

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ
ΧΑΣΚΑΡΗ ΓΑΡΥΦΑΛΛΙΑ**

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ-2010

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

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

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

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

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τράχηλος αποτελεί το κατώτερο τμήμα της μήτρας. Η ενδοκολπική μοίρα αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ ο ενδοτράχηλος από κυλινδρικό επιθήλιο, στο οποίο βρίσκονται εκκριτικά κύτταρα που παράγουν βλέννα, η οποία είναι απαραίτητη και δίνει στον τράχηλο την ιδιότητα του προστατευτικού φραγμού για την μήτρα.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου των γυναικών παγκοσμίως. Η παθογένεση της νόσου είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), αλλά σχετίζεται και με άλλους παράγοντες σε μικρότερο βαθμό.

Η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN I-III) και το καρκίνωμα *in situ*, είναι δυσπλαστικές και κακοήθεις διεργασίες αντίστοιχα, οι οποίες οφείλονται σε αλλοιώσεις του πλακώδους επιθηλίου. Τα καρκινικά στάδια διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με την πρόοδο της νόσου (στάδια I-IV). Η διάκριση μεταξύ των διαφόρων σταδίων γίνεται μέσω προσδιορισμού της αριθμητικής σχέσης των διαφοροποιημένων πλακωδών κυττάρων προς τα αδιαφοροποίητα.

Τα στάδια της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας συνήθως είναι ασυμπτωματικά, ενώ με την εγκαθίδρυση του διηθητικού καρκίνου επέρχονται ποικίλα συμπτώματα ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Η διάγνωση των διάφορων καρκινικών σταδίων πραγματοποιείται κυρίως με τη δοκιμασία κατά Παπανικολάου και την κολποσκόπηση, ενώ κατά την πορεία εξέλιξης της νόσου χρησιμοποιούνται και οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι.

Η νόσος πλέον είναι θεραπεύσιμη σε μεγάλο βαθμό, μέσω χρήσης διάφορων μεθόδων και κυρίως μέσω χειρουργικής αντιμετώπισης και ακτινοθεραπείας. Η σημαντικότερη όμως θεραπεία έχει αποδειχτεί ότι είναι η πρόληψη. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαία η θέσπιση πρωτογενούς και δευτερογενούς προληπτικής παρέμβασης σε κοινωνικό επίπεδο, που αποτελεί έναν από τους πρωταρχικούς σκοπούς της νοσηλευτικής επιστήμης. Στο επίπεδο της πρόληψης, η επιστήμη απέκτησε πρόσφατα ένα νέο εργαλείο κατά του ιού, τα προληπτικά -προφυλακτικά εμβόλια κατά του ιού HPV όπου αναμένεται, σε συνδυασμό βέβαια με την χρήση και των υπόλοιπων προφυλακτικών μέτρων, να μειώσουν σταδιακά και τελικά να εκριζώσουν οριστικά την συγκεκριμένη νόσο.

Τέλος, ο νοσηλευτής διαδραματίζει ενεργό ρόλο κατά την πρόληψη, αλλά και κατά την αντιμετώπιση και θεραπεία της νόσου. Η συμμετοχή του στην πρόληψη ενέχεται στην προσπάθεια για εδραίωση πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης. ενώ επίσης η συμβολή του είναι καθοριστική κατά τις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις που ακολουθούνται, ανάλογα με το στάδιο της νόσου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	1
Περίληψη.....	2
Εισαγωγή.....	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1. Ανατομία Γεννητικού Συστήματος.....	7
1.1 Εξωτερικά Γεννητικά Όργανα.....	7
1.1.1 Εφηβαίο.....	8
1.1.2 Μεγάλα Χείλη Αιδοίου.....	8
1.1.3 Μικρά Χείλη Αιδοίου.....	8
1.1.4 Κλειτορίδα.....	9
1.1.5 Πρόδρομος του Κόλπου.....	9
1.1.6 Βαρθολίνειοι Αδένες.....	9
1.1.7 Βολβοί του Προδρόμου.....	9
1.1.8 Παραουρηθρικοί Αδένες.....	10
1.1.9 Παρθενικός Υμένας.....	10
1.2 Εσωτερικά Γεννητικά Όργανα.....	10
1.2.1 Κόλπος.....	11
1.2.2 Μήτρα.....	11
1.2.3 Τράχηλος.....	11
1.2.4 Σάλπιγγες.....	12
1.2.5 Ωοθήκες.....	12
2. Φυσιολογία Γεννητικού Συστήματος.....	12
2.1 Ορμονικό Σύστημα της Γυναίκας.....	12
2.2 Ενδομήτριος Κύκλος.....	13
2.3 Γονιμοποίηση.....	13
2.4 Εμμηνόπαυση.....	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

2.1 Επιδημιολογία.....	15
2.2 Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΗ

3.1 Μορφές Καρκίνου Τραχήλου Μήτρας.....	18
3.1.1 Καλοήθεις Όγκοι του Τραχηλικού Καρκίνου.....	18
3.1.2 Κακοήθεις Όγκοι του Τραχηλικού Καρκίνου.....	18
3.2 Ανοσολογία.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

4.1 Συμπτωματολογία-Συμπεριφορά καρκίνου.....	21
4.2 Κλινική Εξέταση.....	21
4.2.1 Επισκόπηση.....	21
4.2.2 Ψηλάφηση.....	22
4.3 Κυτταρολογική Εξέταση-Τεστ Παπανικολάου.....	22
4.4 Δοκιμασία Schiller.....	24
4.5 Κολποσκόπηση.....	25
4.6 Ανίχνευση HPV.....	26
4.6.1 Θεραπεία HPV.....	27
4.6.2 Μύθοι και αλήθειες για τη σχέση HPV και Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας.....	28
4.7 Βιοψία Τραχήλου-Κωνοειδής Εκτομή.....	29
4.8 Ιστοληψία Τραχήλου.....	30
4.9 Μικροκολποϋστεροκτομή.....	31
4.10 Αξονική Τομογραφία (CT SCAN).....	31
4.11 Υπερηχογράφημα.....	32
4.12 Αιματολογικές Εξετάσεις.....	33
4.13 Διαφορική Διάγνωση.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... 35

5.1 Χειρουργική Θεραπεία.....	36
5.1.1 Επιπλοκές Χειρουργικής Θεραπείας.....	39
5.2 Ακτινοθεραπεία.....	39
5.2.1 Ανταπόκριση στη Θεραπεία.....	40
5.2.2 Είδη Ακτινοθεραπείας.....	42
5.2.3 Επιπλοκές.....	42
5.3 Χημειοθεραπεία.....	43
5.3.1 Κατηγορίες Χημειοθεραπευτικών Φαρμάκων.....	43
5.3.2 Αρχές Έναρξης Χημειοθεραπείας.....	45
5.3.3 Αποτελεσματικότητα.....	45
5.3.4 Παρενέργειες Χημειοθεραπείας.....	46
5.3.5 Χημειοθεραπεία μαζί με Ακτινοβολία(Συνδιασμένη Θεραπεία με καλύτερα Αποτελέσματα).....	46
5.4 Παρηγορητική Θεραπεία.....	47
5.5 Θεραπεία ανά Στάδιο.....	48
5.6 Παρακολούθηση μετά τη Θεραπεία.....	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΓΝΩΣΗ-ΠΡΟΛΗΨΗ

6.1 Πρόγνωση.....	51
6.2 Πρόληψη.....	51
6.3 Εμβόλιο του τραχήλου της μήτρας.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ..... 55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

8.1 Νοσηλευτική φροντίδα κατά τις διαγνωστικές εξετάσεις.....	56
8.2 Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χειρουργική θεραπεία.....	58
8.2.1 Προεγχειρητική φροντίδα.....	58
8.2.2 Μετεγχειρητική φροντίδα.....	62
8.3 Ψυχικές Αντιδράσεις.....	67

Περιπτώσεις Ασθενών-Νοσηλευτική Διεργασία

Περίπτωση 1.....	71
Περίπτωση 2.....	84

Παράρτημα.....	92
Βιβλιογραφία.....	101

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι από τους συχνότερους, γυναικολογικούς καρκίνους και αποτελεί σε παγκόσμιο επίπεδο, τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου, μετά τον καρκίνο του μαστού και του παχέως εντέρου. Είναι από τους καρκίνους που αν διαγνωσθεί σε πρώιμο στάδιο μπορεί να θεραπευτεί πλήρως. Έτσι είναι αναγκαίο να δώσουμε μεγαλύτερη έμφαση στο θέμα της πρόληψης του καρκίνου αυτού και στην έγκαιρη διάγνωσή του, καθώς αποτελεί την κυριότερη οδό, όπως έχει αποδειχθεί, που μπορεί να οδηγήσει στην θεραπεία του ασθενούς.

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

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

Επίσης ακολουθεί εκτενής αναφορά, της θεραπείας του καρκίνου αυτού, με την παρουσία νοσηλευτικής φροντίδας σε εγχειρητική αγωγή, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Επιπρόσθετα, παρουσιάζονται εναλλακτικές θεραπείες, όπως για παράδειγμα η χρήση Laser και η ταυτόχρονη χρήση χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας. Ακόμη, τονίζεται ο σημαντικός ρόλος της νοσηλεύτριας-τη, απέναντι στην ενημέρωση και ψυχολογική στήριξη της καρκινοπαθούς γυναίκας, από την ανίχνευση της νόσου, μέχρι την θεραπεία ή ακόμη και το τελικό της στάδιο.

Τέλος, ακολουθούν δύο περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας, με εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1- ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

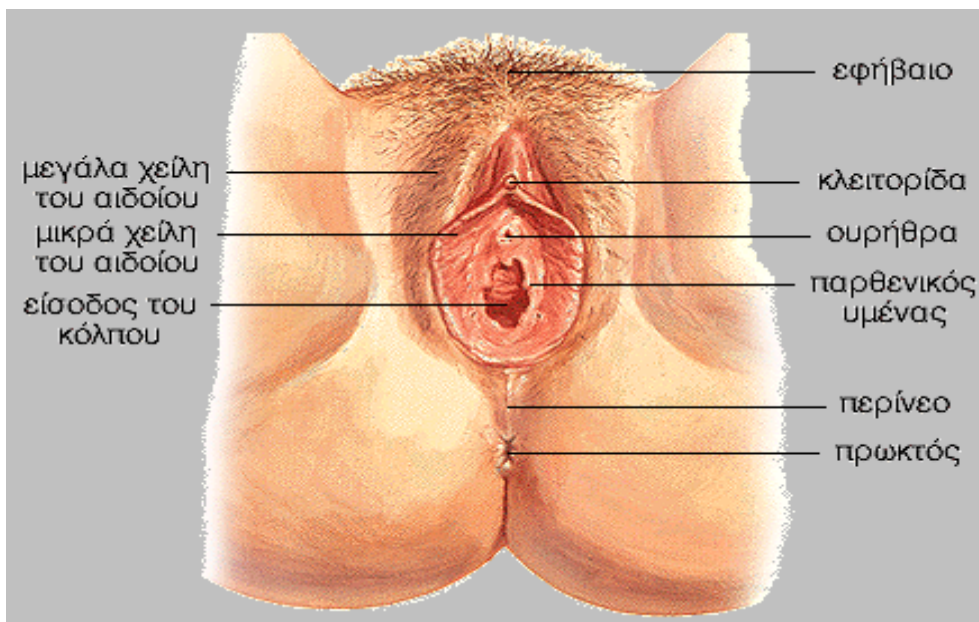
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από ένα σύνολο οργάνων, που η συντονισμένη λειτουργία τους αποβλέπει κατά κύριο λόγο στην εξυπηρέτηση της αναπαραγωγής και την διαίωνιση του είδους.

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά και χωρίζονται μεταξύ τους από την παρεμβολή του παρθενικού υμένα ή από τα υπολείμματά του, τα μύρτα. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούνται από το αιδοίο, ενώ τα εσωτερικά απαρτίζονται από τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες, και τις ωοθήκες. (Καρπάθιος 1984)

1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα εφάπτονται στο έξω μέρος της εισόδου του κόλπου. Προστατεύουν τον κόλπο και παρέχουν πρόσβαση για το όργανο αναπαραγωγής του ανδρός. (Shapiro 2001). Το σύνολο των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο, που εμφανίζει σχήμα τριγωνικό. Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κόλπου, τους βαρθολίνειους αδένες, τους βολβούς του προδρόμου, το έξω στόμιο της ουρήθρας, τους παραουρηθρικούς αδένες και τον παρθενικό υμένα. (Παπανικολάου 1994)



1.1.1 Εφηβαίο

Αποτελείται από ποσότητα ινολιπώδη ιστού, ανάλογη με την πάχυνση της γυναίκας που καλύπτει τους κλάδους των ηβικών οστών. Είναι μια υποστρόγγυλη τριγωνική περιοχή, που η βάση της αντιστοιχεί στην ηβική αύλακα και η κορυφή της προς τα κάτω καταλήγει στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Το δέρμα του εφηβαίου έχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες και μέχρι την προηβική ηλικία είναι άτριχο. Δύο χρόνια περίπου πριν από την εμφάνιση της εμμήνου ρύσης αρχίζει να παρουσιάζεται η χαρακτηριστική τρίχωσή του. (Παπαλουκάς 1991)

1.1.2 Μεγάλα χείλη του αιδοίου

Είναι δύο δερματικές υποστρόγγυλες πτυχές που αποτελούν τα πλάγια όριά του. Αποτελούνται από δέρμα, λιπώδη και συνδετικό ιστό. Το δέρμα στην εξωτερική τους επιφάνεια έχει τρίχες, ενώ στην εσωτερική είναι άτριχο, λείο και ροδαλό. Το δέρμα τους είναι πλούσιο σε ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες. Στην μετάπτωσή τους, στο εφηβαίο προς τα εμπρός και στο περίνεο προς τα πίσω, σχηματίζουν μεταξύ τους τον πρόσθιο και οπίσθιο σύνδεσμό τους. Η κατάληξή τους είναι το περίνεο. (Παπανικολάου Ν. και συν. 2005)

1.1.3 Μικρά χείλη του αιδοίου

Είναι δύο δερμάτινες πτυχές που βρίσκονται ανάμεσα στα μεγάλα χείλη και συνήθως καλύπτονται από αυτά. Τα μικρά χείλη προς τα πίσω συνενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό. Μεταξύ του χαλινού των μικρών χειλέων και του παρθενικού υμένα βρίσκεται ένα εντύπωμα που ονομάζεται σκαφοειδής βόθρος. (Καρπάθιος, 1984)

Τα μικρά χείλη αποτελούνται από ινώδη συνθετικό ιστό και ελαστικές ίνες. Το δέρμα τους δεν καλύπτεται από τρίχωμα, περιέχει μελαγχρωστική, σμηγματογόνους και σπάνια ιδρωτοποιούς αδένες. Ο λιπώδης ιστός, που βρίσκεται κάτω από αυτό, περιέχει συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολυάριθμα αγγεία και στυτικό ιστό, που κάνουν τα μικρά χείλη πολύ ευαίσθητα. (Παπανικολάου Ν. και συν. 2005)

1.1.4 Κλειτορίδα

Η κλειτορίδα αποτελείται από δύο σηραγγώδη σώματα που αρχίζουν από τους ηβοϊσχιακούς κλάδους των ηβικών οστών και ονομάζονται σκέλη. Το δεξιό και αριστερό σκέλος στην πορεία τους προς τα εμπρός και πάνω συνενώνονται στη μέση γραμμή και σχηματίζουν το σώμα της, που καταλήγει σε μια πάχυνση, τη βάλανο. (Καρπάθιος 1984)

Η κλειτορίδα έχει μήκος 3-4 εκ. και περιβάλλεται από περιτονία, που στο πάνω μέρος της προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και σχηματίζει τον κρεμαστήρα σύνδεσμο (Παπανικολάου 1994)

1.1.5 Πρόδρομος του κόλπου

Είναι η περιοχή που ορίζεται μεταξύ των μικρών χειλέων του αιδοίου και εκτείνεται προς τα κάτω ως το χαλινό των μικρών χειλέων. Στην άνω περιοχή του προδρόμου εκβάλλει το έξω στόμιο της ουρήθρας, που περιβάλλεται από τους παραουρηθρικούς αδένες, ενώ οι εκφορητικοί πόροι των βαρθολινείων αδένων εκβάλλουν στην εσωτερική επιφάνεια των μικρών χειλέων. Εκεί βρίσκεται και ο παρθενικός υμένας. (Παπαλουκάς Α. 1991)

1.1.6 Βαρθολίνειοι αδένες

Είναι δύο μικροί στρογγυλοί αδένες που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδρόμου, βαθιά κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων. Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης παράγουν βλέννα που εκκρίνεται στον πρόδρομο του κόλπου λίγο έξω από τον παρθενικό υμένα, για να υγρανθεί ο κόλπος. (Καρπάθιος 1984)

1.1.7 Βολβοί του προδρόμου

Είναι δύο σχηματισμοί όμοιοι με αμύγδαλα, που βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου, σκεπάζονται από τους βολβοσηραγγώδεις μυς και αποτελούνται από πυκνά φλεβικά πλέγματα. Αντιστοιχούν στο σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας του άνδρα και κατά τη σεξουαλική διέγερση διογκώνονται από συγκέντρωση αίματος στενεύοντας τον κόλπο. (Παπανικολάου 1994)

1.1.8 Παραουρηθρικοί αδένες

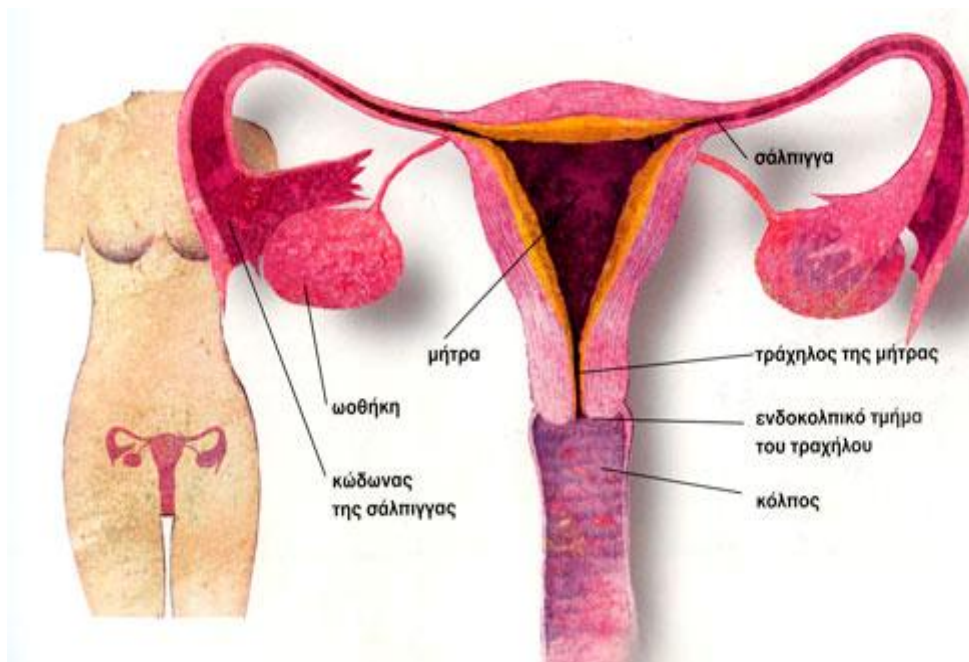
Είναι πολυάριθμες κρύπτες που βρίσκονται συνήθως στην περιοχή που ορίζεται από την κλειτορίδα και το έξω στόμιο της ουρήθρας ή γύρω από την ουρήθρα. Οι δύο από τους αδένες είναι μεγαλύτεροι, λέγονται αδένες του Skene και αντιστοιχούν στον προστάτη του άνδρα. (Καρπάθιος 1984)

1.1.9 Παρθενικός υμένας

Είναι μια λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό που εμφανίζει ποικιλία όσον αφορά το πάχος, την ελαστικότητα και τον αριθμό, το σχήμα και το μέγεθος των τμημάτων του. Αν το άνοιγμά του δεν επιτρέπει συνουσία, σχίζεται με την πρώτη συνουσία της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη χείλη, που λέγονται μύρτα και που εξαφανίζονται μετά από τοκετούς. (Παπανικολάου Ν. και συν. 2005)

1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας βρίσκονται μέσα στην πυελική κοιλότητα και αποτελούνται από τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες. Κάθε σάλπιγγα μαζί με τη σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το εξάρτημα. (Shapiro 2001)



1.2.1 Κόλπος

Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα, καμπυλωτό, μήκους 8-12 εκ. περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα από τον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Το σχήμα του είναι κυλινδρικό και έχει δύο άκρα. Το πάνω συνδέεται με τον τράχηλο της μήτρας και το κάτω οδηγεί στην έξοδό του στον πρόδρομο του κόλπου. Αποτελείται από τέσσερα τοιχώματα, γύρω από τα οποία σχηματίζονται οι θόλοι. Τα τοιχώματα του κόλπου αποτελούνται από επιθήλιο και μυϊκό χιτώνα. Το επιθήλιο του κόλπου είναι πολύστιβο πλακώδες και το πάχος του εξαρτάται άμεσα από την επίδραση των ωοθηκικών στεροειδών ορμονών. (Παπανικολάου 1994)

1.2.2 Μήτρα

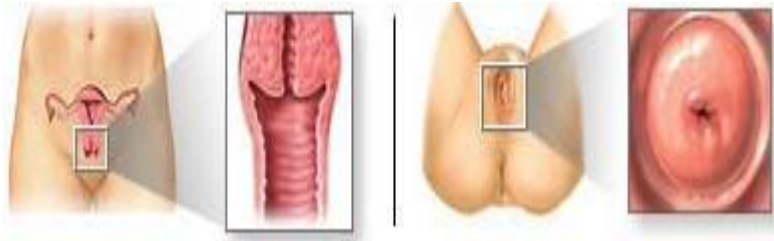
Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυϊκό όργανο σε σχήμα αχλαδιού, με παχιά τοιχώματα και βάρος περίπου 40 γρ. Τα τοιχώματά της έχουν πάχος περίπου 2,5 –3 εκ. και μήκος 7,5 εκ. Η μήτρα είναι το όργανο το οποίο διατηρεί το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στην κύηση κάτω από τις διάφορες ορμονικές επιδράσεις έχει την ικανότητα να μεγαλώνει πάρα πολύ ώστε να αυξάνεται η χωρητικότητά της. Καταλαμβάνει το μέσο της πυέλου μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου και αποτελείται από τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο. (Shapiro 2001)

1.2.3 Τράχηλος

Ο τράχηλος έχει μήκος περίπου 2,5 εκ. και διακρίνεται σε δύο μοίρες, την υπερκολπική και την ενδοκολπική. Ο αυλός του τραχήλου λέγεται ενδοτράχηλος και έχει σχήμα ατρακτοειδές. Αποτελείται από στρώμα ,επιθήλιο και αδένες. Το στρώμα αποτελείται από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό μέσα στον οποίο βρίσκονται διάσπαρτες λείες μυϊκές ίνες ,που ο αριθμός τους ποικίλει από άτομο σε άτομο. Η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται από το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του κόλπου μέχρι το έξω τραχηλικό στόμιο της μήτρας. Αντίθετα η ενδοτραχηλική κοιλότητα καλύπτεται από υψηλό κυλινδρικό επιθήλιο με σπάνια κροσσωτά κύτταρα σε ένα στοίχο. Μέσα στο στρώμα του τραχήλου υπάρχουν καταδύσεις που καλύπτονται με το ίδιο επιθήλιο του ενδοτραχήλου και ονομάζονται αδένες.(Παπαλουκάς 1991)

Κυρίως ρόλος του είναι να διαστέλλεται κατά τον τοκετό, να επιτρέπει στο αίμα να διέρχεται κατά την έμμηνο ρύση και να επιτρέπει στο σπέρμα να

διέλθει από αυτόν προς τη μήτρα κατά τη σεξουαλική επαφή. (Γουέστ 2000)



1.2.4. Σάλπιγγες

Αποτελούν δύο λεπτές σωλήνες μήκους 10 -12 εκ. και εκτείνονται ανάμεσα από τα κέρατα της μήτρας και τις ωοθήκες. Αποστολή τους είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωοθηκών μέσα στον αυλό τους για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να πετύχουν σύλληψη. Το τοίχωμα της σάλπιγγας αποτελείται από δύο στρώματα λεπτών μυϊκών ινών ,ένα επίμηκες προς την εξωτερική επιφάνεια και ένα κυκλοτερές προς τον αυλό. Ο αυλός της σάλπιγγας επικαλύπτεται από κυβοειδές επιθήλιο με αραιό στρώμα. (Καλογερόπουλος 1996)

1.2.5 Ωοθήκες

Οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Είναι δύο, συμπαγείς στη σύσταση , έχουν σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου και βάρος 7-12 γρ. Οι ωοθήκες στηρίζονται από τους κρεμαστήρες συνδέσμους ,τους μητροωθηκικούς συνδέσμους και τα μεσωοθήκια. Αποτελούνται από έξω προς τα μέσα από το βλαστικό επιθήλιο, τη φλοιώδη ουσία, τη μυελώδη ουσία και τις πύλες. (Καλογερόπουλος 1996)

2. **ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

2.1 Ορμονικό σύστημα της γυναίκας

Το ορμονικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τρεις κατηγορίες ορμονών:

- Η υποθαλαμική ορμόνη GnRH ή LHRH (γοναδορελίνη)

- Οι ορμόνες της πρόσθιας υπόφυσης : ωοθηλακιοτρόπος (FSH), ωχρινοτρόπος (LH) και προλακτίνη (PRL) όπου εκκρίνονται με την επίδρασή της.
- Οι ορμόνες των ωοθηκών :οιστρογόνα, προγεστερόνη όπου εκκρίνονται με την επίδραση της FSH και LH.

