



ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Καρκίνος και γυναικά
(νοσηλευτική διεργασία
και ψυχολογική υποστηριξή σε γυναίκες
ασθενείς με καρκίνο, ηθικά διλήμματα)**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΙΓΩΝΗ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :
Χ. ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ
Ακτινοθεραπευτής ογκολόγος
Καθηγητής Ογκολογικής Νοσηλευτικής.**

ΠΑΤΡΑ 2010

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ το καθηγητή μου Χ. Χριστόπουλο για την βοήθεια ευρέσεις πληροφοριών, και την στήριξη του.

Αφιερώσεις

Αφιερώνω την πτυχιακή μου στους γονείς μου που με στήριξαν όλα αυτά τα χρόνια φοίτησης μου και σε όλες τις γυναίκες.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	1
ABSTRACT.....	2
Εισαγωγή	3
<u>Κεφάλαιο 1 Ογκολογία</u>	
1.1 Καρκινικά Κύτταρα.....	5
1.2 Η πορεία της καρκινογένεσης	6
1.2.1 Φάση πρόκλησης	7
1.2.2 Τοπική φάση (in situ)	7
1.2.3 Φάση διήθησης	8
1.2.4 Φάση διασποράς	8
1.3 Τα αίτια του καρκίνου.....	8
1.4 Ταξινόμηση όγκων	10
1.4.1 Καρκινώματα	11
1.4.2 Σαρκώματα.....	11
1.4.3 Λεμφώματα	11
1.4.4 Λευχαιμίες.....	12
1.4.5 Πολλαπλό μυέλωμα	12
1.5 Η γενετική του καρκίνου	12
1.6 Η διάγνωση του καρκίνου	14
1.7 Εργαστηριακές Εξετάσεις	16
1.8 Νεοπλασματικοί (καρκινικοί) δείκτες	20
1.9 Μεταστάσεις	24

Κεφάλαιο 2 Το σώμα της γυναίκας και κύηση

Γεννητικό Αναπαραγωγικό Σύστημα	28
Ανατομία	28
Φυσιολογία	36
Από την εμμηναρχή μέχρι την εμμηνόπαυση	42
Κύηση	44
2.5.1 Στάδια εξέλιξης του εμβρύου	45
2.5.2 Βιωσιμότητα του εμβρύου	47
2.5.3 Άμβλωση	48
2.5.3.1 Σωματικές και ψυχικές	49
επιπτώσεις στη γυναίκα	
2.5.4 Νοσηλευτική παρέμβαση	53

Κεφάλαιο 3 Μορφές καρκίνου

3.1 Συχνές μορφές καρκίνου στη γυναίκα (συνηθέστερες)	54
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	54
Καρκίνος ωοθηκών	56
Άλλες μορφές γυναικολογικών καρκίνων	56
Καρκίνος μαστού.....	57
3.2 Καρκίνος πνεύμονα	59
Όγκοι του θυρεοειδή αδένος	62
Καρκίνος γαστρεντερικού	64
Καρκίνος νεφρού.....	66
Μελάνωμα.....	69
Λευχαιμίες.....	69

Κεφάλαιο 4 Θεραπεία του καρκίνου

4.1 Οι μορφές της θεραπείας	73
4.2 Η αντιμετώπιση του καρκίνου	73
Ακτινοθεραπεία	76
Χειρουργική θεραπεία	79
Βιολογική θεραπεία - Ανοσοθεραπεία	81
Μεταμόσχευση μυελού των οστών	84
Μεταμόσχευση ομφαλοπλακουντιακού αίματος	87
Ορμονική θεραπεία	88
Θεραπεία με λέιζερ	89
Υπερθερμία	90
Θεραπεία με αντιαγγειογενετικά φάρμακα	91
4.2.10 Παρηγορητική θεραπεία	91
4.3 Χημειοθεραπεία	
Πως δρα η χημειοθεραπεία	93
Πως χορηγείται η χημειοθεραπεία	93
Πως επιλέγονται τα κυτταροστατικά φάρμακα	94
Ποιος συμμετέχει στη χορήγηση της χημειοθεραπείας	94
Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία	95
Χρήση άλλων φαρμάκων	96
Συνδυασμένη χημειοθεραπεία	96
Χημειοθεραπεία και άρρωστος	96

Κεφάλαιο 5 Ψυχολογία των γυναικών με καρκίνο

Φόβοι των γυναικών	111
Μοντέλα ψυχολογικών αποκρίσεων στην γνώση του επικείμενου θανάτου	114

Κεφάλαιο 6 Καρκίνος και κύηση

Επιδημιολογία για καρκίνου κατά την κύηση	118
Διάγνωση καρκίνου κατά την κύηση	123
Τρόποι αντιμετώπισης και διλήμματα	123
Μετάσταση στον πλακούντα και στο έμβρυο	126
Η ασφάλεια χημειοθεραπείας κατά την κύηση	129
Ψυχολογία γυναίκας και οικογένειας	134
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	135
Μέθοδοι γονιμοποίησης μετά από καρκίνο με θεραπείες	139

Κεφάλαιο 7 Στάση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε ασθενείς με καρκίνο

Φροντίδα στο ψυχολογικό επίπεδο της ασθενούς	143
Φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο	146
Φροντίδα σε οργανικό επίπεδο	149

ΕΠΙΛΟΓΟ	152
---------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Λεξιλόγιο Συντομογραφιών	153
Φωτογραφικό υλικό	155
Αυτοεξεταση των μαστών	157
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	160

Περίληψη

Η παρούσα εργασία έχει ως αντικείμενο το θέμα «Γυναίκα & Καρκίνος». Πρόκειται για μια ασθένεια που πλήττει όλο και περισσότερες γυναίκες.

Κύριος σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των αιτιών εμφάνισης του καρκίνου και ποια είναι τα όργανα του γυναικείου οργανισμού που προσβάλλονται με μεγαλύτερη συχνότητα.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την πορεία της καρκινογένεσης και τα είδη των όγκων. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται το γεννητικό αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας και η περίοδος της κύησης. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται διεξοδικά οι διάφορες μορφές καρκίνου που προσβάλλουν τις γυναίκες. Το τέταρτο κεφάλαιο αναλύει τους τρόπους θεραπείας του καρκίνου. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στην ψυχολογία των γυναικών με καρκίνο και των οικογενειών τους. Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την γυναίκα που έχει καρκίνο κατά την περίοδο της κύησης και στους τρόπους αντιμετώπισης του. Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο αναλύεται η στάση του ιατρού-νοσηλευτικού προσωπικού στις γυναίκες με καρκίνο.

ABSTRACT

This work is the subject of "Women & Cancer. It is a disease that affects more women.

The main purpose of work is to investigate the causes of occurrence of cancer and what are the organs of the female body that become more frequent.

The first chapter talks about the progress of cancer and the types of tumors. The second chapter analyzes the genetic reproductive system of women and the period of pregnancy. The third chapter analyzes in detail the various forms of cancer affecting women. The fourth chapter will analyze how treatment of cancer. The fifth chapter is a reference to the psychology of women with cancer and their families. The sixth chapter talks about the woman who has cancer during pregnancy and how to tackle. Finally, the seventh chapter discusses the attitudes of health professionals to women with cancer.

Εισαγωγή

Ο καρκίνος είναι μια χρόνια νόσος και οι επιπτώσεις του πλήττουν τον ασθενή και την οικογένεια του σε όλα τα επίπεδα της ζωής του. Αποσταθεροποιεί συχνά όχι μόνο τον ασθενή αλλά και ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα από την ώρα της διάγνωσης, κατά την διάρκεια της θεραπείας μέχρι την αποκατάσταση ή το θάνατο.

Ο καρκίνος σήμερα θεωρείται νόσος η οποία όταν διαγνωστεί έγκαιρα υπάρχουν σοβαρές ελπίδες θεραπείας. Το μήνυμα αυτό της επιστήμης είναι σαφές και ελπιδοφόρο αλλά όχι όμως αποδεκτό από το ευρύ κοινό.

Το άτομο που πάσχει από καρκίνο έχει μυαλό, αισθήματα είναι με προσωπικότητα και έχει αξίες, ελπίδες και όνειρα. Παρά το πρόβλημα της υγείας, συχνά ο άρρωστος επανακτά ένα «φυσιολογικό» ρυθμό ζωής και επανεντάσσεται στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτής της νέας πραγματικότητας ο «ασθενής» δεν στερείται «σθένους» γιατί συμμετέχει ενεργά και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, ακόμα και αν η ασθένεια από την οποία πάσχει απειλεί την ζωή του. Χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας οι αιτίες που οδηγούν στον θάνατο και οι συνθήκες στις οποίες πεθαίνει το άτομο έχουν διαφοροποιηθεί πολύ από τις αρχές του αιώνα (Nuland, 1994).

Σύμφωνα με έρευνες οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από κάποια μορφή καρκίνου απ'ότι οι άντρες, με συχνότερες, τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του τραχήλου.

Θεαματική αύξηση του χρόνου επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο μαστού σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια - χάρη κυρίως στα νέα φάρμακα που ανακαλύφθηκαν - ενώ μεγάλη πρόοδος έχει συντελεσθεί - με τη χρήση νέων τεχνολογιών - και στην καλύτερη διάγνωση του υπ' αριθμόν ένα καρκίνου των γυναικών. Οι εξελίξεις δεν έχουν αφήσει ανέπαφες ούτε τη χειρουργική ούτε την ακτινοθεραπεία.

Περίπου τα δύο τρίτα των γυναικών με καρκίνο μαστού σήμερα ζουν τουλάχιστον είκοσι χρόνια, σε σύγκριση με το 1990 που ζούσαν οι λιγότερες από τις μισές. Πολλές από αυτές τις γυναίκες πεθαίνουν τελικά από άλλη αιτία.

Στην Ελλάδα σήμερα γίνονται 4.500 νέες διαγνώσεις καρκίνου του μαστού το χρόνο. Κάθε δύομισι ώρες γίνεται μία διάγνωση, ενώ κάθε έξι ώρες μία γυναίκα πεθαίνει από καρκίνο του μαστού.

Τέλος σημαντικό ρόλο παίζουν η ψυχολογία του ασθενή καθώς και η υποστήριξη που δέχεται από το οικογενειακό του περιβάλλον και από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Παρακάτω θα αναλύσουμε όλες τις πτυχές που αφορούν το θέμα μας «Γυναίκα και Καρκίνος», διεξοδικά και ουσιαστικά.

Κεφάλαιο 1

Ογκολογία

1.1 Καρκινικά Κύτταρα

Με τον όρο «καρκινοπαθής» εννοείται ο άρρωστος που πάσχει από οποιαδήποτε κακοήθη νόσο και με τον όρο «καρκίνος» οποιαδήποτε κακοήθης νόσος.

Ο οργανισμός δεν μπορεί να αντιμετωπίσει εύκολα τα καρκινικά κύτταρα γιατί το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου αναγνωρίζει βακτηρίδια, ιούς ή άλλα σώματα ως «ξένα» προς τον οργανισμό και προσπαθεί να τα εξουδετερώσει με τους αμυντικούς μηχανισμούς του. Επειδή, όμως τα καρκινικά κύτταρα μοιάζουν με τα φυσιολογικά, δεν ενεργοποιούν το ανοσοποιητικό σύστημα και έτσι συνεχίζεται ανεμπόδιστα η εισβολή και η εξάπλωση τους.

Η ταχύτητα ανάπτυξης των κυττάρων είναι πολύ σημαντική διότι μερικοί καρκίνοι αναπτύσσονται πολύ αργά και δεν προκαλούν προβλήματα στην υγεία του ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ άλλοι αναπτύσσονται ταχύτατα και μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες στην υγεία, εφόσον δεν εντοπιστούν και δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα.

