός καρκίνος στο προεισδυτικό στάδιο(in situ).

Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος δεν προχωρεί πέρα από τη βασική μεμβράνη του επιφανειακού επιθηλίου. Το υπόστρωμα είναι υγιές.

Στάδιο I: Αρχόμενος καρκίνος του τραχήλου

Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος έχει διεισδύσει στο υπόστρωμα του επιθηλίου ,βρίσκεται όμως ακόμα εντοπισμένος αποκλειστικά στον τράχηλο και η μήτρα παρουσιάζει απόλυτη κινητικότητα.

Στάδιο II: Ελαφρά μορφή

Ο καρκίνος έχει διηθήσει εν μέρει τα παραμήτρια και τους κολπικούς θόλους ,η μήτρα όμως εξακολουθεί να διατηρεί την κινητικότητα της

Στάδιο III: Βαριά μορφή

Η καρκινική διήθηση έχει προχωρήσει προς τους κολπικούς θόλους ,τα κολπικά τοιχώματα ,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 IV: Απελπιστική μορφή

Όλοι οι υπογαστρικοί ιστοί καθώς και τα οστά της λεκάνης είναι διηθημένα²¹.

4.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου εξαρτάται όπως είπαμε από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται⁵ καθώς επίσης και από την κατάσταση ,την ηλικία και την επιθυμία της άρρωστης να διατηρήσει την αναπαραγωγική της λειτουργία²¹.

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται μέχρι το στάδιο IIα ενώ για τα υπόλοιπα στάδια η χειρουργική θεραπεία αποφεύγεται και εφαρμόζεται η ακτινοθεραπεία⁵. Σε ορισμένα κέντρα επιχειρείται χειρουργική αντιμετώπιση και σε στάδια πέραν του II ,αφού συνήθως προηγηθεί χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία με σκοπό την ελάττωση της αρχικής μάζας του όγκου¹².

Η χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει :κωνοειδή εκτομή ,ηλεκτρικό καυτηριασμό ,κρυοχειρουργική ή χειρουργική με laser²¹. Επίσης γίνεται απλή ή ριζική υστερεκτομή ή και κυτταρομειωτική εγχείρηση σε συνδυασμό ή όχι με ορμονική θεραπεία ,με χημειοθεραπεία ή και με ακτινοθεραπεία¹.

Παρακάτω βλέπουμε να αναλύονται εκτενέστερα μερικές από αυτές τις μεθόδους.

4.2.1 Κωνοειδής εκτομή

Αν ένα τεστ Παπανικολάου σε μια γυναίκα αποκαλύψει δυσπλασία και ο όγκος περιορίζεται στον επιθηλιακό ιστό τότε η εμπλεκόμενη περιοχή του τραχήλου μπορεί να αφαιρεθεί με κωνοειδή εκτομή²¹. Η επέμβαση λέγεται αλλιώς και κωνική βιοψία και γίνεται με γενική

αναισθησία. Η αγωγή οπότε αυτή γίνεται κυρίως στο προκαρκινικό στάδιο και εμφανίζει 95% ποσοστό αποθεραπείας⁹.

Συνοπτικά γίνεται σε περιπτώσεις με ελάχιστη στρωματική διήθηση(στάδιο I) ,διαπιστωμένη μικροσκοπικά αλλά μη μετρητέα(μικρότερη του 1χιλ.) ,όπου η κωνοειδής εκτομή είναι αποδεκτή θεραπευτική απόφαση ,εφόσον υπάρχει ικανή απόσταση υγιούς ιστού πέραν της διήθησης και επιθυμεί η γυναίκα να διατηρήσει την αναπαραγωγική της ικανότητα¹². Στις περιπτώσεις αυτές και εφόσον δεν υπάρχει διήθηση αιμοφόρων ή λεμφικών αγγείων ,φαινόμενο ασυνήθιστο ούτως ή άλλως για τόσο πρόωμη διήθηση ,ο καρκίνος αντιμετωπίζεται όπως είπαμε⁵.

Η μέθοδος αυτή επιβάλλει την εξαίρεση τμήματος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου αλλά και του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου. Κατά την επέμβαση πρέπει επίσης να εκτελείται απόξεση του ενδομητρίου για τον έλεγχο του. Η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι προκαλεί πολλές φορές αιμορραγία και έτσι στις μέρες μας χρησιμοποιούμε ακτίνες laser για πιο εύκολο και ανέμακτο τρόπο. Νεότερη μέθοδος αποτελεί η εκτομή της ζώνης μετάπτωσης με αγκύλη διαθερμίας αλλά δεν είναι ακόμα ευρέως διαδεδομένη⁸.

4.2.2 Κρυοχειρουργική

Κρυοχειρουργική ή αλλιώς κρυοπηξία είναι η καταστροφή του τραχηλικού επιθηλίου με υψηλή ψύξη και εφαρμόζεται στο στάδιο I του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας²¹.

Οι ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και το καρκίνωμα in situ μπορούν να αντιμετωπισθούν με καταστροφή της ζώνης μετάπτωσης στην οποία αναπτύσσονται. Αυτή πρέπει να γίνει σε βάθος 7 χιλ. Τουλάχιστον ,για να καταστραφούν οι δυσπλαστικές εστίες στους αδένες. Προϋπόθεση αποτελεί η καλή εκτίμηση της έκτασης της βλάβης και της βαρύτητας για να μη διαφύγει από την προσοχή διηθητικός καρκίνος. Αυτά απαιτούν κολποσκόπηση από έμπειρο γυναικολόγο ,πολλαπλές βιοψίες από αντιπροσωπευτικά σημεία της βλάβης και ενδοτραχηλική απόξεση. Η κρυοπηξία έχει το μειονέκτημα του μη ελέγχου του βάθους της καταστροφής και αντενδείκνυται σε βλάβες μεγάλης έκτασης. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της κυμαίνονται στο 80-90%. Απαιτείται τακτική παρακολούθηση. Η κρυοπηξία αποφεύγεται από τους περισσότερους και προτιμάται η εκτομή της βλάβης ,ως περισσότερο ασφαλής⁸.

4.2.3 Χειρουργική με laser:

Οι ακτίνες laser CO είναι μια νέα μέθοδος αντιμετώπισης της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου και του κόλλου με μεγάλο ποσοστό επιτυχίας. Τα πλεονεκτήματα της είναι η

ακρίβεια στην αφαίρεση ιστού ,το μικρότερο τραύμα και αιμορραγία και η μικρότερη πιθανότητα λοίμωξης. Ακόμα δεν δημιουργεί ουλή ,δεν διαταράσσει την αρχιτεκτονική δομή του τραχήλου και δεν απαιτεί γενική αναισθησία²¹. Το σημαντικότερο όμως πλεονέκτημα της είναι ότι όλες αυτές οι διαδικασίες επιτρέπουν στη γυναίκα να διατηρήσει την αναπαραγωγική της ικανότητα. Η επέμβαση γίνεται στα εξωτερικά ιατρεία με τοπική αναισθησία. Μετά την επέμβαση η γυναίκα θα πρέπει να αποφεύγει τη σεξουαλική επαφή ,τις πλύσεις ή τη χρησιμοποίηση ταμπόν για δυο εβδομάδες. Ενδέχεται να υπάρχει μικρού βαθμού πόνος ,ευαισθησία ,κολπικές εκκρίσεις ή ελαφρά αιμορραγία ,που είναι φυσιολογικό¹⁵.

4.2.4 Υστερεκτομή

Υστερεκτομή είναι μια χειρουργική επέμβαση κατά την οποία αφαιρείται η μήτρα. Στη Μ.Βρετανία 1 στις 6 γυναίκες έχουν υποστεί υστερεκτομή και έτσι γίνονται γύρω στις 100.000 υστερεκτομές ετησίως. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό είναι πολύ μικρότερο²². Η ανάρρωση μετά από μία τέτοια επέμβαση είναι συνήθως αρκετά δύσκολη και επώδυνη. Επιβάλλεται παραμονή στη κλινική για 5-7 ημέρες και αποχή από καθημερινές δραστηριότητες για αρκετές εβδομάδες ,ίσως και μήνες²³.

Χειρουργικοί μέθοδοι

Υπάρχουν 3 χειρουργικές επιλογές για τη γυναίκα που χρειάζεται υστερεκτομή:

- Κοιλιακή υστερεκτομή(Werthein) ,κατά την οποία γίνεται μια μεγάλη τομή στη κάτω κοιλιακή χώρα για την χειρουργική αφαίρεση της μήτρας²⁴. Χρησιμοποιείται α)σε παρουσία μεγάλου όγκου β)αν ,εκτός από τη μήτρα ,πρόκειται να αφαιρεθούν και οι ωοθήκες και οι σάλπιγγες και γ)αν υπάρχουν αντενδείξεις για κολπική υστερεκτομή²¹.
- Κολπική υστερεκτομή(Schanta) ,όπου ο χειρουργός εισχωρεί στην κοιλιακή κοιλότητα μέσω μιας τομής στον κόλπο ,δίπλα στον τράχηλο. Η μήτρα αφαιρείται χειρουργικά μέσω αυτής της τομής²⁵. Ο τρόπος αυτός συνιστάται όταν η μήτρα βρίσκεται χαμηλά στη πυελική κοιλότητα ,δεν μπορεί όμως να πραγματοποιηθεί εάν η ασθενής έχει κάνει προηγούμενη πυελική εγχείρηση ή εάν ο χειρουργός πρόκειται να αντιμετωπίσει σχετικές επιπλοκές κοντά στη μήτρα²⁴.
- Κολπική υστερεκτομή με τη βοήθεια λαπαροσκοπικού laser. Η αποκόλληση της μήτρας πραγματοποιείται μέσω του λαπαροσκοπίου και τη βοήθεια της ηλεκτροκαυτηρίασης των λέιζερ και άλλων εξειδικευμένων τεχνολογιών. Αφού αποκολληθεί η μήτρα ,αφαιρείται από το κόλπο²⁵.

Μετά την επέμβαση θα χρειαστεί ανάπαυση για 6 εβδομάδες. Αυτό επιτρέπει στους ιστούς να επουλωθούν. Μετά τις 6 εβδομάδες γίνεται μετεγχειρητικός έλεγχος. Εάν η γυναίκα είναι εργαζόμενη μπορεί να επιστρέψει στη δουλειά της περίπου μετά από 10 εβδομάδες²⁶.

Τύποι Υστερεκτομής

- Απλή υστερεκτομή: θα την εφαρμόσουμε σε καρκίνωμα in situ όπως μέχρι και σταδίου Ια. Θεωρείται επαρκής θεραπεία εάν η βλάβη δεν έχει εισδύσει σε βάθος μεγαλύτερο των 3χιλ.και δεν έχει επέλθει λεμφική ή αιματική μετάσταση¹. Θα την εκτελέσουμε ακόμα σε νέες γυναίκες που γέννησαν γιατί η στέρωση της μήτρας δεν προκαλεί σ'αυτές ψυχολογικά προβλήματα ,όσο σε αυτές που δεν γέννησαν ακόμη⁸. Αν η γυναίκα είναι κάτω από 45 ετών οι ωοθήκες μπορούν να διατηρηθούν χωρίς να επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας¹.
- Τροποποιημένη ριζική υστερεκτομή(υστερεκτομία τύπου ΙΙ)
Αυτήν θα την εκτελέσουμε όταν το βάθος διήθησης είναι κάτω από 5χιλ.και έχει διάμετρο κάτω από 1εκ. Η εγχείρηση περιλαμβάνει την εξαίρεση των παραμητρίων των ιερομητριάων συνδέσμων και του κόλπου σε μικρότερη έκταση από τη ριζική υστερεκτομία⁸.
- Ριζική υστερεκτομή(υστερεκτομία τύπου ΙΙΙ)
Αυτήν θα την εκτελέσουμε σε όγκους σταδίου Ιb,Ιία όταν το βάθος διήθησης περάσει τα 5χιλ. και έχει διάμετρο 1-3 εκ. Η επιλογή αυτή αποβλέπει στην εξαίρεση της μήτρας ,συμπεριλαμβανομένων των ιερομητρικών και των εγκάρσιων συνδέσμων της μήτρας ,του κόλπου και των πυελικών λεμφογαγγλίων¹².
Συνήθως η ριζική υστερεκτομή εφαρμόζεται σε γυναίκες με καλή γενική κατάσταση ,όχι παχύσαρκες και σε ηλικία κάτω των 60-65 ετών. Με τις ανωτέρω προϋποθέσεις η μετεγχειρητική θνησιμότητα δεν είναι μεγαλύτερη του 1%.
Ορισμένα κέντρα προτείνουν τη λήψη περιτοναϊκής κυτταρολογίας κατά την επέμβαση για να αναγνωρισθούν ευκολότερα οι περιπτώσεις με αυξημένες πιθανότητες κεντρικής υποτροπής και να χορηγηθεί επικουρικά χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία²⁷.