Οι διάφορες αυτές ορμόνες δεν εκκρίνονται συνεχώς σε σταθερές ποσότητες αλλά με ρυθμό που διαφέρει σημαντικά κατά τη διάρκεια των διάφορων φάσεων του κύκλου της γυναίκας.(Cyugton 1984)

2.2 Ενδομήτριος κύκλος

Η εμμηνορρυσία εμφανίζεται συνήθως σε ηλικία 9-16 ετών και διαρκεί κατά προσέγγιση μέχρι τα 50, οπότε επέρχεται η εμμηνόπαυση. Διακόπτεται μόνο κατά τις περιόδους της κύησης. Η εμμηνορρυσία έρχεται στις περισσότερες γυναίκες κάθε 28 ημέρες ,κρατάει 3-5 ημέρες περίπου και η γυναίκα στη διάρκειά της χάνει 50-60 γρ. αίματος. Ο χρόνος εμφάνισής της εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως την κληρονομικότητα, τη φυλή, τις συνθήκες διαβίωσης ,ασθένειες κ.λ.π. (Παπανικολάου 1994)

Το κέντρο ελέγχου της εμμήνου ρύσης βρίσκεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Ο υποθάλαμος στέλνει πληροφορίες στην υπόφυση, δίνοντας έτσι εύκολη απελευθέρωση ορμονών όπως είναι η θυλακότροπος ορμόνη (FSH) και η ωχρινότροπος ορμόνη (LH). Και οι δύο συντελούν στην ωρίμανση του ωαρίου και προετοιμάζουν το έδαφος για τη σύλληψη. Η ωρίμανση του ωοθυλακίου παράγει οιστρογόνα κατά την ωορρηξία και το ώριμο ωάριο απελευθερώνεται από την ωοθήκη, διέρχεται μέσα από τις σάλπιγγες και κάτω από την επίδραση της οιστρογόνης και προγεστερόνης που προετοιμάζουν τη λειτουργική στοιβάδα του ενδομητρίου, κατεβαίνει και εγκαθίσταται στην μήτρα οριστικά. Εάν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, η γυναίκα δεν συλλαμβάνει, οπότε η επίδραση των οιστρογόνων και η προγεστερόνη πέφτουν σε χαμηλά επίπεδα με αποτέλεσμα να γίνει ρήξη του ενδομητρίου και να αρχίσει η έμμηνος ρύση. Όταν το επίπεδο της οιστρογόνης πέσει χαμηλά, τότε η υπόφυση ελευθερώνει FSH και ο νέος κύκλος αρχίζει πάλι.(Δετοράκης 1999)

2.3 Γονιμοποίηση

Γονιμοποίηση είναι το σμίξιμο του ώριμου ωαρίου, που απελευθερώνεται μετά την ωοθηλακιορρηξία, με το σπερματοζώαριο και ο σχηματισμός ενός νέου κυττάρου, που το ονομάζουμε ζυγώτη. Από το ζυγώτη θα προκύψει ένας νέος οργανισμός. Κατά τη διαδικασία της σεξουαλικής επαφής το σπέρμα με

ρυθμό περίπου 360 εκατομμύρια σπερματοζωάρια ανά εκσπερμάτωση εναποτίθεται μέσα στον γυναικείο κόλπο. Το σπέρμα ταξιδεύει με ταχύτητα περίπου 1-5 mm το λεπτό. Όταν το σπέρμα φτάσει στο ωάριο περιβάλλει την εξωτερική του επιφάνεια. Προσπαθώντας να μπει μόνο το πιο δυνατό σπερματοζωάριο μπορεί να διασωθεί από την τοξικότητα των κολπικών εκκρίσεων και να προσβάλλει τον προστατευτικό ακτινωτό στέφανο που περιβάλλει το ωάριο. Με επαναλαμβανόμενες επιθέσεις το σπέρμα απελευθερώνει ένζυμα (υαλουρονιδάση) και σταδιακά διασπά την προστασία του ωαρίου.

Τέλος, η εκτεθειμένη περιοχή της μεμβράνης επιτρέπει σε ένα σπερματοζωάριο να εισβάλλει στο ωάριο. Ο πυρήνας του σπέρματος κινείται για να συνδυαστεί με τον πυρήνα του ωαρίου και να σχηματιστεί το ζυγωτό. Αυτή τη στιγμή τα χαρακτηριστικά που κληρονομούνται καθώς και το φύλο του νέου ατόμου αποφασίζονται και δεν μπορούν να αλλάξουν. Ο πατέρας προσδιορίζει το φύλο, ενώ τα άλλα χαρακτηριστικά έρχονται σε συνδυασμό και από τους δύο γονείς. Σε αυτό το σημείο έχει ολοκληρωθεί η σύλληψη.(Παπανικολάου 1994)

2.4 Εμμηνόπαυση

Είναι η περίοδος της γυναίκας που αρχίζει ύστερα από ένα χρόνο μετά την τελευταία εμμηνορρυσία της σε ηλικία 40-50 ετών. Αίτιο της εμμηνόπαυσης είναι η προοδευτική έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας. Ο μηχανισμός της αρχίζει από τότε που οι γοναδοτρόπες ορμόνες επιδρούν στα ωοθυλάκια και επέρχεται αδυναμία ωρίμανσής τους.

Κατά την εμμηνόπαυση η μήτρα μικραίνει από ατροφία του μυομητρίου και ανάπτυξη περισσότερου συνδετικού ιστού. Ο τράχηλος δεν παράγει βλέννα, μικραίνει και ατροφεί.(Παπανικολάου 1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

2.1 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τρίτος πιο συχνός καρκίνος μετά τον καρκίνο μαστού και παχέως εντέρου και το 79% των περιπτώσεων παρατηρείται σε αναπτυσσόμενες χώρες.

Για μια γυναίκα που ζει σε αναπτυγμένη χώρα, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της είναι 1%. Αντίθετα, ο αντίστοιχος κίνδυνος για μια γυναίκα που ζει σε χώρα χωρίς πρόγραμμα πρόληψης ο κίνδυνος είναι 5 %. Έχει υπολογισθεί για τις Δυτικές Χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας ότι 2 στις 100 γυναίκες θα προσβληθούν από καρκίνο στον τράχηλο πριν το 70ο έτος της ηλικίας τους. Στην Αγγλία 2000 θάνατοι γυναικών κάθε χρόνο οφείλονται σ' αυτό το είδος καρκίνου. Αυτό είναι γεγονός απαράδεκτο, αφού ο καρκίνος αυτός εντοπίζεται σε ένα όργανο εύκολα προσπελάσιμο, παραμένει σε ένα προκαρκινικό ασυμπτωματικό στάδιο για αρκετά χρόνια και μπορεί να θεραπευτεί σε ποσοστά σχεδόν 100%.

Στην Ευρώπη διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο 33.500 νέα περιστατικά και 15.000 γυναίκες πεθαίνουν από τη νόσο, δηλ. 40 γυναίκες τη μέρα. Στην Ελλάδα υπάρχει σταθερότητα και ανοδική τάση της θνησιμότητας σε αντίθεση με το εξωτερικό όπου τα ποσοστά μειώνονται. Αυτό οφείλεται στο ότι οι Ελληνίδες αδιαφορούν για την πρόληψη και δεν κάνουν το «τεστ Παπανικολάου» το οποίο πραγματικά σώζει ζωές. Δυστυχώς δεν υπάρχει εθνικό σύστημα πληθυσμιακού ελέγχου και η εκτέλεση του τεστ Παπανικολάου είναι ευκαιριακή και η ενημέρωση ελλιπής. Το ποσοστό των γυναικών οι οποίες υποβάλλονται στην εξέταση αυτή δεν ξεπερνά πιθανόν το 20% και δεν αφορά συνήθως ομάδες υψηλού κινδύνου. Υπολογίζεται ότι περίπου 400-600 γυναίκες εμφανίζουν τη νόσο ετησίως, εκ των οποίων 100-250 αναμένεται να αποβιώσουν από αυτήν. (Λυμπέρης και συν. 1999)

Πρέπει να επισημανθεί ότι μέχρι το 1990 ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ήταν 2ος σε συχνότητα. Η υποχώρησή του από τη 2η στην 3η θέση αποδίδεται στην επιτυχημένη εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στις αναπτυγμένες χώρες.

2.2 Αιτιολογικοί - προδιαθεσικοί παράγοντες

Η αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου, όπως και όλων των άλλων καρκίνων, παραμένει άγνωστη. Έτσι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εξακολουθεί να παραμένει ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας σε νέες, σεξουαλικά

δραστήριες γυναίκες, παρά την ευρέως εφαρμοζόμενη κυτταρολογική εξέταση των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων.

Προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μπορούμε να θεωρήσουμε:

Ηλικία: η συχνότητα της νόσου αυξάνεται δραματικά με την πρόοδο της ηλικίας.

Κάπνισμα: το κάπνισμα επίσης αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθώς επίσης και η **δίαιτα** φτωχή σε φρούτα και λαχανικά. (Κουρούνης 1991)

Σεξουαλική συμπεριφορά: ο τραχηλικός καρκίνος είναι συχνότερος σε όσες παντρεύτηκαν μικρές ή άρχισαν νωρίς τις σεξουαλικές τους σχέσεις ή γνώρισαν πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους ή εργάστηκαν σε οίκους ανοχής. Σε όσες στερήθηκαν τη σεξουαλική ζωή και στις άγαμες ο καρκίνος του τραχήλου δεν είναι τόσο συχνός. (Παπανικολάου 1994)

Καταστολή του ανοσολογικού συστήματος, λόγω λήψεως κορτικοστεροειδών, μεταμόσχευσης νεφρού, χημειοθεραπείας για άλλο καρκίνο ή AIDS.

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

Τη φυλή στην οποία ανήκει η γυναίκα. Έχει παρατηρηθεί ότι στις φυλές όπου επιβάλλεται η περιτομή οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλή νοσηρότητα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Αυτό έχει αποδοθεί στο ότι δεν επιτρέπεται η συγκέντρωση σμήγματος στη βαλανοπισθική αύλακα.

Η μακροχρόνια χρήση **των αντισυλληπτικών** (> 5 χρόνια) φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε αντίθεση με την προστατευτική επίδραση που έχουν στο ενδομήτριο και τις ωοθήκες.

Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι ο μόνος παθογόνος μικροοργανισμός, ο οποίος αδιαμφισβήτητα έχει σχέση με την αιτιολογία και παθογένεση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η λοίμωξη με HPV είναι η πλέον κοινή σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη. Υπολογίζεται ότι το 10-15% των γυναικών φέρουν ογκογόνα στελέχη του HPV. Επίσης **ο ιός του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV-2)** φαίνεται να δρα συνεργικά με τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων. (Dollinger et al 1992)

Σύνδρομο διαθυλοστιλβεστρόλης. Η διαθυλοστιλβεστρόλης (DES) είναι η πρώτη συνθετική ορμόνη που χρησιμοποιήθηκε έως το 1971 για ορμονοθεραπεία στην κύηση. Τα κορίτσια που γέννησαν οι γυναίκες οι οποίες είχαν λάβει διαθυλοστιλβεστρόλης στην κύησή τους, σε ποσοστό 1 στις 1000 θα αναπτύξουν αδενοκαρκίνωμα από διαυγή κύτταρα συνήθως στον κόλπο αλλά και στον τράχηλο.(Παπαδημητρίου 1990)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3-ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΗ

3.1 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

3.1.1 Καλοήθεις όγκοι του τραχηλικού καρκίνου

Πολύποδες:

Συνήθως πρόκειται για μιοχωτούς πολύποδες εξορμώμενους από τον ενδοτραχηλικό αυλό και καλυπτόμενους από κυλινδρικό επιθήλιο. Μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί ή να προκαλέσουν άτυπη αιμόρροια από τον κόλπο, ενίοτε μετά από σεξουαλική επαφή. Η θεραπεία εκλογής είναι η εξαίρεση, ακολουθούμενη συνήθως και από απόξεση του ενδοτραχήλου και του ενδομητρίου, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένες γυναίκες για τον εντοπισμό και άλλων πολυπόδων που μπορεί να υπάρχουν στον ενδοτραχηλικό αυλό ή στην ενδομήτρια κοιλότητα.

Ινομυώματα:

Δεν είναι συνήθη σε σχέση με τα ινομυώματα του τοιχώματος της μήτρας. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες τα ινομυώματα του τραχήλου προωθούνται αυτόματα δια μέσου του τραχηλικού αυλού στον κόλπο παρατηρείται άλγος στο υπογάστριο, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας. Συχνή είναι και η εμφάνιση άτυπων αιμορραγιών από τον κόλπο. Η αντιμετώπιση αφορά στην εξαίρεση του ινομυώματος, επέμβαση η οποία απαιτεί προσοχή, λόγω του κινδύνου έντονης αιμορραγίας από τα αγγεία.

3.1.2 Κακοήθεις όγκοι του τραχηλικού καρκίνου

Σε συχνότητα 85% ο καρκίνος προσβάλλει το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου αρχίζοντας από τη ζώνη μετάπτωσης του μονόστιβου κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου στο πλακώδες του τραχήλου, και σε συχνότητα 4-5% του ενδοτραχήλου. Ένα πολύ μικρό ποσοστό, που δεν φτάνει το 1% αφορά σε μεικτές ή αδιαφοροποίητες μορφές του.(Παπαδημητρίου 1990)

Για να καταλάβουμε τα παρακάτω είναι απαραίτητο να θυμηθούμε από την παθολογική ανατομική πως :

Υπερπλασία είναι η αύξηση του αριθμού φυσιολογικών κυττάρων που είναι αναστρέψιμη.

Μεταπλασία είναι η αντικατάσταση ενός τύπου και καλά διαφοροποιημένων κυττάρων από ένα άλλο τύπο, που είναι αναστρέψιμη.

Δυσπλασία είναι η ποικιλία στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων, που συνοδεύεται από απώλεια της φυσιολογικής δομής και αύξηση του αριθμού των κυττάρων, που είναι αναστρέψιμη.

Αναπλασία είναι η μεγαλύτερη αύξηση της ποικιλίας στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων από ότι στη δυσπλασία και η ύπαρξη υπερχρωματικών πυρήνων, που δεν είναι αναστρέψιμη και παρατηρείται στις κακοήθεις νεοπλασίες.

Καρκίνωμα αφορά αλλοιώσεις με άτυπα κύτταρα και πυρήνες που εντοπίζονται σε όλο το πάχος του επιθηλίου.(Παπανικολάου 1994)

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

Όταν όλο το πάχος καταλαμβάνεται από άτυπα κύτταρα χρησιμοποιείται ο όρος προδιηθητικό καρκίνωμα. Στις περισσότερες περιπτώσεις η προδιηθητική μορφή της πάθησης παραμένει για 7-10 χρόνια και είναι ασυμπτωματικός.(Παπαδημητρίου,1990)

Δυσπλασία ή τραχηλική ενδοθηλιακή νεοπλασία. Σ' αυτή βρίσκουμε άτυπα κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και διακρίνεται σε ελαφρά, μέτρια και βαριά, ανάλογα με το πάχος του επιθηλίου, που περιέχει τα άτυπα κύτταρα.(Κουρούνης 1991)

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

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

Αδενοκαρκίνωμα. Αποτελεί περίπου το 5% των καρκίνων του τραχήλου ,αρχίζει από το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου, διακρίνεται σε καλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης και επεκτείνεται στη μήτρα και στον κόλπο.

3.2 ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ

Εκτεταμένες έρευνες γίνονται τα τελευταία χρόνια στην ανοσολογία του καρκίνου. Για τον καρκίνο του τραχήλου βρέθηκαν ειδικά αντιγόνα των νεοπλασματικών κυττάρων και η νοσολογική αντίδραση των ασθενών σε αυτά μελετάται με δερματικά test.

- Ø Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA), βρέθηκε ότι αυξάνεται στον ορό ασθενών με καρκίνωμα του τραχήλου, αλλά δεν παρατηρήθηκε άμεση συσχέτιση με το στάδιο της νόσου ή τον ιστολογικό τύπο. Τα επίπεδα του αντιγόνου γίνονται φυσιολογικά μετά από θεραπευτική ακτινοβολία, ενώ επανεμφάνισή του σημαίνει υποτροπή. Έτσι το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο αποτελεί σημαντική παράμετρο για την διαπίστωση και την πορεία της νόσου, δίνοντας σημαντική διαγνωστική βοήθεια.
- Ø Άλλοι ερευνητές απομόνωσαν ένα νεοπλασματικό αντιγόνο (TA₄) του ανθρώπινου καρκίνου από τα πλακώδη επιθήλια, που προσδιορίζεται ραδιοανοσομετρικά. Πρόκειται για μια γλυκοπρωτεΐνη μ.β. 48.000. Μετρήσεις έδειξαν, ότι ο προσδιορισμός του TA₄ στην κυκλοφορία μπορεί να αποκαλύψει την ύπαρξη καρκινώματος από πλακώδη επιθήλια. Παρουσιάζεται ψευδώς θετικό σε λιγότερο από 1% των περιπτώσεων. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στις μεταβολές της ποσότητας του αντιγόνου και της πορείας της νόσου. (Λωλής 1998)
- Ø Επίσης, στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας το SCC αυξάνει, ανάλογα με τον όγκο και την έκταση της νόσου, αλλά και ανάλογα με την διήθηση ή όχι των λεμφαδένων. Περίπου το 15-20% των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας εμφανίζουν υψηλές τιμές SCC. Στο στάδιο I της νόσου, ο δείκτης αυτός είναι αυξημένος σε ποσοστό 20-40% των ασθενών. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 70% στο στάδιο IV. Σε υποτροπή της νόσου, ο δείκτης είναι αυξημένος στο 25-50% των ασθενών.

Η τοπογραφική θέση του τραχήλου καθιστά εύκολο τον έλεγχο της ενδοκολπικής του μοίρας. Έτσι προκειμένου να διαγνώσουμε τον καρκίνο του προβαίνουμε στις πιο κάτω εξετάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4-ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

4.1 Συμπτωματολογία-Συμπεριφορά καρκίνου

Τα συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχουν άμεση σχέση με το στάδιο της νόσου. Στα αρχικά στάδια η νόσος είναι ασυμπτωματική. Στα μεταγενέστερα στάδια του διηθητικού καρκινώματος, όταν σχηματιστεί εξέλκωση, εμφανίζονται διαδοχικά μητρορραγία, πόνος, συμπτώματα από τα προσβαλλόμενα γειτονικά όργανα.

Μικρή ανώμαλη αιμορραγία (μητρορραγία) παρατηρείται ήδη στο αρχικό διηθητικό στάδιο και ιδίως κατά την γυναικολογική εξέταση και κατά τη συνουσία. Η διάγνωση δε διαφεύγει της προσοχής του γιατρού στο στάδιο αυτό, αλλά δυστυχώς οι άρρωστες προσέρχονται συνήθως πολύ αργά, όταν η νέκρωση και η φλεγμονή έχουν επεκταθεί και συνοδεύονται κλινικά από αιματηρή δύσοσμη έκκριση ή καμιά 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 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.

4.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η κλινική εξέταση επιτυγχάνεται με την επισκόπηση και την ψηλάφηση, αν και τις περισσότερες φορές δεν αποκαλύπτεται κάτι παθολογικό.

4.2.1 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Αν πρόκειται για δυσπλασία, με την επισκόπηση δεν θα διαπιστώσουμε την ύπαρξη αλλοίωσης του επιθηλίου του, γιατί η βλάβη δεν είναι φανερή. Αν πρόκειται για καρκίνωμα *in situ*, ο τράχηλος είτε θα εμφανίζεται φυσιολογικός, είτε θα εμφανίζει ερυθρότητα ή ελαφρά διάβρωση, είτε λευκοπλακική εστία. Γενικά σε πρώιμο στάδιο καρκίνος του τραχήλου μοιάζει με τραχηλίτιδα.

Σε καρκίνωμα προχωρημένου σταδίου η βλάβη κάνει την εμφάνισή της με την μορφή της ψευδοδιάβρωσης, ανώμαλης εξέλκωσης που μοιάζει με κρατήρα ή μάζα που μοιάζει με ανθοκράμβη(κουνουπίδι), αν πρόκειται για

εξωφυτική μορφή. Αν όμως πρόκειται για ενδοφυτική μορφή, ο τράχηλος εμφανίζεται παχύς και μοιάζει με βαρέλι.

Η ψευδοδιάβρωση, η εξέλκωση και η εξωφυτική του μορφή, εύκολα αιμορραγούν και όσο προχωράει η διήθηση οι ιστοί γίνονται πιο εύθρυπτοι και αιμορραγούν περισσότερο.

4.2.2 ΨΗΛΑΦΗΣΗ

Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση από τον κόλπο ή το ορθό, θα ψηλαφίσουμε την καρκινωματώδη μάζα, όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική, όσο και προχωρημένη ενδοφυτική και την περιορισμένης κινητικότητας μήτρας, γιατί αυτή καθηλώθηκε από την διήθηση. (Παπανικολάου Ν. Α 1994)

4.3 ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ – Τεστ Παπανικολάου

Είναι η πιο διαδεδομένη κυτταρολογική εξέταση και αφορά κυρίως την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το TEST PAP πρέπει να αρχίζει με την έναρξη της σεξουαλικής επαφής στις γυναίκες και να επαναλαμβάνεται ανά 1-3 χρόνια για πρόληψη.

Η συγκεκριμένη διαγνωστική μέθοδος στηρίζεται στην αποφολίδωση των κυττάρων της κολπικής μοίρας του τραχήλου και του ενδοτραχήλου. Εκτελείται ύστερα από λήψη, χρώση και μελέτη των επιχρισμάτων για τη διάγνωση δυσπλασιών ή για τη διάγνωση καρκίνου.

Σκοπός του γενικού ελέγχου με το τεστ Παπανικολάου, είναι να εντοπίζεται ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στα πολύ πρώιμα στάδιά του, οπότε η αντιμετώπισή του θα είναι πιο εύκολη. Εκτός από τις προκακοήθειες και τις κακοήθειες αλλαγές, ο κυτταρολόγος μπορεί να βρει και άλλες τοπικές καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα, όπως οι ιογενείς λοιμώξεις, ο απλός έρπης και τα κονδυλώματα. Είναι δυνατό να δούμε μερικές φορές και την μυκήτων ή άλλων κολπικών μικροβίων.

Συγχρόνως μετά την λήψη του τεστ Παπανικολάου, ο γυναικολόγος μπορεί να κάνει μια επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου. Έτσι, ίσως διαγνώσει καταστάσεις όπως είναι μια κολπίτιδα ή μια τραχηλίτιδα.

Ένα επίχρισμα Παπανικολάου που έχει ληφθεί σωστά, μπορεί να οδηγήσει στη διάγνωση του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας σε 95% των περιπτώσεων. Εάν το τεστ είναι θετικό, τότε μας δείχνει την ανάγκη για μια βιοψία.

Για ακριβέστερο διαγνωστικό αποτέλεσμα παίρνουμε τρία επιχρίσματα:

-Κολπικό: από τον οπίσθιο θόλο του κόλπου. Έχει αποδειχθεί όμως ότι η λήψη κολπικού επιχρίσματος έχει πολύ μικρή διαγνωστική αξία, όσον αφορά την ανεύρεση ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών στον τράχηλο.

-Εξωτραχηλικό: από το μέρος της ενδοκολπικής κοιλότητας.

-Ενδοτραχηλικό: από την ενδοτραχηλική κοιλότητα.

Εκτός από τα παραπάνω επιχρίσματα, είναι δυνατόν να πάρουμε και ενδομητριάο, από την μητριάο κοιλότητα. Ο παραπάνω έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου, δεν εκτελείται μόνο σε περιπτώσεις βλάβης του, αλλά και προληπτικά σε κάθε γυναίκα, ιδιαίτερα στις ηλικιωμένες, για την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου που για χρόνια παραμένει σε ανιχνεύσιμο κυτταρολογικό στάδιο.

Ο κυτταρολογικός έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου δεν αποτελεί διαγνωστική μέθοδο, αλλά ανιχνεύσιμη. Η διάγνωση θα γίνει μετά από ιστοληψία της πάσχουσας περιοχής. Μόνο η ύπαρξη σωρών καρκινωματώδων κυττάρων μπορεί να διαγνώσει τον καρκίνο του τραχήλου. Αλλά και τότε ο ιστολογικός έλεγχος κρίνεται απαραίτητος.

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

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

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

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

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

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

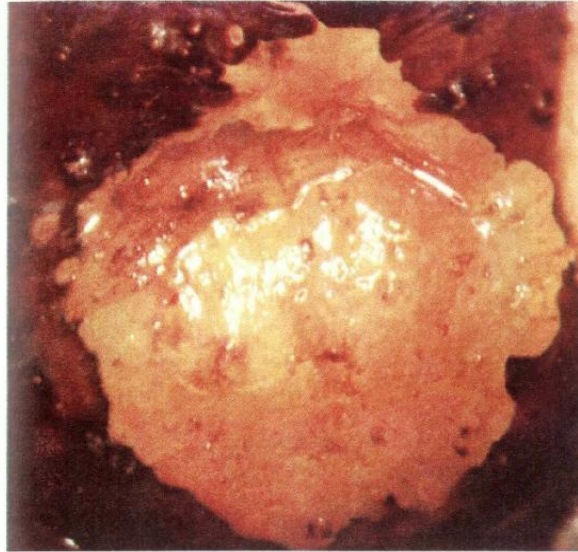
Είναι απαραίτητο να ληφθούν κύτταρα τόσο από το εξωτερικό, όσο και από το εσωτερικό τμήμα του τραχήλου της μήτρας. Δυστυχώς, οι απλοί κανόνες λήψης του τεστ, δεν εφαρμόζονται πάντα και σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, δεν υπάρχει περιοδικός έλεγχος της ποιότητας των τεστ, που θα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

4.4 ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ SCHILLER

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

Με τη δοκιμασία Schiller καθορίζεται αν στο σημείο που εντοπίζεται η αλλοίωση, πρόκειται για φλεγμονή ή κακοήθη επεξεργασία. Κατά τη μέθοδο αυτή, η ύποπτη περιοχή χρωματίζεται με διάλυμα LUGOL(Ιωδίου), οπότε ο υγιής ιστός παίρνει χροιά καφεοειδή λόγω του γλυκογόνου των κυττάρων, ενώ η καρκινική περιοχή παραμένει αχρωμάτιστη, γιατί τα καρκινικά κύτταρα είναι φτωχά σε γλυκογόνο. Είναι γνωστό πως το ιώδιο που περιέχεται στο διάλυμα, όταν έρθει σε επαφή με φυσιολογικά κύτταρα, τα βάφει στο χρώμα του.