Το γενετικό υλικό ενός κυττάρου (DNA) σε κάποιο φυσιολογικό άτομο είναι δυνατό να υποστεί βλάβη από διαφορά βλαπτικά ερεθίσματα. Οι βλάβες αυτές, όπως είναι φυσικό, δεν μπορούν να ενεργοποιήσουν από μόνες τους τη διαδικασία καρκινογένεσης η οποία απαιτεί για τη ολοκλήρωση της συνδυασμό μιας σειράς αλλών παραγόντων.¹¹

Τα καρκινικά κύτταρα διαφέρουν από τα φυσιολογικά σε δύο κύρια σημεία. Το πρώτο είναι ότι πολλαπλασιάζονται με ταχύτατους ρυθμούς, χωρίς να ελέγχονται από τους ρυθμιστικούς μηχανισμούς του οργανισμού και το δεύτερο ότι γίνονται ουσιαστικά αθάνατα, αφού δεν υπακούν στις αυστηρά καθορισμένες βιολογικές διαδικασίες, που οδηγούν κάθε κύτταρο σε φυσιολογικό θάνατο. Κάθε τύπος καρκίνου έχει τα δικά του χαρακτηριστικά και τη δική του θεραπευτική αντιμετώπιση.

Πρωτοπαθής εστία είναι η περιοχή αρχικής εμφάνισης του όγκου, δηλαδή ο ιστός ή το όργανο από το οποίο ξεκινάει η ανάπτυξή του. Ο εντοπισμός της πρωτοπαθούς εστίας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στο σχεδιασμό της θεραπείας, άρα και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου.

Ο καρκίνος που επεκτείνεται στους υγιείς ιστούς, οι οποίοι περιβάλλουν την περιοχή από την οποία ξεκίνησε η ανάπτυξη του ονομάζεται διηθητικός καρκίνος. Τα καρκινικά κύτταρα, αρχικά διασπών και διαπερνούν τη βασική μεμβράνη και στη συνέχεια επεκτείνονται και καταστρέφουν τους γύρω ιστούς.

Υπολειμματική νόσος είναι τα καρκινικά κύτταρα ή οι ιστοί που παραμένουν στον οργανισμό του ασθενή μετά την ολοκλήρωση της χειρουργικής ή άλλης μορφής θεραπείας. Η διαπίστωση της ύπαρξης υπολειμματικής νόσου είναι πολύ σημαντική για τον ασθενή, αφού με τον τρόπο αυτόν είναι δυνατόν να προληφθούν πιθανές υποτροπές της νόσου.

1.2 Η πορεία της καρκινογένεσης

Οι σύγχρονες αντιλήψεις συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι η καρκινογένεση στον οργανισμό του ανθρώπου, είναι ένα πολύπλοκο γεγονός και μια μακροχρόνια διαδικασία που διακρίνεται σε τέσσερις επιμέρους φάσεις:

1. Τη φάση πρόκλησης¹¹

2. Την τοπική φάση
3. Τη φάση διήθησης
4. Τη φάση διασποράς

1.2.1 Φάση πρόκλησης

Οι επιστήμονες σήμερα, μετά από πολύχρονες μελέτες, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η φάση πρόκλησης του καρκίνου διαρκεί 15-30 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι απαιτείται μακροχρόνια έκθεση σε καρκινογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες, ώστε να ξεκινήσει η διαδικασία της καρκινογένεσης.

Η φάση πρόκλησης μπορεί να είναι όμως, συντομότερη σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως είναι η προσβολή από λευχαιμία μετά από εκθεσή σε ακτινοβολία (περίπου 2 χρόνια) ή οι γενετικά καθορισμένοι όγκοι της βρεφικής ηλικίας, οι οποίοι υπάρχουν αφανώς από τη στιγμή της γέννησης και εξελίσσονται μετά από μικρό διάστημα.

1.2.2 Τοπική φάση (in situ)

Τα περισσότερα γνωστά στοιχεία για την τοπική φάση, προέρχονται από μελέτες στον καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Σήμερα πιστεύεται ότι η προοδευτική βαριά δυσπλασία μετατρέπεται, στις περισσότερες περιπτώσεις, σε in situ καρκίνωμα, ενώ το τελευταίο, μετά από μια πολύπλοκη διαδικασία που διαρκεί δέκα ή περισσότερα χρόνια, καταλήγει σε διηθητικό καρκίνο.^{8,11}

1.2.3 Φάση διήθησης

Στη φάση διήθησης, τα κύτταρα έχουν κακοήθη χαρακτηριστικά, πολλαπλασιάζονται με γρήγορους ρυθμούς και έχουν τη δυνατότητα να διασπάσουν τη βασική μεμβράνη, να εισέλθουν στους γειτονικούς ιστούς και να φτάσουν μέχρι τα αγγεία του αίματος ή της λέμφου.

1.2.4 Φάση διασποράς

Στη φάση διασποράς τα καρκινικά κύτταρα διηθούν όλο και περισσότερους ιστούς γύρω από την περιοχή της αρχικής ανάπτυξης, αυξάνοντας κατακόρυφα την πιθανότητα μεταστάσεων. Τα νεοπλασματικά κύτταρα μεμονωμένα ή κατά ομάδες μεταφέρονται, με τη βοήθεια του αίματος και του λεμφικού συστήματος, σε απομακρυσμένα σημεία του οργανισμού, δημιουργώντας διάσπαρτες μεταστάσεις.

1.3 Τα αίτια του καρκίνου

Παρά το γεγονός ότι ο όρος καρκίνος περιλαμβάνει περισσότερες από 200 διαφορετικούς τύπου νόσου και απασχολεί εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο τα αίτια του παραμένουν άγνωστα και μυστηριώδη για μεγάλη μερίδα ανθρώπων. Η επιστήμη όμως, έχει καταλήξει σήμερα σε μια σειρά από παράγοντες που, όπως αποδείχθηκε, έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν την έναρξη της διαδικασίας καρκινογένεσης στον άνθρωπο.

Οι κυριότεροι παράγοντες που αφορούν στις ατομικές συνήθειες και στον τρόπο ζωής του ατόμου είναι:

Κάπνισμα: Ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν σπάνια μορφή νόσου πριν την εξάπλωση των παραγώγων του καπνού, τα οποία βρέθηκαν ότι περιέχουν 4.000 τοξικές και 43 αποδεδειγμένα καρκινογόνες ουσίες.^{8,11}

- *Σεξουαλική ζωή:* Υπάρχουν ορισμένοι σεξουαλικά μεταδιδόμενοι ιοί που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου, ενώ συσχετίσεις έχουν βρεθεί και με την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής .
- *Υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος:* Αποτελεί παράγοντα που μπορεί να προκαλέσει όγκους κυρίως της κεφαλής, του ήπατος και του παγκρέατος.
- *Διατροφικοί παράγοντες – παχυσαρκία:* Υπερβολική κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λίπος και φτωχών σε φυτικές ίνες, αποτελούν παράγοντα κινδύνου για καρκίνο του παχέος εντέρου, αλλά και του μαστού και του ενδομητρίου.
- *Λήψη ορισμένων ορμονών:* Η λήψη ορμονών για ιατρικούς λόγους με σκοπό τη θεραπεία διαφόρων καταστάσεων, αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής από συγκεκριμένες μορφές καρκίνου, όπως αυτός του ενδομητρίου.

Οι κυριότεροι παράγοντες που αναφέρονται σε επιδράσεις εξωγενών συνθηκών, που δεν εξαρτώνται από τη θέληση και τις συνήθειες του ατόμου είναι:

- *Γενετικοί παράγοντες - κληρονομικότητα:* Οι τυχαίες ή οι προκαλούμενες μεταλλάξεις ορισμένων γονιδίων μπορούν να προκαλέσουν έναρξη της διαδικασίας καρκινογένεσης, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι μερικοί τύποι καρκίνου εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα σε μέλη οικογενειών.
- *Ηλικία:* Άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 55 ετών παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο καρκινογένεσης, κ εμφάνισης κακόηθων νοσημάτων αφού τελικά ο καρκίνος είναι εκφυλιστικό νόσημα.

Χημικές ουσίες: Καρκινογόνες ιδιότητες παρουσιάζουν προϊόντα της πίσσας και του άνθρακα, αμίαντος, βενζόλιο, κάδμιο, νικέλιο, ουράνιο κ.α.^{8,11}

-

- *Υπεριώδης ακτινοβολία:* Η υπερβολική έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη καρκίνων του δέρματος.(ιδιαίτερα σε επαγγελματίες που εκτιθενται για μεγάλα χρονικά διαστήματα στον ήλιο (π.χ. αγρότες, ψαράδες).
- *Ιονίζουσα ακτινοβολία – ακτίνες X:* Οι ιονίζουσες ακτινοβολίες είναι στις περισσότερες περιπτώσεις ιδιαίτερα επικίνδυνες, ενώ οι μεγάλες δόσεις ακτίνων X μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες στο γενετικό υλικό των κυττάρων.
- *Ιατρογενείς χημικοί παράγοντες:* Είναι διάφοροι διαγνωστικοί ή θεραπευτικοί παράγοντες ή ουσίες, που αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής από ορισμένες μορφές καρκίνου.
- *Επαγγελματική έκθεση:* Διάφοροι παράγοντες που απαντώνται στους εργασιακούς χώρους, μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο των εκτεθειμένων τμημάτων του σώματος, όπως είναι το δέρμα και το αναπνευστικό σύστημα.
- *Περιβαλλοντική ρύπανση:* Οι περιβαλλοντικοί ρύποι μπορούν να προκαλέσουν καρκινικές βλάβες κυρίως στο αναπνευστικό σύστημα.
- *Ανοσολογικές συνθήκες:* Έχει παρατηρηθεί ότι οι ανεπάρκειες του ανοσοποιητικού συστήματος σχετίζονται με τη δημιουργία ορισμένων μορφών καρκίνου.
- *Παράσιτα – ιοί:* Η μόλυνση από τροπικά παράσιτα ή ορισμένους ιούς (όπως του ιού των ανθρωπινών κονδυλομάτων), είναι δυνατό να προκαλέσουν, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, ενεργοποίηση της διαδικασίας καρκινογένεσης.

1.4 Ταξινόμηση όγκων

Οι όγκοι, όσον αφορά στην κατάταξη τους, μπορούν να ταξινομηθούν σε μια από τις βασικές κατηγορίες, οι οποίες είναι τα καρκινώματα, τα σαρκώματα,^{8,11}

τα λεμφώματα, οι λευχαιμίες και το πολλαπλό μυέλωμα. Σε επόμενη ενότητα γίνεται πιο αναλυτική αναφορά στα διάφορα είδη όγκων.

1.4.1 Καρκινώματα

Είναι συμπαγείς όγκοι του επιθηλιακού ιστού, του ιστού δηλαδή που καλύπτει τις εξωτερικές επιφάνειες, όπως είναι τα στρώματα του δέρματος ή τις εσωτερικές κοιλότητες του σώματος, όπως είναι τα όργανα του γαστρεντερικού σωλήνα, η ουροδόχος κύστη, ο κόλπος, ο τράχηλος της μήτρας κλπ.

1.4.2 Σαρκώματα

Είναι συμπαγείς όγκοι που αναπτύσσονται στους ιστούς που δομούν, υποστηρίζουν ή συνδέουν τα όργανα μεταξύ τους, όπως είναι τα οστά, οι σκελετικοί μυς, οι τένοντες, τα νεύρα, οι χορδές, οι χόνδροι, οι σύνδεσμοι, ο λιπώδης ιστός, ο συνδετικός ιστός κλπ ένα όργανο μπορεί να αναπτύξει νεοπλάσματα είτε από την επιθηλιακή του συνιστώσα πχ αδеноκαρκίνωμα της μήτρας είτε από την στρωματική συνιστώσα π.χ σαρκώματα.

1.4.3 Λεμφώματα

Είναι όγκοι που αναπτύσσονται στους λεμφαδένες, οι οποίοι είναι μικροί αδένες που παρεμβάλλονται τη λεμφική κυκλοφορία, με ένα σύστημα αγγείων που διακινεί τη λέμφο σε όλα τα σημεία του σώματος, σε στενή σύνδεση και συνεργασία με την κυκλοφορία του αίματος. Η λέμφος είναι ένα υποκίτρινο υγρό, που περιέχει τα T και τα B λεμφοκύτταρα, τα οποία σχετίζονται με την άμυνα του οργανισμού.^{8,11}

1.4.4 Λευχαιμίες

Είναι όγκοι διαφόρων τύπων, που προσβάλλουν τα κύτταρα του αίματος στο σημείο δημιουργίας τους, στο μυελό των οστών. Όλοι οι καρκίνοι του αίματος διαχέονται και δε σχηματίζουν συμπαγείς μάζες. Οι περισσότερες λευχαιμίες αναφέρονται στα λευκά αιμοσφαίρια του αίματος ενώ σπανιότερα σχετίζονται με ερυθρά αιμοσφαίρια ή τα αιμοπετάλια.