4.2.5 Νέοι μέθοδοι και τεχνικές στη θεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου

Α)Ρομποτική χειρουργική:

Η πρώτη ολική υστερεκτομή στην Ελλάδα με το σύστημα Ρομποτικής Χειρουργικής τελευταίας γενιάς Da Vinci ® S πραγματοποιήθηκε με μεγάλη επιτυχία ,σε ζωντανή μετάδοση ,στο Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ. Κινώντας τους βραχίονες του συστήματος Ρομποτικής Χειρουργικής Da Vinci S και περιγράφοντας βήμα βήμα τη διαδικασία, ο διευθυντής της Mayo Clinic Javier F. Magrina υπέβαλε σε ολική υστερεκτομή και αφαίρεση ωοθηκών 52χρονη ασθενή²⁸.

Η μέθοδος ξεπερνά τα μειονεκτήματα του ανοιχτού χειρουργείου και πηγαίνει ένα βήμα πέρα από τη λαπαροσκόπηση. Η ρομποτική χειρουργική εξασφαλίζει ακρίβεια δεκάτων του χιλιοστού, ενώ η τρισδιάστατη απεικόνιση εκμηδενίζει την πιθανότητα ανθρώπινου λάθους. Η απώλεια αίματος είναι μηδαμινή, ο χρόνος νοσηλείας και αποκατάστασης του ασθενούς είναι αισθητά μικρότερος, ενώ εξασφαλίζεται ταχεία επάνοδος σε φυσιολογικούς ρυθμούς ζωής, ελάχιστες ώρες μετά την εγχείρηση. Η τεχνική Da Vinci περιλαμβάνει μικρές κινήσεις τριών βραχιόνων με την ικανότητα να κόβουν, να συγκρατούν και να κάνουν αιμόσταση. «Τέλεια εργαλεία δεν έχουν σχεδιαστεί ακόμη», ανέφερε στη διάρκεια του χειρουργείου ο κ. Magrina. Ο ίδιος εξήγησε ότι το σύστημα θα μπορούσε να βελτιωθεί με την προσθήκη μιας συσκευής στεγανοποίησης των φλεβών, τη σμίκρυνση των ρομποτικών βραχιόνων και την πρόσδοση σ' αυτούς μεγαλύτερων δυνατοτήτων κίνησης. Ο κ. Magrina δεν παρέλειψε να αναφερθεί στις δυνατότητες εφαρμογής του Da Vinci στην τηλε-χειρουργική ,δηλαδή στην πραγματοποίηση επεμβάσεων σε μεγάλες αποστάσεις (απομακρυσμένα μέρη, τόπους καταστροφής) χωρίς φυσική παρουσία του γιατρού στο σημείο²⁹.

Β)γονιδιακή θεραπεία:

Επιστήμονες στη Βρετανία ανέπτυξαν μια επαναστατική μέθοδο εξόντωσης καρκινικών κυττάρων κάνοντας χρήση νανοτεχνολογίας, κάτι που γίνεται για πρώτη φορά στον συγκεκριμένο τομέα. Ερευνητές της Σχολής Φαρμακολογίας στο Λονδίνο ανέπτυξαν νανοσωματίδια το πλάτος των οποίων είναι 80.000 φορές μικρότερο από εκείνο μιας ανθρώπινης τρίχας μαλλιών. Στο εσωτερικό των σωματιδίων τοποθέτησαν γονίδια και στη συνέχεια «οδήγησαν» τα σωματίδια στην περιοχή του προβλήματος, όπου τα γονίδια ενεργοποιήθηκαν και ενεργοποίησαν την παραγωγή μιας πρωτεΐνης η οποία καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα.

Ιδιαίτερα σημαντικό στην τεχνική είναι το ότι τα γονίδια καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα αφήνοντας ανεπηρέαστα τα υγιή που βρίσκονται πέριξ των καρκινικών. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η νέα μέθοδος θα δώσει λύση σε περιπτώσεις όπου δεν μπορεί να γίνει χειρουργική επέμβαση επειδή τα καρκινικά κύτταρα και οι όγκοι βρίσκονται πολύ κοντά σε ζωτικά όργανα. Ευελπιστούν επίσης ότι η νέα μέθοδος θα βοηθήσει σημαντικά στην αντιμετώπιση καρκίνων που έχουν εξαπλωθεί στο σώμα του ασθενούς. Μέχρι στιγμής τα πειράματα που έχουν γίνει σε ποντίκια έχουν αποδειχθεί επιτυχημένα και οι ερευνητές πιστεύουν ότι σε περίπου δύο χρόνια θα ξεκινήσουν δοκιμές και σε ανθρώπους³⁰.

4.3 ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ορμονική θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί ως το πρώτο βήμα πριν την επιλογή της χημειοθεραπείας. Γίνεται κατά το χρόνο της χειρουργικής σταδιοποίησης. Οι όγκοι πρέπει να διερευνηθούν για τη παρουσία οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων ,επειδή η πρόγνωση στις περιπτώσεις αυτές είναι καλύτερη ,ενώ και η πιθανότητα θετικής απάντησης στη θεραπεία με προγεστερόνα εμφανίζεται αυξημένη. Τα προγεστερόνα σε μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσουν σε μερικές περιπτώσεις ύφεση της νεοπλασίας ,όταν χορηγηθούν πριν την εγχείρηση ,με την προϋπόθεση ότι υπάρχουν μετρητά επίπεδα ορμονικών υποδοχέων. Συνήθως χορηγούνται μέχρι την εγχείρηση 200mg ημερησίως όπως και μετεγχειρητικώς για τη θεραπεία των υποτροπών ή των μεταστατικών όγκων ,που αναπτύσσονται συνήθως στον κόλπο ,στους πνεύμονες ή στο σκελετό¹.

Παρενέργειες τα προγεστερονοειδή δεν προκαλούν ,εκτός από την κατακράτηση ύδατος ,όπου είναι ανεπιθύμητη σε υπερτασικές άρρωστες. Η θεραπεία έχει αμφισβητηθεί από ορισμένα αντικαρκινικά κέντρα ,γιατί δεν διαπίστωσαν διαφορά στην επιβίωση των ασθενών που τα έπαιρναν από άλλους που ακολουθούσαν διαφορετική αγωγή. Ίσως η αποτελεσματικότητά τους να γίνεται εμφανής σε προχωρημένα στάδια της πάθησης και ιδιαίτερα στις πνευμονικές μεταστάσεις⁸.

4.4 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία είναι μία αντικαρκινική θεραπεία με συστηματική χρήση φαρμάκων που μπορούν να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα. Η χημειοθεραπεία που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από το είδος του καρκίνου που θα πρέπει να αντιμετωπισθεί και

την έκταση που έχει πάρει στον οργανισμό τόσο τοπικά όσο και σε επίπεδο μεταστάσεων³¹. Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο υποβάλλονται σήμερα σε χημειοθεραπεία σε αρχικό ή σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, με σκοπό είτε την ίαση ή την ανακούφιση. Οι περισσότερες επιτυχίες της χημειοθεραπείας οφείλονται στην χορήγηση πολλών και όχι ενός φάρμακου. Σήμερα υπάρχουν τουλάχιστον 80 είδη διαφορετικών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων³². Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται κυρίως είναι: σισπλατίνη(cisplatin ,platinol ,platamine) βινκριστίνη(ovcovin) μιτομυκίνη(mitomycin) μεθοτρεξάτη(methotrexate) κτλ⁸.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε 3 κατηγορίες.

α)Αλκυλιούντες παράγοντες. Αυτά διαταράσσουν την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές επεξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν τη λειτουργία των νουκλεϊνικών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο στην προμιτωτική φάση.

β)Αντιμεταβολίτες. Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες ,ουσίες απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊνικών οξέων. Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές ,προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους. Δρουν στη φάση S του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.

γ)Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης. Τα φάρμακα αυτά αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων²⁰.

Τα περισσότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ως χημειοθεραπευτικά σταματούν την αναπαραγωγή των κυττάρων (μίτωση), χτυπώντας επιτυχημένα τα κύτταρα που αναπαράγονται γρήγορα. Επειδή αυτά τα φάρμακα δημιουργούν βλάβες στα κύτταρα, ονομάζονται κυτταροτοξικά³³. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα καρκινικά κύτταρα αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά ,επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Υπάρχουν όμως και φυσιολογικά κύτταρα ιστών ,όπως ο μυελός των οστών ,τα κύτταρα των τριχών ,που είναι πολύ δραστήρια και έτσι είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο δόσης του φαρμάκου ,που θα καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα ,δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά³⁴. Τα καρκινικά κύτταρα συνήθως δεν ανακάμπτουν μετά από την έκθεσή τους στη χημειοθεραπεία, τα φυσιολογικά κύτταρα

έχουν μηχανισμούς επιδιόρθωσης που τους επιτρέπουν να αναζωογονηθούν και να λειτουργήσουν ξανά φυσιολογικά³¹.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε νοσοκομείο, σε κλινική, στο ιατρείο ή στο σπίτι του ασθενούς. Υπάρχουν διάφορα σχήματα χημειοθεραπείας με χορήγηση φαρμάκων ημερησίως, εβδομαδιαίως ή μηνιαίως. Συχνά υπάρχουν περιόδοι διακοπής για ανάκαμψη του οργανισμού μεταξύ των χορηγήσεων των φαρμάκων. Οι γιατροί χρησιμοποιούν διάφορες μεθόδους, κλινικές, εργαστηριακές (αναλύσεις αίματος) και απεικονιστικές (αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, ακτινογραφίες, σπινθηρογράφημα) για να αξιολογούν την εξέλιξη και ανταπόκριση της νόσου στις θεραπείες όπως επίσης και το πόσο καλά ανέχεται ο ασθενής τη χημειοθεραπεία που λαμβάνει¹⁵.

Η χημειοθεραπεία δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι είναι κατά κύριο λόγο συμπληρωματική θεραπεία. Το ποσοστό ίασης χωρίς τον συνδυασμό χειρουργικής επέμβασης και ακτινοθεραπείας είναι πολύ μικρό. Κατά ορισμένες μελέτες ακόμα, η χημειοθεραπεία μετά τη χειρουργική φαίνεται να αυξάνει την πενταετή επιβίωση και να ελαττώνει τις υποτροπές και τους θανάτους από τη νόσο σε μεγαλύτερο ποσοστό παρά όταν η χειρουργική θεραπεία εφαρμοσθεί μόνη της ή συμπληρωθεί από ακτινοθεραπεία⁵.

Είδη χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται πιο συχνά μετά από μια επέμβαση για αφαίρεση του καρκίνου, ακόμα κι αν δεν υπάρχουν σημεία ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί. Αυτό ονομάζεται *επικουρική χημειοθεραπεία*. Η επικουρική χημειοθεραπεία έχει δείξει ότι μειώνει τις πιθανότητες επανεμφάνισης του καρκίνου. Και τα άτομα με καρκίνο που κάνουν αυτή τη θεραπεία ζουν γενικά περισσότερο σε σχέση με αυτούς που δεν την κάνουν. Η χημειοθεραπεία μπορεί να γίνει και πριν από μια επέμβαση, για να συρρικνώσει τον καρκίνο και να κάνει την επέμβαση πιο εύκολη ή πιο αποτελεσματική. Αυτή ονομάζεται *προεγχειρητική χημειοθεραπεία* και χρησιμοποιείται για καρκίνους προχωρημένου συνήθως σταδίου. Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος δεν μπορεί να θεραπευτεί η χημειοθεραπεία μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής. Αυτή ονομάζεται *παρηγορητική χημειοθεραπεία*³⁵.