Η επάλειψη του τραχήλου γίνεται με διάνοιξη του κόλπου με μητροσκόπιο ή κολποδιαστολείς και μετά από καθαρισμό της ενδοκολπικής μοίρας. Η δοκιμασία βγαίνει θετική σε περιπτώσεις καρκίνου, εκτοπίας, λευκοπλακίας, παρουσίας των ωαρίων του Naboth κ.λ.π. Σε κάθε θετική περίπτωση απαιτείται ιστοληψία της πάσχουσας περιοχής.(Παπανικολάου Ν. 1986)



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

4.5 ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ

Αποτελεί απλή, μη επεμβατική και σύντομη στην διενέργειά της εξέταση, με την οποία επισκοπείται ο τράχηλος υπό μεγέθυνση με την βοήθεια ειδικού μικροσκοπίου. Η επίθηξη του τραχηλικού επιθηλίου με διάλυμα οξεικού οξέος 3%-5% προκαλεί τήξη των πρωτεϊνών του πυρήνα των κυττάρων και έτσι, στις περιοχές όπου υπάρχει αλλοιωμένο επιθήλιο-και όπου κατά κανόνα αυτό είναι υπερπλαστικό –εμφανίζεται λευκάζουσα απόχρωση. Η ύπαρξη υπερπλαστικών αγγείων του στρώματος δίνει επιφανειακά την εικόνα διάστιξης ή μωσαικού (το φυσιολογικό επιθήλιο διατηρεί την ερυθρά ομαλή εμφάνισή του και μετά την δράση του οξεικού οξέος). (Δημητρίου Ε. 2004)

Ιδιαίτερης σημασίας είναι η ανεύρεση ατύπων αγγείων στο τραχηλικό επιθήλιο. Η επίθηξη με διάλυμα Lugol (δοκιμασία κατά Schiller) προκαλεί στο φυσιολογικό επιθήλιο μία έντονη φαιά χρώση. Λόγω πρόσληψης του KI, του διαλύματος από το γλυκογόνο του κυτταροπλάσματος των κυττάρων. Αντίθετα, το αλλοιωμένο επιθήλιο δεν χρώννυται λόγω του ότι τα κύτταρα του στερούνται γλυκογόνου. Η κολποσκόπηση θεωρείται ικανοποιητική, όταν το σύνολο της ζώνης μετάπτωσης είναι ορατό. Αντίθετα, εάν μέρος αυτής της ζώνης ευρίσκεται στο βάθος του ενδοτραχηλικού αυλού και δεν είναι δυνατή η δια του κολποσκοπίου επισκόπησή του, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή ως προς την συνολική εκτίμηση του κινδύνου.

Η ύπαρξη ψευδώς αρνητικών και ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων τόσο της κυτταρολογικής όσο και της κολποσκοπικής εξέτασης καθιστούν επιβεβλημένη την διενέργεια, αν είναι δυνατόν, και των δύο μεθόδων, ως συμπληρωματικών η μία της άλλης. Ο περιορισμός μόνο στην κυτταρολογική εξέταση έδειξε στο παρελθόν ότι έχει μερικές φορές ως αποτέλεσμα (λόγω ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων) την εξέλιξη ενός αδιάγνωστου τραχηλικού καρκίνου. Από την άλλη πλευρά, η διενέργεια κολποσκόπησης είναι δυνατόν να εφαρμοσθεί ως μέθοδος μαζικού ελέγχου σε πληθυσμιακό επίπεδο.

Τελευταία συζητείται και η εξ' αρχής ανίχνευση του HPV-DNA των ογκογόνων τύπων του ιού ως μέθοδος μαζικού προληπτικού ελέγχου των γυναικών με στόχο την αναγνώριση των γυναικών υψηλού κινδύνου.

Παρόλα τα ανωτέρω, η ιστολογική εξέταση βιοψιών υπό κολποσκοπικό έλεγχο ήταν και παραμένει η "χρυσή αρχή" (gold standard) της διάγνωσης όλων των αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας.

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

- Να διαπιστώσουμε το μέγεθος και την κατανομή της αλλοίωσης.
- Να επιλέξουμε την θέση που θα παρθούν βιοψίες.
- Να επιβεβαιώσουμε τα κυτταρολογικά ευρήματα.
- Να αποκλείσουμε το διηθητικό καρκίνωμα. (Αγοραστός Θ., 1999)



4.6 ANIXNEYΣΗ HPV

Δεδομένου ότι DNA του ιού HPV βρίσκεται σε ποσοστό 90% των καρκινωμάτων του τραχήλου της μήτρας και των προκαρκινικών αλλοιώσεων, φαίνεται λογικός ο συνδυασμός της κυτταρολογίας με τον έλεγχο για HPV, με

σκοπό την αύξηση της ευαισθησίας του πληθυσμιακού ελέγχου, για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Δύο είναι οι επικρατέστερες σήμερα μέθοδοι για τον έλεγχο του HPV:

- 1.η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και
- 2.η υβριδική δέσμευση (HC).

Οι μέθοδοι αυτές έχουν μεγάλη ευαισθησία και ανιχνεύουν πολύ μικρές ποσότητες του, υπό έλεγχο DNA, διότι βασίζονται σε διαδικασίες ενίσχυσης.

Το PCR βασίζεται στην ενίσχυση του στόχου DNA και είναι κατάλληλο για την ανίχνευση και ελάχιστης ποσότητας DNA ενώ το HC βασίζεται στην ενίσχυση του τελικού σήματος και είναι κατάλληλο για υψηλότερα επίπεδα DNA καθώς και για ποσοτικές ή ημιποσοτικές εφαρμογές.

Το HC είναι το μόνο διαθέσιμο εμπορικά ως έτοιμο προς χρήση kit εγκεκριμένο από το FDA και βασίζεται σε υβριδισμό με RNA ανιχνευτές, ενίσχυση του τελικού σήματος μέσω αντίδρασης αντιγόνου - αντισώματος και ανίχνευση με χημειοφωταύγεια. Με την δοκιμασία αυτή γίνεται ποιοτικός προσδιορισμός του HPV και διαφοροποίηση μεταξύ χαμηλού και υψηλού κινδύνου τύπων. Η τεχνική αυτή δεν εμφανίζει σημαντικό πρόβλημα επιμόλυνσης και άρα ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. Η τελευταία εξέλιξη της τεχνολογίας αυτής, το λεγόμενο Hybrid capture microplate με το εμπορικό όνομα Hybrid Capture II HPV DNA (Digene), εμφανίζει μεγαλύτερη ευαισθησία (1000 αντίτυπα του ιού), είναι περισσότερο εύχρηστο και περιλαμβάνει ανιχνευτές για όλους σχεδόν τους υψηλού κινδύνου τύπου (16,18,31,33,35,45,51,52,56,58,59,68) (Μαρκίδου Σ. 2001)



4.6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ HPV

Αν και δεν υπάρχει θεραπεία για τον ιό, υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις για τα κονδυλώματα. Η επιλογή της μεθόδου θα γίνει από τον γιατρό, με βάση την έκταση της μόλυνσης, τη θέση των κονδυλωμάτων και άλλους παράγοντες που αφορούν τον συγκεκριμένο ασθενή. Σε κάποιες περιπτώσεις, ειδικά αν η έκταση των βλαβών είναι μικρή, θα δοθεί θεραπεία με φάρμακα (ειδικές δερματικές αλοιφές που είτε 'καίνε' τη βλάβη, είτε ενδυναμώνουν την τοπική άμυνα του δέρματος για να προλάβουν τις υποτροπές), ενώ για την απομάκρυνση των μεγαλύτερων κονδυλωμάτων χρησιμοποιείται ευρέως η κρυοπηξία, η διαθερμοπηξία, το laser και τελευταία το RF- Ραδιοκύματα, με εξαιρετικά αποτελέσματα. Είναι γενικά μέθοδοι ανώδυνες, γίνονται με τοπική αναισθησία και απαιτούν μόνο λίγη προσοχή από την ασθενή για τις επόμενες μια-δυο μέρες από την επέμβαση.(Δημητρίου 2004)

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

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

Τέλος, σημαντική πρόοδο στην εκρίζωση της λοίμωξης από τα επικίνδυνα για καρκίνο στελέχη, αποτελεί η εφαρμογή των νέων εμβολίων σε νεαρά κορίτσια πριν την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής. Στόχος είναι η καταπολέμηση του καρκίνου του τραχήλου στις γυναίκες. Ίσως στο μέλλον εφαρμοστούν εμβολιασμοί για το σύνολο των ιών HPV με πλήρη εκρίζωση της λοίμωξης(Turek L. 1996).

4.6.2 ΜΥΘΟΙ Κ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΕΣΗ ΗΡV ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Αλήθειες:

- Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι του ιού. Αυτοί μπορεί να προκαλέσουν κονδυλώματα, μυρμηγκιές, θηλώματα στο δέρμα, να αποικήσουν τον τράχηλο της μήτρας και να προκαλέσουν ή να μην προκαλέσουν προκαρκινικές αλλαγές στα κύτταρα του.
- Μερικοί μόνο από τους τύπους του ιού είναι συνδεδεμένοι με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Αυτοί ονομάζονται υψηλού κινδύνου.
- Οι τύποι του ιού που προκαλούν τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων δεν σχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Αυτοί ονομάζονται χαμηλού κινδύνου.
- Συχνά κάποια άτομα εκτίθενται σε περισσότερους από έναν τύπους ιού, μερικοί από τους οποίους μπορεί να είναι και υψηλού κινδύνου. Παρ όλα αυτά οι περισσότεροι φορείς δεν παρουσιάζουν ποτέ καρκίνο του τραχήλου.
- Ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί να προληφθεί αν μια γυναίκα κάνει το παπ τεστ και την κλινική εξέταση κάθε χρόνο στο γυναικολόγο της. Με τον τρόπο αυτό αν βρεθούν ανώμαλα κύτταρα παρακολουθούνται και αν επιμείνουν, αφαιρούνται.

Μύθοι:

- Η πλειοψηφία των γυναικών που εμφανίζουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν έχουν κάνει ποτέ τεστ Παπανικολάου ή δεν έχει κάνει τα πέντε τελευταία χρόνια.
- Τις περισσότερες φορές οι άντρες δεν αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα με τις γυναίκες, ακόμη και αν φέρουν τους ιούς υψηλού κινδύνου(Arends 1990).
- Ο καρκίνος του τραχήλου συνήθως αναπτύσσεται μετά από αρκετά χρόνια.

4.7 Βιοψία τραχήλου-Κωνοειδής εκτομή

Βιοψία πρέπει να γίνεται σε κάθε θετική περιοχή κατά Schiller καθώς και σε κάθε εξέλκωση-κοκκίωση, θηλώδη ή οζώδη αλλοίωση για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του διηθητικού καρκίνου στις περισσότερες περιπτώσεις (Μανταλενάκης 1996). Η βιοψία τραχήλου αναφέρεται στη λήψη τεμαχιδίων τραχήλου με ειδική λαβίδα βιοψίας, σε περιοχές που προσδιορίζονται με το κολποσκόπιο (Καλογερόπουλος 1999). Τα τεμαχίδια που θα ληφθούν πρέπει να αντιπροσωπεύουν και τα 4 τεταρτημόρια του τραχήλου (Παπανικολάου Ν. 1994).

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις στις οποίες η κατευθυνόμενη από την κολποσκόπηση βιοψία δεν επαρκεί και καθίσταται αναγκαία η εκτομή κωνοειδούς τμήματος του τραχήλου (Καλογερόπουλος 1999). Αυτό σημαίνει αφαίρεση σε σχήμα κώνου του μεγαλύτερου τμήματος του τραχηλικού σωλήνα. (Govan et all 1993). Η κωνοειδής εκτομή πρέπει να γίνεται όταν:

α) η ζώνη μετάπτωσης στην οποία αναπτύσσεται η CIN μετακινείται προς τον ενδοτραχηλικό σωλήνα και δεν είναι ορατή με τον κολποσκοπικό έλεγχο και
β) τίθεται ή υποπτεύεται η διάγνωση του μικροδιηθητικού καρκινώματος (Καλογερόπουλος 1999).

Στην αναπαραγωγική ηλικία η βάση είναι ευρύτερη και το βάθος μικρότερο ενώ στην μετεμμηνοπαυσιακή ηλικία το εύρος είναι μικρότερο και το βάθος μεγαλύτερο. Μετά την κωνοειδή βιοψία μπορεί να γίνει κρυσταλλοκυστίτις για τον έλεγχο της αιμορραγίας (Govan et all 1993).



4.8 ΙΣΤΟΛΗΨΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Η ιστοληψία τραχήλου μήτρας είναι διαγνωστική επέμβαση, που μας επιτρέπει τον ιστολογικό έλεγχο παθήσεών του. Μετά από προετοιμασία της εξεταζόμενης, πως σε κάθε κολπική επέμβαση, και χωρίς γενική αναισθησία σε όλες τις περιπτώσεις, τοποθετείται μητροσκόπιο ή τοποθετούνται κολποδιαστολείς, συλλαμβάνεται ο τράχηλος με μονοδοντές λαβές στην 3η και 9η ώρα, ώστε να αποκαλυφθεί όλη η ενδοκολπική του μοίρα, και με ειδική λαβίδα ιστοληψίας ή με νυστέρι κόβουμε τεμάχια από την ύποπτη περιοχή, που επισημάναμε με την δοκιμασία SchiPer ή με κολποτραχηλοσκόπηση. Αν συμβεί αιμορραγία κατά την εκτέλεση της ιστοληψίας προβαίνουμε σε ηλεκτροκαυτηρίαση της αιμορραγούσας επιφάνειας ή τη ράβουμε με ζωϊκά ράμματα. Τα τεμάχια του τραχήλου τοποθετούνται σε διάλυση φορμόλης και αποστέλλονται για ιστολογικό έλεγχο.

Η ιστοληψία του τραχήλου έχει ένδειξη :

- 1) Σε κάθε περίπτωση παθολογικής αλλοιώσής του .
- 2) Σε κάθε περίπτωση, που κυτταρολογικός έλεγχός του απέδειξε την ύπαρξη ύποπτων καρκινικών κυττάρων. Παθήσεις, που είναι δυνατό να διαγνωστούν με την ιστοληψία του τραχήλου, είναι ο καρκίνος του και οι διάφορες μορφές φλεγμονής του, όπως η ελκωτική, η διαβρωτική τραχηλίτιδα κλπ. (Μαρκίδου 2001)

4.9 ΜΙΚΡΟΚΟΛΠΟΪΣΤΕΡΟΚΤΟΜΗ

Είναι μια διαγνωστική μέθοδος με την οποία ελέγχουμε τις επιφανειακές αλλοιώσεις του κόλπου και ιδιαίτερα της κολπικής μοίρας του τραχήλου και τις μεταβολές του τραχηλικού επιθηλίου κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας, κάτω από μικροσκοπική μεγέθυνση.

Η κολπο-τραχηλομικροσκόπηση εκτελείται με τη βοήθεια του κολπό-τραχηλομικροσκοπίου, που μοιάζει με το κολπο-τραχηλοσκόπιο, αλλά διαφέρει στο ότι η μεγέθυνση είναι μεγαλύτερη, όπως του μικροσκοπίου, και στο ότι ο έλεγχος γίνεται με άμεση επαφή του οργάνου στην ελεγχόμενη περιοχή. Πριν από την εξέταση χρωματίζουμε τον τράχηλο ή το ύποπτο σημείο του κόλπου με αιματοξυλίνη για 3 λεπτά και ύστερα με κυανό της τουλοιδίνης ή του Evans για 1 λεπτό.

4.10 ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (CT SCAN)

Ηλεκτρονική υπολογιστική τομογραφία ή αξονική τομογραφία, είναι διαγνωστική μέθοδος, που συνίσταται στη λήψη πολλών εγκάρσιων και διάφορου πάχους τομών του εξεταζόμενου τμήματος του σώματος και στην επεξεργασία των εικόνων με ηλεκτρονικό υπολογιστή. Η μέθοδος στηρίζεται στην τεχνολογία των ηλεκτρονικών εγκεφάλων, γιατί προγραμματίζει τον έλεγχο, επεξεργάζεται, συνθέτει και απομνημονεύει τις πληροφορίες.

Γίνεται στην περιοχή της πύελου για τον σαφή εντοπισμό της θέσης και της έκτασης του προβλήματος. Πριν από την εξέταση η ασθενής θα πάρει από το στόμα ειδική σκιαγραφική ουσία σε υγρή μορφή. Η όλη εξέταση είναι ανώδυνη και διαρκεί περίπου 30 λεπτά. Στις ημέρες μας, η εμφάνιση της μαγνητικής τομογραφίας πιστεύεται πως θα προσφέρει πολυτιμότερες πληροφορίες απ' ό,τι η αξονική τομογραφία.

Οι βασικές ενδείξεις της αξονικής τομογραφίας είναι:

- Ο έλεγχος της έκτασης κακοήθους νεοπλασίας του εσωτερικού γεννητικού συστήματος.

-Η σταδιοποίηση της νεοπλασίας για τον καθορισμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Αυτή εκτιμάται με τα παρακάτω ευρήματα:

1. Έκταση νεοπλασίας.

2. Διήθηση στρωμάτων του λίπους της πύελου.

3. Επεκτάσεις σε γειτονικά όργανα (ουροδόχο κύστη, περιορθική περιτονία .

4. Μεταστάσεις στα πυελικά τοιχώματα και στους πυελικούς ή παραορτικούς λεμφαδένες.

5. Μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα (συκώτι, οστά, πνεύμονες) .

6. Υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

-Η διαφορική διάγνωση χωροκατακτητικών εξεργασιών στην περιοχή της πύελου.

-Η εκτίμηση των ευρημάτων αφορά στους ειδικούς και απαιτεί πείρα.

4.11 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Το υπερηχογράφημα θα παράσχει περισσότερες πληροφορίες αν η μήτρα ή οι ωοθήκες σας είναι διογκωμένες και θα ανιχνεύσει τυχόν ινομυώματα ή ωοθηκικές κύστες. Η εξέταση αυτή μπορεί να εκτελεστεί εξωτερικά, με την κεφαλή του υπέρηχου να μετακινείται στο δέρμα του κάτω τμήματος της κοιλίας ή εσωτερικά μέσω του κόλπου.(Γουέστ 2000)

Είναι η μέθοδος που βασίζεται στους υπέρηχους, δηλαδή σε ηχητικά κύτταρα που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και να αντανακλώνται σε κάθε επιφάνεια που χωρίζει δύο

διαφορετικούς ιστούς. Η συχνότητά τους κυμαίνεται μεταξύ 20.000 και 10⁶ Hz ή 10 MHz και δεν είναι αντιληπτά από το ανθρώπινο αυτί.

Η υπερηχογράφηση στην εποχή μας αποτελεί την πολυτιμότερη διαγνωστική μέθοδο στην γυναικολογία. Γίνεται στην περιοχή της λεκάνης με γεμάτη ουροδόχο κύστη, αφού προηγουμένως η ασθενής έχει πάρει αρκετά υγρά, για καλύτερη απεικόνιση των οργάνων της περιοχής. Είναι ανώδυνη και σύνθετη εξέταση. Γίνεται εξωτερικά από την επιφάνεια της κοιλιάς ή και ενδοκολπικά. Η ηχοτομογραφία με το σύστημα Gray-Scale χρησιμοποιείται αρκετά συχνά στη γυναικολογία, διότι επιτρέπει τη διερεύνηση των εσωτερικών κυρίως γεννητικών οργάνων και την ανακάλυψη αρκετών παθολογικών τους καταστάσεων.

Μια από τις πρώτες εφαρμογές των υπερήχων στη γυναικολογία ήταν η μελέτη των όγκων των εσωτερικών οργάνων. Οι υπέρηχοι επιτρέπουν σε μια αναλογία 80 έως 92% των περιπτώσεων να επιλυθούν βασικά διαγνωστικά προβλήματα και πιο συγκεκριμένα επιβεβαιώνουν την ύπαρξη του όγκου και προσφέρουν χρησιμότερες πληροφορίες για την υφή, τη σύσταση, την εντόπιση του όγκου και την ακριβή μέτρηση των διαστάσεών του.

Είναι μια αξιόλογη παρακλινική εξέταση και σπουδαίο συμπλήρωμα της γυναικολογικής κλινικής εξέτασης, ιδίως όταν υπάρχει αρχόμενη εγκυμοσύνη ή μεγάλος πόνος στην κοιλιακή χώρα και τη λεκάνη.

4.12 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις

- Γενική αίματος.
- Βιοχημικός έλεγχος ηπατικής λειτουργίας.
- Βιοχημικός έλεγχος νεφρικής λειτουργίας.
- Πρέπει να μετράμε τα επίπεδα στον ορό του αντιγόνου για το επιθηλιακό καρκίνωμα(SCCA), καθώς και τα επίπεδα του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου(CEA). Το SCCA βρίσκεται αυξημένο στο 50% όλων των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το CEA είναι αυξημένο στο 20% των αντίστοιχών περιπτώσεων. Αν και το CEA και το SCCA δεν είναι αρκετά ακριβείς μέθοδοι ώστε να χρησιμοποιούνται για πληθυσμιακό έλεγχο, εντούτοις είναι χρήσιμα για να παρακολουθούμε την ανταπόκριση στη θεραπεία και να ανευρίσκουμε ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου. (Dollinger et all 1992)

4.12 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Βλάβες οι οποίες είναι δυνατόν να διαγνωστούν λανθασμένα είναι οι εξής:

Οξεία και χρόνια τραχηλίτιδα, τραχηλίτιδα με εκτόπια που είναι η συχνότερη βλάβη του τραχήλου κι αν είναι εξωφυτική δυνατό να γίνει περισσότερο παραπλανητική, φυματίωση του τραχήλου που είναι σπάνια, σχεδόν πάντα υπάρχει ιστορικό φυματίωσης των γεννητικών οργάνων, οι βλενώδεις τραχηλικοί πολύποδες αν μολυνθούν μπορεί να παρουσιάσουν μια πολύ ύποπτη εμφάνιση, το πρωτοπαθές συφιλιδικό έλκος δυνατό να εμφανιστεί στον τράχηλο εξελκωμένο και σκληρό (Govan et all 1992), κονδυλώματα, αδένωση, νεκρωμένο έμμισχο υποβλεννογόνιο ινομύωμα που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο (Παπανικολάου Ν. 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5-ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προτού αποφασιστεί οποιαδήποτε θεραπεία, είναι απαραίτητο να τεθεί ακριβής διάγνωση. Συνήθως οι ασθενείς προσέρχονται με ένα τεστ Παπανικολάου που θέτει υποψία για ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία, αλλά δε μας εξασφαλίζει τη ακριβή ιστολογική ταυτότητα της ενδεχόμενης αλλοίωσης. Έτσι, η ασθενής πρέπει να εξεταστεί με το κολποσκόπιο.

Με τον κολποσκοπικό έλεγχο της ζώνης μεταπτώσεως θα αποσαφηνισθεί:

- Εάν είναι ορατή ολόκληρη η ζώνη μεταπτώσεως.
- Εάν εμφανίζει χαρακτήρες κολποσκοπικής ατυπίας.
- Σε ποιες θέσεις χρειάζεται να γίνουν βιοψίες.
- Εάν κρίνεται σκόπιμο να γίνει απόξεση του ενδοτραχηλικού σωλήνα (Μορτάκης 1999).

Κριτήρια επιλογής για την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να αποτελούν:

- ✓ η έκταση της νόσου όπως αυτή καθορίζεται κυρίως από την κλινική σταδιοποίηση
- ✓ η ηλικία
- ✓ η γενική κατάσταση της ασθενούς
- ✓ η παρουσία και η φύση οποιασδήποτε συνυπάρχουσας παθολογικής κατάστασης

Ο λεπτομερής και πλήρης κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος σε συνδυασμό με την εκτίμηση και από κοινού απόφαση των μελών ενός έμπειρου ογκολογικού συμβουλίου θα υπαγορεύσει τη δέουσα θεραπευτική αντιμετώπιση. Σε όλα τα στάδια μπορεί να εφαρμοστεί η ακτινοθεραπεία. Η χειρουργική θεραπεία περιορίζεται στα αρχικά στάδια της νόσου (έως και το στάδιο II_A).

Επιπλέον, η χειρουργική θεραπεία με την ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος δίνει τη δυνατότητα πιο αντικειμενικής εκτίμησης των διαφόρων προγνωστικών παραγόντων που ανακύπτουν. Η ακτινοθεραπεία όμως έχει τη δυνατότητα καταστροφής μικροσκοπικής νόσου και πέραν των ορίων της χειρουργικής πρόσβασης. Επίσης, η χειρουργική θεραπεία προτιμάται σε περίπτωση κύησης αν συνυπάρχει φλεγμονώδης πάθηση του εντέρου, αν έχει προηγηθεί ακτινοβολία για άλλη νόσο, επί συνύπαρξης ινομυωμάτων ή εξαρτηματικού όγκου και τέλος κατόπιν επιλογής της ασθενούς (Κρεατσάς 1998).

5.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Κρυοπηξία. 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 μην διαφύγει από την προσοχή διηθητικός καρκίνος. Αυτά απαιτούν κολποσκόπηση από έμπειρο γυναικολόγο, πολλαπλές βιοψίες από αντιπροσωπευτικά σημεία της βλάβης και ενδοτραχηλική απόξεση. Η καταστροφή της ζώνης μετάπτωσης μπορεί να γίνει με κρυοπηξία, ηλεκτροκαυτηρίαση με διαθερμία και εξάχνωση με ακτίνες laser. Η κρυοπηξία έχει το μειονέκτημα του μη ελέγχου του βάθους της καταστροφής και αντενδείκνυται σε βλάβες μεγάλης έκτασης. Τα θεραπευτικά αποτελέσματά της κυμαίνονται στο 80 - 90%. Απαιτείται τακτική παρακολούθηση. Η κρυοπηξία από τους περισσότερους αποφεύγεται και προτιμάται η εκτομή της βλάβης, ως περισσότερο ασφαλής.

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

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

Επειδή η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι προκαλεί αιμορραγία, στις ημέρες μας χρησιμοποιούμε ακτίνες laser, γιατί μ' αυτές η εκτομή είναι εύκολη και αναίμακτη. Νεότερη μέθοδο αποτελεί η εκτομή της ζώνης μετάπτωσης με αγκύλη διαθερμίας (LLETZ - Large Loop Excision of Transformation Zone).

Ακρωτηριασμό του τραχήλου. Αυτόν θα τον εκτελέσουμε στις ίδιες με τις παραπάνω περιπτώσεις σε ηλικιωμένες γυναίκες και όταν υπάρχει κάποιος βαθμός πρόπτωσης της μήτρας ή επιμήκυνσης του τραχήλου, θα τον συνδυάσουμε με κολποπερινεορραφία. Η παρακολούθηση είναι ίδια, όπως στην κωνοειδή εκτομή.

Απλή υστερεκτομία. Αυτή θα την εκτελέσουμε:

α) Σε γυναίκες, που γέννησαν, στο καρκίνωμα *in situ*, για το φόβο εγκατάλειψης μικτών εστιών διηθητικού καρκινώματος, που βρίσκεται σε ψηλότερο σημείο από το μέρος της ιστοληψίας και γιατί η στέρηση της μήτρας δεν προκαλεί σ' αυτές ψυχολογικά προβλήματα, όσο όσες δεν γέννησαν ακόμη, Έχει ένδειξη και σε διηθητικό καρκίνο όταν η διήθηση δεν περνάει τα 3 χιλ.