1.4.5 Πολλαπλό μυέλωμα

Είναι καρκίνος που αναπτύσσεται στα πλασματοκύτταρα, τα οποία είναι Β λεμφοκύτταρα που παράγουν ανοσοσφαιρίνες και αναπτύσσονται εντός των οστών.¹¹

1.5 Η γενετική του καρκίνου

Τα ανθρώπινα κύτταρα θεωρείται ότι περιέχουν 60-100.000 γονίδια, από τα οποία περίπου 100 ρυθμίζουν τη διαίρεση ή την ανάπτυξη του κυττάρου. Επιπλέον, είναι γνωστό ότι τα φυσιολογικά κύτταρα περιέχουν τα ογκογονίδια, μια κατηγορία γονιδίων που παραμένουν σε κανονικές συνθήκες σε λανθάνουσα κατάσταση, αλλά μπορούν, με την επίδραση ενδογενών ή εξωγενών παραγόντων, να δώσουν ώθηση στη διαδικασία της καρκινογένεσης.

Περισσότερο από 100 διαφορετικά γονίδια έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται με την διαδικασία καρκινογένεσης.

Οι βασικότερες κατηγορίες είναι:

- Ø Πρωτοογκογονόδια: Σχετίζονται με την αύξηση του κυττάρου^{8,11}

- Ø Ογκοκατασταλτικά γονίδια: Καταστέλλουν τη μη φυσιολογική ανάπτυξη των κυττάρων
- Ø Γονίδια αγγειογένεσης: Ρυθμίζουν την τροφοδοσία των κυττάρων με αίμα
- Ø Γονίδια μετάστασης: Ρυθμίζουν την εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων

Τα ογκογονίδια είναι γονίδια που φέρουν όλοι οι άνθρωποι στα χρωμοσώματα τους, τα οποία στην αρχική τους μορφή λέγονται πρωτοογκογονίδια και επιτελούν σημαντικές φυσιολογικές βιολογικές λειτουργίες στον οργανισμό. Τα γονίδια αυτά έχουν την ιδιότητα να ενεργοποιούνται από διάφορους εσωτερικούς ή εξωτερικούς παράγοντες και να υφίστανται μεταλλάξεις, με συνέπεια τη διαταραχή της λειτουργίας τους, οι οποίες συντελεί στην μετατροπή ενός φυσιολογικού κυττάρου σε καρκινικό.^{15,17}

Τα πρωτοογκογονίδια ενεργοποιούνται και μετατρέπονται σε ογκογονίδια με συγκεκριμένους τρόπους:

- Ø Με την εισβολή στα κύτταρα συγκεκριμένων ιών (λέμφωμα Burkitt, καρκίνος ήπατος και μήτρας)

Με την τυχαία ή προκαλούμενη από επιβαρυντικούς παράγοντες του περιβάλλοντος αλλαγή της σειράς των γονιδίων σε χρωμοσώματα (αναδιάταξη τμημάτων των χρωμοσωμάτων 9 και 22 Χρόνια Μυελογενή Λευχαιμία)^{15,17}

- Ø Με την απώλεια ή τη μετάλλαξη κάποιου ογκοκατασταλτικού γονιδίου (γονίδιο p53 σε διάφορους όγκους)
- Ø Με το διπλασιασμό ολόκληρων χρωμοσωμάτων (χρωμόσωμα 21 στο σύνδρομο Down - αυξημένος κίνδυνος καρκινογένεσης)

Τα ογκοκατασταλτικά γονίδια πρόκειται για γονίδια που υπάρχουν φυσιολογικά στον οργανισμό και παρεμποδίζουν τη δράση των ογκογονιδίων και την ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Όταν κάποιο από^{8,11}, τα

ογκοκατασταλτικά γονίδια απουσιάζει ή παρουσιάζει βλάβη, η δράση των ογκογονιδίων δεν μπορεί να διακοπεί με αποτέλεσμα να αναπτυχθεί καρκίνος.

1.6 Η διάγνωση του καρκίνου

Η διάγνωση προσδιορίζει τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου από τον οποίο έχει προσβληθεί ο ασθενής αλλά και καθορίζει την εκτασή της νόσου και διερευνά την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων. Ο καλύτερος τρόπος για να γίνει οριστική διάγνωση του καρκίνου, είναι η μελέτη στο μικροσκόπιο κυττάρων από το συγκεκριμένο ιστό, από ειδικούς γιατρούς, τους παθολογοανατόμους ή τους κυτταρολόγους, οι οποίοι και θα προσδιορίσουν τον τύπο της νόσου. Στις περισσότερες περιπτώσεις η διάγνωση συμπληρώνεται και από άλλες ειδικές εργαστηριακές ή κλινικές εξετάσεις.

Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία έχει καταλήξει σε μια λίστα με επτά πρώιμα σημεία, τα οποία πρέπει να γνωρίζουν όλοι και να αναφέρουν στο γιατρό τους μόλις εμφανιστούν:

1. Σκλήρυνση ή διόγκωση στο μαστό ή άλλο όργανο
2. Εμφανείς αλλαγή μιας ελιάς στο μέγεθος, την όψη ή το σχήμα
3. Βήχας που επιμένει ή βραχνάδα στη φωνή
4. Δυσκολία στην κατάποση ή δυσπεψία
5. Φλεγμονή του φάρυγγα που δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία, δυσκολία στην κατάποση ή δυσπεψία
6. Αναίτιες αιμορραγίες, παρουσία ασυνήθιστων εκκρινμάτων και πληγών που δεν επουλώνονται
7. Εμφανείς αλλαγές στην κένωση του εντέρου ή την ούρηση

Πρέπει να διευκρινιστεί ότι η παρουσία αυτών των καταστάσεων δε σημαίνει ότι υπάρχει απαραίτητα υποκείμενο νεόπλασμα, αφού απαντώνται και σε^{8,11,18,5}

πολλές άλλες παθολογικές καταστάσεις, αλλά ότι θα πρέπει υπάρχει εγρηγορή από τον ασθενή, για άμεση επίσκεψη στο γιατρό και διενέργεια των απαραίτητων εξετάσεων. Η απόφαση αυτή, ενδέχεται να προλάβει ή και να σταματήσει την ανάπτυξη κάποιου όγκου, ο οποίος μπορεί να λάβει ανεξέλεγκτες διαστάσεις σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Η δημιουργία και η ανάπτυξη κάποιου όγκου στον οργανισμό του ανθρώπου συνοδεύεται από ορισμένες καταστάσεις οι οποίες συμβαίνουν όταν:

- ✓ Ο όγκος μπορεί να πιέζει τους γειτονικούς ιστούς και τα όργανα με αποτέλεσμα ο ασθενής να αισθάνεται πίεση ή και πόνο.
- ✓ Ο όγκος μπορεί να έχει μεγάλο μέγεθος και να είναι διακριτός ή ψηλαφητός με τα χέρια, όπως ο καρκίνος του μαστού.
- ✓ Ο όγκος πιέζει και προκαλεί ρήξη των γειτονικών αγγείων με αποτέλεσμα να προκαλείται αιμορραγία.
- ✓ Ο όγκος μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργίες σε ορισμένα όργανα, όπως είναι ο βήχας και η δυσκολία στην αναπνοή σε περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα.

Η αρχική διάγνωση είναι πολύ σημαντική. Παρά το γεγονός ότι κάθε τύπος καρκίνου αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα, η διάγνωση πρέπει να είναι όσο το δυνατόν ακριβέστερη, ώστε ο ασθενής να αντιμετωπιστεί και να θεραπευτεί με το σωστό τρόπο. Η διάγνωση είναι το κλειδί για τον προσδιορισμό της μελλοντικής πορείας και των θεραπευτικών επιλογών που είναι διαθέσιμες ανάλογα με την περίπτωση.

Μετά την οριστικοποίηση της διάγνωσης είναι χρήσιμο να κατανοήσει κανείς:

- ^a Ότι αφορά τη νόσο χωρίς να πιέζει τον εαυτό του. Δεν είναι απαραίτητο να κατανοηθούν όλα από τις πρώτες μέρες της διάγνωσης.^{8,11,18,5}

- ^a Κάθε καρκίνος είναι μοναδικός, όπως κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός και όχι μια στατιστική.
- ^a Εάν ο ασθενής δεν καταλαβαίνει κάποια πράγματα, υπάρχουν πολλοί τρόποι να βρεί τις απαντήσεις και πολλοί άνθρωποι να τον βοηθήσουν.
- ^a Οι θεραπείες του καρκίνου βελτιώνονται καθημερινά και γίνονται ασφαλέστερες και αποτελεσματικότερες. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να ελαχιστοποιηθούν οι παρενέργειες και προβλήματα που προκύπτουν από τη νόσο ή τη θεραπεία του.
- ^a Ο τρόπος αντιμετώπισης του καρκίνου είναι και υπόθεση του ασθενούς, αφορά το μέλλον και τη ζωή του.^{8,11}

1.7 Εργαστηριακές Εξετάσεις

Οι εξετάσεις του αίματος, στις περισσότερες περιπτώσεις, δίνουν αποτελέσματα που απαντώνται σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις και δεν χαρακτηρίζουν κάποιο συγκεκριμένο τύπο καρκίνου. Η αύξηση για παράδειγμα των λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος, μπορεί να δείχνει όχι μόνο μια απλή λοίμωξη, αλλά και την απαρχή μιας λευχαιμίας. Εκτός, όμως, από τις μη ειδικές εξετάσεις, υπάρχει και μια μεγάλη ομάδα ειδικών εξετάσεων, οι οποίες είναι πολύτιμες για την ακριβή διάγνωση συγκεκριμένων μορφών καρκίνου.

Η βασικές εξετάσεις που γίνονται στο αίμα είναι εξετάσεις μη ειδικές, τις οποίες ζητούν οι γιατροί μετά την πρώτη επίσκεψη του ασθενή, για να διαπιστώσουν την πιθανή ύπαρξη κάποιας οργανικής ανωμαλίας.

Συνηθέστερες είναι:

1. Γενική αίματος
2. Μεταβολικός έλεγχος
3. Νεφρική λειτουργία
4. Ηπατικές δοκιμασίες

5. Εξετάσεις θυρεοειδούς

Οι μη ειδικές εξετάσεις που βοηθούν στη διάγνωση του καρκίνου **SGOT, SGPT:**

Αύξηση σε ηπατική βλάβη, **Αλκαλική φωσφατάση:** αύξηση σε νοσήματα οστών-ήπατος, **Χολερυθρίνη:** αύξηση σε ηπατική βλάβη, **LDL,** ουρικό οξύ, ασβέστιο, κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες (Na,K), αμυλάση.

Εξέταση πήκτικότητας αίματος

Οι κυριότερες εξετάσεις για τον έλεγχο του μηχανισμού πήξης του αίματος, είναι ο υπολογισμός του χρόνου προθρομβίνης (PT) και του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης (PTT).

Ανάλυση ούρων

Η ανάλυση των ούρων μπορεί να δώσει ενδείξεις για πολλές διαταραχές στον οργανισμό, που ενδέχεται να οφείλονται σε κάποιο όγκο, όπως είναι η παρουσία αίματος ή ακόμη και καρκινικών κυττάρων.

Εξέταση μυελού των οστών

Στην εξέταση αυτή γίνεται λήψη μυελού των οστών από το στέρνο ή το λαγόνιο οστό στη λεκάνη, με σκοπό να εξεταστούν, μετά από χρώση, στο μικροσκόπιο. Στο επίχρισμα ελέγχεται η πιθανή ύπαρξη καρκινικών κυττάρων, η παρουσία λοίμωξης αλλά και η αναγεννητική ικανότητα του μυελού των οστών μετά από την εφαρμογή χημειοθεραπευτικών σχημάτων.

Εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού

Πραγματοποιείται με λήψη εγκεφαλονωτιαίου υγρού, το οποίο περικλείει τον εγκέφαλο και την σπονδυλική στήλη, με οσφυονωτιαία παρακέντηση, από το τελευταίο τμήμα της σπονδυλικής στήλης, το οποίο δεν περιέχει νεύρα του¹⁰

νωτιαίου μυελού. Εφαρμόζεται για την ανίχνευση παθολογικών ουσιών ή κυττάρων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Ανοσοϊστοχημεία

Οι συνηθισμένες χρωστικές εφαρμόζονται για την μελέτη και το χαρακτηρισμό διαφόρων κυττάρων στο μικροσκόπιο. Στην ανοσοϊστοχημεία χρησιμοποιούνται ειδικές χρωστικές και μονοκλωνικά ή πολυκλωνικά αντισώματα για την ανίχνευση παραγόντων της επιφάνειας των καρκινικών κυττάρων με στόχο την ταυτοποίηση τους. Με την συγκεκριμένη τεχνική γίνεται ευκολότερος ο εντοπισμός της πρωταρχικής εστίας του όγκου.

Ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών

Ανιχνεύει τη πιθανή αύξηση των γ-σφερινών στο αίμα, κατάσταση που παρατηρείτε στο πολλαπλό μυέλωμα.

Έλεγχος ύπαρξης ορμονικών υποδοχέων

Είναι εξειδικευμένη εξέταση. Προσδιορίζει αν τα κύτταρα του καρκίνου του μαστού διεγείρονται από τις οιστρογόνες ορμόνες.

Ανίχνευση ιού Epstein-Barr

Πρόκειται για το ιό που ευθύνεται για τη λοιμώδη μονοκυρήνωση. Η παρουσία στο αίμα του ασθενή αντισωμάτων έναντι του ιού Epstein-Barr, υποδηλώνει ύπαρξη λοίμωξης και σχετίζεται με δυσμενέστερη πρόγνωση, σε ορισμένες περιπτώσεις όπως είναι ο καρκίνος του ρινοφάρυγγα.

Ανίχνευση ιού των θηλωμάτων του ανθρώπου (HPV)

Πρόκειται για σεξουαλικά μεταδιδόμενο ιό, ο οποίος προκαλεί συνήθως κονδυλώματα και τοπικές δυσπλασίες. Ο ιός ανιχνεύεται στο 90-95% των επιθηλιακών καρκινωμάτων του τραχήλου της μήτρας.¹⁰

Κάθαρση κρεατινίνης

Είναι ευαίσθητη μέθοδος εξέτασης της νευρικής λειτουργίας η οποία πραγματοποιείται σε δείγμα αίματος και ούρων 24ώρου. Όσον αφορά στους καρκινοπαθείς, η εξέταση εφαρμόζεται για να ελεγχθεί η νεφροτοξικότητα των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Mayer κοπράνων

Είναι εξέταση που ελέγχει τη παρουσία αίματος στα κόπρανα, η οποία μπορεί να οφείλεται σε αιμορραγία λόγω ύπαρξης όγκου στο πεπτικό σύστημα.

Κερατίνη

Είναι πρωτεΐνη των επιθηλιακών ιστών. Όταν ανιχνευθεί προδιαθέτει για την ανάπτυξη καρκινώματος.

Ασβέστιο ορού

Αυξάνεται σε ασθενείς με οστική καταστροφή λόγω μεταστάσεων ή σε άλλους όγκους, οι οποίοι εκκρίνουν ουσίες που μοιάζουν με την παραθορμόνη, καθώς και σε ασθενείς με πολλαπλό μυέλωμα.

Αλκαλική φωσφατάση

Αυξάνεται σε ηπατικές νόσους, αλλά και σε μεταστάσεις καρκινικών κυττάρων στο ήπαρ, τα χοληφόρα αγγεία ή τα οστά.

Όξινη φωσφατάση

Είναι ουσία της οποίας η συγκέντρωση αυξάνεται σε μεταστατικούς καρκίνους του προστάτη.¹⁰

1.8 Νεοπλασματικοί (καρκινικοί) δείκτες

Είναι ουσίες που είτε βρίσκονται στα καρκινικά κύτταρα, παράγονται από αυτά και εκκρίνονται στα βιολογικά υγρά είτε παράγονται από τον οργανισμό σε απάντηση στην παρουσία και την εξάπλωση κάποιου όγκου. Η σημασία τους είναι μεγάλη, αφού βοηθούν όχι μόνο στη διάγνωση συγκεκριμένων τύπων καρκίνου, αλλά είναι χρήσιμοι και στην παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία και της εμφάνισης υποτροπής της νόσου.

Οι νεοπλασματικοί δείκτες μετρούνται στο εργαστήριο με σκοπό:

- Τη διαφορική διάγνωση του καρκίνου από άλλα νοσήματα ή καλοήθεις καταστάσεις
- Την πρόγνωση της νόσου
- Την εκτίμηση της πορείας της θεραπείας
- Τον έλεγχο των μεταστάσεων

Αν και ο προσδιορισμός των νεοπλασματικών δεικτών δεν οριστικοποιεί τη διάγνωση του καρκίνου, σε ορισμένες περιπτώσεις η ανίχνευση τους είναι αρκετή για να δημιουργήσει υποψίες στον κλινικό γιατρό για την πιθανή παρουσία κάποιας κακοήθειας στον οργανισμό του ασθενή.

Οι κυριότερες κατηγορίες ουσιών που χρησιμοποιούνται ως καρκινικοί δείκτες είναι:

- Πρωτεΐνες
- Ορμόνες
- Ένζυμα
- Καρκινοεμβρυικά αντιγόνα
- Αντιγόνα που συνδέονται με τον όγκο
- Υποδοχείς στους ιστούς⁸

- Ø Ογκογονίδια και τα προϊόντα τους
- Ø Νευροδιαβιβαστές

Τα βιολογικά υγρά στα οποία αναζητούνται οι βιολογικοί δείκτες είναι: το αίμα (ορός ή πλάσμα), τα ούρα, το εγκεφαλό νωτιακό υγρό (ENY), το πλευριτικό υγρό, τα πτύελα, τα κόπρανα, ο μυελός των οστών, διάφοροι ιστοί κ.α.

Με τις σύγχρονες ευαίσθητες μεθόδους ανίχνευσης θεωρείται ότι με τη βοήθεια των καρκινικών δεικτών μπορούν να εντοπιστούν όγκοι που περιέχουν τουλάχιστον 100.000 κύτταρα. Αντίθετα, οι απεικονιστικές τεχνικές μπορούν να ανιχνεύσουν όγκους που περιέχουν πολύ περισσότερα κύτταρα.

Μερικοί από τους δείκτες αυτούς εκκρίνονται μόνο από τα καρκινικά κύτταρα, ενώ άλλοι ανιχνεύονται σε φυσιολογικά άτομα, αλλά σε πολύ μικρότερες συγκεντρώσεις από τις παθολογικές.

Τα αρνητικά στοιχεία είναι τα εξής:

- Ø Πολλές φορές ανιχνεύονται σε καλοήθεις όγκους
- Ø Δεν αυξάνονται σε όλους τους ασθενείς με καρκίνο, όταν η νόσος βρίσκεται στα πρώτα της στάδια
- Ø Μερικοί δείκτες δεν είναι ειδικοί για συγκεκριμένο τύπο καρκίνου αλλά μπορεί να εμφανίζονται αυξημένοι σε διαφορετικά νεοπλάσματα, έχουν δηλαδή χαμηλή ειδικότητα (specificity).

CEA (Carcino Embryonic Antigen, Καρκινοεμβρυονικό αντιγόνο)

Αυξάνεται κυρίως σε καρκίνους πνευμόνων, παγκρέατος, μαστού, παχέος εντέρου, ήπατος, στομάχου και του θυρεοειδούς. Απαντάται, επίσης και σε καλοήθεις καταστάσεις, όπως φλεγμονές, κίρρωση του ήπατος και σε άτομα που καπνίζουν. Χρησιμοποιείται στη διάγνωση και στη παρακολούθηση των παραπάνω μορφών καρκίνου.⁸

AFP (alpha fetoprotein, α-εμβρυική σφαιρίνη)

Είναι πρωτεΐνη που απαντάται φυσιολογικά σε εμβρυικούς ιστούς. Ανιχνεύεται κυρίως σε καρκίνους όρχεων, ήπατος, παχέος εντέρου, παγκρέατος, λευχαιμίες, στη φυσιολογική εγκυμοσύνη και σε όγκους από αρχέγονα κύτταρα και αποτελεί πολύτιμο στοιχείο για τη διάγνωση τους και τη μέτρηση της ανταπόκρισης του ασθενή στη θεραπεία.

CA 19-9 (Cancer Antigen 19-9)

Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τη διάγνωση και παρακολούθηση καρκίνων ήπατος, παγκρέατος, χοληφόρων οδών, στομάχου, παχέος εντέρου και ωοθηκών.

CA 15-3 (Cancer Antigen 15-3)

Ανιχνεύεται κυρίως σε καρκίνους του μαστού, των ωοθηκών, στο αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα και στο μεταστατικό αδενοκαρκίνωμα.

CA-125 (Cancer Antigen 125)

Ανιχνεύεται κυρίως στους καρκίνους μήτρας, ωοθηκών, μαστού, παγκρέατος και των πνευμόνων, στους οποίους χρησιμοποιείται για τη διάγνωση, τη σταδιοποίηση, την πρόγνωση αλλά και την ανταπόκριση στη θεραπεία.

CA 50 (Cancer Antigen 50)

Ανιχνεύεται κυρίως στους καρκίνους του γαστρεντερικού σωλήνα και του παγκρέατος.

CA 549 (Cancer Antigen 549)

Ανιχνεύεται κυρίως στους καρκίνους του μαστού και των ωοθηκών.⁸

CA 27.29 (Cancer Antigen 27.29)

Ανιχνεύεται κυρίως σε περιπτώσεις προσβολής από καρκίνο του μαστού.

CA 19-5 (Cancer Antigen 19-5)

Ανιχνεύεται κυρίως σε καρκίνους παγκρέατος, ωοθηκών, στομάχου και παχέος εντέρου.

CA 72-4 (Cancer Antigen 72-4)

Ανιχνεύεται κυρίως σε καρκίνους ωοθηκών, μαστού, στομάχου, παχέος εντέρου και παγκρέατος.

CA 242 (Cancer Antigen 242)

Ανιχνεύεται κυρίως σε καρκίνους του παγκρέατος και του γαστρεντερικού συστήματος.

PSA (Prostatic Specific Phosphatase, όξινη προστατική φωσφατάση)

Ανιχνεύεται σε μεγάλα ποσά σε κακοήθεις εξαλλαγές του προστάτη και σπανιότερα σε καλοήθεις. Η μέτρηση του PSA συνδυάζεται πάντα με δακτυλική εξέταση του ορθού, υπερηχογράφημα και βιοψία της περιοχής.

PAP (Prostatic Acid Phosphatase, όξινη προστατική φωσφατάση)

Ανιχνεύεται τόσο σε καλοήθεις όσο και σε κακοήθεις εξαλλαγές του προστάτη και αξιολογείται σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες αφορούν στη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου.

HCG (human Chorionic Gonadotropin, ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη)

Ανιχνεύεται κυρίως σε καρκίνους όρχεων, ωοθηκών, πλακούντα, χοριοκαρκινώματα και όγκους των πνευμόνων, ενώ απαντάται και^δ φυσιολογικά στην εγκυμοσύνη. Η μέτρηση των επιπέδων της χοριακής γοναδοτροπίνης χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση της δραστηριότητας του όγκου.

Πρωτεΐνη Bence-Jones

Είναι ο πρώτος νεοπλασματικός δείκτης, γνωστός από το 1847. ανιχνεύεται στα ούρα και χρησιμοποιείται για τη διάγνωση του πολλαπλού μυελώματος.