Ανάλογα με τον τύπο και το στάδιο της νόσου χημειοθεραπεία χορηγείται:

- * Με το σκοπό την ίαση ενός όγκου.
- * Για να εμποδίσει την εξάπλωση ενός όγκου.

- * Για να επιβραδύνει την αύξηση ενός όγκου.
- * Για να καταστρέψει κύτταρα τα οποία έχουν "φύγει" από τον αρχικό όγκο.
- * Για να ανακουφίσει συμπτώματα τα οποία προκαλεί ένας όγκος³⁶.

παρενέργειες χημειοθεραπείας

Είναι γεγονός ότι η χημειοθεραπεία συνοδεύεται από πολλές παρενέργειες. Ο κάθε τύπος χημειοθεραπευτικού φαρμάκου έχει τις δικές του επιπλοκές. Αυτές μπορεί να είναι λιγότερο ή περισσότερο σοβαρές ανάλογα με τις αντιδράσεις και τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Είναι πολύ σημαντικό οι γιατροί να ενημερώνουν λεπτομερώς τους ασθενείς τους για τις παρενέργειες που δυνατόν να αναμένονται από τη χημειοθεραπεία που θα χορηγηθεί. Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας³⁶.

Προκαλούνται παρενέργειες σε πολλές περιοχές του σώματος ,οι οποίες εξαρτώνται από τη γρήγορη ανάπτυξη των κυττάρων για την υγιή λειτουργία τους. Τα κύτταρα του μυελού των οστών ,του γαστρεντερικού σωλήνα ,του αναπαραγωγικού συστήματος και των θυλάκων των τριχών είναι αυτά που υφίστανται τις μεγαλύτερες παρενέργειες εξαιτίας της χρήσης αντικαρκινικών φαρμάκων. Στο μυελό των οστών ,η αναστολή της ανάπτυξης των κυττάρων εμποδίζει παράλληλα την παραγωγή κυττάρων του αίματος ,με αποτέλεσμα την εμφάνιση αναιμίας(λόγω ανεπάρκειας των ερυθρών αιμοσφαιρίων) ,τις έντονες αιμορραγίες (λόγω ανεπάρκειας των αιμοπεταλίων) ,και την ευπάθεια σε διάφορες μολύνσεις(λόγω ανεπάρκειας των λευκών αιμοσφαιρίων). Στο γαστρεντερικό σύστημα ,οι πιο κοινές παρενέργειες είναι η ναυτία και η τάση για εμετό ,αν και υπάρχουν κάποια αντιεμετικά φάρμακα τα οποία δρουν αποτελεσματικά ως προς την ανακούφιση από τα συμπτώματα. Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία εμφανίζουν συχνά στο γενετικό σύστημα αμηνόρροια , η οποία μερικές φορές μπορεί να είναι και μόνιμη .Προσωρινή ,αλλά εξίσου προβληματική ,είναι η τριχόπτωση που παρουσιάζεται σε πολλές ασθενείς. Τα μαλλιά τους πέφτουν σταδιακά ή όλα μαζί ,αλλά μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας αρχίζουν σιγά σιγά να ξαναμεγαλώνουν. Η συνεχής εξάντληση και η αύξηση ή η απώλεια βάρους αποτελούν επίσης πολύ συνηθισμένες παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Σε σπάνιες περιπτώσεις ,μερικά φάρμακα ενδέχεται να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες στην καρδιά ,τους πνεύμονες ,τα νεφρά ή το ήπαρ. Ακόμα ,μπορεί να εμφανιστούν έλκη στο στόμα ,δερματικά εξανθήματα ,φλεβίτιδες ,δυσκολία στη κατάποση ,διάρροια και δυσκοιλιότητα και μάλιστα ,για αρκετές εβδομάδες μετά τη διακοπή της χημειοθεραπείας³².Γενικά τα κυτταροστατικά φάρμακα εμφανίζουν κάποιο βαθμό τοξικότητας .Ιδιαίτερα αναφέρεται η μυελοτοξικότητα ,δηλαδή η καταστολή της

λειτουργίας του μυελού των οστών που εκδηλώνεται με λευκοπενία ,θρομβοπενία και αιμορραγική διάθεση .Αρκετοί ασθενείς αισθάνονται φόβο σε ότι αφορά την χημειοθεραπεία εξαιτίας των γνωστών επιπλοκών που πιθανόν να προκαλέσει .Τα σύγχρονα φάρμακα και οι σύγχρονοι χειρισμοί έχουν περιορίσει όμως σημαντικά τις παρενέργειες και αρκετοί ασθενείς σήμερα αναφέρουν πως οι κακές φήμες δεν αγγίζουν την πραγματικότητα .Όμως ούτε λίγο ούτε πολύ η χημειοθεραπεία εξακολουθεί να είναι για τους ασθενείς μια δύσκολη θεραπεία που προτιμούν να αποφύγουν.

4.5 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι ένα από τα βασικά όπλα που διαθέτουμε κατά του καρκίνου. Η χρησιμοποίηση της στην θεραπεία του καρκίνου ανάγεται στο 1895 με την ανακάλυψη των ακτίνων X. Εφαρμόστηκε στην αρχή στον μαστό με πολύ καλά αποτελέσματα δηλαδή σμίκρυνση του όγκου και σε μερικές φορές πλήρη εξαφάνιση³⁷.

Θα τη συστήσουμε σε όλα τα στάδια όταν η διήθηση περνάει τα 3εκ. ή όταν η ασθενής κρίνεται ότι δεν είναι σε θέση να υποβληθεί σε ριζική υστερεκτομή. Αποτελεί θεραπεία εκλογής στα στάδια IIβ-IV και σε υποτροπές μετά από εγχείρηση⁸.

Η ακτινοθεραπεία συνίσταται στην έκλυση ιονίζουσας ακτινοβολίας για την θανάτωση των καρκινικών κυττάρων και την μείωση του μεγέθους του όγκου. Προκαλεί καταστροφή των κυττάρων στο πεδίο ακτινοβολήσης, μέσω βλάβης του γενετικού υλικού ώστε να καταστεί αδύνατη η περαιτέρω ανάπτυξη και κυτταρική διαίρεση. Εφαρμόζεται σε περιοχές του σώματος η εισάγεται στον καρκινικό όγκο με μορφή βελόνων, ή προσλαμβάνεται εκλεκτικά το ραδιενεργό ισότοπο στο πάσχον όργανο. Η συνήθης ακτινοθεραπεία χορηγείται μια φορά την ημέρα και διαρκεί συνολικά 4-8 εβδομάδες³⁸.

Η εξάσκηση της απαιτεί τη γνώση των διαφόρων μορφών ακτινοβολίας και την επίδραση τους στην ύλη ,τον τρόπο με τον οποίο συνδυάζεται με τις άλλες αντικαρκινικές θεραπείες ,καθώς και τη γνώση συμπεριφοράς των φυσιολογικών και των κακοήθων ιστών στην ακτινοβολία³⁹.

Η ακτινοθεραπεία επηρεάζει όχι μόνο τα καρκινικά κύτταρα αλλά και τα κανονικά κύτταρα που βρίσκονται στο πεδίο ακτινοβολίας του ασθενούς. Τα υγιή κύτταρα όταν υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία έχουν περισσότερες δυνατότητες επιδιόρθωσης των προβλημάτων που υφίστανται σε σύγκριση με τα καρκινικά κύτταρα. Για να ελαχιστοποιηθούν οι επιδράσεις της υψηλής ενέργειας στα υγιή κύτταρα ,όργανα και

ιστούς, η ακτινοθεραπεία χορηγείται εστιασμένη στην περιοχή που υπάρχει ο καρκίνος ή οι μεταστάσεις του⁴⁰.(βλέπε εικόνα

Σκοπός της ακτινοθεραπείας είναι η ριζική θεραπευτική αντιμετώπιση μιας κακοήθειας ή η ενίσχυση του θεραπευτικού αποτελέσματος της χειρουργικής και τέλος η ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα της κακοήθειας. Αναλόγως ,λοιπόν ,του σκοπού για τον οποίο χορηγείται ,η ακτινοθεραπεία μπορεί να διακριθεί σε **ομάδες**³⁹.

α)*θεραπευτική ακτινοθεραπεία*. Σε πολλές περιπτώσεις η ακτινοθεραπεία αναλαμβάνει το κύριο θεραπευτικό βάρος στους ανεγχείρητους συμπαγείς όγκους είτε λόγω προχωρημένου σταδίου είτε λόγω ιατρικών αντενδείξεων π.χ καρδιακή ανεπάρκεια. Οι δόσεις που απαιτούνται είναι υψηλές ,με την προϋπόθεση ότι το επιτρέπει η φυσική κατάσταση του ασθενούς. Η θεραπευτική ακτινοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική με τη χειρουργική θεραπεία σε ορισμένες εντοπίσεις καρκίνου και για το ίδιο στάδιο π.χ καρκίνος του τραχήλου της μήτρας⁴¹.

β)*Επικουρική ακτινοθεραπεία*. Θεωρείται εκείνη που υποβοηθά το θεραπευτικό αποτέλεσμα της χειρουργικής ,μειώνοντας σημαντικά την πιθανότητα υποτροπής. Εφαρμόζεται επί ενδείξεων που προκύπτουν από τα παθολογοανατομικά ευρήματα³⁹.

γ)*Συμπληρωματική ακτινοθεραπεία*. Είναι το ίδιο σημαντική με τη χειρουργική επέμβαση όσον αφορά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Εφαρμόζεται στις περιπτώσεις ατελούς εξαιρέσεως του όγκου. Η δόση της ακτινοβολίας που απαιτείται είναι υψηλή ,όπως και στη θεραπευτική ακτινοβολία⁴².

δ)*Παρηγορητική-ανακουφιστική ακτινοθεραπεία*. Σκοπός της είναι η άρση των ενοχλητικών συμπτωμάτων ,όπως της μητρορραγίας ,του άλγους από οστικές μεταστάσεις κτλ. Εφαρμόζεται ακόμα και αν το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μικρό ,διότι εκτός από την ανακούφιση στοχεύει και στην επίτευξη μακράς ασυμπτωματικής περιόδου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής⁴³.

Είδη ακτινοβολίας

Η ιονίζουσα ακτινοβολία διακρίνεται σε ηλεκτρομαγνητική και σε σωματιδιακή ακτινοβολία.

α)*Ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία*. Αναφέρεται στη χρήση υψηλής ενέργειας ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων (φωτονίων) ,τα οποία καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα¹. Η μορφή αυτής της ακτινοβολίας αποκαλείται και “έμμεσα ιονίζουσα ακτινοβολία” ,επειδή τα φωτόνια της ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας απορροφώνται και αποδίδουν την

ενέργεια τους στα ηλεκτρόνια των ατόμων του βιολογικού υλικού ,μέσω του οποίου διέρχονται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εκτόπιση των ηλεκτρονίων από την τροχιά τους και κατά συνέπεια τον ιοντισμό του βιολογικού υλικού⁴⁴.

β)Σωματιδιακή ακτινοβολία. Αποτελείται από δέσμες πυρήνων ηλίου (σωματιδίων α) ,ηλεκτρονίων (σωματιδίων β) ,πρωτονίων ,ουδετερονίων ,αρνητικών μεσοτρονίων και ιόντων με υψηλή φόρτιση ,που παράγονται στο γραμμικό επιταχυντή ή κατά τη ραδιενεργό διάσπαση ασταθών στοιχείων. Από όλα αυτά τα είδη ακτινοβολίας ,στην ακτινοθεραπεία χρησιμοποιούνται μόνον τα ηλεκτρόνια¹. Η σωματιδιακή ακτινοβολία είναι “άμεσα ionίζουσα ακτινοβολία” ,επειδή μπορεί να διασπάσει άμεσα τις ατομικές δομές του βιολογικού υλικού ,μέσω του οποίου διέρχεται⁴⁴.

Τρόποι εφαρμογής ακτινοθεραπείας

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί με 2 τρόπους. Εξωτερικά ή εσωτερικά.