β) Σε ηλικιωμένες γυναίκες, θα την εκτελέσουμε στο *in situ* καρκίνωμα και στο στάδιο Ια, όταν η διήθηση είναι κάτω από 3 χιλ. πρώτα γιατί οι σπανίζουν, κι ύστερα για να τις απαλλάξουμε από το άγχος της συχνής παρακολούθησης. Επίσης, εύκολα θα την αποφασίσουμε σ' αυτές, που εμφανίζουν χαλάρωση κόλπου και πρόπτωση της μήτρας, Στις περιπτώσεις αυτές προτιμάμε την κολπική υστερεκτομία. Αν η γυναίκα είναι κάτω από 45 ετών, μπορούμε να διατηρήσουμε ωοθήκες.

Ριζική υστερεκτομία (υστερεκτομία τύπου ΙΙΙ). Αυτή θα την εκτελέσουμε στο στάδιο Ια, όταν το βάθος διήθησης πέρασε τα 5 χιλ. και έχει διάμετρο 1 – 3 εκ. και στο στάδιο Ιβ συνδυασμένη με πυελική λεμφαδενεκτομία και βιοψία των παραορτικών λεμφαδένων. Εάν η διήθηση πέρασε τα 5 χιλιοστά και δεν έχει γίνει λεμφαδενεκτομία ή υπάρχουν διηθημένοι πυελικοί λεμφαδένες, τότε, μετά την εγχείρηση θα συστήσουμε ακτινοθεραπεία.

Ριζική υστερεκτομία δυνατό να εκτελέσουμε και στο στάδιο Ια, όταν ο όγκος έχει διάμετρο μικρότερη από 3 εκ. και θα συστήσουμε συμπληρωματική ακτινοθεραπεία.

Η ριζική υστερεκτομία αποβλέπει στην εξαίρεση της μήτρας μαζί με τους παραμήτριους ιστούς και λεμφαδενεκτομία. Γυναίκες, μπορούμε να διατηρήσουμε τις ωοθήκες, γιατί ο καρκίνος του τραχήλου σπάνια κάνει μεταστάσεις στο στάδιο Ι και ΙΙ. Επιπλοκές επέμβασης αποτελούν το ουρητηροκολπικό συρίγγιο, από τραυματισμό ή νέκρωση του ουρητήρα λόγω απαγγείωσής του και ατονία της ουροδόχου κύστης.

Τροποποιημένη ριζική υστερεκτομία (υστερεκτομία τύπου ΙΙ). Αυτή θα την εκτελέσουμε όταν το βάθος διήθησης είναι κάτω από 5 χιλ. και έχει διάμετρο κάτω από 1 εκ. Η εγχείρηση περιλαμβάνει την εξαίρεση των παραμητρίων, των ιερομητριάων συνδέσμων και του κόλπου σε μικρότερη έκταση από τη ριζική υστερεκτομία. Επίσης, περιλαμβάνει και πυελική λεμφαδενεκτομία.

Την εγχείρηση πρότεινε πρώτος ο Werthein, ο οποίος εξαιρούσε μόνο τους διογκωμένους λεμφαδένες.

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

Με την εγχείρηση πετυχαίνουμε την εκκένωση της πυέλου από τα γεννητικά όργανά της με συνεξαίρεση της ουροδόχου κύστης και του σιγμοειδούς, τη δημιουργία τεχνητής ουροδόχου κύστης και μόνιμης παρά φύση έδρας.

Η εξεντέρωση αποτελεί τολμηρή εγχείρηση, που την πρότεινε ο Brunschwing, και που έχει άμεση θνησιμότητα μέχρι 10%. Τη διακρίνουμε σε πρόσθια (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου και της ουροδόχου κύστης και εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο) και σε οπίσθια (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, του απευθυσμένου και κολοστομία) και σε ολική (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, της κύστης και του απευθυσμένου, εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο και κολοστομία).

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

Τους υπέρμαχους των μεγάλων εγχειρήσεων αντικρούουν οι συντηρητικότεροι με το επιχείρημα, πως εκθέτουν την άρρωστη σε εγχειρητικούς κινδύνους, χωρίς να είναι βέβαιη η ολοκληρωτική εξαίρεση των λεμφαδένων, που έχουν μεταστάσεις.

ΕΞΑΧΝΩΣΗ ΜΕ CO₂ laser. Αποτελεί μια εξαιρετική μέθοδο θεραπείας των ενδοτραχηλικών αλλοιώσεων και υπό κολποσκοπική παρατήρηση γίνεται ορατή η βλάβη και η ζώνη μετασχηματισμού. Στη συνέχεια στο στρώμα του τραχήλου ενίεται λιδοκαΐνη με επινεφρίνη και περιγράφονται η βλάβη και η ζώνη μετασχηματισμού με μη εστιασμένη δέσμη. Η δέσμη εστιάζεται κατόπιν στα 1.5 έως 2mm, με ένταση ισχύος 500 έως 800 W /cm², και γίνεται η εξάχνωση της περιοχής που έχει επιλεγεί σε βάθος 7-8 mm. Τυχόν αιμορραγία ελέγχεται με διάχυτη δέσμη, ενώ σπανίως απαιτείται αιμόσταση με ράμματα. Πλεονέκτημα της μεθόδου είναι η δυνατότητα ακριβούς ελέγχου του βάθους καταστροφής των ιστών και η αποφυγή της υδαρούς έκκρισης, ενώ μειονέκτημα είναι το υψηλό κόστος του εξοπλισμού.

Στην εποχή μας, οι μεγάλες εγχειρήσεις όλο και παραχωρούν τη θέση τους στις συντηρητικότερες (Παπανικολάου 1994).

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Κατά την εγχείρηση

- Αιμορραγία: Υπάρχει μια συνεχής τριχοειδική αιμορραγία στη διάρκεια μιας εκτεταμένης αποκόλλησης και είναι δυνατό να τραυματιστεί απότομα μεγάλη φλέβα
- Καταπληξία (Shock): Μπορεί να συμβεί μετά από μεγάλη απώλεια αίματος, με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου του αίματος.
- Τραυματισμός γειτονικών οργάνων : Η παρουσία κακοήθους ή φλεγμονώδους ιστού έχει σαν αποτέλεσμα τον εύκολο τραυματισμό της ουροδόχου κύστης ή του ορθού κατά την αποκόλλησή τους από τον κόλπο. Ο ουρητήρας μπορεί να τραυματιστεί σε οποιοδήποτε σημείο μέσα στην πύελο, αλλά ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι κοντά στον κρεμαστήρα σύνδεσμο καθώς και στην περιοχή που γειτνιάζει με τον τράχηλο και τον κόλπο. Αν ο όγκος έχει επεκταθεί πλάγια, η αποκόλληση είναι εξαιρετικά δύσκολη.

Μετά την εγχείρηση

- Ουρητηροκολπικό συρίγγιο
- Κυστεοκολπικό συρίγγιο
- Δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης : Η ουροδόχος κύστη πέφτει μέσα στην πύελο και δημιουργεί στάση των ούρων και φλεγμονή. Επίσης, αναστέλλεται ο τόνος για αρκετές μέρες. Η πυελογραφία δείχνει ατονία και στένωση του ουρητήρα.
- Σχηματισμός λεμφικών κύστεων
- Θρόμβωση και εμβολή: Οι κίνδυνοι αυτοί υπάρχουν πάντοτε κατά την επέμβαση στην πύελο. Σπάνια παρατηρείται θρόμβωση μιας μεγάλης αρτηρίας της πυέλου (Novak's 2002).

5.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

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

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

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

- Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία (ράδιο, καίσιο, ιρίδιο κ.λπ)
- Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία (ραδιοϊσότοπα).
- Μηχανήματα παραγωγής ακτίνων Roentgen και ηλεκτρονίων με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος ή από ακτίνες X (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία). (Μαλγαρινού και συν.1997)

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

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

5.2.1 ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

αποκρίνονται πολύ πιο γρήγορα κυρίως όταν τα κύτταρά τους πολλαπλασιάζονταν γρήγορα πριν από τη θεραπεία. (Ρις 2000).

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

Ένας άλλος λόγος για τον οποίο η ακτινοθεραπεία μπορεί να μην πετύχει πλήρη καταστροφή του όγκου είναι ότι τα καρκινικά κύτταρα εξακολουθούν να πολλαπλασιάζονται με ταχύ ρυθμό στα διαστήματα μεταξύ των θεραπειών. Ένας τρόπος για να αντιμετωπιστεί αυτό, ο οποίος χρησιμοποιείται σε επιλεγμένες περιπτώσεις, είναι η χορήγηση ακτινοθεραπείας δύο ή τρεις φορές την ημέρα, σε πολύ βραχείες και εντατικές συνεδρίες θεραπείας. Αυτή η θεραπεία είναι γνωστή ως υπερκλασματοποιημένη ή επιταχυμένη θεραπεία.

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

Αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι πρόσφατα, το ράδιο, αποτελούσε τη συνηθέστερη πηγή εσωτερικής ακτινοβολίας γάμμα στην βραχυθεραπεία, μια θεραπεία στην οποία η πηγή ακτινοβολίας τοποθετείται δίπλα από τους ιστούς/ στόχους. Σήμερα έχει από πολλούς εγκαταλειφθεί, λόγω του κινδύνου ακτινοβολίας που συνδέεται με τη διάσπασή του σε ραδόνιο 222, ενός αερίου

που μπορεί να διαφύγει από την πηγή σε άτυχους χειρισμούς, και λόγω της ανάγκης παρατεταμένης εφαρμογής για την απελευθέρωση της αναγκαίας δόσης. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια αύξηση της χρήσης του ιριδίου 192, με συσκευές μεταφόρτισης που απελευθερώνουν μεγάλη δόση ακτινοβολίας σε σύντομο χρονικό διάστημα. (Καλογερόπουλος 1996)

5.2.2 ΕΙΔΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

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

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

5.2.3 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Άμεσες επιπλοκές από την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας είναι: η συχνουρία και η δυσουρία από τον ερεθισμό της ουροδόχου κύστης, η διάρροια, ο τεινεσμός και ενίοτε η αιμορραγία (πρωκτίτιδα) από τον ερεθισμό του ορθού και η ναυτία από τον ερεθισμό του εντέρου. Μεταγενέστερες επιπλοκές είναι η

καταστροφή της ωοθηκικής λειτουργίας, η ίνωση του τοιχώματος της μήτρας και η κολπική ατροφία, τα κυστεοκολπικά και τα ορθοκολπικά συρίγγια και η υποδόρια ίνωση. Η αναιμία και οι τοπικές φλεγμονές πρέπει να διορθώνονται, επειδή η ιστική ανοξαιμία καθιστά τον καρκίνο λιγότερο ευαίσθητο στην ακτινοβολία. (Καλογερόπουλος 1996)

5.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ιδέα της θεραπείας του καρκίνου με χημικές ουσίες ή φάρμακα προϋπήρχε στην αρχαιότητα. Η σύγχρονη χημειοθεραπεία αρχίζει το 1941 με την παρατήρηση του Charles Huggins ότι οι ορμόνες μπορούν να προκαλέσουν ύφεση όγκων του προστάτη.

Το γεγονός αυτό ήταν η πρώτη απόδειξη ότι νεοπλασματικά κύτταρα μπορούν να καταστραφούν με μια συστηματική θεραπεία, κάτι διαφορετικό από την εγχείρηση και την ακτινοβολία. Σήμερα κατανοούμε καλύτερα την φύση του καρκίνου, η χημειοθεραπεία έγινε θεραπεία εκλογής, όσον αφορά την αντιμετώπιση των μεταστάσεων. (Σπηλιώτης 1999) Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα, επιβραδύνουν την εξέλιξή τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος.

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα των ιστών, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια, είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Είναι δε πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου, που θα καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα, δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά, όπως ο μυελός των οστών. (Σαχίνη-Καρδάση και συν. 1997)

5.3.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1.Αλκυλιούντες παράγοντες. Αυτά επηρεάζουν την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν τη λειτουργία των νουκλεϊκών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο στη προμιτωτική φάση.

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

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

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

Οι τοξικότητες και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, μπορεί να κυμαίνονται με τους διάφορους αντινεοπλασματικούς παράγοντες και με τον κάθε ασθενή.

Μερικά παραδείγματα πιο συχνών ανεπιθύμητων αντιδράσεων είναι:

- γαστρεντερικές διαταραχές,
- ανορεξία,
- ναυτία,
- έμετος,
- βλεννογονίτις,
- στοματίτις,
- κολίτις και ηπατική δυσλειτουργία.

Πιο αναλυτικά οι *παρενέργειες των φαρμάκων* είναι:

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

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

Ουροποιογεννητικές. Άσηπτη αιμορραγική κυστίτις, υπερωριχαιμία και νεφρική ανεπάρκεια.

Καταστολή των γονάδων. Αμηνόρροια, αζωοσπερμία.

Δερματικές. Αλωπεκία, υπέρχωση δέρματος και ονύχων, εξάνθημα.

Πνευμονικές. Διάμεση πνευμονική ίνωση.

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

Αναπνευστικές. Δύσπνοια

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

Χρωμοσωμικές. Μετάλλαξη.

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

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

5.3.2 ΑΡΧΕΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Βασικές αρχές για την έναρξη της χημειοθεραπείας είναι:

1. Η εδραίωση της διάγνωσης
2. Ο καθορισμός του σταδίου και της έκτασης της νόσου
3. Ο καθορισμός του στόχου της θεραπείας
4. Η εκτίμηση της απάντησης στην θεραπεία
5. Η αποδοχή της τοξικότητας του φαρμάκου
6. Η εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή

5.3.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Τέσσερα μπορεί να είναι δυνητικά τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας:

- 1. Πλήρης ύφεση:** Σημαίνει την πλήρη εξαφάνιση όλων των συμπτωμάτων και σημείων του κακοηθούς όγκου.
- 2. Μερική ύφεση:** Σημαίνει υποδιπλασιασμό του μεγέθους του όγκου (μείωση κατά 50% χωρίς να εξαφανιστεί).
Η θεραπεία πρέπει να συνεχιστεί μέχρι να εξαφανιστεί ο όγκος ή μέχρι να σταματήσει να μικραίνει. Εάν αυτό συμβεί πρέπει να επαναπροσδιοριστεί η σκέψη για χειρουργική αφαίρεση.
- 3. Σταθεροποίηση:** Ο όγκος παραμένει σταθερός, ούτε μικραίνει ούτε μεγαλώνει. Το γεγονός αυτό δυστυχώς διαρκεί μόλις λίγους μήνες.
- 4. Εξέλιξη:** Παρά τη θεραπεία ο όγκος μεγαλώνει. Πρέπει να γίνει διακοπή και αλλαγή του πλάνου. (Σπηλιώτης 1999)

5.3.4 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Υπάρχουν δύο βασικά είδη παρενεργειών της χημειοθεραπείας: Είναι οι άμεσες και οι χρόνιες.

Άμεσες παρενέργειες: κυρίως η ναυτία και οι έμετοι που εμφανίζονται αμέσως μετά τη θεραπεία, αλλά συνήθως υποχωρούν αρκετά σύντομα. Τα τελευταία χρόνια έχουν ανακαλυφθεί αρκετά φάρμακα κατά της ναυτίας. Συχνά χορηγούνται δύο ή τρία ή καμία φορά και τέσσερα μαζί, ενίοτε ενδοφλεβικό, προλαμβάνοντας συνήθως σοβαρότερα προβλήματα ναυτίας και εμέτου μαζί. Πολύ συχνά ο γιατρός πρέπει να δοκιμάσει διάφορους συνδυασμούς φαρμάκων εναντίον της ναυτίας αν ο πρώτος συνδυασμός δεν αποδώσει ικανοποιητικά. Μερικές φορές και τα φάρμακα για την ναυτία προκαλούν τις δικές τους παρενέργειες, όπως είναι η υπνηλία και η γενική κόπωση.

Χρόνιες παρενέργειες: Επειδή τα ταχέως αναπτυσσόμενα κύτταρα επηρεάζονται περισσότερο, πιθανόν να παρατηρηθεί τριχόπτωση, ερεθισμός του στόματος, ναυτία και διάρροια ή μείωση των κτάρων του αίματος (Dollinger 1992).

5.3.5 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΖΙ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ (συνδιασμένη θεραπεία με καλύτερα αποτελέσματα)

Η συνδιασμένη θεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η οποία περιλαμβάνει ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, αποδίδει καλύτερα αποτελέσματα με σημαντική αύξηση της επιβίωσης των ασθενών.

Μέχρι πρόσφατα η διεθνώς αποδεκτή θεραπεία για τον καρκίνο αυτό, περιλάμβανε εκτός από την χειρουργική επέμβαση, μόνο την ακτινοθεραπεία. Το 1999 το National Institute, ανακοίνωσε ότι για τις περιπτώσεις του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, πρέπει να χορηγείται ταυτόχρονα χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

Σύμφωνα με μια μεγάλη έρευνα που δημοσιεύτηκε στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό «The Lancet», Άγγλοι ερευνητές έκαναν μια συστηματική ανασκόπηση όλων των δεδομένων και κλινικών μελετών, που έγιναν σε ασθενείς με τον καρκίνο αυτό από το 1981 μέχρι το 2000.

Συνολικά περιελήφθηκαν στην έρευνα 4.580 ασθενείς. Τα ευρήματά τους έδειξαν ότι:

- Η ταυτόχρονη χορήγηση στις ασθενείς, χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας, βελτιώνει τη συνολική επιβίωσή τους και μειώνει το ποσοστό υποτροπών.

- Η συνδιασμένη θεραπεία μειώνει το ποσοστό των ασθενών που παρουσιάζουν μεταστάσεις, τόσο τοπικά, αλλά και σε άλλα όργανα.
- Το χημειοθεραπευτικό φάρμακο Cisplatinum, ήταν αυτό που χρησιμοποιείται στις περισσότερες περιπτώσεις.
- Η χημειοθεραπεία με ταυτόχρονη ακτινοθεραπεία, αυξάνει το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών στα 4 χρόνια κατά 16%.
- Τα καλά αποτελέσματα της συνδιασμένης θεραπείας ήταν ακόμη καλύτερα σε ασθενείς που είχαν αρχικά στάδια της νόσου.
- Οι επιπλοκές της συνδιασμένης θεραπείας περιελάμβαναν καταστολή του μυελού των οστών, συμπτώματα του πεπτικού συστήματος και νεφρικά προβλήματα. Οι επιπλοκές είναι περισσότερες στις γυναίκες που παίρνουν τη συνδιασμένη θεραπεία, παρά σε αυτές που παίρνουν μόνο ακτινοθεραπεία.

Χρειάζεται μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών για αντιμετώπιση των επιπλοκών που πιθανόν να προκύψουν.

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η συστηματική χημειοθεραπεία που χορηγείται, έχει δράση όχι μόνο τοπικά, εκεί που δηλαδή αρχικά εμφανίστηκε ο καρκίνος, αλλά και παντού στον οργανισμό με καταπολέμηση τυχόν καρκινικών κυττάρων που έχουν μετατοπιστεί.

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

5.4 ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν η εγχείρηση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν προλάβουν τον καρκίνο και ο θάνατος της άρρωστης είναι αναπόφευκτος, πριν από αυτόν μπορούμε να ανακουφίσουμε αυτή από τους πόνους, που προέρχονται από τοπική διήθηση, που έπιασε το ιερό πλέγμα, και από, οσφυική, που έπιασε το οσφυικό πλέγμα.

Για την καταπολέμηση του πόνου:

- 1) Χορηγούμε παυσίπονα, που κάποτε γίνονται ανεκτά από όλο τον οργανισμό της άρρωστης και συνέχεια πρέπει να μεγαλώνουμε την δόση τους.
- 2) Χορηγούμε ενδοραχιαία φαινόλη.
- 3) Εκτελούμε προσθιοπλάγια χορδοτομία στο ύψος του θ4 για κατάρτηση ετερόπλευρου πόνου.

4) Εκτελούμε αμφοτερόπλευρη χορδοτομία σε αμφοτερόπλευρους πόνους, αλλά αυτή διαταράσσει τη λειτουργία της ουροδόχου κύστης και του εντέρου και προκαλεί ατονία των κάτω άκρων.

5) Εκτελούμε οπίσθια ριζοτομία που προκαλεί απώλεια της λειτουργικότητας των κάτω άκρων.

Η κατάργηση του πόνου ή απλά η ανακούφιση από αυτόν επιδιώκεται σε όλες τις κλινικές και σε όλες τις ασθένειες. Στις ημέρες μας όμως υπάρχουν ειδικές κλινικές που ονομάζονται "κλινικές του πόνου", που ανακουφίζουν αισθητά τον καρκινοπαθή.

5.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

Στάδιο 0 – Καρκίνωμα in situ

Υπάρχουν τέσσερις εναλλακτικοί τρόποι για να αντιμετωπιστεί ο όγκος σ' αυτό το πρόωρο στάδιο.

- Η κατάψυξη του τραχήλου της μήτρας (κρυοθεραπεία), που μπορεί να πραγματοποιηθεί στο ιατρείο, παρουσιάζει αμελητέο ποσοστό επιπλοκών.
- Η θεραπεία με λέιζερ συνήθως αφορά μεγαλύτερης έκτασης βλάβες.
- Η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου, δεν εφαρμόζεται μόνο ως θεραπεία ίασης αλλά και στις περιπτώσεις όπου με την κολποσκόπηση αδυνατούμε να διακρίνουμε το ενδεχόμενο βαθμό δυσπλασίας ή διηθητικού καρκινώματος.
- Για τις γυναίκες που δεν πρόκειται να ξαναγεννήσουν ή παρουσιάζουν αρκετές υποτροπές της νόσου, συχνά συνίσταται ολική αφαίρεση της μήτρας (υστερεκτομή). (Dollinger et al 1992)

Στάδιο I_{A1}

Ο όγκος σε αυτό το στάδιο μπορεί να αντιμετωπιστεί:

- Με κωνοειδή εκτομή του τραχήλου
- Απλή ολική υστερεκτομή

Στάδιο I_{A2}

- Όταν το βάθος της διήθησης δεν υπερβαίνει τα 3mm εκτελείται συνήθως απλή ολική υστερεκτομή.
- Όταν το βάθος είναι μεγαλύτερο από 3mm η θεραπεία είναι ίδια με το στάδιο I_B.
- Πειραματικά δοκιμάζεται η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου σε γυναίκες με βλάβη βάθους μικρότερο από 3mm. Αυτή η θεραπεία είναι κατάλληλη για γυναίκες που επιθυμούν να μείνουν γόνιμες ή να αποφύγουν την υστερεκτομή.

Στάδιο I_B

Ο όγκος σε αυτό το στάδιο μπορεί να αντιμετωπιστεί:

- Ριζική υστερεκτομή
- Εξωτερική ακτινοθεραπεία (συνολική δόση 4.000 cGy χορηγούμενη διακεκομμένα 5 μέρες την εβδομάδα για διάστημα 5 βδομάδων).

Οι δύο μέθοδοι έχουν τα ίδια ποσοστά ίασης, οπότε η επιλογή εξαρτάται από την επιθυμία της ασθενούς για τη διατήρηση της ωθηκικής λειτουργίας, τη χειρουργική ικανότητα του γιατρού, την ηλικία και τη γενική κατάσταση της ασθενούς. (Κρεατσάς 1998)

Στάδιο II_A

Η καθιερωμένη θεραπεία περιλαμβάνει:

- Ριζική υστερεκτομή με αφαίρεση των λεμφαδένων της πυέλου
- Εξωτερική ακτινοθεραπεία ακολουθούμενη από ενδοτραχηλική εισαγωγή ραδιενεργού καισίου μία ή δύο φορές.

Στάδιο II_B

- Εφαρμόζεται εξωτερική ακτινοθεραπεία σε διακεκομμένες δόσεις επί 5 εβδομάδες και ακολουθεί εισαγωγή ραδιενεργού καισίου δύο φορές, σε διάστημα 36-48 ωρών.
- Πειραματικά δοκιμάζεται ακτινοθεραπεία χορηγούμενη ταυτόχρονα με χημειοθεραπεία (cisplatin + 5-fluorouracil + mitomycin-C ή bleomycin + mitomycin-C)

Στάδιο III_A & III_B

Η καθιερωμένη θεραπεία συνίσταται:

- Εξωτερική ακτινοθεραπεία και στη συνέχεια τοποθέτηση ραδιενεργού καισίου δύο φορές.
- Πειραματικά δοκιμάζεται ακτινοθεραπεία χορηγούμενη ταυτόχρονα με χημειοθεραπεία (cisplatin + 5-fluorouracil + mitomycin-C ή bleomycin + mitomycin-C)

Στάδιο IV_A

Το στάδιο αυτό συνήθως αντιμετωπίζεται με:

- Ακτινοθεραπεία, συνδυάζοντας την εξωτερική με την εσωτερική
- Πυελική εξεντέρωση

Στάδιο IV_B

- Η ακτινοβολία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ανακουφίσει από τα συμπτώματα της νόσου στην πύελο ή τις μεμονωμένες απομακρυσμένες μεταστάσεις.
- Χημειοθεραπεία με διάφορα χημειοθεραπευτικά φάρμακα cisplatin, carboplatin, ifosfamide και με ποικίλους συνδυασμούς. (Dollinger et al 1992)

5.6 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στα πρώτα 3 χρόνια μετά τη θεραπεία χρειάζεται κάθε τρίμηνο αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, εξέταση κολπικών επιχρισμάτων, αιματολογικές, βιοχημικές και ακτινολογικές εξετάσεις, αναλύσεις ούρων καθώς και παρακολούθηση του βάρους. Μετά, οι παραπάνω εξετάσεις μπορεί να γίνονται κατά εξάμηνο. Σε περιπτώσεις ιδιαίτερων ενοχλημάτων γίνεται ορθοσκόπηση, κυστεοσκόπηση και έλεγχος του ουροποιητικού, σπινθηρογράφημα, αξονική τομογραφία. (Μανταλενάκης 1996).

Όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα δεν απαιτούνται συστηματικές ακτινογραφίες θώρακα ή αξονικές τομογραφίες κοιλιάς ή πυέλου. Ο γιατρός πρέπει να μετράει σε κάθε επίσκεψη τα επίπεδα καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου και / ή αντιγόνου του επιθηλιακού καρκινώματος του ορού αν ήταν αυξημένα πριν αρχίσει η θεραπεία (Dollinger et all 1992).