NSE (Neuron Specific Enolase, ειδική ενολάση των νεύρων)

Ανιχνεύεται σε σημαντικές ποσότητες σε όγκους που προέρχονται από νευροενδοκρινή κύτταρα. Είναι χρήσιμος δείκτης στη διάγνωση και παρακολούθηση κυρίως των: κακοήθους μελανώματα, καρκίνου θυρεοειδούς, μοκροκυτταρικού καρκινώματος πνεύμονα, νευροβλαστώματος, καρκίνου βρόγχων και του φαιοχρωμοκυτώματος.

1.9 Μεταστάσεις

Η εξάπλωση του καρκίνου, πέρα από το σημείο της αρχικής εμφάνισης, ονομάζεται μετάσταση. Όταν μερικά νεοπλασματικά κύτταρα μετακινούνται από το σημείο δημιουργίας τους, με τη βοήθεια του αιμοποιητικού ή λεμφικού συστήματος, σε άλλα σημεία του σώματος, λέγεται ότι μεταστάθηκαν. Όλοι οι κακοήθεις καρκίνοι έχουν δυνατότητα μετάστασης.

Πρωταρχική εστία είναι το μέρος όπου ξεκινά ο καρκίνος, όπου το πρώτο κύτταρο χάνει τον έλεγχο του. Ο καρκίνος παίρνει το όνομα της περιοχής που πρωτοεμφανίστηκε. Μερικές φορές ο καρκίνος στην πρωταρχική εστία είναι πολύ μικρός, ή και μη ανιχνεύσιμος. Η εξακρίβωση της πρωταρχικής εστίας γίνεται από τον τύπο των κυττάρων, άσχετα από το σημείο του σώματος που βρίσκεται ο όγκος. Το μέγεθος της πρωταρχικής εστίας είναι μερικές φορές^{8,11} παράγοντας που βοηθά στον προσδιορισμό της πρόγνωσης, στο επείγον της θεραπείας και τις θεραπευτικές επιλογές.

Οι μεταστάσεις των όγκων άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας εντοπίζονται συνήθως στους πνεύμονες, τους λεμφαδένες, το ήπαρ και τα οστά. Όταν ο όγκος εντοπίζεται στο άνω μέρος του σώματος, συνήθως προέρχεται από τους πνεύμονες, ενώ όταν ανευρίσκεται στο ήπαρ, συνήθως προέρχεται από το γαστρεντερικό σύστημα.

Οι μεταστάσεις δημιουργούνται σε τρία στάδια:

1. Διήθηση αγγείων αίματος ή λεμφαγγείων από κακοήθη κύτταρα
2. Μηχανική μεταφορά κακοήθων κυττάρων
3. Εγκατάσταση και ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος.

Οι μεταστάσεις μπορούν να γίνουν αντιληπτές, ανάλογα με το σημείο που εντοπίζονται, από διάφορα τοπικά συμπτώματα. Για παράδειγμα, οι μεταστάσεις στον εγκέφαλο μπορούν να προκαλέσουν ζαλάδες, πονοκέφαλους, ναυτία ή παράλυση, οι οστικές μεταστάσεις συνήθως προκαλούν πόνο στα οστά και τις αρθρώσεις, ενώ οι μεταστάσεις στον πνεύμονα μπορούν να προκαλέσουν πόνο στο στήθος, δύσπνοια ή βήχα με αιματηρά πτύελα.

Υπάρχουν συγκεκριμένες εξετάσεις για να διαπιστωθεί εάν ο καρκίνος έχει μετασταθεί. Και περιλαμβάνουν πλήρη αεικονιστικό έλεγχο με αγωγή CT ή MRI και σπιθηρογράφημά οστών (SCENT).

Η ταυτόχρονη ανάπτυξη καρκίνου σε διάφορα σημεία του σώματος είναι πολύ σπάνια. Συνήθως, ο καρκίνος εντοπίζεται σε κάποιο συγκεκριμένο σημείο, από το οποίο μερικά κύτταρα μεταναστεύουν σε γειτονικά ή απομακρυσμένα σημεία, δημιουργώντας νέες εστίες νόσου. Είναι δυνατή όμως η εμφάνιση^{8,11} ταυτόχρονα ή μετάχρονα δύο ή περισσότερων μορφών καρκίνου στον ίδιο ασθενή.

Βασικοί μηχανισμοί μετάστασης, θεωρούνται σήμερα, 1) η απευθείας εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων, 2) η μεταφορά τους με τη βοήθεια του αίματος και της λέμφου και 3) η διασπορά τους με εμφύτευση.

-Στην απευθείας εξάπλωση ο καρκίνος πολλαπλασιάζεται και επεκτείνεται εισβάλλοντας σε γειτονικούς ιστούς και όργανα, όπως οι ρίζες των φυτών αναπτύσσονται στο χώμα.

Στην αιματογενή διασπορά οι όγκοι τροφοδοτούνται με αίμα, όπως οι κανονικοί ιστοί. Μερικές φορές κάποια κύτταρα αποσπώνται από την καρκινική μάζα και εξαπλώνονται, με τη βοήθεια του αίματος, σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος. Η πιθανότητα, πάντως, δημιουργίας νέας εστίας με τον τρόπο αυτόν, είναι εξαιρετικά μικρή.

-Στη λεμφική διασπορά εκτός από το αιματοποιητικό σύστημα με τις φλέβες, τις αρτηρίες και τα τριχοειδή αγγεία, υπάρχει στον οργανισμό και ένα δεύτερο αγγειακό σύστημα, το λεμφικό. Αυτό αποτελείται από τριχοειδή αιμοφόρα αγγεία, που λέγονται λεμφαγγεία και μεταφέρουν τη λέμφο. Σκοπός του συστήματος είναι η απομάκρυνση των τοξικών και άχρηστων ουσιών από τον οργανισμό, οι οποίες παγιδεύονται σε συγκεκριμένους σταθμούς, τους λεμφαδένες. Τα καρκινικά κύτταρα επεκτείνονται ταχύτατα δια μέσου του λεμφικού συστήματος. Συνήθως μάλιστα, οι λεμφαδένες συγκροτούν κάποιο αριθμό κυττάρων, στην προσπάθεια τους να σταματήσουν την εξάπλωση τους, με αποτέλεσμα να διογκώνονται και έτσι να είναι εύκολα ψηλαφητοί από τους ειδικούς γιατρούς, κυρίως στην περιοχή της μασχάλης.^{8,11}

-Η διασπορά με εμφύτευση πραγματοποιείται με μηχανική απόσπαση κακοήθων κυττάρων από την επιφάνεια του όγκου. Αυτός ο τρόπος μετάστασης εμφανίζεται συχνά σε κοιλότητες του σώματος, όπου και καταλήγουν τα κύτταρα που αποσπώνται, όπως είναι η περιτοναϊκή κοιλότητα και η ουροδόχος

κύστη. Μεταστάσεις με το μηχανισμό της εμφύτευσης μπορούν να γίνουν και κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης απομάκρυνσης όγκου.

Μικρομεταστάσεις έχουμε όταν παρατηρείται πολύ μικρή και εντοπισμένη διασπορά των καρκινικών κυττάρων, τα οποία, όμως, έχουν τη δυνατότητα δημιουργίας μετάστασης σε απομακρυσμένα σημεία. Το μέγεθος τους είναι μικροσκοπικό, γι'αυτό και είναι δύσκολη η διαπίστωση και η κλινική τους αξιολόγηση.

Κεφάλαιο 2

Το σώμα της γυναίκας και κύηση

2.1 Γεννητικό Αναπαραγωγικό Σύστημα

Το γυναικείο γεννητικό σύστημα αποτελείται από ένα σύνολο οργάνων τα οποία συμμετέχουν στη σεξουαλική δραστηριότητα και είναι υπεύθυνα για την αναπαραγωγή. Όλα τα εσωτερικά όργανα του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος βρίσκονται συγκεντρωμένα στο κάτω τριτημόριο της κοιλιακής χώρας. Οι ωοθήκες αποθηκεύουν και αποδεσμεύουν ωάρια τα οποία προωθούνται μέσω των ωαγωγών - σαλπίγγων στο εσωτερικό της μήτρας. Ο κόλπος συνδέει τη μήτρα με το εξωτερικό του σώματος.

Τα ορατά εξωτερικά όργανα είναι γνωστά με το συλλογικό όνομα αιδοίο, και αποτελούνται από την ευαίσθητη στη σεξουαλική διέγερση κλειτορίδα, η οποία περιβάλλεται από δερματικές πτυχώσεις που ονομάζονται μεγάλα χείλη του αιδοίου και τα οποία προφυλάσσουν τις εισόδους προς την μήτρα και την ουρήθρα. Ακριβώς μέσα από την είσοδο της μήτρας βρίσκονται οι δύο βαρθολίνειοι αδένες οι οποίοι εκκρίνουν ένα υγρό που χρησιμεύει ως λιπαντικό κατά την διάρκεια της συνουσίας.

2.2 Ανατομία

Αιδοίο: Το αιδοίο είναι το σύνολο των γυναικείων γεννητικών οργάνων που βρίσκονται αποκλειστικά στο εσωτερικό μέρος του οργανισμού και είναι ορατά με γυμνό μάτι. Στην πραγματικότητα ωστόσο έχοντας τους μηρούς ενωμένους από έξω φαίνεται μόνο το όρος της Αφροδίτης, ένα μαξιλαράκι λίπους⁴

μπροστά από το ηβικό οστό που σχηματίζει μια προεξοχή ή καλύπτεται από τρίχες και πιο κάτω τα μεγάλα χείλη, δύο συμμετρικές παχιές πτυχές του δέρματος. Η εξωτερική επιφάνεια των οποίων καλύπτεται επίσης από τρίχες ενώ η εσωτερική υγραίνεται από ιξώδεις εκκρίσεις διαφόρων αδένων, που εκτείνονται από το όρος της Αφροδίτης έως το περίνεο και καλύπτουν τα υποκείμενα στοιχεία.

Ξεχωρίζοντας τα μεγάλα χείλη, μπορεί να παρατηρήσει κανείς τα μικρά χείλη, δυο πτυχές πιο λεπτές δέρματος χωρίς τρίχες οι οποίες από το εμπρόσθιο τμήμα τους ενώνονται και αποτελούν ένα κάλυμμα της κλειτορίδας, μικρού στυτικού οργάνου ομόλογου του ανδρικού πέους (με ένα ζεύγος σπυραγγωδών σωμάτων αλλά χωρίς σπογγώδες σώμα) το οποίο διαθέτει πολυάριθμες αισθητικές νευρικές απολήξεις, ενώ από το οπίσθιο τμήμα συνδέονται με τα μεγάλα χείλη.

Κάτω από τα μικρά χείλη μένει ένας χώρος ωοειδούς σχήματος που είναι γνωστός ως πρόδρομος, στο κέντρο του οποίου βρίσκεται η είσοδος του κόλπου, και μπροστά το στόμιο της ουρήθρας το οποίο βρίσκεται σε ένα μικρό έπαρμα που ονομάζεται έξω στόμιο της ουρήθρας. Διάφοροι εκκριτικοί αδένες εκβάλλουν επίσης σε αυτή τη περιοχή: οι αδένες του Skene, οι οποίοι λέγονται και παραουρηθραίοι πόροι, τα στόμια εξόδου των οποίων βρίσκονται στην ουρηθραία θηλή, στη μια και στην άλλη πλευρά του στομίου της ουρήθρας, οι δυο βαρθολίνειοι αδένες, οι οποίοι ονομάζονται και μείζονες αδένες του προδρόμου ή παρακολπικοί, τα στόμια των οποίων βρίσκονται μεταξύ του οπίσθιου τμήματος του κολπικού στομίου και των μικρών χειλέων, καθώς και πολλοί ελάσσονες αδένες του προδρόμου, οι οποίοι βρίσκονται διασκορπισμένοι σε όλο το πρόδρομο και είναι εξαιρετικά πολυάριθμοι κοντά στην ουρηθραία θηλή και την κλειτορίδα.⁴

Κόλπος: Ο κόλπος είναι ένα κοίλο σωληνοειδές όργανο, μήκους 8 έως 12 εκατοστών και διαμέτρου που ποικίλει σημαντικά δεδομένου ότι τα τοιχώματά του είναι πολύ ελαστικά και μπορούν να διασταλούν για να δεχθούν το πέος κατά τη συνουσία, καθώς και για να επιτρέψουν την έξοδο του εμβρύου στον εξωτερικό χώρο τη στιγμή του τοκετού. Ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και στο ορθό έντερο ,ο κόλπος έχει λοξή κατεύθυνση από πάνω προς τα κάτω και από πίσω προς τα εμπρός.