α)Εξωτερική εφαρμογή. Είναι εκείνη στην οποία, η πηγή η οποία εκπέμπει την ακτινοβολία είναι σε κάποια απόσταση από τον όγκο. Παραδείγματα αυτής είναι ο Γραμμικός Επιταχυντής και η Μηχανή Κοβαλτίου. Ο γραμμικός επιταχυντής είναι σύγχρονο μηχάνημα που χορηγεί δέσμες ακτινοβολίας υψηλής ενέργειας που χορηγούνται με ακρίβεια στα πλαίσια εξωτερικής ακτινοθεραπείας. Οι πηγές κοβαλτίου είναι παλαιότερης τεχνολογίας και έχουν διαφορετικές ενδείξεις⁴⁵.

Εφαρμόζεται με ακτίνες X και ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες (κοβάλτιο -60 ,καίσιο -137). Τα πλεονεκτήματα αυτών των εφαρμογών είναι ότι η μεγαλύτερη απορρόφηση της ακτινοβολίας γίνεται κάτω από την επιφάνεια του δέρματος. Χρησιμοποιείται και μεγάλης εντάσεως ακτινοβολία για την ακτινοβόληση “εν τω βάθει” κακοήθων νεοπλασιών ,όπως του τραχήλου. Εφαρμόζεται ακόμα με ραδιοϊσότοπα (κοβάλτιο -60 ,ταντάλιο -182) τοποθετημένα σε θήκες (εκμαγεία) που εφαρμόζονται πάνω στο σημείο που πρέπει να ακτινοβοληθεί⁴⁴.

β)βραχυθεραπεία ή εσωτερική εφαρμογή. Αυτή εφαρμόζεται:

i)ενδοκοιλιακά. Γίνεται εισαγωγή ραδιοϊσοτόπου σε κοίλα όργανα ή σε κοιλότητες του οργανισμού ,όπως η μήτρα. Το ραδιοϊσοτόπο (χρυσός -196) εισάγεται με έγχυση (υγρή μορφή) ή τοποθέτηση μέσα στη κοιλότητα (στερεά μορφή).

ii)εμφύτευση. Τα ραδιοϊσότοπα (ράδιο ,ραδόνιο -222 ,ιρίδιο -192) με στερεά μορφή βελονών ,καψουλών ,κόκκων ,ράβδων ,συρμάτων εμφυτεύονται και μένουν μόνιμα ή αφαιρούνται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα μέσα σε ιστούς⁴⁵. Αυτή η άμεση μέθοδος επιτρέπει σε μεγαλύτερες δόσεις ραδιενέργειας να δράσουν ακριβώς πάνω από το

καρκίνωμα ,ενώ ελαχιστοποιείται παράλληλα το ποσοστό ραδιενέργειας που διαφεύγει σε άλλα ευαίσθητα όργανα κοντά στη περιοχή ,όπως το ορθόν και η ουροδόχος κύστη¹⁵.

iii)Εσωτερική χορήγηση ,από το στόμα ή ενδοφλέβια⁴³.

(ραδιοχρυσός -196 ,ραδιοφώσφορος -32)

Παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας.

1. Το είδος της ακτινοβολίας.
2. Η δόση της ακτινοβολίας.
3. Ο ρυθμός δόσης.
4. Το είδος του ιστού που ακτινοβολείται.
5. Η έκταση του πεδίου που ακτινοβολείται.
6. Η οξυγόνωση του ιστού ,που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία.
7. Η θερμοκρασία του ιστού ,που έχει επίσης σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία²⁰.

Ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και τεχνικών που εφαρμόζονται ,δεν αποφεύγεται η ύπαρξη παρενεργειών. Άμεσες επιπλοκές από την ακτινοθεραπεία είναι η συχνοουρία και η δυσουρία από τον ερεθισμό της ουροδόχου κύστης ,η διάρροια και ενίοτε η αιμορραγία (πρωκτίτιδα) από τον ερεθισμό του ορθού και η ναυτία από τον ερεθισμό του εντέρου. Εμφανίζεται παροδική απώλεια τρίχας στα σημεία εισόδου. Σχεδόν πάντα αποκαθίσταται σε μερικές εβδομάδες. Ακόμα παρατηρείται ερεθισμός ή σκλήρυνση του δέρματος στη περιοχή που ακτινοβολείται, δυσκολία στην κατάποση, ξηροστομία και καταβολή³⁵. Υπάρχει κίνδυνος, έστω και εάν αυτός είναι μικρός, να αναπτυχθεί δευτερογενής όγκος στις περιοχές που έχουν ακτινοβοληθεί καθώς επίσης και στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους¹⁵. Μετά γενέστερες επιπλοκές είναι η ίνωση του τοιχώματος της μήτρας και η κολπική ατροφία ,τα κυστεοκολπικά και τα ορθοκολπικά συρίγγια και η υποδόρια ίνωση. Η σοβαρότητα και η έκταση αυτών των παρενεργειών εξαρτάται από το μέρος που γίνεται και την ποσότητα της ακτινοβολίας που χρησιμοποιείται³⁸.

5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Προεγχειρητική παρέμβαση

- α) επεξήγηση της χειρουργικής επέμβασης που θα ακολουθήσει στην άρρωση και στην οικογένειά της
- β) ενημέρωση άρρωστης σχετικά με μετεγχειρητική θεραπεία ,πόνο ,δραστηριότητα ,δίαιτα ,συνουσία ,έμμηνη ρύση .
- γ) παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα ,θηλυκότητα και γονιμότητα
- δ) παροχή ευκαιριών στην άρρωση να εκφράσει τα αισθήματα ,τους φόβους και τις ανησυχίες της
- ε) υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων
- στ) κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης (φυσικών ,συγκινησιακών και κοινωνικών)
- ζ) παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο ,όπου περιλαμβάνει εξέταση αιμοσφαιρίνης ,προσδιορισμό ομάδας αίματος και εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση ,ενδοφλέβια πυελογραφία ,διακοπή αντισυλληπτικών δισκίων ,ακτινογραφία θώρακα ,ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου ,καθαρισμό υποκλυσμό και κολπική πλύση με αντισηπτικό και τέλος χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση ύπνου .

Μετεγχειρητική παρέμβαση

- α) εκτίμηση :ζωτικά σημεία ,πόνος ,προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα ,κολπική εκροή ,παροχέτευση τραύματος .
- β) προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωση
- γ) ανακούφιση από τον πόνο
- δ) προαγωγή επούλωσης του τραύματος
- ε) στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους
- στ) μείωση πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την κύστη (οφείλονται στη γειτονία της κύστης με τη χειρουργική περιοχή)
- ζ) ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης
- η) πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών

- θ)έγκαιρη έγερση της άρρωστης για πρόληψη επιπλοκών
- ι)ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία ,προφυλακτικά
- ια)σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο²¹

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Η νοσηλευτική παρέμβαση θα εξαρτηθεί από το είδος της ακτινοθεραπείας που θα χορηγηθεί ,εάν θα γίνει δηλαδή εξωτερική ή εσωτερική εφαρμογή.

Στην εξωτερική ακτινοβολία ο νοσηλευτής-τρια

- Ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε ,τη θέση του όγκου ,το σκοπό της θεραπείας ,τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει .
- Αξιολογεί τι και πώς αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.
- Βεβαιώνεται πως η ασθενής έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο ,που θα γίνει η ακτινοθεραπεία .
- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία .
- Χορηγεί στην άρρωστη αναλγητικά πριν την θεραπεία ,αν χρειάζεται ,επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητη στην ίδια θέση για λίγα λεπτά.
- Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας της ασθενούς για την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματά της .

Στην εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας μετά τη χορήγηση του ραδιοϊσότοπου η ασθενής έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα .Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό ,η άρρωστη απομονώνεται ,επειδή αποτελεί ραδιενεργή πηγή ,που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί ή να αφαιρεθεί .

Σημεία τα οποία πρέπει να τηρήσει ο νοσηλευτής-τρια για την ασφάλεια του ιδίου και της ασθενούς:

- Ενημερώνεται για το είδος του ραδιοϊσότοπου που θα χρησιμοποιηθεί ,τον τύπο της πηγής ,τον τρόπο χορηγήσεως ,την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία ,το σημείο εφαρμογής και τον αριθμό των ημερών που η ασθενής πρέπει να απομονωθεί .

- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφάλειας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια και οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο .
- Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσότοπου ,το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα της ασθενούς και επομένως ,δεν μολύνει τα ούρα ,το αίμα ,τους εμέτους ή τον ιδρώτα και έτσι δεν λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό τους .
- Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται .
- Η ασθενής νοσηλεύεται σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με σύστημα επικοινωνίας και παράθυρο παρακολούθησης .Το περιβάλλον αυτό δεν επιτρέπει τη διασπορά μόλυνσης .Ενημερώνεται η ασθενής πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό .
- Νοσηλεύει την ασθενή με μπλούζα και γάντια ,τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι ,πριν φύγει από το θάλαμο .
- Ενημερώνει τους συγγενείς της άρρωστης για τον τρόπο επικοινωνίας με εκείνη ,εξηγεί το σκοπό του μέτρου αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά μαζί της ²⁰.

5.3 Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας

1. γίνεται ομαδική προσέγγιση της ασθενούς και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθεια του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά) ,συναισθηματικά ,κοινωνικά και πνευματικά.
2. Βεβαιώνεται η ασθενής πως οι τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτα άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων ,καταστρέφουν και υγιή.
3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση της ασθενούς ώστε να αποδεχτεί ,να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της.
4. Προσφέρεται στην άρρωστη ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει ,για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.

5. Γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς για τη θρέψη της ,την κατάσταση του δέρματος ,της στοματικής κοιλότητας ,τον βαθμό κινητικότητας ,τη συναισθηματική κατάσταση ,αν είναι ευαίσθητη σε διάφορα φάρμακα κ.α. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων ,ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας²⁰.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Η κυρία Δ.Ε. ετών 66, εισήχθη στις 29/5/09 στην ογκολογική πτέρυγα του νοσοκομείου Metropolitan με πιθανή διάγνωση «ca τραχήλου». Το επάγγελμά της είναι οικιακά. Το ατομικό αναμνηστικό είναι ελεύθερο. Η έμμηνος ρύση ξεκίνησε στα 12 της χρόνια, είχε μέση διάρκεια 4 έως 5 ημέρες και περιοδικότητα 28 με 30 ημέρες. Δεν έλαβε ποτέ αντισυλληπτικά δισκία και δεν είχε συμπτωματολογία από την περιοχή (άλγος κατά την επαφή, ακράτεια ούρων). Η κυρία Δ.Ε είχε τρεις φυσιολογικούς τοκετούς, δεν είχε ποτέ ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση και η τελευταία φορά που της εμφανίστηκε ήταν πριν από 23 χρόνια. Το τεστ Παπ που έκανε (πριν από 9 έτη) ήταν φυσιολογικό. Το σύμπτωμα που την οδήγησε στο γυναικολόγο και στην συνέχεια στην ογκολογική κλινική ήταν σταγονοειδής αιμορραγία μήτρας.

Κατά την κλινική εξέταση βρέθηκαν τα εξής: Αρτηριακή πίεση 140/80 mmhg, μασχαλιαίοι και βουβωνικοί λεμφαδένες αψηλάφητοι. Δεν υπήρχαν παθολογικά ευρήματα από την κλινική εξέταση για καρδιολογικά και αναπνευστικά συμπτώματα. Η ουρήθρα: φυσιολογική. Ο κόλπος όπως και το σώμα της μήτρας ήταν ατροφικά. Τα εξαρτήματα αψηλάφητα και τα παραμήτρια ελεύθερα.

Έγινε βιοψία τραχήλου και διαγνωστική απόξεση όπου επιβεβαιώθηκε το ca τραχήλου. Αποφασίστηκε να γίνει κοιλιακή υστερεκτομή. Έγιναν εργαστηριακές εξετάσεις, προσδιορισμός ομάδας, καρδιογράφημα και ακτινογραφία θώρακος.

Η εγχείρηση προγραμματίστηκε για την επόμενη μέρα. Χρησιμοποιήθηκε γενική νάρκωση. Η ασθενής νοσηλεύτηκε στην κλινική χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα και επιπλοκές.