Συγκεκριμένα, μετά από κωνοειδή εκτομή του τραχήλου ή ακρωτηριασμού του, συστήνεται παρακολούθηση με κλινική εξέταση και λήψη επιχρίσματος του τραχήλου τον πρώτο χρόνο τέσσερις φορές, το δεύτερο δύο και στη συνέχεια μία φορά το χρόνο ισόβια. Μετά από υστερεκτομία η παρακολούθηση συστήνεται στον κλινικό και κυτταρολογικό έλεγχο του πρώτου χρόνου κάθε τρεις μήνες , το δεύτερο και τρίτο κάθε έξι μήνες και για δεκαπέντε χρόνια μία φορά το χρόνο. Ακτινογραφία θώρακα συστήνεται μία φορά το χρόνο και CT μία φορά το χρόνο για δύο χρόνια.(Παπανικολάου Ν. 1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6-ΠΡΟΓΝΩΣΗ- ΠΡΟΛΗΨΗ

6.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

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

Από πρόσφατες στατιστικές προκύπτει το συμπέρασμα, πως στο στάδιο I του καρκίνου του τραχήλου, είτε με εγχείρηση αντιμετωπιστεί, είτε με ακτινοθεραπεία, η επιβίωση μετά 5 χρόνια είναι η ίδια. Ίσως μάλιστα υπερτερεί στην ακτινοθεραπεία.

Η επιβίωση μετά την 5ετία είναι:

Στο στάδιο 0 είναι 100%.

Στο στάδιο Ia είναι 93%.

Στο στάδιο Ib είναι 75-80%.

Στο στάδιο II είναι 50-60%.

Στο στάδιο III είναι 28-30%.

Στο στάδιο IV είναι 7%.

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

6.2 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η προληπτική θεραπεία συνίσταται στον περιοδικό έλεγχο του τραχήλου, με λήψη επιχρισμάτων προς κυτταρολογικό έλεγχο με τη μέθοδο Παπανικολάου. Ο έλεγχος αυτός στις μέρες μας κατέβασε αισθητά τη συχνότητα εκτέλεσης μεγάλων επιχειρήσεων και ανέβασε το ποσοστό επιβίωσης. Η συμβολή του αείμνηστου συμπατριώτη μας Γ. Παπανικολάου, του θεμελιωτή της αποφολιδωτικής κυτταρολογίας, στην ανίχνευση του καρκίνου σε στάδια, που εξασφαλίζουν ίαση, υπήρξε μεγάλη.

Σ' όλα τα μέρη του κόσμου υπάρχουν κέντρα αποφολιδωτικής κυτταρολογίας, και στη χώρα μας ένας κυτταρολογικός έλεγχος είναι εύκολος και προσιτός σε κάθε βαλάντιο. Απομένει η διαφώτιση του κοινού στη σημασία της προληπτικής εξέτασης Και αυτό δεν είναι μονάχα χρέος του γιατρού, της μαίας, της αδελφής, είναι χρέος και των αρμοδίων υπηρεσιών του κράτους «κάθε καρκίνος, που αφήνεται να επεκταθεί και να σκοτώσει την άρρωστη, πρέπει να θεωρείται ως αποτυχία των υπευθύνων και μομφή για το επίπεδο του πολιτισμού» αναφέρει ο Fegerl.

Ο τακτικός έλεγχος γυναικών, άνω των 30 και ιδιαίτερα όσων παντρεύτηκαν μικρές ή είχαν πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα, είναι απαραίτητος.

6.3 ΕΜΒΟΛΙΟ

Το 2007, ήταν μία ιδιαίτερη χρονιά που έφερε ευχάριστα νέα για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, καθώς δόθηκε στη διάθεση της επιστήμης το **εμβόλιο** που πλέον θα προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου και μπορεί να χορηγηθεί σε κοπέλες ηλικίας από 9 έως 26 ετών. Το συγκεκριμένο εμβόλιο ονομάζεται *Gardasil* και προστατεύει τις γυναίκες από το 75% των ιών ανθρωπίνων θηλωμάτων (H.P.V., Human Papiloma Virus) και ειδικότερα των τύπων 6,11,16,18 που θεωρούνται υπαίτια για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η προστασία που προσφέρει από τη μόλυνση από τους εν λόγω τύπους του ιού HPV είναι της τάξης του 95% έως 100%. Ωστόσο δεν προστατεύει από τους άλλους τύπους του ιού. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο για τις γυναίκες που έχουν λάβει το εμβόλιο όπως και για τις υπόλοιπες, να κάνουν όπως συστήνεται το τεστ Παπανικολάου.

Οι τύποι 16 και 18 του ιού HPV προκαλούν περίπου το 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι τύποι 6 και 11 δεν σχετίζονται με τον καρκίνο αλλά με θηλώματα που εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα και με ελαφριάς μορφής ανωμαλίες στο τεστ Παπανικολάου.

Το εμβόλιο συστήνεται σε κορίτσια ηλικίας 11 έως 12 ετών αλλά μπορεί να χορηγηθεί σε κορίτσια από την ηλικία των 9 ετών. Ο εμβολιασμός στις ηλικίες αυτές δημιουργεί τα ψηλότερα επίπεδα αντισωμάτων κατά του ιού HPV που προκαλεί τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Όσο πιο ψηλά αντισώματα μπορεί το ανοσοποιητικό σύστημα να δημιουργεί σε περίπτωση ανάγκης τόσο μεγαλύτερη είναι η προστασία.

Είναι καλύτερα το εμβόλιο να χορηγείται πριν από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Με τον τρόπο αυτό, το εμβόλιο προετοιμάζει το σύστημα άμυνας των κοριτσιών (ανοσοποιητικό σύστημα) που ευαισθητοποιείται και ενεργοποιείται προτού να έρθει αντιμέτωπο με τον ιό HPV.

Το εμβόλιο χορηγείται σε τρεις δόσεις σε περίοδο έξι μηνών. Η δεύτερη δόση δίνεται δύο μήνες μετά την πρώτη και η τρίτη τέσσερις μήνες μετά τη δεύτερη δόση. Ακόμη δεν έχει διευκρινισθεί εάν θα χρειάζεται να χορηγούνται

μετά τον αρχικό εμβολιασμό, μεταγενέστερες, πιο αργά στη ζωή της γυναίκας ενισχυτικές δόσεις του εμβολίου.

Για τις γυναίκες 13 έως 26 ετών που δεν έλαβαν το εμβόλιο ή που δεν έλαβαν την πλήρη σειρά των τριών εμβολίων συστήνεται να γίνεται ή να συμπληρώνεται ο εμβολιασμός τους. Οι δόσεις που χορηγούνται είναι τρεις διότι σε έρευνες που έγιναν αρχικά, έδειξαν ότι με κάθε μια από τις τρεις δόσεις, τα προστατευτικά αντισώματα αυξάνονται και έτσι η διαχρονική τους διατήρηση σε ψηλότερα επίπεδα μπορεί να προσφέρει μεγαλύτερη άμυνα εναντίον του καρκινογόνου ιού.

Για τις γυναίκες που είναι ήδη σεξουαλικά ενεργές, το εμβόλιο βρέθηκε σε έρευνες να είναι αποτελεσματικό στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Δεν προσφέρει θεραπεία ή ίαση μιας μόλυνσης από τον ιό HPV αλλά προσφέρεται μόνο για πρόληψη της μόλυνσης από τους τύπους 6,11, 16 και 18 του ιού. Έτσι εάν η γυναίκα κατά τη σεξουαλική της δραστηριότητα μολυνθεί από άλλους τύπους του ιού HPV, το εμβόλιο δεν προσφέρει προστασία από αυτούς.

Ο ιός HPV μεταδίδεται στις γυναίκες κατά τη σεξουαλική επαφή. Όσο περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους έχει μια γυναίκα τόσο περισσότερο αυξάνονται οι πιθανότητες της να μολυνθεί από τους διάφορους τύπους των ιών HPV. Η χρήση προφυλακτικού σε κάθε συνουσία και η μείωση του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων μειώνουν τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού.



Το εμβόλιο Gardasil είναι το πρώτο εμβόλιο που κατασκευάστηκε με στόχο την πρόληψη καρκίνου. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας κτυπά συνήθως νέες γυναίκες. Υπολογίζεται ότι παγκοσμίως εκδηλώνονται κάθε χρόνο περίπου 500.000 νέες περιπτώσεις του εν λόγω καρκίνου με ποσοστό θνητότητας της τάξης του 40%.

Οι θετικές επιδράσεις του εμβολίου αναμένονται να είναι εξαιρετικά καλές δεδομένου ότι προστατεύει από τους τύπους 16 και 18 του ιού HPV που προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό καρκίνων του τραχήλου της μήτρας (70%).

Το εμβόλιο Gardasil χορηγείται σε 3 ενέσεις εντός χρονικού διαστήματος 6 μηνών. Τα συχνότερα προβλήματα που προκαλεί είναι πόνος, φαγούρα, ερυθρότητα και μώλωπας στο σημείο που γίνεται η ένεση. Επίσης δυνατόν να προκαλέσει πονοκέφαλο και πυρετό.

Παρατηρήθηκαν πολλές αντιδράσεις για το γεγονός ότι, η σύσταση για χρήση του φαρμάκου, αφορά στη χορήγηση εμβολίου σε κορίτσια 9 ετών, δηλαδή πολύ πριν την ηλικία της σεξουαλικής δραστηριοποίησης. Όμως έρευνες έχουν δείξει ότι προγράμματα εμβολιασμού όλων των κοριτσιών ηλικίας 12 ετών, θα μπορούσαν να μειώνουν τους θανάτους από τη νόσο μέχρι και 75%.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7-ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Αυτή η συνύπαρξη εμφανίζεται σε συχνότητα 0,2%.Ο έλεγχος του τραχήλου σε κάθε έγκυο είναι απαραίτητος. Η άποψη, πως η εγκυμοσύνη επιβαρύνει τον καρκίνο του τραχήλου, δεν είναι τεκμηριωμένη. Η διάγνωση στη λοχεία επιβαρύνει την πρόγνωση, γιατί τότε είναι προχωρημένος. Μέση ηλικία εμφάνισης της συνύρπαξής του είναι τα 32-34 χρόνια της γυναίκας. Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου του τραχήλου, που συνοδεύει την εγκυμοσύνη, σε συχνότητα 96%, είναι επιθηλιακός, σε συχνότητα 3,5% αδενοκαρκίνωμα και σε συχνότητα 0,5% αφορά σε άλλους τύπους.

Τα συμπτώματα της πάθησης είναι η αυτόματη αιμορραγία από το γεννητικό σύστημα, που στην περίπτωση της εγκύου εκλαμβάνεται ως απειλούμενη έκτρωση. Η συνύπαρξη καρκίνου του τραχήλου και εγκυμοσύνης φέρνει σε δίλημμα το γυναικολόγο σχετικά με την αντιμετώπιση της κατάστασης.

Οι περισσότεροι γυναικολόγοι προτιμούν:

1. Σε ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και καρκίνωμα in situ η κολποσκοπική εκτίμηση και η παρακολούθηση είναι αρκετές, εφόσον δεν υπάρχουν ενδείξεις διήθησης. Αν υπάρχουν αμφιβολίες πρέπει να γίνει κωνοειδής εκτομή στο δεύτερο τρίμηνο, γιατί στο πρώτο τρίμηνο υπάρχει κίνδυνος αυτόματης έκτρωσης μέχρι 33%.
2. Σε διηθητικό καρκίνο, αν η κωνοειδής εκτομή δείξει διήθηση κάτω από 3χιλ., δεν υπάρχει διήθηση αγγείων και τα χείλη είναι ελεύθερα, η εγκυμοσύνη μπορεί να συνεχιστεί και να γίνει υστερεκτομία στη λοχεία. Αν η διήθηση είναι 3-5χιλ., τότε η εγκυμοσύνη μπορεί να συνεχιστεί ως το τέλος και να γίνει υστερεκτομία με λεμφαδενεκτομία μετά από κάθετη καισαρική τομή.
3. Στο στάδιο I_β, όταν η γυναίκα βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο, η θεραπεία είναι ριζική υστερεκτομία και λεμφαδενεκτομία μετά από υστερεκτομία. Αν η εγκυμοσύνη πλησιάζει στο τρίτο τρίμηνο καθυστέρηση μεγαλύτερη από τέσσερις εβδομάδες πρέπει να αποφεύγεται. Η θεραπεία είναι εγχειρητική με καισαρική τομή και ριζική υστερεκτομία και λεμφαδενεκτομία. Μπορεί να δοθούν στεροειδή και να γίνει αμνιοπαρακέντηση για την πνευμονική ωριμότητα.
4. Στα στάδια II-IV γίνεται ακτινοθεραπεία. Στο πρώτο τρίμηνο αρχίζει ως εξωτερική και συνήθως μετά από 4000 rads επέρχεται αυτόματη έκτρωση. Ακολουθεί εκκένωση της μήτρας και συνέχιση της ακτινοθεραπείας. Στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο προηγείται υστερεκτομία ή κάθετη καισαρική. Η πρόγνωση για την έγκυο, παρά τις προόδους που έχουν σημειωθεί φτάνει την επιβίωσή της σε 50%. Για το έμβρυο η πρόγνωση είναι βαρύτερη από τις συχνές αυτόματες εκτρώσεις και από την αυξημένη συχνότητα διακοπής της εγκυμοσύνης για θεραπευτικούς λόγους.(Παπανικολάου 1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Κατά τη διάρκεια της ιστορίας, η νοσηλεύτρια με πρώτη διδάσκουσα την Florence Nightingale, απέδειξε ότι στέκεται δίπλα στον ανθρώπινο πόνο, με κύρια όπλα της τη γνώση, την ανθρωπιά και την αγάπη, κατάφερε πολλές φορές κάτω από αντίξοες συνθήκες να προασπίσει την ανθρώπινη υγεία και να συμβάλλει στην αντιμετώπιση και πρόληψη της ασθένειας.

Με την πάροδο του χρόνου, πολλές ασθένειες αυξήθηκαν σε συχνότητα και άλλες έκαναν την εμφάνισή τους, με αποτέλεσμα να θεωρούνται αναγκαία η απόκτηση περισσότερων επιστημονικών γνώσεων και η πιο άρτια επαγγελματική κατάρτιση για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση αυτών.

Μια από τις ασθένειες που παραδόξως εμφανίζεται αυξημένη σε συχνότητα, μέχρι και σήμερα-και λέμε παραδόξως γιατί δίνονται δυνατότητες για έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση-είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ο οποίος χρήζει εξειδικευμένες γνώσεις για την αντιμετώπισή του.

Η νοσηλεύτρια καλείται να διαδραματίσει ένα πολύ σημαντικό και δύσκολο ρόλο τόσο στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου, όσο και στην πρόληψή της. Σπουδαίο όμως είναι το έργο της και σε ασθενείς που δυστυχώς, βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους, όπου χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη.

Κατά την εκτέλεση του καθήκοντος, η νοσηλεύτρια κρίνεται αναγκαίο να θέτει άμεσους και μακροπρόθεσμους σκοπούς που θα την βοηθήσουν στην καλύτερη προσέγγιση της ασθενούς. Στους άμεσους συμπεριλαμβάνονται η μείωση της αγωνίας, η εξασφάλιση υποστήριξης κατά τη διαγνωστική περίοδο, καθώς και η προετοιμασία της ασθενούς και της οικογένειας της για το πρόγραμμα θεραπείας, η οποία μπορεί να είναι χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή ορμονική. Από τους μακροπρόθεσμους σκοπούς επισημαίνεται η διδασκαλία της ασθενούς για τη φαρμακευτική αγωγή, για το πρόγραμμα ανάπαυσης και δραστηριότητας και για τη σημασία του ιατρικού επανελέγχου, ακόμα και μετά τη θεραπεία, καθώς και η προαγωγή επαρκούς θρέψης.

Θέτοντας αυτούς τους σκοπούς και συνειδητοποιώντας τη σπουδαιότητα του έργου τους, η νοσηλεύτρια σε συνεργασία με το γιατρό, θα συμβάλλει αποφασιστικά στη θεραπεία και αποκατάσταση της ασθενούς, βοηθώντας την παράλληλα να αποκτήσει ποιότητα ζωής.

8.1 Νοσηλευτική φροντίδα κατά τις διαγνωστικές εξετάσεις

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στις διαγνωστικές εξετάσεις είναι πολύ σημαντικός. Ενημερώνει τον ασθενή για το είδος της εξέτασης και ταυτόχρονα

βοηθά το γιατρό κατά την εξέταση. Στις ακτινολογικές εξετάσεις, στην τομογραφία και στο υπερηχογράφημα, εκτός από την ενημέρωση και τη σωστή πληροφόρηση, δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία.

Κατά την *πυελική εξέταση* ο ρόλος της νοσηλεύτριας ή του νοσηλευτή είναι η προετοιμασία της άρρωστης που περιλαμβάνει

1. παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Η άρρωστη χρειάζεται ενθάρρυνση, κατανόηση και επιδέξιο χειρισμό τόσο των συγκινησιακών όσο και των φυσικών της προβλημάτων.
2. παροχή συμβουλών στην άρρωστη για αποφυγή συνουσίας και κολπικών πλύσεων 24 ώρες πριν από την εξέταση, σε περίπτωση που θα ληφθεί κολπικό έκκριμα για κυτταρολογική εξέταση.
3. παρότρυνση της άρρωστης για κένωση της κύστης και του εντέρου πριν από την εξέταση, γιατί έτσι εξασφαλίζεται χαλάρωση των περινεϊκών ιστών.
4. αποφυγή των περιττών ενδυμάτων για να επιτραπεί ικανοποιητική έκθεση των γεννητικών οργάνων και η εξέταση της κοιλιάς.
5. αποφυγή υπερβολικής έκθεσης της άρρωστης.

Η νοσηλεύτρια καθ' όλη τη διάρκεια της εξέτασης εξασφαλίζει άνεση στην ασθενή με την παρουσία της και την ενθαρρύνει για να χαλαρώσει, να είναι ήρεμη και να αναπνέει βαθιά. Επίσης εξασφαλίζει και κατάλληλο φωτισμό. Μετά την εξέταση τοποθετεί την άρρωστη σε άνετη θέση, παρέχοντάς της χρόνο να μείνει για λίγα λεπτά στο εξεταστικό κρεβάτι μέχρι να ανακτήσει την ισορροπία της. Ακόμα θα πρέπει να επιλύσει όλες τις απορίες της άρρωστης και να διασαφηνίσει τις ιατρικές οδηγίες.

Για την *κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου*, η ασθενής πριν οδηγηθεί στο γιατρό θα πρέπει να γνωρίζει ότι η εξέταση αυτή εκτελείται μία εβδομάδα μετά το τέλος εμμηνορρυσίας και ότι δεν πρέπει να έχουν προηγηθεί κολπικές πλύσεις ή συνουσία σε διάστημα 24 ωρών πριν από την εξέταση, γιατί υπάρχει κίνδυνος να αλλοιωθούν τα κύτταρα των επιχρισμάτων.

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, η νοσηλεύτρια προσπαθεί να κάνει την ασθενή να νιώσει άνετα και να χαλαρώσει προκειμένου να μην πονέσει, αλλά και για να διευκολυνθεί ο γιατρός.

Σε *βιοψία τραχήλου* εξηγείται στην άρρωστη η φύση της διαδικασίας και ενημερώνεται ότι δεν θα της γίνει αναισθησία, γιατί ο τράχηλος δεν έχει υποδοχείς πόνου. Στη συνέχεια τοποθετείται σε θέση λιθοτομής (ύπτια θέση με τα γόνατα και τα ισχία σε κάμψη και απαγωγή) και καλύπτεται. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά στην ασθενή τόσο για ψυχολογική υποστήριξη όσο και για βοήθεια προς το γιατρό. Μετά την εξέταση είναι απαραίτητο η άρρωστη να ξεκουραστεί για λίγο και πριν φύγει της

δίνονται οδηγίες σχετικά με το να αποφεύγει να σηκώνει βάρη για 24 ώρες, ότι ο πωματισμός μπορεί να μείνει στη θέση του για 12-24 ώρες, ανάλογα με την εντολή του γιατρού και να ενημερωθεί από το γιατρό σχετικά με τις πλύσεις και τις σεξουαλικές επαφές, οι οποίες αποφεύγονται για αρκετές εβδομάδες μετά τη βιοψία. Ακόμη πρέπει να γνωρίζει ότι ενδέχεται να παρατηρηθεί αιμορραγία, η οποία αν είναι περισσότερη από ότι σε μία φυσιολογική έμμηνο ρύση, πρέπει να αναφερθεί αμέσως στον γιατρό.

Στη δοκιμασία *Schiller* η νοσηλευτική αντιμετώπιση της άρρωστης και η προετοιμασία της είναι ίδια με της πυελικής εξέτασης.

Στην *κολποσκόπηση* η αντιμετώπιση και προετοιμασία της άρρωστης είναι όμοια με εκείνη της πυελικής εξέτασης. Επιπρόσθετες εξηγήσεις δίνονται σχετικά με το τι πρέπει να περιμένει από τις εξετάσεις αυτές.

8.2 Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χειρουργική θεραπεία

Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας στη χειρουργική θεραπεία είναι η μείωση της ανησυχίας και του φόβου της εγχείρησης και η βοήθεια στην ασθενή να δημιουργήσει θετικό σωματικό είδωλο. Μακροπρόθεσμα, είναι η παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου και να μειωθεί ο κίνδυνος της υποτροπής.

8.2.1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

A) Εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης

Η εκτίμηση της ασθενούς γίνεται:

1. Με τη λήψη ιστορικού υγείας, όπου γίνονται ερωτήσεις για την ηλικία, τη συζυγική κατάσταση, την έμμηνο ρύση, το μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό. Επίσης ερωτήσεις που αφορούν ατομικές υγιεινές συνήθειες, τυχόν προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα, συμπτώματα έρπη, χρήση κολπικών αντιβιοτικών, την ημερομηνία τελευταίας εξέτασης κολπικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου. Η νοσηλεύτρια, γνωρίζοντας το ιστορικό της ασθενούς θα συγκεντρώσει σημαντικές πληροφορίες για την προσωπικότητά της ώστε να την αντιμετωπίσει με επιδέξιο κατάλληλο τρόπο. Επιπλέον θα πρέπει να γνωρίζει και τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων.

2. Με τη φυσική εκτίμηση, στην οποία η πυελική εξέταση θα αποκαλύψει φυσιολογικά εξωτερικά γεννητικά όργανα και όχι αξιοσημείωτη αλλαγή στον κολπικό τραχηλικό βλεννογόνο.
3. Με τις διαγνωστικές εξετάσεις.

Β) Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου

Τα συμπτώματα της νόσου που χρειάζονται νοσηλευτική αντιμετώπιση είναι:

1. Η κολπική υπερέκκριση πυώδης ή αιματηρή, στην οποία θα πρέπει να γίνονται συχνές πλύσεις στη γυναίκα και να αλλάζει συχνά εσώρουχα. Ακόμη ελέγχεται η σύσταση της έκκρισης.
2. Αιμορραγία μετά από κολπική πλύση ή συνουσία. Γίνονται ερωτήσεις για το αν υπάρχει περιοδικότητα ως προς την εμφάνιση, καθώς και αν η ασθενής βρίσκεται σε στάδιο μετά την εμμηνόπαυση. Στη συνέχεια ελέγχεται η ποσότητα της αιμορραγίας, παρακολουθώντας μήπως εμφανίσει υπερβολική απώλεια αίματος και επέλθει σε κατάσταση shock. Για το λόγο αυτό λαμβάνονται συνεχώς τα ζωτικά σημεία και ελέγχεται ο αιματοκρίτης και η αιμοσφαιρίνη. Επίσης λαμβάνεται δείγμα αίματος για καθορισμό της ομάδας και δίνεται ιατρική εντολή να υπάρχει έτοιμο αίμα για μετάγγιση αν η αιμορραγία είναι αυξημένη. Αν η αιμορραγία είναι σταγονοειδής, συστήνεται στην ασθενή να είναι κλινήρης, να μην κουράζεται και αν παρατηρήσει αύξηση αυτής να ενημερώσει το γιατρό της
3. Σε προχωρημένο στάδιο όπου η ασθενής εμφανίζει ανορεξία, απώλεια βάρους, καχεξία, φροντίζεται ιδιαίτερα η διατροφή της η οποία θα πρέπει να είναι υψηλής θερμιδικής αξίας. Επίσης είναι απαραίτητο να της χορηγούνται βιταμίνες. Καθ' όλη τη διάρκεια των συμπτωμάτων, η νοσηλεύτρια οφείλει να είναι στο πλευρό της ασθενούς, να την υποστηρίζει ψυχολογικά και να την καθησυχάζει ενημερώνοντας της ότι μετά τη χειρουργική θεραπεία, τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν ή θα μειωθούν.

Γ) Επεξήγηση του όρου υστερεκτομή στην άρρωστη και την οικογένειά της. Εξασφάλιση της συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση ή τη διακοπή της κύησης αν η άρρωστη είναι έγκυος.

Δ) Ενημέρωση της άρρωστης σχετικά με τη μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία) πόνο, δραστηριότητα, διαίτα, συνουσία, εμμηνορροσία.

Ε) Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα

Στ) Υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων. Μερικές γυναίκες μπορεί να αποδεχτούν την υστερεκτομία και να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου τους και την ανάγκη τους σαν γυναίκες. Άλλες, όμως, είναι αμφίβολες για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες, είναι καθοριστικές στην αντίληψή τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Υπάρχουν και γυναίκες οι οποίες μπορούν να παρουσιάσουν κατάθλιψη και άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, εάν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη.

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

Η) Προεγχειρητική ετοιμασία

Η προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς, συνίσταται σε :

- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει

1) Ψυχολογική υποστήριξη

Απαραίτητη είναι η ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά της ,τους φόβους και τις ανησυχίες της. Η παραμονή της άρρωστης στο νοσοκομείο μέχρι την ημέρα της εγχείρησης είναι μεγάλη. Έτσι έχει χρόνο να συνεργαστεί με το νοσηλευτικό προσωπικό και με ειδικά άτομα της υγειονομικής ομάδας ,όπως το φυσιοθεραπευτή, την κοινωνική λειτουργό, την επισκέπτρια υγείας, για την λύση των προβλημάτων της και τη μείωση του φόβου και του άγχους της.

2) Τόνωση σωματική

Αυτή συνίσταται σε καθαρισμό του εντερικού σωλήνα με την χρήση καθαρικών φαρμάκων ή καθαρικό υποκλυσμό και καθαριότητα του σώματος της ασθενούς(λουτρό, περιποίηση νυχιών, καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας).