Η εσωτερική επιφάνεια του κόλπου καλύπτεται από ένα βλεννογόνο υμένα που διαθέτει μικρούς αδένες, οι εκκρίσεις των οποίων συμβάλλουν στη λίπανση του σωλήνα. Κάτω από το βλεννογόνο υπάρχει μία στοιβάδα μυϊκού και συνδετικού ιστού.

Στο άνω τμήμα ο κόλπος επικοινωνεί με τη μήτρα, ο αυχένας της οποίας προεξέχει στο βάθος του κολπικού αγωγού, ενώ το κάτω άκρο ανοίγει προς τα έξω μέσω ενός στομίου που βρίσκεται στον πρόδρομο του αιδοίου, μεταξύ των μικρών χειλέων. Αυτό το στόμιο καλύπτεται μερικώς στις παρθένες γυναίκες με μια μεμβράνη που λέγεται παρθενικός υμένα, ποικίλης σύστασης και σχήματος, ο οποίος διαθέτει ένα κεντρικό στόμιο που επιτρέπει τη διέλευση του έμμηνου υγρού, παρότι συνήθως σπάει με μικρότερη ή μεγαλύτερη ευκολία με τη χρήση ταμπόν ή και κατά την πρώτη συνουσία και τότε αφήνει στις άκρες μικρά ουλώδη υπολείμματα, γνωστά ως μύρτα. Στο εσωτερικό του κόλπου υπάρχει μια βακτηριδιακή χλωρίδα που αποτελείται από διάφορα αβλαβή μικρόβια που δημιουργούν ένα περιβάλλον που αποτρέπει την ανάπτυξη παθογόνων μικροβίων.

Μήτρα: Η μήτρα είναι ένα κοίλο όργανο που βρίσκεται στο κέντρο της πυέλου, πίσω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το ορθό έντερο. Έχει το σχήμα ενός ανεστραμμένου αχλαδιού, με μήκος 7-8 εκατοστών, διάμετρος⁴

3-4 εκατοστών στο πιο φαρδύ της τμήμα και βάρος ελαφρώς μικρότερο των 100 γραμμαρίων, παρότι οι διαστάσεις της τροποποιούνται με εκπληκτικό τρόπο κατά τη διάρκεια της κύησης, στην εγκυμοσύνη η χωρητικότητα της αυξάνεται χίλιες φορές και το βάρος της φτάνει πάνω από το 1 κιλό.

Στη μήτρα διακρίνονται δυο τμήματα: το σώμα που αντιστοιχεί στο άνω μέρος και ο τράχηλος που αποτελεί την κάτω μοίρα και έρχεται σε επικοινωνία με τον κόλπο. Το σώμα της μήτρας που αντιπροσωπεύει τα άνω δύο τρίτα του οργάνου, κωνικού και επίπεδου σχήματος, έχει πολύ παχιά τοιχώματα και στο εσωτερικό του βρίσκεται μια κοιλότητα όπου μπορεί να φιλοξενηθεί το προϊόν της κύησης. Αυτή η κοιλότητα της μήτρας έχει τριγωνικό σχήμα, οι δύο κορυφές που βρίσκονται στο άνω τμήμα, το οποίο λέγεται πυθμένας της μήτρας, αντιστοιχούν στον πόρο των σαλπίνγων, η κάτω κορυφή αντιστοιχεί σε ένα στόμιο που φέρει σε επικοινωνία την κοιλότητα της μήτρας με τον τράχηλο. Ο τράχηλος ή αυχένας της μήτρας αντιστοιχεί στο κάτω ένα τρίτο του οργάνου, είναι πολύ πιο στενός με κυλινδρικό σχήμα, και προεξέχει στον κόλπο, στο άνω τμήμα του οποίου βρίσκεται ένα τμήμα που λέγεται ρύγχος. Κατά μήκος διασχίζεται από ένα κανάλι, το τραχηλικό στόμιο, που επικοινωνεί άμεσα με τον κόλπο και ως εκ τούτου με το περιβάλλον. Ο βλεννογόνος υμένας που καλύπτει το τραχηλικό στόμιο περιέχει πολλούς εκκριτικούς αδένες που παράγουν μια βλεννώδη ουσία, τα χαρακτηριστικά της οποίας τροποποιούνται από την επίδραση ορμονών: η βλέννα είναι πιο παχιά και σκεπάζει το στόμιο όταν δεν είναι καλή στιγμή για να πραγματοποιηθεί γονιμοποίηση, ενώ γίνεται πιο ρευστή και διευκολύνει τη διέλευση των σπερματοζωαρίων που μπορούν να φτάσουν μέχρι τον κόλπο όταν είναι η κατάλληλη περίοδος.

Τα τοιχώματα της μήτρας διαθέτουν διάφορους χιτώνες. Το εσωτερικό της κοιλότητας της μήτρας καλύπτεται από ένα βλεννογόνο χιτώνα επιθηλιακού ιστού με πολυάριθμους αδένες, το ενδομήτριο τα χαρακτηριστικά του οποίου⁴

αλλάζουν υπό την επίδραση ορμονών, κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου μεγαλώνει και δημιουργεί αγγεία, για να προετοιμαστεί για την ενδεχόμενη υποδοχή ενός γονιμοποιημένου ωαρίου, και εάν αυτό το γεγονός δεν πραγματοποιηθεί, τελικά αποκολλάται και απομακρύνεται προς τα έξω, και ακολουθεί η έμμηνος ρύση. Κάτω από το ενδομήτριο υπάρχει ένας παχύς χιτώνας μυϊκού ιστού ο οποίος λέγεται μυομήτριο και αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος του πάχους του οργάνου. Πρόκειται για ένα λείο μυϊκό ιστό, που υπάρχει σε διάφορους χιτώνες, οι συσπάσεις του οποίου ακούσιες είναι βασικές για την εξέλιξη του τοκετού.

Έξω από το μυομήτριο υπάρχει ένας λεπτός χιτώνας συνδετικού ιστού, το περιμήτριο, το οποίο στο μεγαλύτερο τμήμα του οργάνου καλύπτεται από το περιτόναιο, τη μεμβράνη που καλύπτει τα κοιλιακά όργανα: από μπροστά το περιτόναιο αναδιπλώνεται προτού φτάσει στο τράχηλο της μήτρας και καλύπτει την ουροδόχο κύστη, ενώ από πίσω σκεπάζει τον τράχηλό προτού αναδιπλωθεί για να καλύψει το ορθό έντερο, με τέτοιο τρόπο ώστε σχηματίζει μια κοιλότητα που λέγεται ευθυμητρικό κόλπωμα. Στις περισσότερες γυναίκες η μήτρα στρέφεται προς τα εμπρός, παρότι σε άλλες έχει κλίση προς τα πίσω. Το όργανο παραμένει στη θέση του χάρη σε διάφορες δομές. Έτσι πχ στα πλευρικά τμήματα υπάρχουν οι πλατείς σύνδεσμοι, που αντιστοιχούν στις δύο πτυχές του περιτόναιου, οι οποίες επίσης περιλαμβάνουν τις σάλπιγγες και τους συνδέσμους της ωοθήκης, και φτάνουν τελικά τα πλάγια τοιχώματα της πυέλου. Επίσης σημαντικό μέσο στήριξης αποτελούν οι στρογγυλοί σύνδεσμοι, οι οποίοι ενώνουν κάθε άνω γωνία του σώματος της μήτρας με τη βουβωνική χώρα και καταλήγουν στο βάθος των μεγάλων χειλέων του αιδοίου, καθώς και οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι, οι οποίοι εκτείνονται από τη μήτρα έως το ιερό οστό.

Σάλπιγγες: Οι σάλπιγγες είναι δυο κοίλες σωληνοειδείς δομές σε σχήμα κυνηγετικού κέρατος, μήκους 10-12 εκατοστών και διαμέτρου μερικών⁴

χιλιοστών, οι οποίες εκφύονται από κάθε πλευρά του σώματος της μήτρας και καταλήγουν πολύ κοντά στην αντίστοιχη ωοθήκη. Κάθε σάλπιγγα εκβάλλει από το πιο λεπτό άκρο απευθείας στη κοιλότητα της μήτρας μέσω ενός στομίου που βρίσκεται σε μια άνω κορυφή του σώματος της μήτρας, ενώ το άλλο άκρο, το πιο πλατύ, ανοίγει στην περιτοναϊκή κοιλότητα κοντά στην ωοθήκη: η ακριβής αποστολή του είναι να αιχμαλωτίσουν το ωάριο που ελευθερώνεται από την ωοθήκη κατά την ωορρηξία και να το μεταφέρουν προς τη μήτρα, με την πιθανότητα στην διαδρομή να γονιμοποιηθεί από σπερματοζώαρια που ακολουθούν την αντίθετη κατεύθυνση.

Στη σάλπιγγα διακρίνονται διάφορα τμήματα. Πρώτα από όλα διακρίνεται ένα ενδοτοιχωματικό τμήμα, μήκους περίπου 1 εκατοστό, το οποίο περιλαμβάνεται στο τοίχωμα της μήτρας, και ένα ελεύθερο τμήμα το μεγαλύτερο, το οποίο παραμένει εκτός της μήτρας, εκτείνεται έως την ωοθήκη και περιλαμβάνεται στην πτυχή του περιτόναιου που λέγεται πλατύς σύνδεσμος.

Το τμήμα που βρίσκεται πιο κοντά στη μήτρα, μήκους 3 εκατοστών και διαμέτρου 3 χιλιοστών, ονομάζεται ισθμός, ενώ το επόμενο το οποίο έχει μήκος 5 εκατοστών και σταδιακά γίνεται πιο φαρδύ ονομάζεται λήκυθος.

Ακολουθεί το τελικό τμήμα, ο κώδωνας ή χοάνη, μήκους 2-3 εκατοστών και σε σχήμα χωνιού οι άκρες του οποίου είναι ακανόνιστες και παρουσιάζουν προεκτάσεις οι οποίες λέγονται κροσσοί και εφαρμόζουν πάνω στην ωοθήκη.

Ωοθήκες: Οι ωοθήκες είναι δυο αδενικά σώματα σε σχήμα αμυγδάλου, μήκους 3-4 εκατοστών και πλάτους περίπου 2 εκατοστών στην ενήλικη γυναίκα, βρίσκονται συμμετρικά στο κάτω μέρος της πυελικής κοιλότητας και στις δυο πλευρές της μήτρας, καθεμία κάτω από την αντίστοιχη σάλπιγγα, και στηρίζονται σε αυτή τη θέση με διάφορους συνδέσμους. Αντιστοιχούν στις⁴

γυναικείες γονάδες, δεδομένου ότι εκεί δημιουργούνται τα αναπαραγωγικά κύτταρα και οι γυναικείες ορμόνες του φύλου.

Σε κάθε ωοθήκη διακρίνονται δύο ζώνες: μια περιφερική ή φλοιώδης μοίρα, όπου βρίσκονται τα αναπαραγωγικά κύτταρα, και μια κεντρική ή μυελώδης μοίρα, η οποία σχηματίζεται βασικά από συνδετικό ιστό και φιλοξενεί τα αιμοφόρα αγγεία που αιματώνουν το όργανο. Η εξωτερική επιφάνεια της φλοιώδους ουσίας καλύπτεται από ένα κυτταρικό χιτώνα γκριζωπού χρώματος που λέγεται βλαστικό επιθήλιο, κάτω από το οποίο υπάρχει μια λεπτή ινώδης μεμβράνη υπόλευκου χρώματος που λέγεται ινώδης χιτώνας. Κάτω από αυτή τη στοιβάδα βρίσκεται η φλοιώδης ουσία, η οποία σχηματίζεται από πλούσια κύτταρα και συνδετικές ίνες, και περιέχει τις βασικές δομές του οργάνου, τα ωοθυλάκια, διαφορετικού μεγέθους, περιεχομένου και ονομασίας ανάλογα με το βαθμό ωρίμανσης. Τη στιγμή της γέννησης υπάρχουν στις ωοθήκες 400.000 πρωτογενή ωοθυλάκια μικροσκοπικού μεγέθους, καθένα από τα οποία περιέχει ένα πρωτογενές ωοκύτταρο, το οποίο αποτελεί το άωρο γυναικείο βλαστικό κύτταρο, και περιβάλλεται από μια στοιβάδα θυλακικών κυττάρων.