Προβλήματα-Ανάγκες που διατυπώθηκαν:	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας :	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας:	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας:	Εκτίμηση αποτελεσμάτων:
<ul style="list-style-type: none"> Πόνος και ένταση της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> Εντόπιση πόνου Μείωση πόνου και κατά συνέπεια εξάλειψη της έντασης Εξηγήσαμε αναλυτικά και σημεία στην ασθενή ότι η νόσος έχει ριζική θεραπεία για μείωση του άγχους 	<ul style="list-style-type: none"> Έλεγχος παραγόντων που επιδεινώνουν τον πόνο Χορήγηση αναλγητικών 	<ul style="list-style-type: none"> Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα η ασθενής διαμαρτυρήθηκε για πόνο ο οποίος ξεκίνησε με μικρότερη ένταση αλλά αργότερα αυξήθηκε τρομερά. Αφού την τοποθετήσαμε σε θέση χαλάρωσης των μυών λάβαμε γραπτή εντολή χορήγησης Pethidine im .Ενημερώνω την ασθενή και εκτελώ την νοσηλεία. Καταγράφεται ακριβώς ώρα και δόση χορήγησης. 	<ul style="list-style-type: none"> Μετά την πάροδο λίγης ώρας ο πόνος μειώθηκε αισθητά Η ασθενής χαλάρωσε και ελευθερώθηκε από την ένταση
<ul style="list-style-type: none"> Δυσκοιλιότητα την Τρίτη μετεγχειρητική ημέρα 	<ul style="list-style-type: none"> Κένωση του εντέρου Επαναφορά εντέρου στη φυσική του 	<ul style="list-style-type: none"> Αύξηση συχνότητας έγερσης – κινητοποίησης Χορήγηση 	<ul style="list-style-type: none"> Συστήνουμε στην ασθενή να μην βρίσκεται όλη μέρα σε θέση κατάκλισης, να 	<ul style="list-style-type: none"> Τακτοποιήθηκε κένωση του περιεχομένου του εντέρου Η ασθενής ανα

	λειτουργία	<p>άφθονων υγρών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή τροφών που προκαλούν δυσκοιλιότητα • Χορήγηση υπόθετων • Έλεγχος του αποτελέσματος 	<p>λαμβάνει άφθονα υγρά. Συνεννόηση με τη διαιτολόγο για την διατροφή .Εάν τα μέτρα αυτά δεν έχουν αποτέλεσμα, θα προχωρήσουμε σε χορήγηση υπόθετου γλυκερίνης</p>	<p>κουφίστηκε από την δυσφορία.</p>
--	------------	---	--	-------------------------------------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με κύριο θέμα μας το γυναικολογικό καρκίνο και πιο συγκεκριμένα τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του ενδομητρίου ,θέσαμε σαν πρωταρχικό μας στόχο ,την ενημέρωση του πληθυσμού αλλά και των νοσηλευτών σχετικά με τον γυναικολογικό καρκίνο.

Επίσης ,πέρα από τις γενικές πληροφορίες ,θελήσαμε να αναφερθούμε στην αξία της πρόληψης ,τονίζοντας τη σπουδαιότητα της και έτσι να επανάγουμε τις γυναίκες στην πρόληψη των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νόσου. Επιπλέον ,αναφερόμαστε στις διαγνωστικές μεθόδους οι οποίες χρησιμεύουν στη μείωση εμφάνισης αλλά και ανάπτυξης της νόσου.

Τελειώνοντας ,αναλύουμε την θεραπευτική αντιμετώπιση αλλά και τον ρόλο του νοσηλευτή στην επιτυχή καταπολέμηση του γυναικολογικού καρκίνου.

ABSTRACT

The main theme in our research is gynecological cancer and more specifically the cervical and endometrium, as we have our main goal, informing the population and the nurses on gynaecological cancer.

Also, in addition to general information, we wanted to mention the value of prevention, emphasizing the importance and conduct again women to prevent the factors contributing to the development of disease. Furthermore, we mention the diagnostic methods that serve to reduce the occurrence and development of disease. Finally, we analyze the treatment and the role of the nurse in the successful fight against cancer gynecology.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Ο καρκίνος της μήτρας αποτελεί τη δεύτερη κακοήθεια και αιτία θανάτου στις γυναίκες των αναπτυσσόμενων χωρών.
- 40 γυναίκες πεθαίνουν καθημερινά στην Ευρώπη από μια νόσο που τώρα πλέον είναι δυνατό να προληφθεί.
- Διακρίνουμε 2 μορφές καρκίνου της μήτρας ,τον καρκίνο του τραχήλου που προσβάλλει γυναίκες 30 με 50 ετών και τον καρκίνο του σώματος της μήτρας που προσβάλλει μάλλον τις γυναίκες 50 με 60 ετών.
- Σε αντίθεση με άλλους καρκίνους ,ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν είναι κληρονομικός.
- Τα αίτια του καρκίνου του τραχήλου παραμένουν άγνωστα .Έχει όμως συνδεθεί με την σεξουαλική δραστηριότητα του ατόμου ,την ηλικία ,το κάπνισμα και με παθολογικές καταστάσεις του τραχήλου από ορισμένους ιούς.
- Η λοίμωξη από τον ιό HPV θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και μεταδίδεται στις γυναίκες κατά την συνουσία.
- Η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχει μειωθεί σημαντικά μετά την καθιέρωση της εξέτασης Παπανικολάου και των άλλων μεθόδων προληπτικού ελέγχου.
- Αν η διάγνωση του καρκίνου γίνει αρκετά νωρίς ,η θεραπεία είναι σχεδόν βέβαιη.
- Στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ,η γυναίκα δεν έχει τη δυνατότητα αυτοεξέτασης .Τη διάγνωση θα τη θέσει ο γυναικολόγος με την κολποσκόπηση , την ψηλάφηση και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις.
- Η θεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου εξαρτάται όπως είπαμε από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται καθώς επίσης και από την κατάσταση ,την ηλικία και την επιθυμία της άρρωστης να διατηρήσει την αναπαραγωγική της λειτουργία..
- Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο υποβάλλονται σήμερα σε χημειοθεραπεία σε αρχικό ή σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, με σκοπό είτε την ίαση ή την ανακούφιση.
- Σκοπός της ακτινοθεραπείας είναι η ριζική θεραπευτική αντιμετώπιση μιας κακοήθειας ή η ενίσχυση του θεραπευτικού αποτελέσματος της χειρουργικής

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

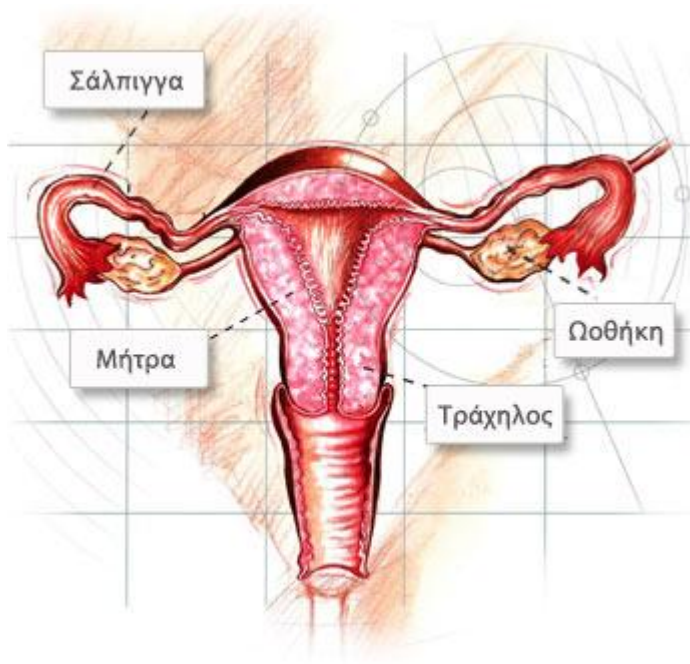
1. Καλογερόπουλος Α.Π. Γυναικολογία , Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών Πρώτη έκδοση UNIVERSITY STUDIO PRESS ,Θεσσαλονίκη 1996
2. Πεκτασίδης Δ. Γ ,Μελέτιος Α. Γυναικολογική ογκολογία ,ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ,Αθήνα 2001.
3. <http://www.paidiatros.gr/index.php?cid=4&id=71&st=2> 24/03/09 (25)
4. <http://angeir.wordpress.com/2009/01/15/cervical-cancer/> 24/03/09 (14)
5. Μεσσήνης Ι.Ε. Μαιευτική και Γυναικολογία ,εκδόσεις COMMUNICATIONS ,Αθήνα 2005
6. Branchu G. ,Countrot A. ,Dana J. ,ζήστε υγιεινά-σύγχρονη οικογενειακή ιατρική τόμος α ,εκδόσεις TSINTAS ,Παρίσι 1992
7. Δετοράκης Ι. Βασικές αρχές της Υγιεινής ,επιστημονικές εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε ,Αθήνα 2003
8. Παπανικολάου Ν.Α ,Παπανικολάου Α.Ν. Γυναικολογία ,εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε. ,Αθήνα 2005
9. Αβραμίδης Ο. ,Ζαχαροπούλου Ε. Ο γυναικολόγος ιατρική εγκυκλοπαίδεια της γυναίκας ,εκδόσεις ΑΛΚΥΩΝ ,Αθήνα 1990
10. <http://dapndfk4dents.forumotion.com/forum-f46/topic-t444.htm> 16/03/09
11. http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2743 24/03/09 (27)
12. Δημητρίου Ε. Λώλη , Γυναικολογία και μαιευτική , επιστημονικές εκδόσεις ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ,Αθήνα 1995
13. Θεραπεύοντας τα συμπτώματα ,ένθετο εμμηνόπαυση ειδική έκδοση για την υγεία από την ιατρική σχολή του Χάρβαρντ ,ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης ,Το Έθνος ,Αθήνα 2004.
14. Τριχοπούλου Α. ,Τριχόπουλος Δ. Προληπτική Ιατρική ,επιστημονικές εκδόσεις ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ,Αθήνα 1986.
15. Carlson K.J ,Eisenstat S.A ,Ziroryn T. Οδηγός Υγείας για τη γυναίκα ,εκδόσεις ΦΥΤΡΑΚΗ ,Αθήνα 2000
16. <http://dapndfk4dents.forumotion.com/forum-f46/topic-t444.htm> 24/03/09 (26)
17. <http://www.tovima.gr/default.asp?pid=2&artid=193132&ct=87> 16/03/09 (29)
18. <http://www.gnedessas.eu/site/index.php?com=content&id=97> 24/03/09 (30)
19. <http://night-flights.pblogs.gr/tags/mitras-gr.html> 24/03/09 (31) (32)

20. Κωνσταντινίδου Σ.Φ ,Μαλγαρινού Μ.Α Νοσηλευτική Παθολογική-Χειρουργική ,τόμος Β' ,εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ ,Αθήνα 2003
21. Σαχίνη-Καρδάση Α. ,Πάνου Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική ,τόμος 2^{ος} ,εκδόσεις ΒΗΤΑ ,Αθήνα ,ανατύπωση 2006
22. http://www.cancervic.org.au/downloads/other_languages/greek/GREEKhyst.pdf 25/03/09 (2)
23. <http://midasfertility.com/article-3.htm> 25/03/09 (1)
24. http://www.woman.com.gr/article_detail.asp?node_serial=001001002004&node_id=371&article_id=161 25/03/09 (4)
25. <http://www.nklimis.gr/articles/ysterektomi.htm> 25/03/09 (3)
26. Whest C. Υστερεκτομή και εναλλακτικές λύσεις ,εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ,Αθήνα 2000.
27. <http://en.wikipedia.org/wiki/Hysterectomy> 25/03/09 (X)
28. <http://www.presspoint.gr/release.asp?id=126437> 25/03/09 (5)
29. <http://www.e-tipos.com/newsitem?id=42839> 25/03/09 (6)
30. <http://www.tovima.gr/default.asp?pid=2&artid=258760&ct=33> 16/03/09 (7)
31. http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2046 21/03/09 (9)
32. <http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/treatment/chemotherapy/> 27/03/09
33. <http://el.wikipedia.org/wiki/> 28/3/09 (33)
34. <http://www.bococ.org.cy/index.php?id=23> 25/03/09 (10)
35. Litin S.C ,Mayo Clinic Οικογενειακός οδηγός Υγείας τόμος 4^{ος} ,εκδόσεις ΑΞΙΩΤΕΛΗ ,Αθήνα 2008
36. <http://medlab.cs.uoi.gr/erga/pathology/kefalaio1/fylladia/fy12.htm> 25/03/09 (11,12,16)
37. http://www.oekk.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=171&Itemid=201 28/03/09 (19)
38. <http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/treatment/radiotherapy/> 28/03/09 (21)
39. <http://www.eelia.org/uploaded/pdffiles/13.pdf> 28/03/09 (24)
40. <http://www.teiath.gr/stef/tio/IonRadWebSite/el/taskhseis/ask15.htm> 28/03/09 (18)
41. <http://www.ypofysi.gr/antimetopisi/aktinoth.htm> 28/03/09 (17)
42. <http://www.bococ.org.cy/cache/53fde96fcc4b4ce72d7739202324cd49.pdf> 28/03/09 (23)