3) Ιατρικές εξετάσεις

Στην γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση της ασθενούς που θα χειρουργηθεί από:

- i. Χειρουργό, για επιβεβαίωση ακριβής διάγνωσης και λήψη ιστορικού.
- ii. Παθολόγο, για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.
- iii. Αναισθησιολόγο, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος του αναισθητικού και κατά πόσο ο ασθενής μπορεί ακίνδυνα να πάρει νάρκωση.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:

- i. Εξέταση αίματος: γενική αίματος(λευκά, ερυθρά και Hb), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, αέρια και Ph αίματος, χρόνος ροής και πήξης αίματος, ομάδα και Rhesus, σάκχαρο και ουρία.
- ii. Γενική ούρων
- iii. Ακτινογραφία θώρακος.
- iv. Ενδοφλέβια πυελογραφία(οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί)

4) Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου

Για την αποφυγή αϋπνίας και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή την νύχτα της παραμονής της εγχείρησης ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

5) Προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων και αναπνευστικών μυών. Επίσης έχει ενημερωθεί η ασθενής για διακοπή των αντισυλληπτικών δισκίων.

6) Προσανατολισμός ασθενούς στο νέο δωμάτιο, στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, όταν μάλιστα πρόκειται να νοσηλευτεί σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης.

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος, στην προκειμένη περίπτωση κοιλία ή αιδοίο, στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

- i. Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς.
- ii. Κατάλληλη ένδυση ασθενούς, η οποία αποτελείται από ποδονάρια, ρόμπα και σκούφο για την επικάλυψη του τριχωτού της κεφαλής. Αφού η ασθενής φορέσει τα κατάλληλα ρούχα, στη συνέχεια αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα και τα ξένα αντικείμενα που φέρει πάνω της.
- iii. Προνάρκωση: αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν από την εγχείρηση. Λόγω της δράσης των φαρμάκων συνίσταται στην ασθενή να μην σηκωθεί από το κρεβάτι.

8.2.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

A. Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνος, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, κοιλική εκροή, παροχέτευση τραύματος.

B. Παραγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.

Γ. Προαγωγή της επούλωσης του τραύματος.

Δ. Πρόληψη λοίμωξης. Σε μετεγχειρητικό πυρετό πρέπει να γίνεται εκτίμηση εκτός από το χειρουργικό τραύμα και άλλης πηγής προέλευσης, του πυρετού. Να ελέγχεται το αναπνευστικό για πιθανή πνευμονία, τα κάτω άκρα για πιθανή θρομβοφλεβίτιδα, το ουροποιητικό σύστημα για πιθανή πυελονεφρίτιδα. Όταν η πυρετική κίνηση συνεχίζεται πρέπει να γίνεται εξέταση λευκών αιμοσφαιρίων, γενική και καλλιέργεια ούρων.

Ε. Παρακολούθηση για κοιλική απέκκριση. Γίνεται αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική και παρακολουθείται το χρώμα και το ποσό του εκκρίματος τουλάχιστον κάθε δύο ώρες για ένα 24ωρο. Επίσης λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία κάθε 8ώρες.

ΣΤ. Συνίσταται στην ασθενή να αποφεύγει την παρατεταμένη ορθοστασία και την καθιστική θέση, γιατί η βαρύτητα και το αντανακλαστικό του ισχίου αυξάνουν την φλεβική συμφόρηση της πυέλου.

Z. Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών δυσχερειών.

Άλγος: Η ασθενής που έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση βρίσκεται σε σωματική διανοητική και συναισθηματική υπερένταση, η οποία επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο.

Η νοσηλεύτρια για να ανακουφίσει την ασθενή από το άλγος της δίνει την κατάλληλη θέση που της προκαλεί χαλάρωση των μυών, προστατεύει την άρρωστη από τον βήχα και τους εμέτους και όταν το άλγος δεν υποχωρεί χορηγεί αναλγητικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή.

Δίψα: Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή τοπική αναισθησία.

Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από την μείωση των υγρών του οργανισμού κατά και μετά την εγχείρηση.

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές στοματικές πλύσεις και με χορήγηση υγρών μέσω της παρεντερικής οδού.

Έμετος-Ναυτία: Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πάνω από 24 ώρες. Η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι της ασθενούς πλάγια και της προμηθεύει νεφροειδές που απομακρύνει αμέσως μετά τον έμετο. Στη συνέχεια πλένει το στόμα με νερό και διατηρεί καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Σε συνεχιζόμενους εμέτους τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας Levin και χορηγούνται αντιεμετικά φάρμακα μετά από ιατρική οδηγία.

H. Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών

I. Από το κυκλοφοριακό

Αιμορραγία: Αν η αιμορραγία είναι εμφανής και βρεθεί η εστία της τοποθετούνται αιμοστατικά ράμματα στο κολόβωμα του κόλπου και η αιμορραγία τίθεται υπό έλεγχο. Σε περίπτωση που υπάρχει διάχυτη αιμορραγία αντιμετωπίζεται με αιμοστατικά διαλύματα και η νοσηλεύτρια έχει ήδη ενημερώσει και στείλει δείγμα στην τράπεζα αίματος για να ετοιμαστεί για μετάγγιση.

Σημεία από τα οποία η νοσηλεύτρια μπορεί να διαπιστώσει αιμορραγία είναι, ο γρήγορος σφυγμός, ψυχρό πρόσωπο και άκρα, ωχρότητα δέρματος, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσης, εφίδρωση και εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία.

Η νοσηλεύτρια τοποθετεί την ασθενή σε ανάρροπη θέση, της συστήνει να είναι ακίνητη και συγχρόνως καλεί τον γιατρό, διατηρώντας την θερμή και ήρεμη.

Shock ή Καταπληξία: Χειρουργική καταπληξία, είναι η κατάπτωση του κυκλοφοριακού συστήματος η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Τα συμπτώματα είναι μικρός και συχνός σφυγμός, επιπόλαιη και ανώμαλη αναπνοή, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσης και ψυχροί ιδρώτες. Η νοσηλεύτρια για την αντιμετώπιση του shock αφαιρεί το μαξιλάρι από το κεφάλι της άρρωστης και ανυψώνει το κάτω μέρος του κρεβατιού για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Κινητοποιεί την ασθενή και την κρατάει ζεστή. Γίνεται καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από ιατρική εντολή και παράλληλα ησυχάζει την ασθενή.

Η προφύλαξη της ασθενούς από μετεγχειρητικό shock, συνίσταται στην προσπάθεια να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό, στην ανακούφιση από τον πόνο, στην αύξηση του όγκου αίματος προεγχειρητικά, στη χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά και στην τόνωση του ηθικού. Όλα αυτά αποτελούν βασικά καθήκοντα της νοσηλεύτριας-τη.

Θρομβοφλεβίτιδα: Η νοσηλεύτρια μπορεί να αναγνωρίσει τη θρομβοφλεβίτιδα από τον πυρετό, το οίδημα και τον πόνο στην ι του αποφραχθέντος αγγείου. Όταν εντοπίσει αυτά τα σημεία θα πρέπει να θέσει το άκρο σε ακινησία και να το τοποθετήσει σε ανάρροπη θέση, για τη διευκόλυνση της κυκλοφορίας. Επίσης τοποθετεί θερμά, υγρά επιθέματα για την ανακούφισή της. Όσο αναφορά την θεραπευτική αγωγή η οποία είναι αντιπηκτική θα πρέπει να εφαρμοστεί σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

Φλεβίτιδα: Σε περίπτωση φλεβίτιδας θα πρέπει να αφαιρείται ο φλεβοκαθετήρας και η νοσηλεύτρια να τοποθετεί ζεστά επιθέματα και αντισταφυλοκοκικά αντιβιοτικά μετά από εντολή ιατρού. Είναι απαραίτητο να ελέγχεται συχνά το σημείο καθετηριασμού για σημεία ερυθρότητας.

II. Από το αναπνευστικό

Πνευμονία, Ατελεκτασία. Η πρόληψη έχει μεγάλη σημασία. Είναι ανάγκη να παρακολουθείται η ασθενής μέχρι την τέλεια απονάρκωση και στη συνέχεια να τοποθετείται σε ζεστό κρεβάτι και σε ανάρροπη θέση. Η νοσηλεύτρια οφείλει

να περιποιείται την στοματική και ρινοφαρυγγική κοιλότητα και να της υπενθυμίζει να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων. Σε εμφάνιση πνευμονίας η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ακολουθεί πιστά τις ιατρικές οδηγίες, όσον αφορά την χορήγηση των κατάλληλων αντιβιοτικών.

Πνευμονική εμβολή. Είναι πολύ σημαντικό η νοσηλεύτρια να γνωρίζει τα συμπτώματα της επιπλοκής αυτής για έγκαιρη ειδοποίηση του γιατρού αλλά και για την πρόληψη εμφάνισης της αρρώστιας. Προληπτικά μέτρα που μπορούν να ληφθούν είναι αναπνευστικές ασκήσεις, ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων, έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι.

Σε περίπτωση πνευμονικής εμβολής χορηγούνται αναλγητικά μετά από ιατρική εντολή στο θωρακικό πλευρικό άλγος, και σε δύσπνοια η νοσηλεύτρια τοποθετεί την ασθενή σε ημικαθιστή θέση και της χορηγεί οξυγόνο και βρογχοδιασταλτικά φάρμακα με ιατρική οδηγία.

Ασφυξία. Αίτια της ασφυξίας είναι η εισρόφησης των εμεσμάτων από την αναπνευστική οδό, η πτώση της κάτω γνάθου και η επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνοής. Τα συμπτώματα είναι δύσπνοια και κυάνωση. Η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι της άρρωστης σε πλάγια θέση για αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων, συνιστά στην ασθενή να παίρνει αναπνοές για την γρήγορη απονάκωσή της, σε περίπτωση ασφυκτικών φαινομένων πιέζει τις γωνίες της κάτω γνάθου προς τα πάνω και προσπαθεί να ανοίξει το στόμα και να τραβήξει τη γλώσσα προς τα εμπρός. Τέλος σε εμφάνιση δυσπνοιικών φαινομένων, χωρίς απόφραξη της αναπνευστικής οδού χορηγεί οξυγόνο και παράλληλα διατηρεί καλό αερισμό στο δωμάτιο.

III. Από το πεπτικό

Μετεωρισμός κοιλίας. Για την αποφυγή του μετεωρισμού τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας από το χειρουργείο. Αν δεν αποφευχθεί περιορίζονται τα υγρά και οι τροφές μέχρι να επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου. Επίσης μπορεί να τοποθετηθεί και σωλήνας αερίων, να γίνει υποκλυσμός με υπέρτονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου 15-20%. Όταν διαπιστωθεί, με ακρόαση κοιλίας, ότι ο περισταλτισμός του εντέρου επέστρεψε, χορηγούνται υγρά και υδαρής τροφή.

Παραλυτικός ειλεός. Είναι η παρατεταμένη διάταση του εντέρου και του στομάχου και ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι κυρίως προληπτικός, αφού η αντιμετώπισή του που είναι η διασωλήνωση, είναι καθαρά ιατρική ενέργεια. Έτσι η νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίζει με προσοχή για την σωστή καθαριότητα του εντερικού σωλήνα, προεγχειρητικά και να προβαίνει σε έγκαιρη έγερση της ασθενούς, εφόσον βέβαια η κατάστασή της το επιτρέπει.

IV. Από το ουροποιητικό

Επίσχεση ούρων. Είναι η κατάσταση κατά την οποία η ασθενής ενώ έχει ούρα στην ουροδόχο κύστη, αδυνατεί να ουρήσει. Αυτό οφείλεται στην υποτονία των κοιλιακών τοιχωμάτων και στη σύσπαση του σφιγκτήρα.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να αλλάζει θέση στην ασθενή και να ρίχνει χλιαρό νερό πάνω στο αιδοίο και παράλληλα να ανοίγει την βρύση και να αφήνει το νερό να τρέχει. Επίσης να σηκώνει την ασθενή, αν η κατάσταση της το επιτρέπει ή να τοποθετεί θερμοφόρα στην ουροδόχο κύστη.

Αν τα μέσα αυτά δεν φέρουν κανένα αποτέλεσμα, τότε με εντολή γιατρού θα χορηγηθεί σπασμολυτικό υπόθετο και αν πάλι δεν επέλθει αποτέλεσμα, τότε θα πρέπει να γίνει καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.

Λοίμωξη. Σε περίπτωση φλεγμονής, λαμβάνεται δείγμα ούρων με άσηπτη τεχνική, για καλλιέργεια και στη συνέχεια εφαρμόζεται η κατάλληλη αντιβίωση, εφόσον έχει εντοπιστεί το υπεύθυνο μικρόβιο. Παράλληλα η νοσηλεύτρια, φροντίζει για την καλύτερη αντιμετώπιση του πυρετού, μέχρι να υποχωρήσει από την δράση του αντιβιοτικού, με κρύο μπάνιο και παγοκύστες.

V. Από το τραύμα

Μόλυνση τραύματος. Τα τοπικά συμπτώματα είναι αυξημένος πόνος, θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα και πυώδες εκροή, ενώ τα γενικά συμπτώματα είναι, πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία και ανορεξία. Η πρόληψη της μόλυνσεως επιτυγχάνεται με περιποίηση του τραύματος με άσηπτη τεχνική.

Ρήξη τραύματος. Όταν γίνει κοιλιακή υστερεκτομή σε παχύσαρκή ασθενή ή σε ασθενή με βίαιους εμέτους ή έντονο βήχα, υπάρχει κίνδυνος για ρήξη του τραύματος. Σε αυτή την περίπτωση η νοσηλεύτρια υποστηρίζει το τραύμα με

τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης, καταστέλλει τον έμετο και τον βήχα, μετά από ιατρική οδηγία και διδάσκει την ασθενή να συγκρατεί με τις δύο παλάμες το τραύμα, όταν βήχει.

Εάν κατά τη ρήξη του τραύματος βγει έξω τμήμα του εντέρου, ειδοποιείται αμέσως ο γιατρός. Ωστόσο καλύπτεται το έντερο με αποστειρωμένο τετράγωνο, βρεγμένο με φυσιολογικό ορό και ακινητοποιείται η ασθενής. Η νοσηλεύτρια παράλληλα προσπαθεί να καθησυχάσει την ασθενή.

8.3 Ψυχικές Αντιδράσεις

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη, λοιπόν, κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Και αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας.

Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα η άρρωστη πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης. (Μαλγαρινού και συν. 1997). Ο τρόπος που αντιδρά μία καρκινοπαθής διέρχεται από πέντε στάδια από τη στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι άρρωστη.

Το πρώτο στάδιο είναι της άρνησης και της απομόνωσης . Σε αυτή την φάση η ασθενής αρνείται και απωθεί τις πληροφορίες που πήρε σχετικά με την ασθένειά της.

Το δεύτερο στάδιο είναι του θυμού. Σε αυτή την φάση η ασθενής γίνεται απαιτητική, ευερέθιστη και εναντιώνεται σε όλους. Μπορεί να περιγραφεί καλύτερα με τη φράση των αρρώστων : «Γιατί εγώ ;» Ο θυμός στρέφεται προς άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος ή προς τους υγιείς γενικά ή προς τους γιατρούς ή ακόμη και προς το Θεό.

Το τρίτο στάδιο είναι της συνδιαλλαγής. Η άρρωστη ημερεύει. Παρακαλεί. Μοιάζει σα να ζητά αναβολή του μοιραίου και για αντάλλαγμα προσφέρει την καλή του συμπεριφορά. Μπορεί να παρομοιαστεί με το μικρό παιδί που ζητάει μία χάρη και οι γονείς του, του την αρνούνται. Στη αρχή θυμώνει και κλαίει. Όταν διαπιστώνει ότι οι γονείς του δεν υποκύπτουν σε αυτή του τη συμπεριφορά, γίνεται μειλίχιο και παρακαλεί.

Το τέταρτο στάδιο είναι της κατάθλιψης. Κατά την Kubler- Ross υπάρχουν δύο είδη (ή τύποι) κατάθλιψης αυτών των αρρώστων.

- Το πρώτο είναι η αντιδραστική κατάθλιψη. Τυπικό παράδειγμα αντιδραστικής κατάθλιψης είναι της γυναίκας που υποβάλλεται σε μαστεκτομή, Αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι πλέον πλήρης γυναίκα και

πέφτει σε κατάθλιψη. Ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη, η άρρωστη συνήθως έχει έντονη ανάγκη να συζητεί. Η εξωτερίκευση των αισθημάτων της και η ανταλλαγή απόψεων με τους γιατρούς, τις κοινωνικές λειτουργούς και κυρίως με συγγενικά και φιλικά της πρόσωπα και τέλος η χρήση συνθετικού προσθετικού μαστού, συνήθως έχουν ως αποτέλεσμα να βγει η άρρωστη γρήγορα από αυτόν τον τύπο της κατάθλιψης.

- Το δεύτερο είδος της κατάθλιψης είναι η προπαρασκευαστική κατάθλιψη. Η άρρωστη προπαρασκευάζεται για το τελικό στάδιο. Η κατάθλιψή της δεν είναι αποτέλεσμα περασμένων απωλειών ή αποτυχιών αλλά συνέπεια της επικείμενης απώλειας των πάντων.

Όταν η άρρωστη δεν είναι δυνατόν πλέον ν' αρνηθεί την αρρώστια της, όταν τα συμπτώματά της συνεχώς επιδεινώνονται, όταν οι δυνάμεις της την εγκαταλείπουν, δεν μπορεί πλέον να χαρεί.. Ο φυσιολογικός άνθρωπος εμφανίζει μελαγχολία όταν χάσει ένα προσφιές του πρόσωπο. Η άρρωστη που γνωρίζει ότι θα πεθάνει έχει πλήρη συναίσθηση του γεγονότος ότι θα χάσει όλα τα προσφιλή του πρόσωπα. Θα χάσει τα πάντα. Γι' αυτό πέφτει σε κατάθλιψη.

Κατ' αντίθεση προς την αντιδραστική κατάθλιψη, που μπορεί να χαρακτηριστεί ως φλύαρη, η προπαρασκευαστική κατάθλιψη είναι βουβή. Το να επιδιώξει κανείς να κάνει ευχαρή έναν άρρωστο που εμφανίζει τέτοια κατάθλιψη, όχι μόνο δεν επιτυγχάνει ευνοϊκά αποτελέσματα, αλλά επιδεινώνει την κατάθλιψή του. Αυτή η άρρωστη δεν έχει ανάγκη από πολλά λόγια. Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισής της είναι να καθίσουμε δίπλα της και να την αφήσουμε να εκφράσει μόνη της τη λύπη της. Να την ακούσουμε και να της δείχνουμε κατανόηση, χωρίς να της λέμε συνέχεια ότι πρέπει να μην είναι στενοχωρημένη.

Τέλος, το πέμπτο στάδιο είναι της αποδοχής. Η ασθενής αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος της. Βαθμιαία περιορίζει τα ενδιαφέροντά της στο ελάχιστο δυνατόν. Οι επισκέψεις την ενοχλούν. Θέλει να μένει μόνη της. Η συσκευή της τηλεόρασης είναι μονίμως κλειστή. Η επικοινωνία της με το περιβάλλον συνηθέστερα γίνεται με νοήματα και σπάνια με την ομιλία. Συχνά κοιμάται ακανόνιστα μέχρι που έρχεται η στιγμή που κοιμάται για πάντα. Πρέπει να σημειωθεί ότι κατά την Kubler- Ross η χρονική διάρκεια κάθε σταδίου δεν είναι η ίδια για όλους τους αρρώστους. (Αναγνωστόπουλος και συν. 1986)

Για την αντιμετώπιση όλων αυτών των σταδίων που περνά η ασθενής, η νοσηλεύτρια πρέπει να σκύψει πάνω σε αυτήν και τα προβλήματά της με αγάπη και κατανόηση. Η ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται να μιλά για τα συναισθήματά της. Η νοσηλεύτρια οφείλει να την ακούσει με προσοχή και σοβαρότητα. Απλές και σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινήσεις παρανοήσεων και σταθερό ενδιαφέρον, ελαττώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες της ασθενούς.

Δεν είναι σωστό να αποφεύγεται να χρησιμοποιείται η λέξη «καρκίνος» στην ασθενή που γνωρίζει από τι πάσχει, γιατί αυτό φανερώνει φόβο για την ασθένεια.

Η άρνηση της αποδοχής της ασθένειας, μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση της ασθενούς, με καρκίνο κακής πρόγνωσης. Χρειάζεται όμως καλή ενίσχυση η ασθενής, όταν εκτός από την ασθένεια, αρνηθεί και την θεραπεία.

Κατά την φάση του θυμού, όταν αυτός στρέφεται προς το οικογενειακό και φιλικό της περιβάλλον καθώς και προς τα μέλη της ομάδας υγείας, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να στέκεται στο πλευρό της άρρωστης με κατανόηση, να της μιλάει ζεστά και να μην εκνευρίζεται μαζί της.

Στο στάδιο της συνδιαλλαγής, η ασθενής περνά στο στάδιο της ηρεμίας, κατά το οποίο προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με τον Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της ασθένειάς της ή την αναβολή του μοιραίου. Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας ότι η ελπίδα είναι σημαντική γι' αυτήν, όπως και για κάθε άνθρωπο, της την προσφέρει κάθε στιγμή. Από αυτήν η ασθενής παίρνει δύναμη να συνεχίσει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές δοκιμασίες και το σπουδαιότερο, να συνεχίσει με θάρρος τις δοκιμασίες της ψυχής της.

Όταν όμως αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της ασθένειας και πως με τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί, τότε μελαγχολεί. Η φάση της καταθλίψεως είναι πολύ σοβαρή.

Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας είναι να ενθαρρυνθεί η ασθενής να μιλήσει για ότι την απασχολεί.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να καθίσει κοντά της και να την αφήσει να εκφράσει μόνη της τα αισθήματα λύπης που νοιώθει. Να την ακούσει, να της δείξει κατανόηση και να μην προσπαθήσει να την βγάλει από τον κόσμο της πραγματικότητας. Ακόμη και όταν η ασθενής δείχνει να μην ακούει και να είναι βυθισμένη στις σκέψεις της, δεν πρέπει να αφήνεται μόνη της.

Τέλος, η ασθενής μπαίνει στην φάση της αποδοχής. Έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται να περάσει μεγάλη δοκιμασία ή ακόμα και να πεθάνει σύντομα. Περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντά της, περιορίζει τις επισκέψεις σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά δικά της και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.

Ο φόβος της ασθενούς ότι η οικογένεια και οι φίλοι της, δεν την αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει την ασθενή, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Η καρκινοπαθής που βρίσκεται στα τελικά στάδια της ζωής της, γεύεται τον πόνο στην τρισδιάστατη μορφή του, τον σωματικό πόνο, τον συναισθηματικό και τον κοινωνικό. Δεν μας ενδιαφέρει πλέον η ποσότητα, αλλά η ποιότητα της ζωής, επομένως η ανακούφιση του πόνου με την χρησιμοποίηση οποιουδήποτε μέσου είναι καθήκον μας.

Ο φόβος, η αγωνία για το άγνωστο και η μελαγχολία, εντείνουν τον συναισθηματικό της πόνο. Αναπολεί το παρελθόν και τρέχει για το μέλλον. Η συμπαράσταση της νοσηλεύτριας, θα την βοηθήσει να ξεπεράσει την συναισθηματική της ένταση.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1

Ιστορικό:

Ασθενής 47 ετών προσήλθε στα τακτικά γυναικολογικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών "409" στις 19/8/10, διότι σε πρόσφατο τεστ Παπανικολάου στις 15/5/10 ανεδείχθη εικόνα συμβατή με CIN II. Οι ανοσοϊστολογικές εξετάσεις του τραχήλου έδωσαν θετική ανοσοαντίδραση στο καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο. Η ασθενής παρουσίαζε συμπτώματα λευκόρροιας και περιστασιακά σταγονοειδής αιμορραγία μετά την συνουσία. Λόγω της παρούσας νόσου η ασθενής εισήχθη στην γυναικολογική κλινική στις 25/5/10 όπου εκτελέστηκε κωνοειδής εκτομή του τραχήλου. Η βιοψία έδειξε αδenoκαρκίνωμα ενδομητροειδούς τύπου μέσης βαθμίδας διαφοροποίησης, το οποίο εμφανίζει αδενικό και θηλώδη τρόπο ανάπτυξης στη θέση προέλευσης του ενδοτραχήλου. Κατά την γυναικολογική εξέταση ο τράχηλος εμφανίστηκε σκληρός, ενώ το τμήμα του οπίσθιου κολπικού θόλου ελαφρά διηθημένο. Η ασθενής προγραμματίστηκε για χειρουργική επέμβαση ολικής υστερεκτομής στις 30/6/10.

Ατομικό Ιστορικό:

Δεν αναφέρονται παθολογικά προβλήματα. Αλλεργία στην ασπιρίνη. Εγχείρηση αμυγδαλεκτομής προ 10ετίας και νοσηλεία για # πλευρών λόγω τροχαίου προ 5μηνών.

Η περίοδος της ξεκίνησε σε ηλικία 12ετών, είχε διάρκεια 4-5 ημέρες και εμφανιζόταν κάθε 28-30 ημέρες.

Νοσηλεία:

- § Οροί: D/W 5% 1000cc 1x1, N/S 0,9% 1000ccx2 + 1amb Primperan.
- § Amb Apotel, επί πόνου.
- § Fl Mefoxil.
- § Spray Vioplex, 1x3.(μετεγχειρητικά)
- § Fleet enema.(προεγχειρητικά)
- § Innohep inj, 1x1.

Εργαστηριακός Έλεγχος:

-Γενική αίματος: RC 4.080.000, WC 11.000, PLT 377.000, HTC 36.5, HB 11.9, PT 11.6/sec, INR 1.00, PTT 33.6/sec

-Βιοχημικός έλεγχος: Κ 4.8, Na 139, Γλυκόζη 92, Ουρία 26, Κρεατινίνη 0,6, Ψευδοχοληστεράση 9, SGGP 16, SGOT 25.