Από την εφηβεία και μετά, υπό την επίδραση των γοναδοτροπών ορμονών της υπόφυσης, περιοδικός κάποια ωοθυλάκια υφίστανται μια διεργασία ωρίμανσης η οποία αναλύεται στη φυσιολογία του γυναικείου συστήματος.

Μαστός: Ο μαστός είναι ένα πολύ ιδιαίτερο όργανο από ανατομικής άποψης καθώς η δομή το σημείο που βρίσκεται και το σχήμα του είναι προσαρμοσμένα στην ειδική αποστολή του: στην παραγωγή γάλακτος στην θρέψη του νεογνού.

Εξωτερική δομή: Στην ενήλικη γυναίκα μόλις αναπτυχθούν οι μαστοί έχουν ημισφαιρικό ή κωνικό σχήμα, με τη βάση στους θωρακικούς μυς παρότι τόσο το σχήμα όσο και το μέγεθος, η σύσταση και η γενική όψη ποικίλλουν πολύ.⁴

Περίπου στο κέντρο του μαστού βρίσκεται η θηλή, μία κυλινδρική προεξοχή σκούρου καφέ χρώματος όπου εκβάλλουν οι πόροι που προέρχονται από το μαστικό αδένα, ο οποίος βρίσκεται στο εσωτερικό του οργάνου. Οι διαστάσεις της θηλής ποικίλλουν όπως και ο βαθμός της χρώσης της. Γύρω της βρίσκεται η θηλαία άλω, ποικίλου μεγέθους, αλλά πιο σκούρα από το περιβάλλον δέρμα, πάνω της παρατηρούνται 12- 20 μικρά εξογκώματα που αντιστοιχούν σε ειδικούς σμηγματογόνους αδένες. Και οι δύο δομές διαθέτουν μεγάλο αγγειακό σύστημα και πλούσια αισθητική νεύρωση καθώς και δίκτυο μυϊκών ινών ικανών να συσπαστούν στην έκθεση στο κρύο, καθώς και με τα απτικά και ερωτικά ερεθίσματα τα οποία κάνουν την θηλή να γίνεται πιο στητή και τη θηλαία άλω πιο διογκωμένη.

Εσωτερική δομή: Στο εσωτερικό του οργάνου βρίσκεται ο μαστικός αδένας. Ο αδενικός ιστός αποτελείται από λόβια, τα τοιχώματα των οποίων καλύπτονται από κύτταρα εξειδικευμένα στην έκκριση γάλακτος. Εκτός από τον αδενικό ιστό το εσωτερικό των μαστών περιέχει και συνδετικό ιστό για την σύσταση και σκληρότητα των μαστών, καθώς και ένα στρώμα λιπώδης ιστού.

Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου: Όλα τα όργανα που αντιστοιχούν στο γεννητικό σύστημα αποτελούν τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου, τα οποία είναι διαφορετικά στα δυο φύλα, όμως δεν αποτελούν τις μοναδικές εμφανείς διαφορές που υπάρχουν μεταξύ του σώματος του άνδρα και αυτού της γυναίκας, υπάρχει μια σειρά τυπικών δευτερευόντων διαφοροποιητικών χαρακτηριστικών τα οποία δεν έχουν άμεση σχέση, με την αναπαραγωγή, αλλά εξαρτώνται από τις επιπτώσεις των ορμονών που υπάρχουν σε κάθε φύλο.

Τα γυναικεία δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου, τα οποία αναπτύσσονται από την εφηβεία είναι πολλά. Μεταξύ των πιο εμφανών⁴

ξεχωρίζει η ανάπτυξη των μαστών. Υπάρχουν όμως και άλλα επίσης τυπικά, μεταξύ των οποίων ξεχωρίζουν κάποια που σχετίζονται με το δέρμα και την τριχοφυΐα: η γυναίκα έχει πιο μαλακό δέρμα προσώπου, πιο πλούσιο και μεταξένιο μαλλί που παρουσιάζει μια κυκλική γραμμή στο άνω άκρο του μετώπου. Απουσία τριχωτού του προσώπου, πολύ λιγότερες τρίχες στο σώμα και εφηβαίο με τριγωνικό σχήμα με μια ίσια γραμμή στο ύψος του άνω άκρου του ηβικού οστού. Επίσης υπάρχουν σαφείς διαφορές στη γενική όψη του σώματος λόγω διαφορετικού βαθμού ανάπτυξης των οστών και των μυών. Η γυναίκα συνήθως έχει μικρότερο ύψος από τον άνδρα, λιγότερο αναπτυγμένο μυϊκό σύστημα και πιο ελαφρύ σκελετό, με πιο στενούς ώμους και πλάτη και αντιθέτως πιο φαρδιά ισχία δεδομένου ότι η πύελος είναι προετοιμασμένη για ενδεχόμενους τοκετούς. Επίσης παρατηρείται διαφορετική κατανομή των εναποθέσεων υποδόριου λίπους, οι οποίες στη γυναίκα συνήθως στρογγυλεύουν τα σχήματα του σώματος και συσσωρεύονται στα ισχία και τους μηρούς, καθώς και στα στήθη. Τέλος δεδομένου ότι ο λάρυγγας δεν υφίσταται τις τροποποιήσεις που προκαλούν στον άνδρα οι ανδρικές ορμόνες του φύλου, ο τόνος της φωνής των γυναικών είναι πιο οξύς.

2.3 Φυσιολογία

Το γυναικείο γεννητικό σύστημα αναπτύσσει μια κυκλική δραστηριότητα η οποία διαρκεί από την εφηβεία έως την εμμηνόπαυση και έχει ως πρωταρχικό σκοπό της να καθιστά δυνατή την παραγωγή.

Ορμονικός Έλεγχος: Η δραστηριότητα του γυναικείου γεννητικού συστήματος βρίσκεται υπό τον έλεγχο του υποθαλάμου και της υπόφυσης, δυο μικρών αδενών που ανήκουν στο ενδοκρινικό σύστημα. Βρίσκονται στη βάση του εγκεφάλου και παράγουν ορμόνες οι οποίες επηρεάζουν τα ωάρια και ρυθμίζουν τη λειτουργία τους. Στην πραγματικότητα το γυναικείο γεννητικό σύστημα⁴

παραμένει αδρανές σε όλη την παιδική ηλικία και τίθεται σε λειτουργία από την εφηβεία και μετά, όταν ένα «είδος βιολογικού ρολογιού», μέσω μηχανισμών οι οποίοι είναι ακόμα άγνωστοι, κάνει τον υποθάλαμο να παράγει με κυκλικό τρόπο ειδικές ορμόνες, τις FSH-RH και LH-RH οι οποίες ενεργούν στην υπόφυση και διεγείρουν στον αδένα αυτό την παραγωγή των ορμονών που ρυθμίζουν την λειτουργία των ωοθηκών. Υπό αυτή την ορμονική επίδραση, επομένως η υπόφυση ελευθερώνει με κυκλικό τρόπο δύο ορμόνες γενικά γνωστές ως γοναδοτρόπους: την ωοθυλακιοτρόπο ορμόνη, (FSH) και την ωχρινοποιητική ορμόνη ή (LH).

Αυτές οι ορμόνες ρυθμίζουν τη δραστηριότητα των ωοθηκών, διεγείροντας κυκλικά την ανάπτυξη ορισμένων ωοθυλακίων, την επεξεργασία των γυναικείων ορμονών του φύλου (οιστρογόνων και προγεστερόνης) και την ωορρηξία: κατάσταση που είναι γνώστη ως ωοθηκικός κύκλος. Με τη σειρά τους οι ορμόνες που παράγονται από τις ωοθήκες, μεταξύ άλλων προετοιμάζουν κυκλικά τη μήτρα προκειμένου σε περίπτωση ενδεχόμενης γονιμοποίησης να μπορεί να υποδεχτεί το έμβρυο και να καταστήσει δυνατή την εξέλιξη της κύησης: κατάσταση που είναι γνωστή ως καταμήνιος κύκλος.

Ωοθηκικός Κύκλος: Τη στιγμή της γέννησης οι ανθρώπινες ωοθήκες περιέχουν περίπου 400.000 πρωτογενή ωοθυλάκια, καθένα από τα οποία φιλοξενεί ένα πρωτογενές ωοκύτταρο, δηλαδή ένα άωρο γυναικείο αναπαραγωγικό κύτταρο.

Από την εφηβεία και μετά υπό την επίδραση των γοναδοτροπινών της υπόφυσης οι οποίες φτάνουν στις ωοθήκες μέσω της κυκλοφορίας του αίματος, δημιουργείται σταδιακή ωρίμανση των ωοθυλακίων. Δεδομένου ότι οι γοναδοτροπίνες παράγονται σε ποικίλες ποσότητες, η δραστηριότητα των ωοθηκών εξελίσσεται σε κύκλους διάρκειας περίπου 28 ημερών.⁴

Κάθε κύκλος αρχίζει με αύξηση των επιπέδων γοναδοτροπίνης FSH ορμόνης που ευνοεί την ανάπτυξη διαφόρων πρωτογενών ωοθυλακίων κατά την ωρίμανση των πρωτογενών ωοκυττάρων που περιέχουν, αν και σε κάθε κύκλο φυσιολογικά μόνο ένα ολοκληρώνει τη διαδικασία. Η ανάπτυξη ενός πρωτογενούς ωοθυλακίου αρχίζει με αύξηση όγκου και πολλαπλασιασμό των θυλακικών κυττάρων που αποτελούν τη λεγόμενη κοκκιώδη στοιβάδα. Συγχρόνως το πρωτογενές ωοκύτταρο ξεκινά μια διαδικασία ωρίμανσης, αυξάνει σε μέγεθος και γύρω του δημιουργείται μια μεμβράνη που λέγεται διαφανής ζώνη, η οποία περιβάλλεται από ένα υμένα θυλακικών κυττάρων που είναι γνωστός ως ακτινωτός στέφανος. Ενώ το ωοθυλάκιο αναπτύσσεται, παρατηρείται στο κέντρο του συσώρευση υγρού που σχηματίζει μια κοιλότητα, ώστε το ωοκύτταρο, με τα κύτταρα που το περιβάλλουν, μετατοπίζεται σε ένα πόλο. Στο μεταξύ η φλοιώδης ουσία που περιβάλλει το ωοθυλάκιο αποτελεί ένα είδος μεμβράνης που διακρίνεται σε δύο στοιβάδες: την εσωτερική θήκη, η οποία σχηματίζεται κυρίως από κύτταρα και άφθονα αιμοφόρα τριχοειδή, και την εξωτερική θήκη, η οποία αποτελείται κυρίως από συνδετικές ίνες. Τα κύτταρα της εσωτερικής θήκης, υπό την επίδραση της FSH, αρχίζουν να αναπτύσσουν γυναικείες ορμόνες τύπου οιστρογόνων, οι οποίες περνούν στην κυκλοφορία και τα επίπεδα τους αυξάνονται σταδιακά. Όταν τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι ήδη υψηλά, η υπόφυση αρχίζει να εκκρίνει και LH γοναδοτροπίνη που διεγείρει την τελική φάση ανάπτυξης του ωοθυλακίου.