43. http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2037 19/03/09 (22)
44. http://www.mastologia.gr/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=43&Itemid=50 19/03/09 (20)
45. Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου Ε. ,Ακτινοθεραπεία ,ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις ,Αθήνα 2007
46. <http://www.photo2box.com/images9jtg060xfyk79svgs8sj.jpg> 02/04/09
47. Χρυσή Υγεία της 3^{ης} Χιλιετίας ,Τόμος 8 ,εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ ,Αθήνα 2002
48. http://www.uptodate.com/online/content/images/gyne_pix/Abdominal_hysterectomy.jpg 02/04/09
49. http://www.oesr.qld.gov.au/queensland-by-theme/demography/population-characteristics/regular-publications/social-econ-profile-women-qld/women2_1.gif 02/04/09
50. <http://www.drfirestein.com/stpierre.jpg/stpierre-full.jpg> 02/04/09
51. <http://www.happyhysterectomy.com/blog/wp-content/uploads/2007/04/windowslivewriternotyourgrandmashysterectomy-d8c1davincisystem3.gif> 02/04/09

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

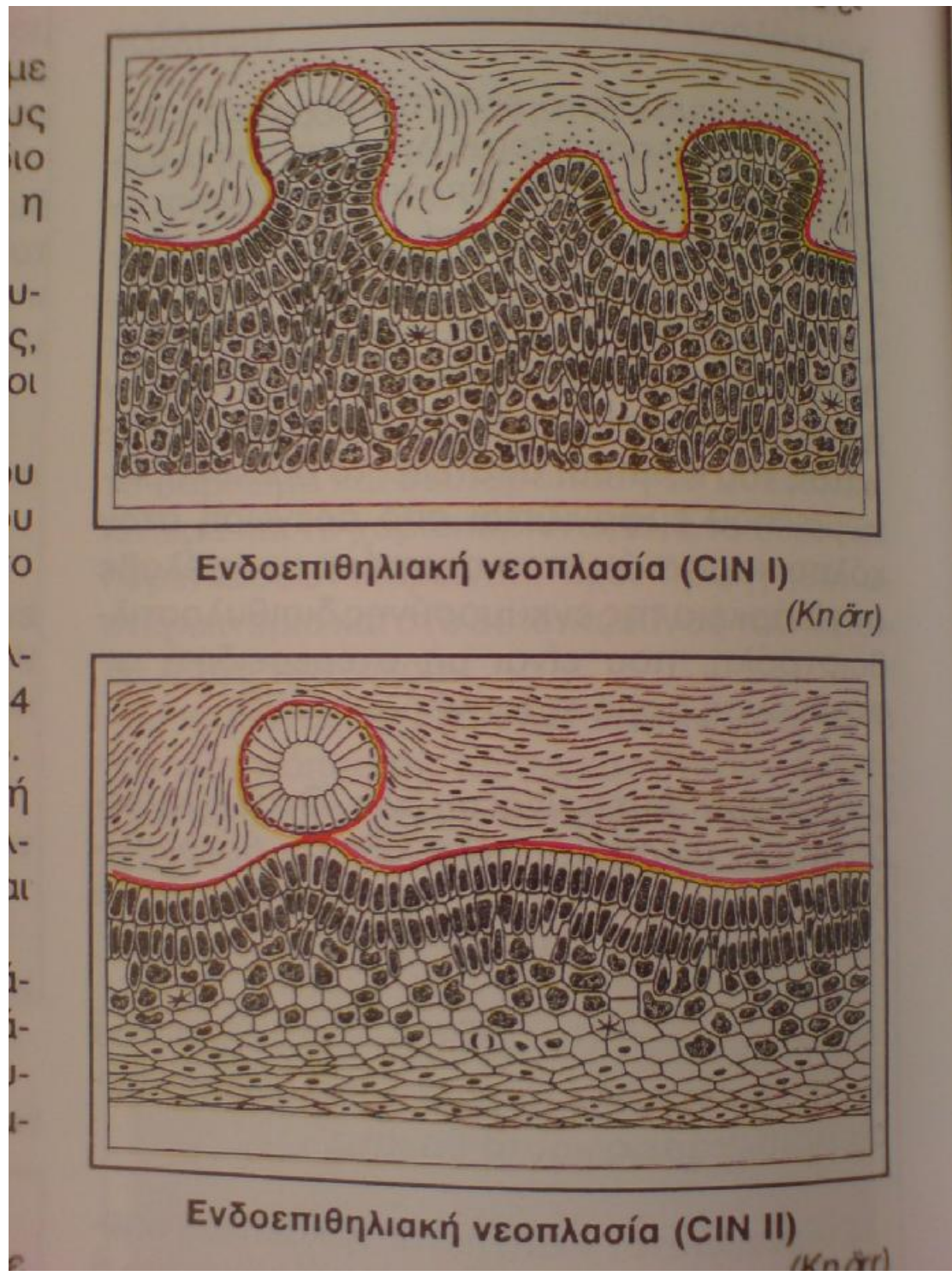
Εικόνα 1 ⁴⁶.



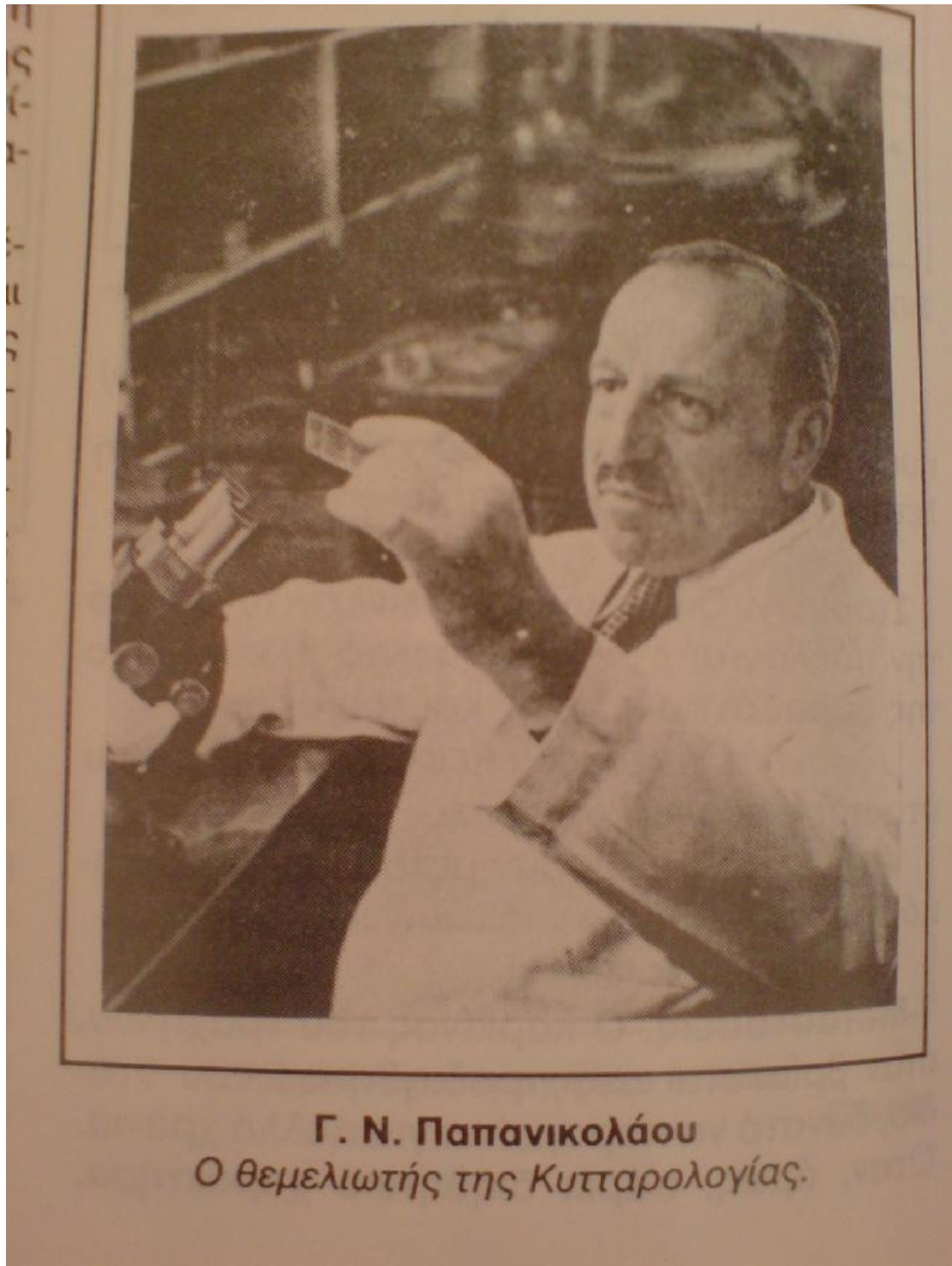
Εικόνα 2 ⁸. (εργαστηριακά ευρήματα κατά τεστ Παπανικολάου)



Εικόνα 3⁸.

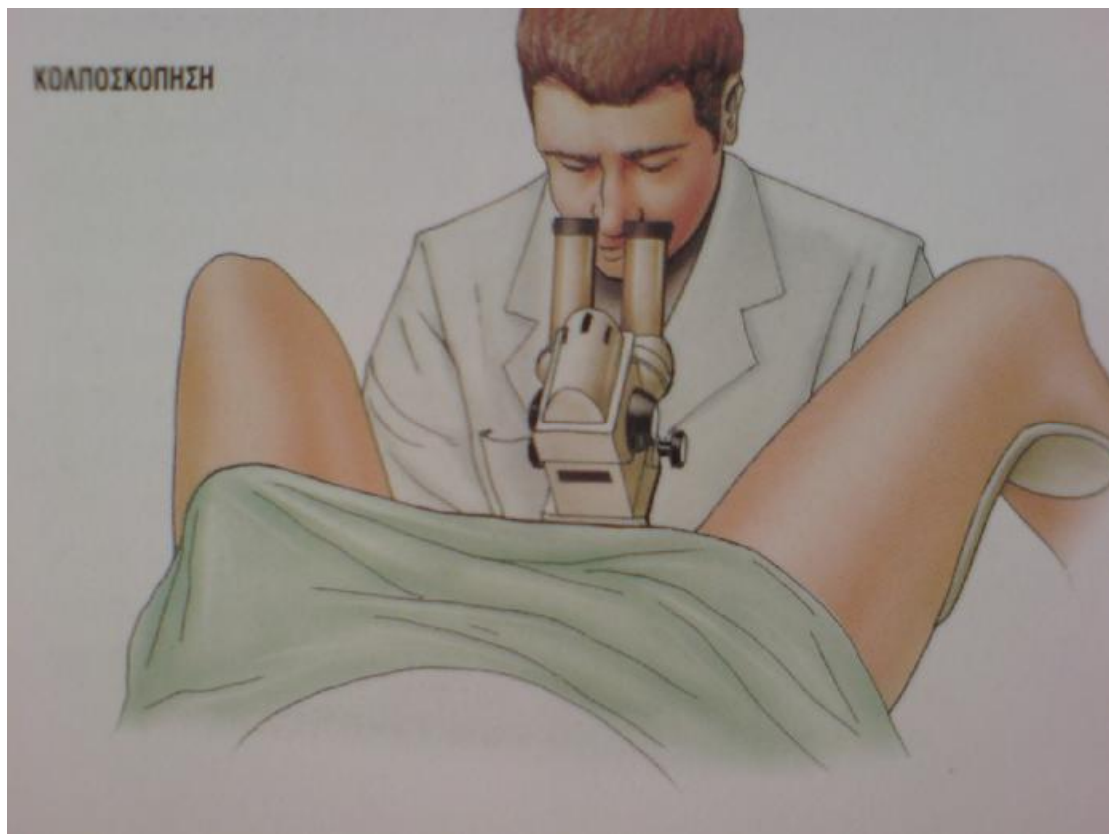


Εικόνα 4⁸.