Πορεία Νόσου:

Η ασθενής εισήχθη στο χειρουργείο την 3^η ημέρα εισαγωγής στις 8:00π.μ. και εξήχθη στις 11:00π.μ., όπου υποβλήθηκε σε ολική υστερεκτομή με γενική αναισθησία. Την 3^η ημέρα μετά το χειρουργείο, εξήλθε του νοσοκομείου με οδηγίες για την περαιτέρω πορεία της.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες/ προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>1.Έντονα ψυχολογικά προβλήματα</p>	<p>Η ασθενής να επανέλθει σε φυσιολογική ψυχολογική κατάσταση.</p>	<p>-Ο νοσηλευτής να υποστηρίξει την ασθενή καθ' όλη την διάρκεια των ψυχολογικών της διακυμάνσεων. -Το νοσηλευτικό προσωπικό να διαθέσει χρόνο και υπομονή στην ασθενή να εκφράσει τις ανησυχίες της. -Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς και της οικογένειάς για την φύση της νόσου και το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσει με απλούς όρους, ώστε να γίνουν κατανοητά.</p>	<p>-Όταν έγινε η ανακοίνωση της νόσου, ο νοσηλευτής ήταν παρόν και διαπίστωσε το shock που υπέστη η ασθενής και διέθεσε περισσότερο από δύο 24ωρα, για την αντιμετώπιση των διακυμάνσεων της ψυχολογίας της. -Μετά τα στάδια του θυμού και της μελαγχολίας, η ασθενής αποδέχθηκε το γεγονός, αλλά απομακρύνθηκε από την οικογένειά της. -Ο νοσηλευτής ανακοίνωσε τις αντιδράσεις της ασθενούς στην οικογένειά της. Τους ενθάρρυνε και τους σύστησε να στηρίζουν την ασθενή ψυχολογικά χωρίς να της δείξουν ότι την λυπούνται.</p>	<p>-Μετά την συζήτηση η ασθενής φάνηκε πιο ήρεμη και ψύχραιμη. -Μέσα σε τρία 24ωρα η ασθενής απέκτησε αισθήματα εμπιστοσύνης και ελπίδας αλλά δεν μπορεί ακόμα να αποδεχθεί το γεγονός της επέμβασης.</p>

Ανάγκες /Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>2.Αρνητική ψυχολογική κατάσταση-Θλίψη.</p>	<p>Προσπάθεια ελάττωσης ή και εξάλειψης του αισθήματος θλίψης της ασθενούς.</p>	<p>-Ανάπτυξη ειλικρινούς και υποστηρικτικής επικοινωνίας με την ασθενή. -Να συζητηθεί με την ασθενή ό,τι την απασχολεί και της δημιουργεί το αίσθημα της θλίψης. -Να επεξηγηθεί στην ασθενή, η δυνατότητα συνέχισης της σεξουαλικής της ζωής. -Ανάδειξη της θετικής πλευράς της ζωής και της αποφυγής του κινδύνου για υποτροπή της νόσου μετά από τη συγκεκριμένη επέμβαση.</p>	<p>-Συζήτηση με την ασθενή για θέματα που την απασχολούσαν και αντιμετωπίστηκε με ενδιαφέρον. -Αναπτύχθηκε διάλογος μέσα στον οποίο η ασθενής εξέφρασε κάποιους από τους παράγοντες που της δημιουργούν θλίψη. -Εξηγήθηκε στην άρρωστη η δυνατότητα συνέχισης σεξουαλικής ζωής και πώς η συγκεκριμένη εγχείρηση δεν επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη συγκεκριμένη δραστηριότητα.</p>	<p>-Μετά την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας, η ασθενής φάνηκε να εμπιστεύεται το νοσηλευτή, ενώ το αίσθημα θλίψης δεν εξομαλύνθηκε όσο θα θέλαμε. -Φάνηκε επίσης να χαροποιείται ιδιαίτερα για το γεγονός της συνέχισης της σεξουαλικής δραστηριότητας, κάτι το οποίο δεν γνώριζε, άρα δεν είχε ενημερωθεί.</p>

Ανάγκες /Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
3.Άγχος-ανησυχία.	<ul style="list-style-type: none"> -Μείωση ανησυχίας και φόβου της εγχείρησης. -Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου. -Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με την διάγνωση του καρκίνου. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ερμηνεία του όρου «υστερεκτομή», στην άρρωστη και στην οικογένειά της. -Ενημέρωση της άρρωστης σχετικά με την μετεγχειρητική θεραπεία. -Παροχή συμβουλών που αφορούν την σεξουαλική δραστηριότητα, τη θηλυκότητα και τη γονιμότητα. -Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της. -Υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών της οργάνων. -Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης. -Δείξτε συμπάθεια και συμμετοχή στον πόνο του πάσχοντα. -Ενθάρρυνση της οικογένειας να φροντίζει την ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> -Βοήθεια της άρρωστης να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό της. -Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στην άρρωστη αίσθημα ασφάλειας. -Ενθάρρυνση στην άρρωστη να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό της. -Βοήθεια στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησής της, ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό της. 	<ul style="list-style-type: none"> -Βιώνει μειωμένο άγχος. -Έχει αποκτήσει τις απαραίτητες για την αυτοφροντίδα της γνώσεις. -Αποδέχεται τον εαυτό της όπως είναι τώρα. -Δείχνει προσαρμογή στην χειρουργική εμπειρία. -Συμμετέχει στον σχεδιασμό της αυτοφροντίδας της.

Ανάγκες /Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>4.Γενική προεγχειρητική προετοιμασία για την εκτέλεση της ολικής υστερεκτομής.</p>	<p>-Σωματική τόνωση της ασθενούς 24ώρες πριν την επέμβαση. - Καθαριότητα της ασθενούς. -Πρόληψη μετεγχειρητικών αναπνευστικών λοιμώξεων, θρομβοφλεβίτιδας.</p>	<p>-Να δοθεί διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. -Να εξασφαλιστεί παρεντερική χορήγηση υγρών. -Να εξασφαλιστεί επαρκής και καλός ύπνος. -Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. -Καθαριότητα του σώματος της ασθενούς. -Εκπαίδευση ασθενούς για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις.</p>	<p>-Χορηγείται τροφή σε πλούσια υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες και φτωχή σε λίπη. -Χορήγηση ελαφριάς τροφής τις δύο τελευταίες ημέρες πριν την επέμβαση. -Έξι ώρες πριν την επέμβαση δεν πήρε τίποτα από το στόμα, για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλίας. -Χορήγηση ενδοφλέβια Dextrose 5% 1000cc 1x1 για 5 ημέρες. -Επισήμανση της αναγκαιότητας να κοιμηθεί νωρίς, για να είναι ξεκούραστη και εξήγηση ότι η κόπωση και η αϋπνία δεν βοηθάνε στη ομαλή μετεγχειρητική πορεία. -Η καθαριότητα του εντερικού σωλήνα επιτεύχθηκε με υποκλυσμό 6 ώρες πριν από την επέμβαση. -Γίνεται εκπαίδευση της ασθενούς για την συχνή αλλαγή της θέσης της και να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p>	<p>-Έγινε προαγωγή της θρέψης με την χορήγηση τροφής πλούσιας σε θρεπτικές ουσίες. -Η ασθενής δεν πήρε τίποτα από το στόμα 6 ώρες πριν την επέμβαση, για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. -Επαρκής θρέψη της ασθενούς με Dextrose 5%, γιατί περιέχει υδατάνθρακες. -Η ασθενής κοιμήθηκε χωρίς την χορήγηση ηρεμιστικού. -Έγινε καθαρισμός του εντέρου, για την αποφυγή εκκένωσης στο χειρουργικό τραπέζι. -Η ασθενής κατανόησε τις οδηγίες που έχουν πολύ μεγάλη σημασία για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.</p>

Ανάγκες /Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
5. Ναυτία- Έμετος, λόγω της επίδρασης των φαρμάκων της αναισθησίας.	<p>-Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα της ναυτίας. Να μειωθούν και να εξαλειφθούν οι έμετοι όσο το δυνατόν γρηγορότερα.</p> <p>-Διατήρηση της ισορροπίας του ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>-Πρόληψη της αφυδάτωσης με παρεντερική χορήγηση υγρών.</p> <p>-Ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς.</p>	<p>-Να τοποθετηθούν στο κομοδίνο νεφροειδή και χαρτοβάμβακα, σε θέση που να έχει εύκολη πρόσβαση η ασθενής.</p> <p>-Να ενημερωθεί ο ασθενής πως ο έμετος, είναι αποτέλεσμα της νάρκωσης.</p> <p>-Να συσταθεί στην ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές, για να αποβάλλει το αναισθητικό φάρμακο.</p> <p>-Να τοποθετηθεί η ασθενής στο πλάι, όταν είναι σε ύπια θέση, για την πρόληψη εισρόφησης.</p> <p>-Να διατηρηθούν τα κλινοσκεπάσματα καθαρά.</p> <p>-Να χορηγηθούν αντιεμετικά φάρμακα, σε περίπτωση εμέτου μετά από εντολή γιατρού για την αποφυγή αφυδάτωσης και διαταραχής του ισοζυγίου.</p> <p>-Να γίνει στην ασθενή καλή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας μετά τον έμετο.</p> <p>-Να χορηγηθούν προοδευτικά υγρά από το στόμα, σε περίπτωση που η ασθενής δεν εκδηλώνει τάση για έμετο.</p>	<p>Προετοιμάστηκε το κομοδίνο της ασθενούς με νεφροειδές και χαρτοβάμβακα.</p> <p>-Έγινε ενημέρωση της ασθενούς για την αιτιολογία του εμέτου.</p> <p>-Χορήγηση επιπλέον υγρών N/S 0,9% 1000ccx2, εμπλουτισμένα με μια amb Primperan.</p> <p>Τοποθετήθηκε η ασθενής στο πλάι. Διατηρήθηκαν τα κλινοσκεπάσματα καθαρά με συχνό έλεγχο και αντικατάστασή τους.</p> <p>-Χορηγήθηκε N/S 0,9% 1000ccx2, εμπλουτισμένα με 1 amb Primperan.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε στην ασθενή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>-Χορηγήθηκε στην ασθενή από το στόμα, μικρή ποσότητα υγρών.</p>	<p>-Η ασθενής στη διάρκεια του πρώτου 24ώρου απαλλάχθηκε σταδιακά από την ναυτία και τους εμέτους.</p> <p>-Η ασθενής νοιώθει καλύτερα και είναι ήρεμη.</p>

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
6. Έντονο αίσθημα δίψας, που οφείλεται στη νάρκωση.	Αντιμετώπιση της δίψας, λόγω ξηρότητας του βλεννογόνου που προκαλείται από την ατροπίνη και λόγω απώλειας υγρών του οργανισμού (αίμα, ιδρώτας, έμετος).	-Να γίνονται συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλιών. -Να ενημερωθεί η ασθενής, για τον λόγο τον οποίο δεν πρέπει να πει νερό.	-Έγινε ύγρανση των χειλιών τις δύο πρώτες ημέρες και την τρίτη, δόθηκε νερό από το στόμα σε μικρή ποσότητα. -Ενημερώθηκε η ασθενής ότι λόγω της νάρκωσης, το αντανακλαστικό της κατάποσης δεν έχει αποκατασταθεί και υπάρχει κίνδυνος πνιγμού.	Το αίσθημα της δίψας μειώνεται αισθητά.
7. Πυρετός 38,8^o C την τρίτη μετεγχειρη τική ημέρα.	Επαναφορά της ασθενούς στην φυσιολογική της θερμοκρασία, μέσα στις επόμενες τρεις ώρες.	-Να χορηγηθούν αντιπυρετικά φάρμακα, μετά από ιατρική εντολή. -Να γίνεται συχνή λήψη της θερμοκρασίας της ασθενούς. -Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει υγρά, για αποφυγή αφυδάτωσης. -Να γίνει κρύο μπάνιο της ασθενούς.	-Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Lonarid, ο πυρετός δεν υποχώρησε και έγινε μια amb Apotel IM. -Έγινε παρακολούθηση της θερμοκρασίας της ασθενούς ανά τρίωρο. -Η ασθενής πήρε αρκετά υγρά από το στόμα. -Έγινε κρύο μπάνιο, αφού πρώτα έκλεισαν όλες οι πόρτες και τα παράθυρα του θαλάμου. -Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα.	Οι παρεμβάσεις ήταν επιτυχείς, αφού ο πυρετός υποχώρησε μέσα σε δύο ώρες. Η θερμοκρασία της ασθενούς έφτασε σε φυσιολογικά επίπεδα.

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
8.Καθημερινή ατομική καθαριότητα	<p>-Ανακούφιση, αναζωογόνηση και χαλάρωση του μυϊκού τόνου.</p> <p>-Διατήρηση των λειτουργιών του δέρματος.</p> <p>Απομάκρυνση των εκκρίσεων, του ιδρώτα, των μικροοργανισμών, των νεκρών κυττάρων.</p>	<p>-Να εξασφαλιστεί η κατάλληλη θερμοκρασία του περιβάλλοντος και η μοναχικότητα της άρρωστης.</p> <p>-Αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων.</p>	<p>-Απομάκρυνση των επισκεπτών από το θάλαμο και χρησιμοποίηση παραβάν.</p> <p>-Εργαζόμαστε γρήγορα και συστηματικά, για να μην κρυώσει η ασθενής και να μην κουραστεί.</p> <p>-Επιμένουμε ιδιαίτερα και κάνουμε τριβή στις περιοχές που πιέζονται.</p>	<p>Προσφορά ανακούφισης και χαλάρωσης της ασθενούς, ενώ ταυτόχρονα φροντίζουμε για την αποφυγή κατακλίσεων</p>

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
9.Περιποίηση η χειρουργικού τραύματος.	-Σταθερή επούλωση του τραύματος. -Αποφυγή μολύνσεων με όλα τα μέτρα αντισηψίας.	-Να καθαριστεί το τραύμα, να απομακρυνθούν οι νεκρωμένοι ιστοί και να καθαριστούν με αποστειρωμένο νερό. -Να γίνει αντισηψία της τραυματικής περιοχής με Betadine Solution και αντιβιοτικό spray Nebacetin.	-Έγινε η πρώτη αλλαγή του τραύματος την 2 ^η μετεγχειρητική ημέρα.. -Όλα τα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκ αν, ήταν αποστειρωμένα. -Η απομάκρυνση των νεκρωμένων ιστών, έγινε με αποστειρωμένο ψαλίδι και καθαρισμός με αποστειρωμένο νερό. (Water for injection). -Η αντισηψία του τραύματος, έγινε με γάζα αποστειρωμένη με λαβίδα, με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια. -Έγινε καθαρισμός της περιφέρειας με Betadine Solution και εφαρμογή αντιβιοτικού spray Nebacetin.	-Υπήρξε σταδιακή επούλωση του χειρουργημένου τραύματος. -Την 15 ^η ημέρα κόπηκαν τα εξωτερικά ράμματα, από το γιατρό. -Την 16 ^η ημέρα αποφασίστηκε η έξοδος από το νοσοκομείο, αφού πήρε όλες τις απαιτούμενες συμβουλές από τον γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
10.Αϋπνία.	<ul style="list-style-type: none"> -Χαλάρωση ασθενούς. -Εξασφάλιση καλού ύπνου. 	<ul style="list-style-type: none"> -Να μειώσουμε τους θορύβους στο ελάχιστο. -Να βοηθήσουμε την άρρωστη να απαλλαγεί από τις σκέψεις και τους φόβους της. -Να δώσουμε τη δυνατότητα στην ασθενή να μιλήσει και να εκφραστεί, εφόσον αυτό την ανακουφίζει. -Να χορηγήσουμε ηρεμιστικά φάρμακα κατόπιν ιατρικών οδηγιών, αν αυτό κριθεί αναγκαίο. 	<ul style="list-style-type: none"> -Μειώθηκε στο ελάχιστο ο κάθε είδους θόρυβος. -Μέσα από δημιουργική συζήτηση βοηθήσαμε την ασθενή να απαλλαγεί από τις σκέψεις και τους φόβους της. -Ενθαρρύνουμε την ασθενή να εκφραστεί όπως ήθελε προκειμένου να επιτύχουμε την ανακούφισή της. -Χορηγήσαμε κάποιο ηρεμιστικό φάρμακο, ύστερα από ιατρική οδηγία. 	<p>Η ησυχία μαζί με την ανακούφιση που επήλθε από την συζήτηση και την ενημέρωση της ασθενούς, συντελούν στην εξασφάλιση καλού ύπνου.</p>

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
11. Παρουσία έντονου πόνου στην περιοχή του τραύματος.	Μείωση στο ελάχιστο του πόνου της ασθενούς ή παροδική εξαφάνισή του.	<p>-Να ελεγχθεί η τραυματική περιοχή για τυχόν ύπαρξη ερυθρότητας, οιδήματος ή θερμοκρασίας.</p> <p>-Να εξασφαλιστεί ηρεμία και να δημιουργηθεί άνετο περιβάλλον.</p> <p>-Να συσταθεί στην ασθενή να αλλάζει συχνά θέση.</p> <p>-Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο με την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, μετά από ιατρική οδηγία.</p>	<p>-Ελέγχθηκε η περιοχή του τραύματος και η ασθενής δεν παρουσιάζει σημεία φλεγμονής.</p> <p>-Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον με τον περιορισμό των επισκέψεων, τη ρύθμιση της σωστής θερμοκρασίας και τον καλό αερισμό του δωματίου.</p> <p>-Γίνεται συχνή αλλαγή της θέσης της ασθενούς.</p> <p>-Συστηματική χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή (Apotel amb. IM 1x2).</p>	Μετά την εφαρμογή των παραπάνω μέτρων, μειώθηκε η ένταση του πόνου στο ελάχιστο δυνατό και δημιουργήθηκε μυϊκή χαλάρωση.

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτω ν
12.Αιμορραγία	Αντιμετώπιση και έλεγχος της αιμορραγίας.	<ul style="list-style-type: none"> -Παρακολούθηση επιπέδου συνειδήσεως και ζωτικών σημείων. -Παρακολούθηση της αιμορραγίας. -Θέτουμε τον ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλούμε τον γιατρό για την παροχή βοήθειας. -Αποφυγή βίαιων και απότομων κινήσεων της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ακριβή καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλόμενων υγρών. -Απαλλαγή από οποιαδήποτε περίσφιξη. -Ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποίηση της τράπεζας αίματος να ετοιμάσει το αίμα, για την ασθενή που αιμορραγεί. -Έλεγχος παροχέτευσης τραύματος. 	Η αιμορραγία αντιμετωπίστηκε. Η ασθενής παρακολουθείται συστηματικά.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2

Ιστορικό:

Ασθενής 32 ετών, προσήλθε στη γυναικολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών ‘‘Ο Άγιος Ανδρέας’’ στις 3/2/10.

Στις 4/2/10 υπεβλήθη σε Test-Pap, το οποίο ανέδειξε την ύπαρξη νεοπλάσματος επιθηλιακής αρχής χαμηλής βαθμίδας διαφοροποίησης με μορφολογικούς χαρακτήρες εστιακά συμβατούς με πλακώδες καρκίνωμα.

Στις 7/2/10 υπεβλήθη σε βιοψία τραχήλου. Η βιοψία έδειξε ότι τμήμα του τραχήλου είχε ικανοποιητικού βαθμού δυσπλασίας, ως και καρκίνωμα in situ του πλακώδους επιθηλίου της ζώνης μετάπτωσης. Κατά τη γυναικολογική εξέταση ο τράχηλος εμφανίστηκε σκληρός, ενώ το τμήμα του οπίσθιου κολπικού θόλου, ελαφρά διηθημένο.

Στις 8/2/10 πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία κάτω κοιλίας.

Έγινε ο κατάλληλος αιματολογικός και εργαστηριακός έλεγχος, όπου τα αποτελέσματα ήταν φυσιολογικά. Η ακτινογραφία θώρακος και το ΗΚΓ ήταν κατά φύσει. Εισήχθη για ακτινοθεραπεία

Ατομικό ιστορικό:

Πάσχει από υποθυρεοειδισμό που αντιμετωπίζεται από την ασθενή με θυρεορμονική αγωγή.

Η έμμηνος ρύση της ξεκίνησε σε ηλικία 13 ετών και εμφανιζόταν κάθε 28 ημέρες.

Πρώτη σεξουαλική επαφή της ασθενούς σε ηλικία 17 ετών και από τότε εκτελεί Test-Pap κάθε χρόνο.

Δεν χρησιμοποίησε ποτέ της αντισυλληπτικά δισκία. Δεν είχε ποτέ της άλγος κατά την σεξουαλική επαφή, ενώ πριν δύο χρόνια σε Test-Pap διεγνώσθη τραχηλίτιδα, όπου αντιμετωπίστηκε με κατάλληλη θεραπευτική αγωγή από τον γυναικολόγο της.

Νοσηλεία:

- Primperan IV 1x3.
- 3,5L N/S 0,9%.
- Σταγόνες Mycostatin.

Εργαστηριακός έλεγχος:

-Γενική αίματος: RC 4.070.000, WC 12.000, PLT 370.000, HTC 35.5, Hb 11,5, PT 11.0/sec, INR 1.00, PTT 33.6/sec/

-Βιοχημικός έλεγχος: K 4.6, Na 137, Γλυκόζη 90, Ουρία 24, Κρεατινίνη 6,7, Ψευδοχοληνεστεράση 8, SGGP 15, SGOT 24,

Πορεία νόσου:

Σε διάστημα ενός μηνός από τις εξετάσεις, η ασθενής προγραμματίστηκε να ξεκινήσει εξωτερική ακτινοθεραπεία για πέντε εβδομάδες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
1.Εφαρμογή ακτινοθεραπείας	Σωστή εφαρμογή και εκτέλεση της ακτινοθεραπείας.	-Να ενημερώσουμε ε την ασθενή σχετικά με την όλη διαδικασία της ακτινοθεραπείας. -Να ζητήσουμε τη συνεργασία της, στην εκτέλεση της θεραπείας.	Ενημερώνουμε την ασθενή σχετικά με την διαδικασία της ακτινοθεραπείας. - Τονίζουμε τη σπουδαιότητα της ακτινοθεραπείας στη φάση της αποθεραπείας της ασθενούς. -Ζητάμε τη συνεργασία της, για την ορθότερη διεξαγωγή της θεραπείας.	Η ασθενής συνεργάζεται πλήρως με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός που καθιστά τη θεραπεία ευκολότερη και σωστότερη.
2.Κακή ψυχολογική κατάσταση. Απαισιοδοξία για τη ζωή.	-Εξασφάλιση καλής ψυχολογικής διάθεσης της ασθενούς. -Ενθάρρυνση, ώστε να υιοθετήσει αισιόδοξη στάση απέναντι στην ασθένειά της.	-Να δημιουργηθεί ζεστό, φιλικό και άνετο περιβάλλον, ώστε να εκφράσει η ασθενής τα συναισθήματά της. -Να δείξει ο νοσηλευτής ειλικρινή συμπαράσταση.	Έγινε συζήτηση με την ασθενή.	Η ασθενής φάνηκε περισσότερο ήρεμη και ψύχραιμη μετά το διάλογο. Εξωτερίκευσε τα συναισθήματά της και ανέφερε ότι είχε μεγάλη ανάγκη την συμπαράσταση αυτή και κατανόηση.

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>3.Άγχος για τη νόσο και τη θεραπεία.</p>	<p>-Μείωση της αγωνίας και των άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων. -Ενημέρωση της ασθενούς για τη φύση της ασθένειας και τους τρόπους θεραπείας.</p>	<p>-Επικοινωνία με την ασθενή και ενθάρρυνση να εκφράσει τις απορίες και τους φόβους της. -Να δοθούν λεπτομερείς πληροφορίες για την φύση της ασθένειας και τους τρόπους θεραπείας της.</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε αναλυτικός και εποικοδομητικός διάλογος.</p>	<p>Η ασθενής εφησυχάστηκε και έγινε πιο δυνατή για την αντιμετώπισή της ασθένειάς της.</p>

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
4.Ναυτία και έμετος μετά την ακτινοθεραπεία.	Καταστολή της ναυτίας και του εμετού τις επόμενες τις ώρες. Διατήρηση της ισορροπίας του ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών. Ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς. Διατήρηση της καθαριότητας της ασθενούς	<p>Να εξασφαλιστεί νεφροειδές και χαρτοβάμβακα στο κομοδίνο της ασθενούς. Να τοποθετηθεί το κεφάλι της ασθενούς στο πλάι για αποφυγή εισρόφησης των εμεσμάτων. Να χορηγηθούν αντιεμετικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή.</p> <p>Να δοθούν περισσότερα υγρά στην ασθενή προς αποφυγή αφυδάτωσης και διατήρησης του ισοζυγίου. Να φροντίζεται η στοματική κοιλότητα της ασθενούς μετά από τον έμετο. Έλεγχος των εμεσμάτων (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρα)</p>	<p>Τοποθετήθηκε η ασθενής στη σωστή θέση και της δόθηκε νεφροειδές. Χορηγήθηκε συστηματικά μετά από ιατρική οδηγία amb. Primperan IV 1x 3.. Χορηγήθηκαν επιπλέον υγρά 3,5 lit N/S 0,9%</p> <p>Πλύθηκε η στοματική κοιλότητα μετά από τους εμέτους. Έγινε αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων της ασθενούς. Παρατηρήθηκαν τα εμέσματα τα οποία είχαν καφεοειδή χρώμα</p>	Περιορίστηκαν οι έμετοι κι η ναυτία μέσα σε τρεις ώρες. Η ασθενής δείχνει καλύτερα ήρεμη και χαλαρωμένη.