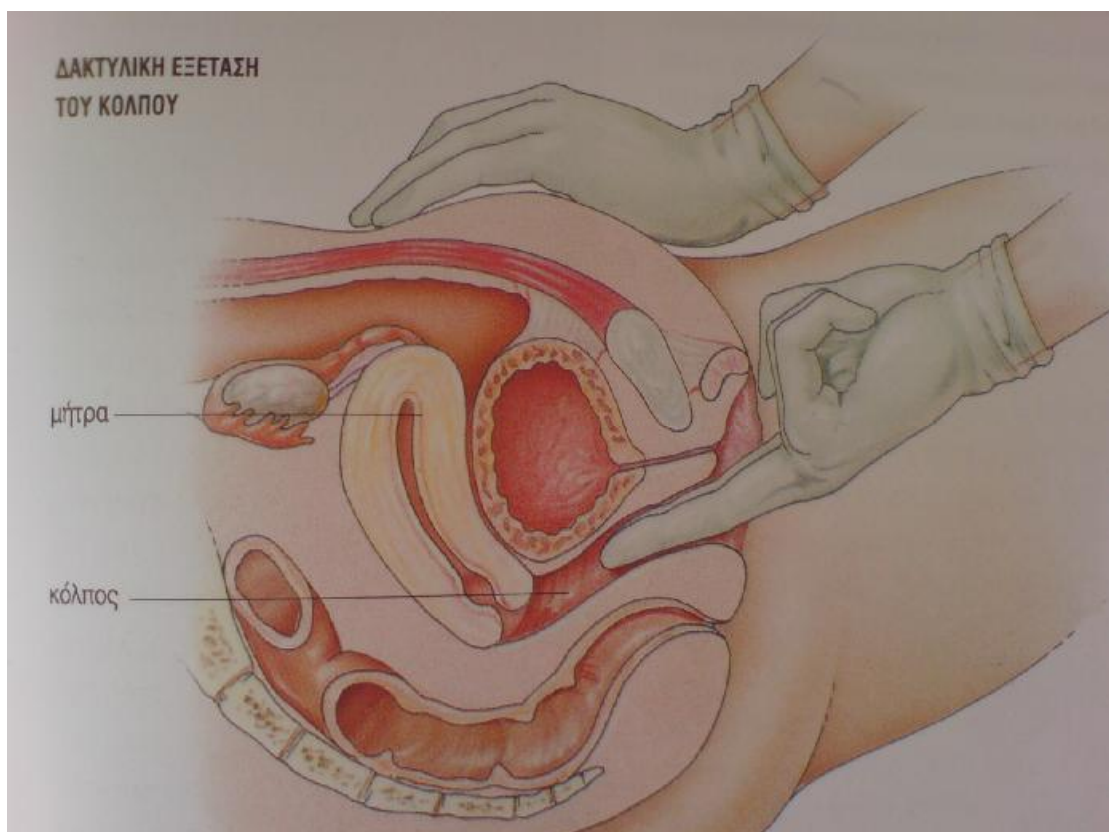


Γ. Ν. Παπανικολάου
Ο θεμελιωτής της Κυτταρολογίας.

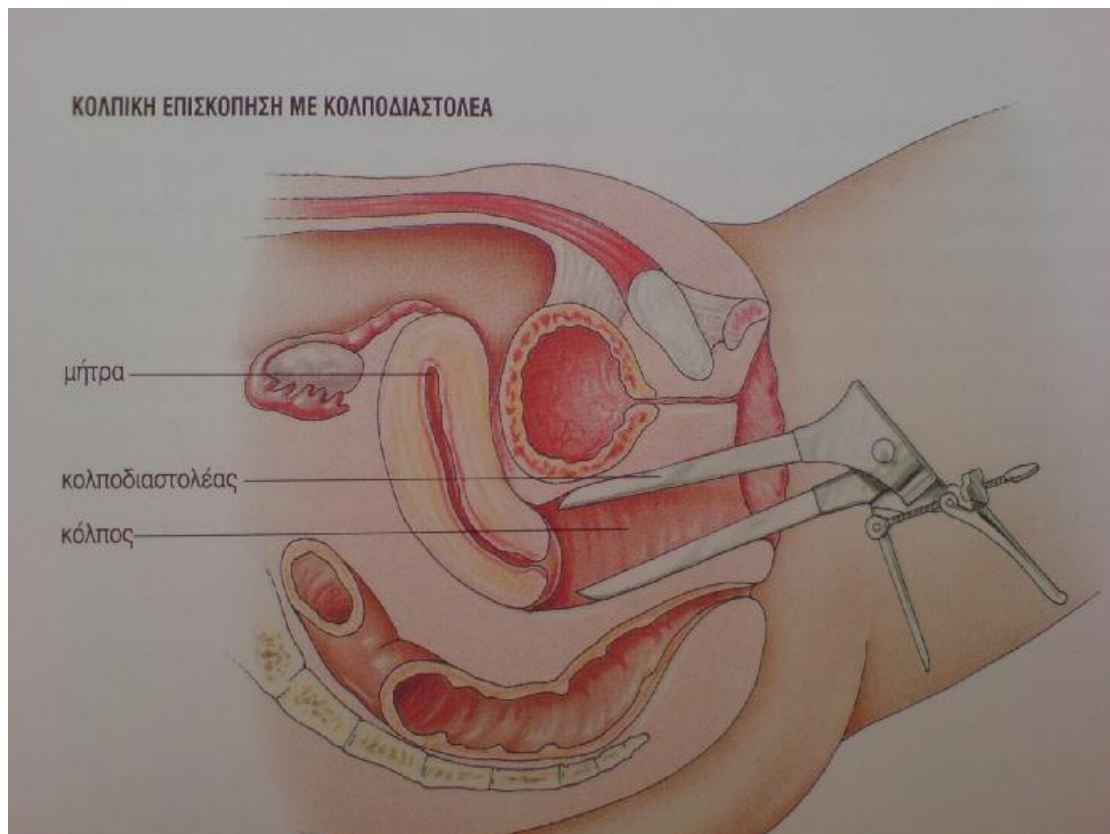
Εικόνα 5 ⁴⁷.



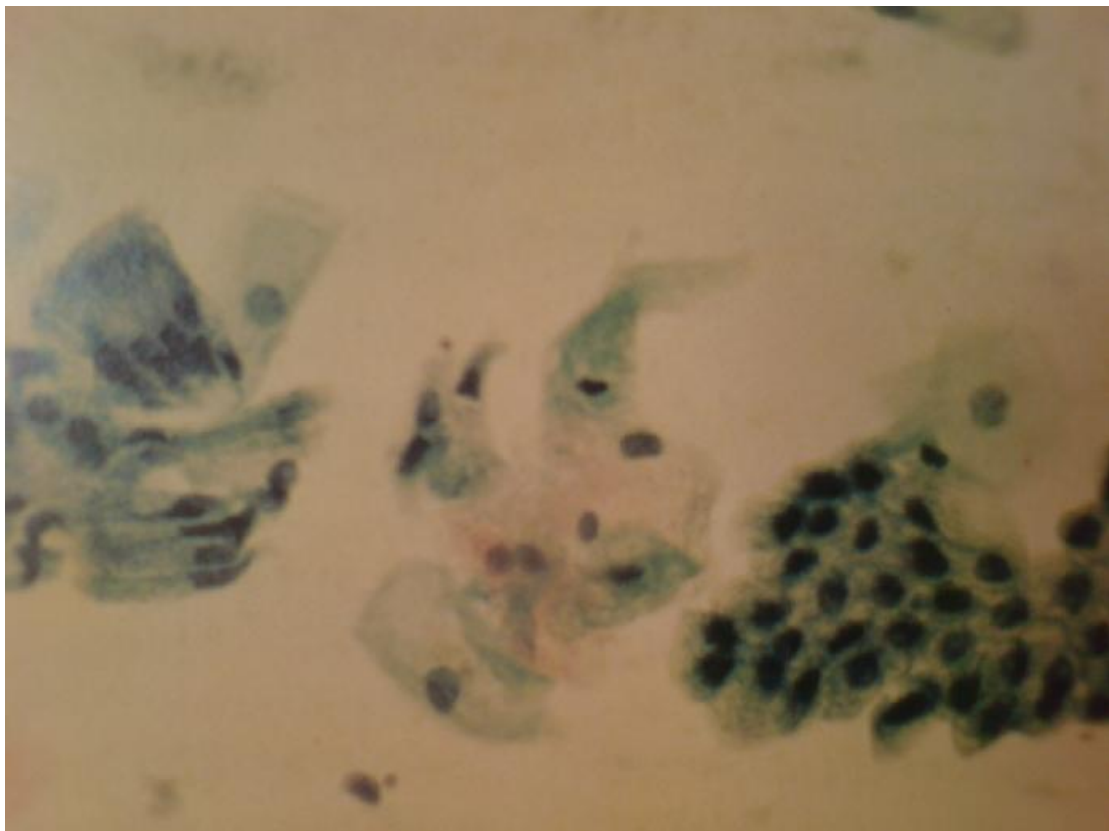
Εικόνα 6 ⁴⁷.



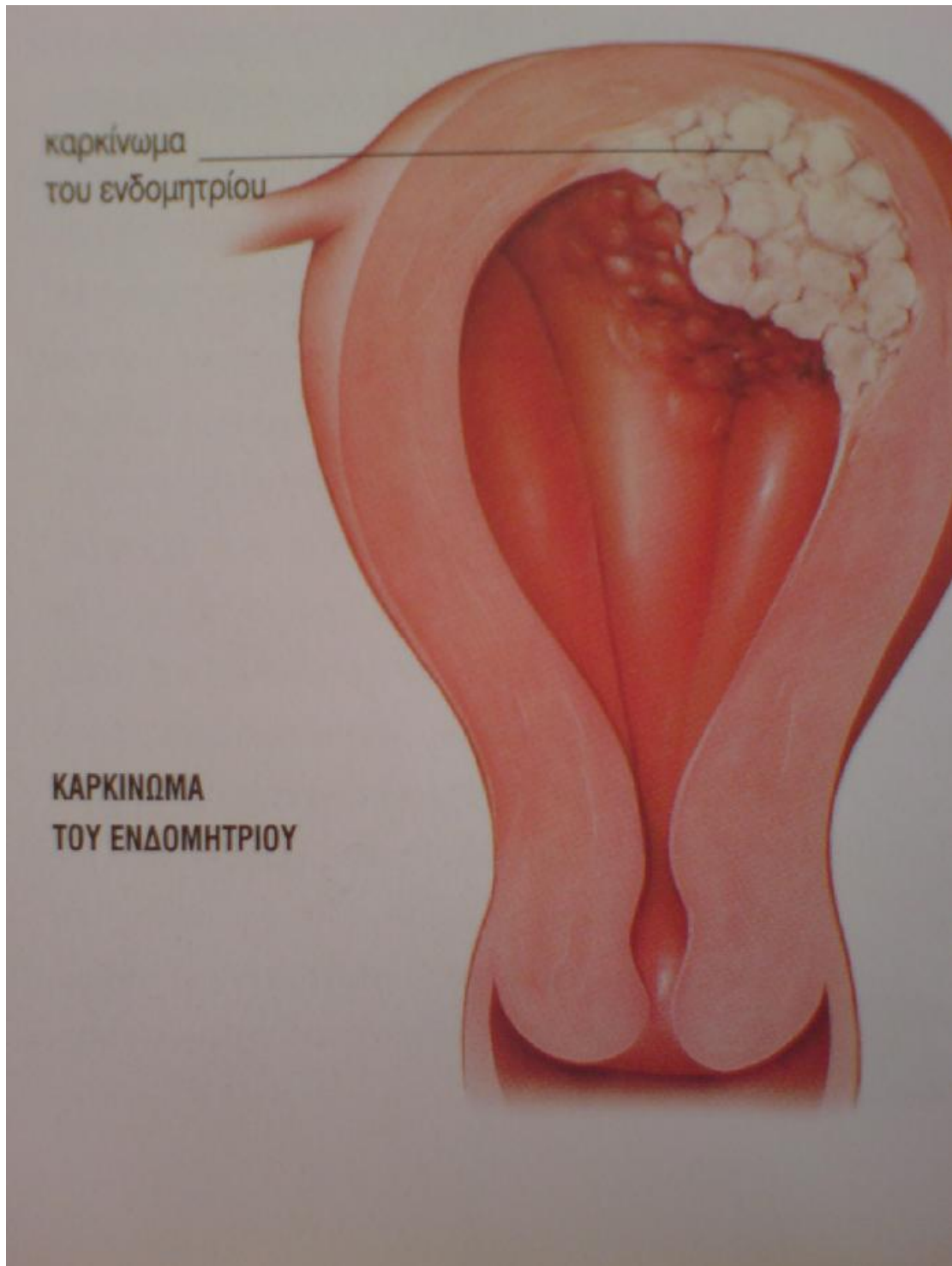
Εικόνα 7⁴⁷.



Εικόνα 8⁴⁷. (φυσιολογικό επίχρισμα)



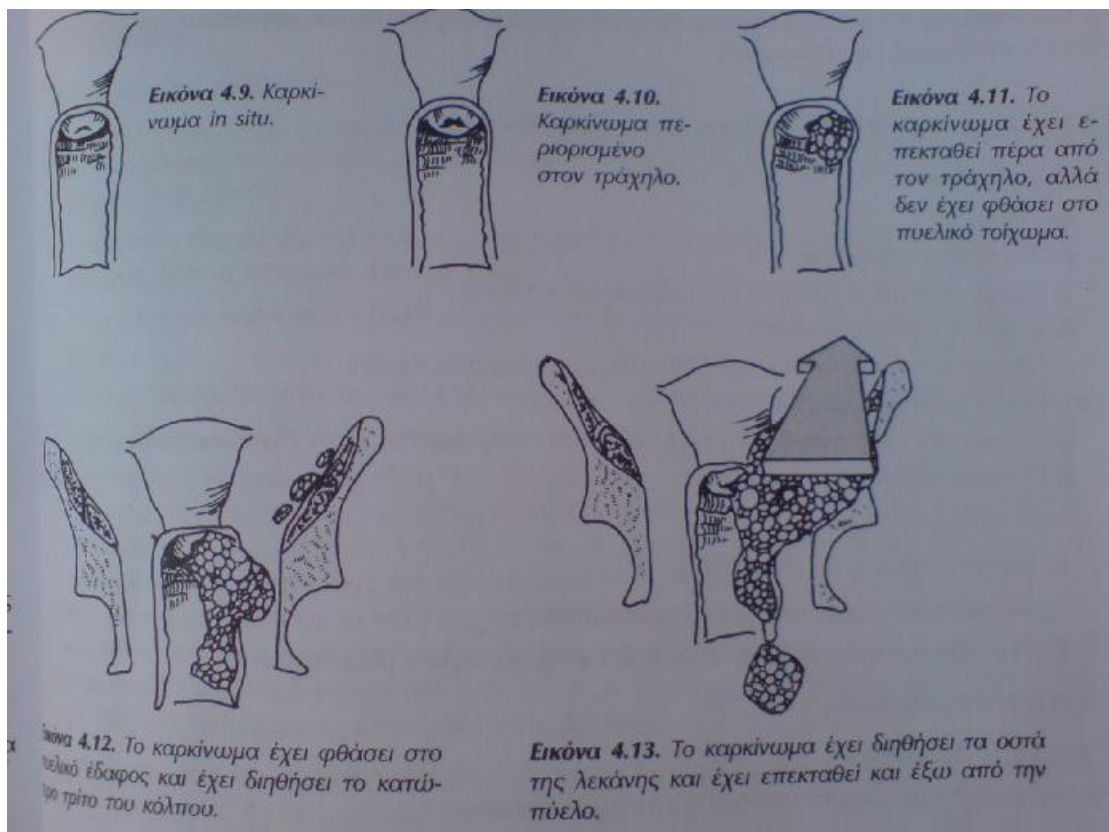
Εικόνα 9⁴⁷.



Εικόνα 10⁴⁷.



Εικόνα 11²¹.

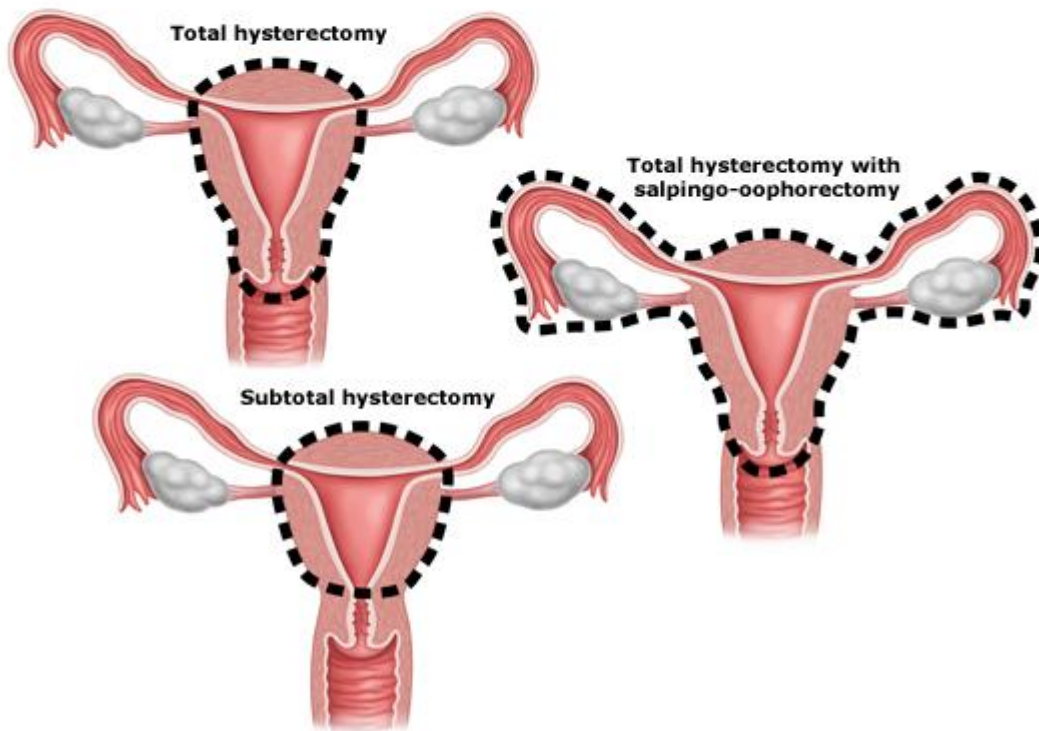


Εικόνα 12⁴⁸.



**Low transverse incision
("Bikini line")**

Vertical incision

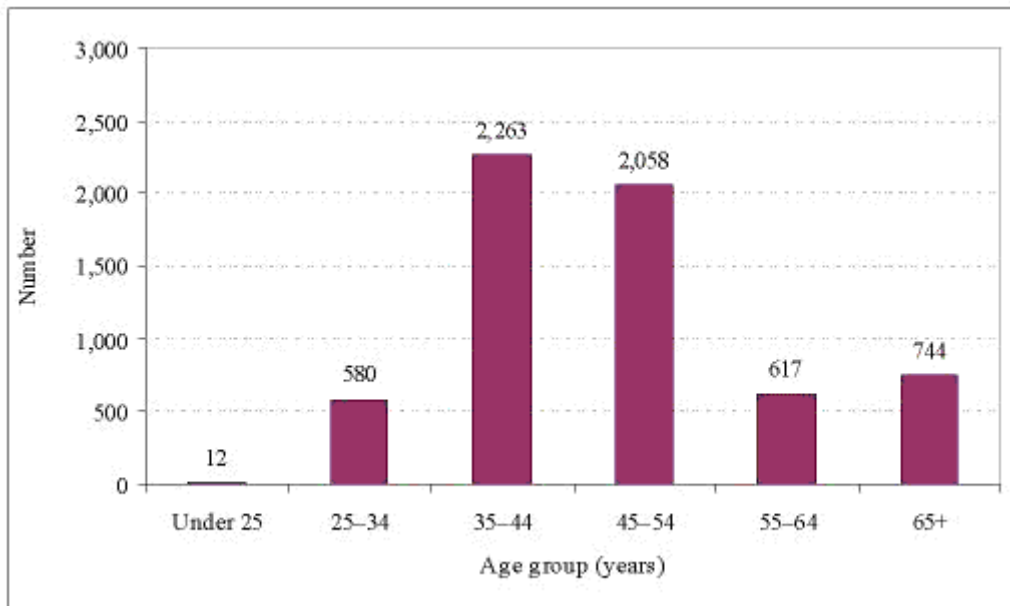


Total hysterectomy

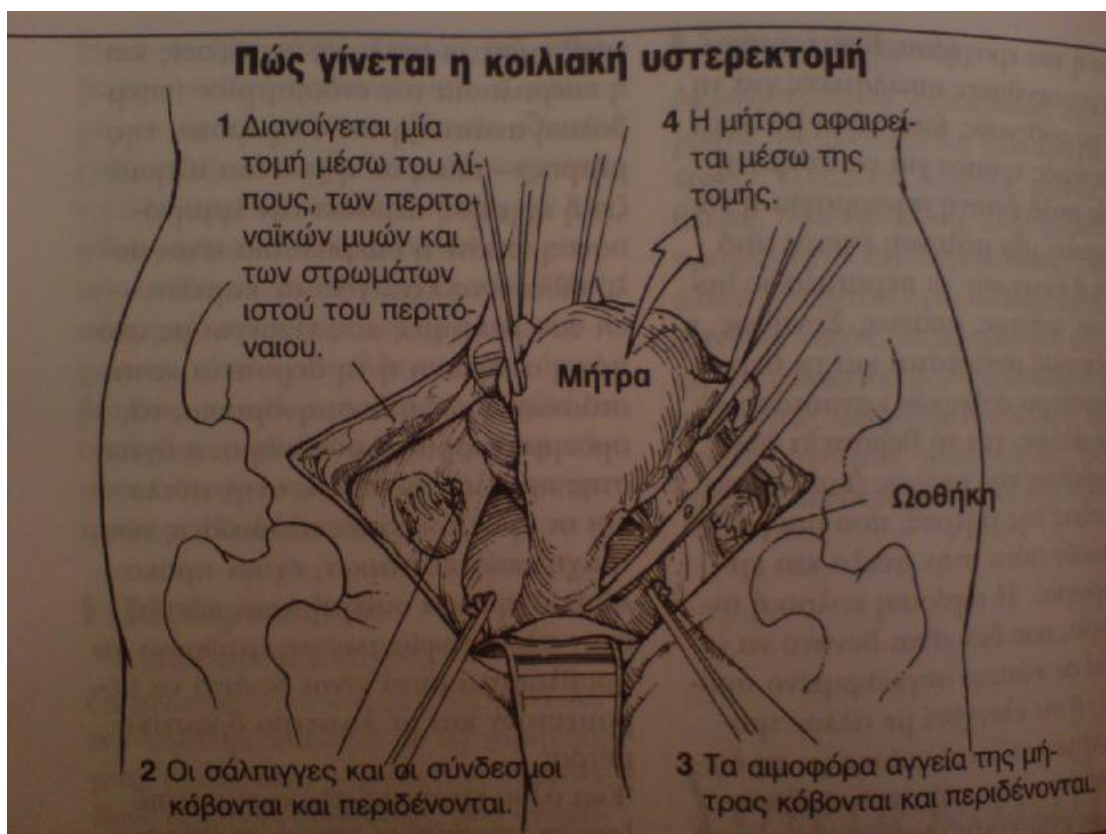
**Total hysterectomy with
salpingo-oophorectomy**

Subtotal hysterectomy

Εικόνα 13 ⁴⁹. (γυναίκες που κάνουν υστερεκτομή ανά ηλικία)



Εικόνα 14 ¹⁵.



Εικόνα 15⁵⁰. (Ρομποτική χειρουργική)



Εικόνα 16⁵¹.



Εικόνα 17²⁰. (μέθοδος ακτινοθεραπείας)