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>5.Κόπωση και εξάντληση, από την επίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως: ναυτία, έμετος.</p>	<p>-Μείωση των συμπτωμάτων. -Εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου.</p>	<p>-Να περιοριστούν οι δραστηριότητες που κουράζουν την ασθενή. -Να παρακολουθείται η διατροφή της ασθενούς, αν είναι κατάλληλη και επαρκής. -Να περιοριστούν οι επισκέπτες στον θάλαμο.</p>	<p>-Ενθαρρύνθηκε η ασθενής σε δραστηριότητες που δεν προκαλούν κόπωση, όπως διάβασμα. -Εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου με χορήγηση ηρεμιστικών μετά από ιατρική οδηγία, αν χρειαστεί. -Δημιουργήθηκε κατάλληλο περιβάλλον, έτσι ώστε η ασθενής να μπορεί να ξεκουραστεί. -Η ασθενής έλαβε μικρά και αρκετά γεύματα, υψηλής θερμιδικής αξίας.</p>	<p>Η αδυναμία και η κόπωση υποχώρησαν μέσα σε διάστημα λίγων ημερών.</p>
<p>6.Ακτινοδερματίτιδα, μετά την ακτινοθεραπεία.</p>	<p>-Απαλλαγή και ανακούφιση της ασθενούς από τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας. -Ενημέρωση της ασθενούς και εξάλειψή της.</p>	<p>-Να ελέγχεται η περιοχή που ακτινοβολήθηκε. -Να αποφεύγεται η τοπική χρήση ερεθιστικών ουσιών. -Τοποθέτηση στην περιοχή αμυλούχων ουδέτερων αλοιφών κατόπιν ιατρικών οδηγιών. -Καθαρισμός της περιοχής με χλιαρό νερό. -Διακοπή της θεραπείας για κάποιο χρονικό διάστημα, αν η βλάβη είναι εκτεταμένη.</p>	<p>-Ελέγχθηκε και εντοπίστηκε η περιοχή που παρουσιάζει ακτινοδερματίτιδα. -Δεν χρησιμοποιήθηκαν ερεθιστικές ουσίες. -Καθαρίστηκε η περιοχή με χλιαρό νερό και τοποθετήθηκε αμυλούχα αλοιφή</p>	<p>Η ακτινοδερματίτιδα περιορίστηκε</p>

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμά των
7. Ξηροστομία	Καταστολή της ξηροστομίας.	<ul style="list-style-type: none"> -Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει πολλά υγρά. -Περιποίηση και φροντίδα των χειλέων και του στόματος της ασθενούς, για την σύντομη ανακούφισή της. -Να αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών στα χείλη. 	<ul style="list-style-type: none"> -Δόθηκαν στην ασθενή αρκετά υγρά. -Έγινε επάλειψη των χειλέων με λιπαντική ουσία(βαζελίνη ή παραφίνη) ανά τακτά χρονικά διαστήματα. -Έγινε υγροποίηση του στόματος με νερό, με την χρήση ενός σταγονόμετρου ή με μία γάζα που περιέχει τυλιγμένο πάγο. -Χορηγήθηκαν με ιατρική εντολή σταγόνες Mycostatin. -Η ασθενής δεν χρησιμοποίησε ερεθιστικές ουσίες. 	<p>Η καταστολή της ξηροστομίας επιτεύχθηκε κατά ένα μεγάλο ποσοστό και η ασθενής άρχισε να νοιώθει πολύ καλύτερα</p>

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
8.Αλωπεκία.	<p>-Μείωση της αλωπεκίας όσο το δυνατόν γρηγορότερα.</p> <p>-Ενημέρωση της ασθενούς ότι δεν είναι κάτι μόνιμο.</p> <p>-Βελτίωση της ψυχολογικής διάθεσης της ασθενούς.</p>	<p>-Βοήθεια της ασθενούς, ώστε να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της, σχετικά με την αλλαγή της εξωτερικής της εμφάνισης.</p> <p>-Να ληφθούν μέτρα ώστε να μειωθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα η αλωπεκία.</p>	<p>-Ενημερώθηκε η ασθενής ότι η αλωπεκία δεν είναι μόνιμη και ότι θα σταματήσει δύο με τρεις μήνες μετά το πέρας της θεραπείας.</p> <p>-Συστήθηκε στην ασθενή να κάνει χρήση καπέλου ή ακόμα καλύτερα να προμηθευτεί μια περούκα.</p> <p>-Συστήθηκε στην ασθενή να προμηθευτεί ειδικά δυναμωτικά σαμπουάν και να μην λούζεται πολύ συχνά.</p>	<p>Μειώθηκε η αλωπεκία, αλλά τελικά τα μαλλιά της ασθενούς έπεσαν και χρειάστηκε να χρησιμοποιήσει περούκα.</p>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. (ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ)

Αμερικανούπηκος Έλληνας γιατρός, που οι έρευνές του για την καταπολέμηση του καρκίνου τον έκαναν παγκόσμια γνωστό.

Γεννήθηκε στην Κύμη της Εύβοιας το 1883.

Το 1913 εγκαταστάθηκε στη Νέα Υόρκη και διορίστηκε βοηθός στο Corneco Medical College, όπου και εξελίχθηκε επιστημονικά και κατέλαβε το 1974 τον τίτλο του τακτικού καθηγητή της Ανατομίας.

Πριν από αυτή την εκλογή, το Πανεπιστήμιο Αθηνών, τον εξέλεξε καθηγητή της Ζωολογίας, αλλά αρνήθηκε την έδρα, γιατί ήθελε να συνεχίσει τα πειράματά του πάνω στα κολπικά επιχρίσματα των γυναικών, σχετίζοντας τα ευρήματά του με το γεννητικό κύκλο αυτών, θεμελιώνοντας έτσι τη νέα ειδικότητα της Ιατρικής: την Αποφολιδωτική κυτταρολογία.

Το 1933 δημοσίευσε στο American Journey of Anatomy, την εργασία του « ο γεννητικός κύκλος των γυναικών, όπως αποκαλύπτεται από τα κολπικά επιχρίσματα». Οι παρατηρήσεις του βοήθησαν τους γυναικολόγους στη διάγνωση της ωοθυλακιορρηξίας και στη διερεύνηση των διαταραχών της εμμηνορρυσίας.

Από το 1923 όμως τον ενδιέφερε και η παθολογική μορφολογία των κυττάρων των κολπικών επιχρισμάτων και ιδιαίτερα των καρκινικών.

Έτσι, το 1928 ανακοίνωσε τις παρατηρήσεις του στην Ιατρική Εταιρία της Νέας Υόρκης. Στην αρχή αμφισβητήθηκαν τα ευρήματά του, αλλά δεν αποθαρρύνθηκε. Στις αρχές της δεκαετίας του 1940 επέβαλε τις απόψεις του για την σημασία της αποφολιδωτικής κυτταρολογίας στη διάγνωση του αρχόμενου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Έτσι καθιερώθηκε το Pap-test, που αποτελεί μεγάλη συμβολή στην προληπτική ιατρική.

Ο Γεώργιος Παπανικολάου πέθανε στις 19 Φεβρουαρίου του 1962, σε ηλικία 78 χρόνων από καρδιακό νόσημα, αφού πρόλαβε λίγους μήνες πριν, να δει την πραγματοποίηση του ονείρου του, την ίδρυση από το Πανεπιστήμιο της Φλόριδας του Ινστιτούτου Παπανικολάου.

Εν κατακλείδι, ο Γεώργιος Παπανικολάου υπήρξε δότης ζωής και ανήκει στη χορεία των μεγάλων ανθρώπων αυτού του πλανήτη. Το ανεκτίμητο έργο του και οι ιατροφιλοσοφικές αξίες που διέκριναν τη ζωή του, θα κατευθύνουν τον επιστημονικό αγώνα για τον Άνθρωπο.



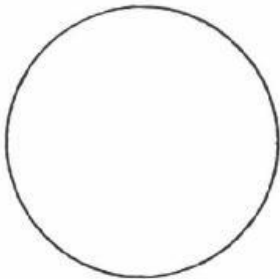
Πρακτικό Κολποσκόπησης

Όνομα ετών Α.Μ.

Ενδείξεις κολποσκόπησης

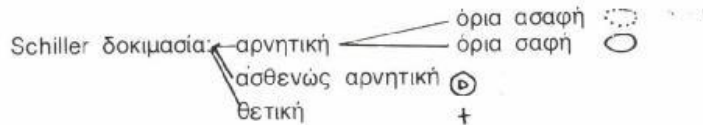
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

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



ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

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

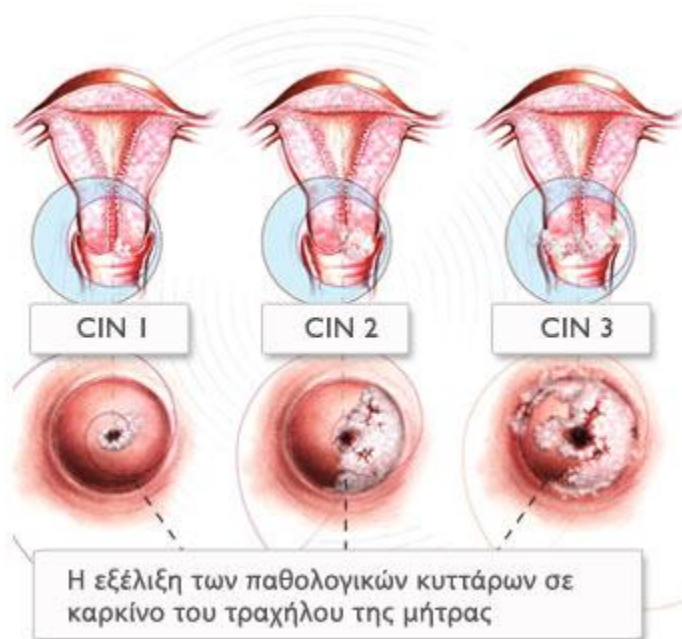
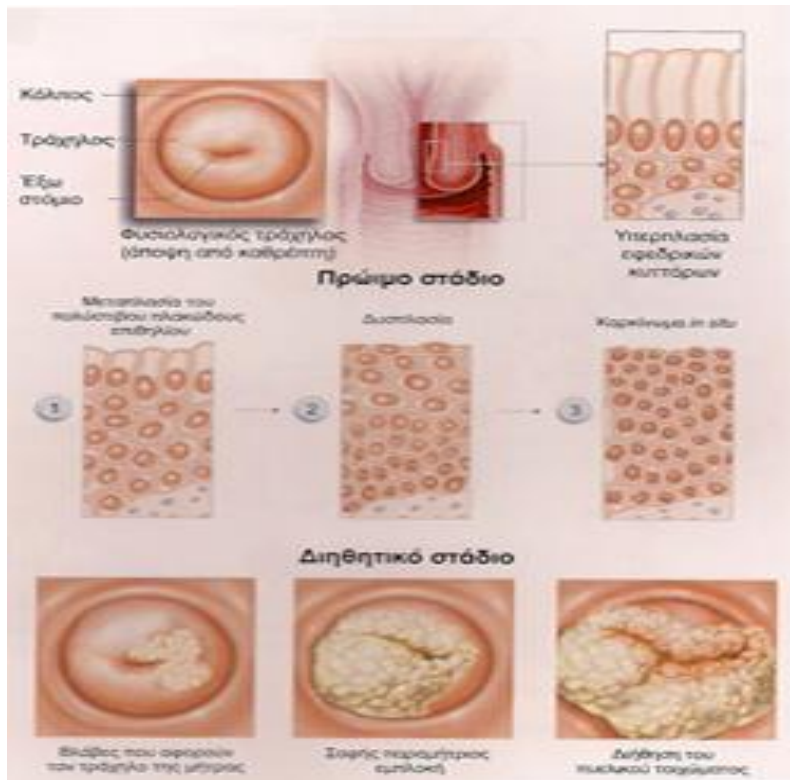


Συμπέρασμα:

Επίχρισμα:

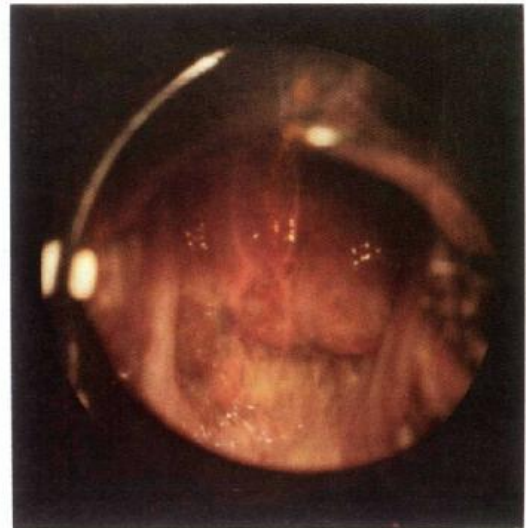
Βιοψία:

Παρακολούθηση:

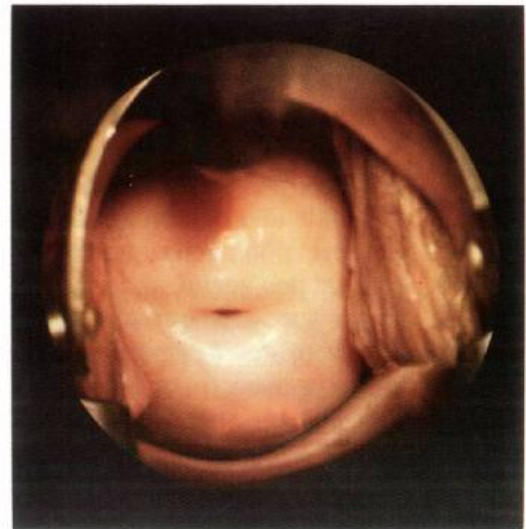




Τράχηλος σε φάση επούλωσης 7 ημέρες μετά από εξαχνωση με Laser CO₂.

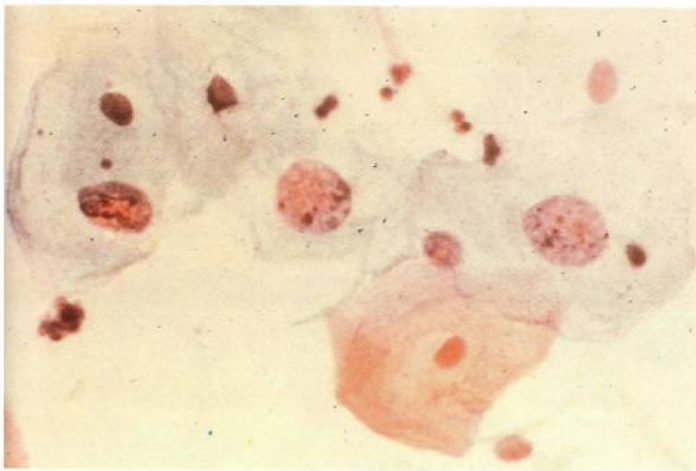
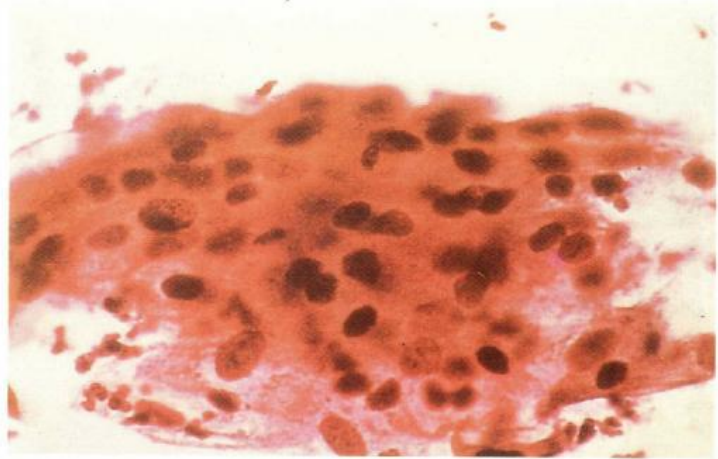


Τράχηλος σε φάση επούλωσης 14 ημέρες μετά εξαχνωση με Laser CO₂.

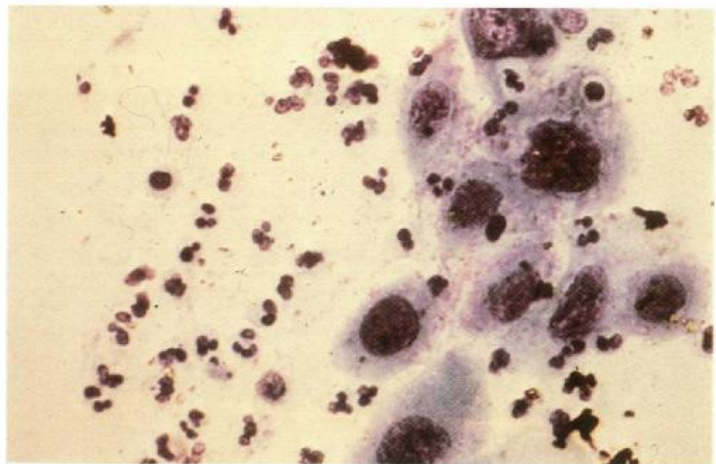


Εικόνες καλής επούλωσης 1 χρόνο μετά από κωνοειδή εκτομή του τραχήλου με Laser CO₂.

Δυσκεράτωση σε H.P.V.
(Pap test)



CIN I (Pap test)



CIN II (Pap test)

Ο ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΕΙΝΑΙ Ο ΑΚΟΛΟΥΘΟΣ:

1. Μην καπνίζετε. Καπνιστές, σταματήστε το γρηγορότερο. Το κάπνισμα και μην καπνίζετε όταν είστε μαζί με άλλους.
 2. Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.
 3. Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
 4. Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας κατά την παραγωγή, διακίνηση ή χρήση οποιουδήποτε υλικού που μπορεί να προκαλέσει καρκίνο.
 5. Τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές πλούσιες σε ίνες.
 6. Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις λιπαρές τροφές.
 7. Επισκεφθείτε το γιατρό όταν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος.
 8. Επισκεφθείτε το γιατρό όταν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.
- Για τις γυναίκες:
9. Κάνετε περιοδικά το τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας
 10. Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και, αν είναι δυνατόν, κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά το 50ό έτος.

**Το εμβόλιο για τον καρκίνο τραχήλου μήτρας εγκρίθηκε και για
άνδρες και αγόρια
19-10-2009**

Το εμβόλιο Gardasil που προστατεύει από τους ιούς που προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες και κορίτσια εγκρίθηκε τώρα και για την προστασία των ανδρών και αγοριών από τους ιούς που προκαλούν κονδυλώματα στα γεννητικά όργανα (μυρμηγκιές των γεννητικών οργάνων, θηλώματα).



Το εμβόλιο αυτό είναι σε θέση να προστατεύει αποτελεσματικά αγόρια και άνδρες ηλικίας 9 έως 26 ετών από μόλυνση από τους τύπους 6 και 11 του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV (Human Papilloma Virus).

Η μόλυνση από τους διάφορους τύπους του ιού HPV είναι η συχνότερη σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος σε πολλές χώρες. Οι περισσότερες περιπτώσεις κονδυλωμάτων στα γεννητικά όργανα προκαλούνται από διάφορους τύπου του ιού HPV.



Το εμβόλιο Gardasil μέχρι τώρα ήταν εγκεκριμένο για να χορηγείται σε κορίτσια και γυναίκες ηλικίας από 9 έως 26 ετών για:

1. Την πρόληψη του καρκίνου του αιδοίου, του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας που προκαλούνται από τους τύπους 16 και 18 του ιού HPV
2. Την πρόληψη προκαρκινικών βλαβών που προκαλούνται από τους τύπους 6, 11, 16, και 18 του ιού HPV
3. Την πρόληψη των γεννητικών κονδυλωμάτων που προκαλούνται από τους τύπους 6 και 16 του ιού HPV

Η νέα έγκριση ένδειξης χορήγησης του εμβολίου Gardasil επιτρέπει την πρώτη θεραπεία πρόληψης εναντίον των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων σε άνδρες και παιδιά από 9 έως 26 ετών. Το αποτέλεσμα θα είναι ότι λιγότεροι άνδρες θα χρειάζεται να υποβάλλονται σε θεραπείες για κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων.

Η αποτελεσματικότητα του Gardasil εξετάστηκε σε μια τυχαιοποιημένη θεραπευτική δοκιμή στην οποία συμπεριλήφθηκαν 4.055 άρρενες ηλικίας από 16 έως 26 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε άρρενες που δεν ήσαν μολυσμένοι από τους τύπους 6 και 11 του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων

HPV όταν άρχισε η έρευνα, το εμβόλιο Gardasil ήταν σχεδόν 90% αποτελεσματικό για την πρόληψη των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων που δημιουργούνται εξαιτίας τη μόλυνσης από τους τύπους 6 και 11 του ιού HPV.

Έρευνες έγιναν για να μετρηθεί η ανοσολογική αντίδραση στο εμβόλιο σε αγόρια ηλικίας 9 έως 15 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ανοσολογική αντίδραση ήταν τόσο καλή όσο αυτή που διαπιστώθηκε ότι δημιουργείται στους έφηβους και άνδρες ηλικίας 16 έως 26 ετών. Με βάση αυτό το αποτέλεσμα οι ερευνητές πείσθηκαν ότι το εμβόλιο είχε την ίδια αποτελεσματικότητα και στην ηλικιακή ομάδα αγοριών 9 έως 15 ετών.

Τα σημαντικά αυτά νέα δεδομένα όπως και η είδηση για την έγκριση του εμβολίου σε άνδρες, περιέχονται σε ανακοίνωση από την αρμόδια αρχή για την έγκριση φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση στις Ηνωμένες Πολιτείες που είναι το FDA, Food and Drug Administration. Αναφέρεται επίσης ότι ο κατασκευαστής του εμβολίου θα διεξάγει έρευνες μετά την εμπορική διάθεση του εμβολίου για να εξασφαλιστεί επιπρόσθετη πληροφόρηση για την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα του Gardasil σε άνδρες και αγόρια.

Το εμβόλιο Gardasil χορηγείται σε 3 ενέσεις εντός χρονικού διαστήματος 6 μηνών. Τα συχνότερα προβλήματα που προκαλεί είναι πόνος, φαγούρα, ερυθρότητα και μώλωπας στο σημείο που γίνεται η ένεση. Επίσης δυνατόν να προκαλέσει πονοκέφαλο και πυρετό.

Βιβλιογραφία:

[Food and Drug Administration](#)

[European Medicines Agency \(EMA\)](#)

[National Cancer Institute](#)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγοραστός Θ., Βαβίζης Δ., Μπόντης Ι.Ν., (1999) Πρωτογενής και Δευτερογενής Πρόληψη του Γυναικολογικού Καρκίνου, Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη.
2. Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ. (1986) Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα.
3. Αραβαντινός Δ. (1985) Παθολογία της γυναίκας. Εκδόσεις Παρισιάνος Γ., Αθήνα.
4. Γουέστ Κ. (2000) Η μήτρα. Πιθανές επιπλοκές. Υστερεκτομή και εναλλακτικές λύσεις. Μετάφραση: Τσουλέα Ρ., Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
5. Γεωργακόπουλος Π. (1993) Επιτομή Μαιευτικής, Γυναικολογίας και Νοσηλευτικής. 7η Έκδοση. Εκδόσεις Παρισιάνος Γ., Αθήνα.
6. Δετοράκης Γ. (2001) Οικογενειακός προγραμματισμός, Επίτομος έκδοση ΣΤ, εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
7. Δημητρίου Ε. (2004) Γυναικολογία και Μαιευτική, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
8. Καλογερόπουλος Α.Π. (1999) Βασικά Θέματα, Γενική Γυναικολογία, Γυναικολογική ογκολογία, Ενδοκρινολογία αναπαραγωγή. Σύγχρονα ειδικά θέματα, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
9. Καρπάθιος Σ.Ε. (1984) Βασική περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία. Μέρος Α', Αθήνα.
10. Κουρούνης Γ. (1991) Παθολογία τραχήλου μήτρας, κολποσκόπηση, Αθήνα.
11. Κρεατσάς Γ.Κ. (1998) "Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική" Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.
12. Λυμπέρης Β., Αναστασιάδης Π. (1999) Πρόληψη του γυναικολογικού

- καρκίνου. Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη.
- 13.Λωλής Ε.Δ. (1998) Γυναικολογία και Μαιευτική. Τόμος Β΄, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
 - 14.Μαλγαρινού Α.Μ., Κωνσταντινίδου Φ.Σ. (1997) Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική. Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.
 - 15.Μανταλενάκης Σ.Ι. (1996) Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Έκδοση Β΄, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
 - 16.Μαρκίδου Σ. (2001) Διεθνείς στρατηγικές αντιμετώπισης του καρκίνου, 1ο Διεθνές συνέδριο ,Αθήνα.
 - 17.Μορτάκης Α.Ε. (1999) Μολύνσεις από τους HPV (ιοί των ανθρώπινων θηλωμάτων)κατώτερου γεννητικού συστήματος της γυναίκας.
 - 18.Μπονίκος Δ. (1986) Καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας. Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρας.
 - 19.Παπαδήμας Α. (1999) Τι πρέπει να γνωρίζεις για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Σύλλογος Καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης, Θεσσαλονίκη.
 - 20.Παπαδημητρίου Σ.Κ. (1990) Παθήσεις τραχήλου μήτρας. Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ, Αθήνα.
 - 21.Παπαλουκάς Α. (1991) Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
 - 22.Παπαλουκάς Α. (1996) Κακοήθη νεοπλασμάτα του τραχήλου. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
 - 23.Παπανικολάου Α. (2005) Γυναικολογία. Έκδοση 3η, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
 - 24.Παπανικολάου Α.Ν. (1987) Γυναικολογική ογκολογία. Εκδόσεις φωτοτυπιοτική, Θεσσαλονίκη.
 - 25.Παπανικολάου Ν. (1986) Στείρωση. Επίτομος έκδοση Α΄, Θεσσαλονίκη.
 - 26.Παπανικολάου Ν.Α. (1994) Γυναικολογία .Έκδοση 3η, επιστημονικές

εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα.

27. Παπανικολάου Ν.Α. & Παπανικολάου Α.Ν. (2005) Γυναικολογία. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
28. Πεκτασίδης Δ., Δημόπουλος Μ. (2001) Γυναικολογική ογκολογία. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
29. Ρηγάτος Γ.Α. (2000) Η ανακούφιση του καρκινικού πόνου. 2η έκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
30. Σαχίνη- Καρδάση Α., Πάνου Μ. (1988) Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Τόμος 1ος. Β΄ επανέκδοση, Αθήνα
31. Σαχίνη- Καρδάση Α., Πάνου Μ. (1988) Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Τόμος 2ος, Μέρος Β΄, Αθήνα.
32. Σαχίνη - Καρδάση Α., Πάνου Μ. (1997) Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
33. Σπηλιώτης Ι. (1999) Καρκίνος ,από την άγνοια... στον φόβο. Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα.
34. Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ. (1986) Προληπτική Ιατρική. Παρισιάνος, Αθήνα.
35. Τσίκος Ν., Καραγεωργοπούλου- Γραβάνη Σ. (1999) Πρακτική άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ. Έλλην, Αθήνα.
36. Φραγκάκης Γ. (1991) Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σεμινάριο νοσηλευτών .Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου ,αποκατάσταση καρκινοπαθούς, Αθήνα.
37. Χατζημηνάς Ι. (1987) Φυσιολογία γεννητικού συστήματος. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Arends MJ. (1990) Papillomavirus and human cancer. Hum Pathol.
2. Cuypton ND. (1984). Φυσιολογία του ανθρώπου, Μετάφραση: Κούβελας Η. Ευαγγέλου Α, Έκδοση 3η, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
3. Dollinger M.D., Rosenbaum E., Cable G. (1992). Ο καρκίνος-διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους. Μετάφραση: Μαθάς Χ., Λαμπρόπουλος Σ., Λαιδάς Γ., Αναγνωστοπούλου Β. Έκδοση 1η, Εκδόσεις κάτοπτρο- Μάμαλης Α΄ και Σια ΟΕ, Αθήνα.
4. Govan/Hart/Callander (1993) "Γυναικολογία-εικονογραφημένη". Εκδόσεις Γιαννακόπουλος Δ., Νέα Έκδοση, Αθήνα.
5. Novak's(2002) "Γυναικολογία ΙΙΙ", 12η Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
6. Rice J. (1998) "Αντινεοπλασματικοί παράγοντες". Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα.
7. Roger P.S. (2007) Μαιευτική και γυναικολογία. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
8. Sharipo J. P. (2002). Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, Μετάφραση: Σιορφανέ Α.- Καραχάλιος Γ. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα.
9. The Lancet (2001) Survival and recurrence after concomitant chemotherapy and radiotherapy for cancer of the uterine cervix : a systematic review and meta-analysis (άρθρο σύνταξης).
10. Turek L. (1996) The genetic program of genital Human Pappilomavirus in infection and cancer onset. Gynecol Clin N. Amer .