Δεκατέσσερις ημέρες μετά την έναρξη του κύκλου, χάρη σε όλες τις περιγραφείσες τροποποιήσεις, ένα από τα πρωτογενή θυλάκια έχει μετατραπεί πια σε ώριμο ωοθυλάκιο, το οποίο λέγεται γραφιανό ωοθυλάκιο, ενώ τα υπόλοιπα έχουν αναστείλει την ανάπτυξη τους σε ενδιάμεσες φάσεις και στη συνέχεια ατροφούν. Το γραφιανό ωοθυλάκιο αποκτά διάμετρο 1 εκατοστό και προεξέχει στην επιφάνεια της ωοθήκης. Στο εσωτερικό της η διαδικασία διαφοροποίησης του πρωτογενούς ωοκυττάρου έχει ήδη δημιουργήσει το σχηματισμό ενός ώριμου γυναικείου αναπαραγωγικού κυττάρου: του ωαρίου.⁴

Στη φάση αυτή το ωάριο και τα κύτταρα του ακτινωτού στεφάνου που το περιβάλλουν αποκολλώνται από το τοίχωμα του ωοθυλάκιου και επιπλέουν στο θυλακιώδες υγρό, η ποσότητα του οποίου έχει αυξηθεί τόσο που οι κυτταρικές στοιβάδες που το φιλοξενούν είναι πολύ τεταμένες και λεπτές. Τέλος εξαιτίας όλων αυτών, το γραφιανό ωοθυλάκιο σπάει, ανοίγει στην επιφάνεια της ωοθήκης και εξωθεί προς τα έξω το θυλακιώδες υγρό στο οποίο επιπλέουν το ωάριο και τα κύτταρα του ακτινωτού στεφάνου: αυτή είναι η ωορρηξία.

Μετά την ωορρηξία υπό την επίδραση της LH η κοκκιώδης στοιβάδα και η εσωτερική θήκη που παραμένουν στην ωοθήκη μετατρέπονται σε μια δομή που λέγεται ωχρό σωματίο, τα κύτταρα του οποίου εξακολουθούν να εκκρίνουν οιστρογόνα και από αυτή τη στιγμή και μετά αρχίζουν επίσης να παράγουν τον άλλο τύπο γυναικείας ορμόνης, την προγεστερόνη η βασική λειτουργία της οποίας συνίσταται στην προετοιμασία της μήτρας για την ενδεχόμενη υποδοχή ενός γονιμοποιημένου ωαρίου. Εάν δε γίνει η γονιμοποίηση δεδομένου ότι η υπόφυση εκκρίνει μόνο LH για μερικές ημέρες το ωχρό σωματίο σταδιακά σταματάει να παράγει ορμόνες, ατροφεί και μετά από 10-14 ημέρες μετατρέπεται σε έναν αδρανή ουλώδη ιστό που ονομάζεται λευκό σωματίο. Αντιθέτως όταν λάβει χώρα η γονιμοποίηση και η συνακόλουθη εγκυμοσύνη, η χορειακή γοναδοτρόπος ορμόνη (HCG) η οποία εκκρίνεται από το προϊόν της κύησης, διατηρεί το ωχρό σωματίο σε λειτουργία, ώστε να συνεχίσει να παράγει προγεστερόνη για μερικούς μήνες και έπειτα να ατροφήσει αφήνοντας μια μικρή ουλή στην ωοθήκη.

Καταμήνιος Κύκλος: Κάθε ωοθηκικός κύκλος επιφέρει κάποιες χαρακτηριστικές διακυμάνσεις των επιπέδων των γυναικείων ορμονών του φύλου, των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, οι επιδράσεις των οποίων γίνονται αισθητές σε όλο τον οργανισμό αλλά ιδιαιτέρως στη μήτρα. Εκ των πραγμάτων η μήτρα είναι υπεύθυνη για την υποδοχή του προϊόντος της⁴

ενδεχόμενης γονιμοποίησης και ως εκ τούτου σε αντιστοιχία με κάθε ωοθηκικό κύκλο πρέπει να προετοιμαστεί για μια τέτοια πιθανότητα. Συγκεκριμένα οι τροποποιήσεις που επιφέρουν οι γυναικείες ορμόνες πραγματοποιούνται κυρίως στο ενδομήτριο, το βλεννογόνο μένα που καλύπτει την κοιλότητα της μήτρα, πολλαπλασιάζεται κυκλικά για να προσαρμοστεί στην πιθανή εμφύτευση ενός εμβρύου και εάν δεν πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση, τελικά αποπίπτει και δημιουργεί την εμμηνορρυσία: κατάσταση που είναι γνωστή ως καταμήνιος κύκλος.

Ένας καταμήνιος κύκλος αρχίζει την πρώτη ημέρα της εμμηνορρυσίας, της χαρακτηριστικής κοιλιακής αιμορραγίας που περιοδικά παρουσιάζουν όλες οι γυναίκες από την εφηβεία μέχρι την εμμηνόπαυση, διαρκεί κατά μέσο όρο 28 ημέρες και ολοκληρώνεται όταν αρχίζει η επόμενη εμμηνορρυσία.

Στο πρώτο τμήμα του καταμήνιου κύκλου, τη λεγόμενη παραγωγική ή θυλακιώδη φάση, τα οιστρογόνα τα οποία παράγονται από τα ώριμα ωοθυλάκια που φτάνουν μέχρι τη μήτρα μέσω της κυκλοφορίας του αίματος προκαλούν ταχεία αναπαραγωγή των κυττάρων του ενδομητρίου, καθώς και αύξηση των αδενών και των αιμοφόρων αγγείων τους. Έτσι το ενδομήτριο αυξάνει σε πάχος και προετοιμάζεται για την πιθανή εμφύτευση ενός γονιμοποιημένου ωαρίου. Αυτή η φάση διαρκεί μέχρι να πραγματοποιηθεί η ωορρηξία, μέχρι τη μέση του ωοθηκικού κύκλου.

Στο δεύτερο τμήμα του καταμήνιου κύκλου, ο οποίος αρχίζει μετά την ωορρηξία και είναι γνωστός ως εκκριτική ή ωχρινική φάση, χάρη στην επίδραση της προγεστερόνης που έχει παραχθεί από το ωχρο σωματίο, το ενδομήτριο συνεχίζει να αυξάνει σε πάχος, οι αδένες του γίνονται ενεργοί και η αγγειοποίηση φτάνει τη μέγιστη ανάπτυξη: το εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας βρίσκεται τότε σε ιδανικές συνθήκες για την ενδεχόμενη υποδοχή ενός⁴

γονιμοποιημένου ωαρίου.

Εάν τελικά πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση του ωαρίου που απελευθερώνεται από την ωοθήκη σε αυτόν τον κύκλο, το προϊόν κύησης μέσω της έκκρισης ειδικών ορμονών θα διατηρήσει τη δραστηριότητα του ωχρού σωματίου και την ανάπτυξη της προγεστερόνης του, γεγονός που θα έχει ως αποτέλεσμα το ενδομήτριο να παραμείνει στην εκκριτική φάση καθ' όλη την εγκυμοσύνη, εποχή στην οποία δεν θα παρουσιαστούν εμμηνορρυσίες.

Εάν δεν πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση, αντιθέτως το ωχρό σωματίο ατροφεί και σταματάει να παράγει γυναικείες ορμόνες, γεγονός που επιφέρει μια βαθιά τροποποίηση του ενδομητρίου: η απότομη μείωση των ορμονικών επιπέδων μεταφράζεται σε απώλεια της ζωτικότητας των κυττάρων του ενδομητρίου, διακοπή της δραστηριότητας των αδενών του και σπασμό των αιμοφόρων αγγείων του. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών, περίπου 28 ημέρες μετά την έναρξη του κύκλου, το ενδομήτριο αρχίζει να αποπίπτει: δημιουργείται τότε η εμμηνορρυσία, με την εξώθηση αίματος και υπολειμμάτων ενδομητρίων ιστών μέσω του κόλπου επί 3-5 ημέρες. Μόλις τελειώσει η εμμηνορρυσία, το ενδομήτριο λεπταίνει υπερβολικά, αλλά αμέσως ταυτόχρονα με την αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων που συνεπάγεται η ανάπτυξη άλλων ωοθυλακίων στην ωοθήκη, δημιουργείται η αναγέννηση που αντιστοιχεί στον καινούριο κύκλο. Και αυτό επαναλαμβάνεται με αδιάκοπο τρόπο, εκτός σε περίπτωση εγκυμοσύνης, μέχρι την περίοδο της εμμηνόπαυσης.

Φυσιολογία Μαστού: Η ειδική λειτουργία των μαστών είναι η παραγωγή του γάλακτος για την θρέψη του βρέφους, γεγονός που συμβαίνει μετά την εγκυμοσύνη αν και υφίσταται κυκλικές μεταβολές καθ' όλη την γυναικεία αναπαραγωγική φάση. Ωστόσο, σε κάθε καταμήνιο κύκλο, υπό την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών οι μαστοί υφίστανται μία σειρά χαρακτηριστικών⁴

τροποποιήσεων καθώς προετοιμάζονται για ενδεχόμενη εγκυμοσύνη. Σε περίπτωση γονιμοποίησης, οι αλλαγές συνεχίζουν μέχρι οι μαστοί να είναι απόλυτα έτοιμοι για το θηλασμό. Εάν δεν πραγματοποιηθεί γονιμοποίηση οι μεταβολές που έχουν γίνει ακυρώνονται και οι μαστοί επιστρέφουν στην πρότερη κατάσταση τους.

Στην πρώτη φάση του κύκλου υπό την επίδραση των οιστρογόνων, τα οποία εκκρίνονται από ωοθυλάκια που αναπτύσσονται, πολλαπλασιάζονται τα κύτταρα των γαλακτοφόρων πόρων. Μετά την όγδοη μέρα του κύκλου γίνεται αντιληπτή μία μικρή αύξηση του όγκου των μαστών. Στην δεύτερη φάση του κύκλου μετά την ωορρηξία η προγεστερόνη που εκκρίνεται από το ωχρό σωματίο δημιουργεί την ανάπτυξη των αδενικών λοβίων ενώ προκαλεί κατακράτηση νερού στον οργανισμό. Συνεπώς επιφέρεται νέα αύξηση όγκου των μαστών. Εάν δεν πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση το ωχρό σωματίο ατροφεί και τα επίπεδα των γυναικείων ορμονών κατεβαίνουν απότομα και δημιουργείται η εμμηνορρυσία. Συγχρόνως επιφέρει μείωση του μεγέθους και της σύστασης των μαστών. Αυτή η διαδικασία επαναλαμβάνεται εκτός αν πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση όπου οι μαστοί υπό την επίδραση ορμονών θα συνεχίσουν να μεγαλώνουν για το θηλασμό.

2.4 Από την εμμηναρχή μέχρι την εμμηνόπαυση

Η δραστηριότητα του γυναικείου γεννητικού συστήματος αρχίζει στην εφηβεία, συμπίπτοντας με την ανάπτυξη των δευτερεύοντων χαρακτηριστικών του φύλου, χάρη στην ενεργοποίηση του βιολογικού ρολογιού του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης. Αρχίζει τότε η γυναικεία αναπαραγωγική φάση, δηλαδή η περίοδος κατά την οποία η γυναίκα είναι σε θέση να τεκνοποιήσει.

Η αρχή αυτού του σταδίου χαρακτηρίζεται από την πρώτη εμμηνορρυσία, τη⁴

λεγόμενη εμμηναρχή η οποία συνήθως παρουσιάζεται στην ηλικία μεταξύ των 10 και 14 ετών και αποτελεί ένδειξη του γεγονότος ότι έχουν τεθεί σε λειτουργία οι ωθητικοί κύκλοι που ρυθμίζονται από την δραστηριότητα του υποθαλάμου και της υπόφυσης. Από τότε και μετά οι καταμήνιοι κύκλοι επαναλαμβάνονται αδιάκοπα, εκτός από την περίοδο της εγκυμοσύνης. Αν και η γυναίκα διαθέτει 400.000 ωοθυλάκια την στιγμή της γέννησης, καθ' όλη την αναπαραγωγική φάση μόνο 400-500, τόσα όσοι και οι ωθητικοί κύκλοι, που δημιουργούνται, ενώ τα υπόλοιπα ατροφούν σταδιακά χωρίς να έχουν ωριμάσει.

Με τον τρόπο αυτό, περίπου στην ηλικία των 40 με 45 ετών δεν μένει σχεδόν κανένα πρωτογενές ωοθυλάκιο ικανό να ανταποκριθεί στην επίδραση των γοναδοτροπινών της υπόφυσης: κάθε φορά ωριμάζουν λιγότερα ωοθυλάκια και οι ορμονικές εκκρίσεις των ωοθηκών μειώνονται. Τότε αρχίζει μια περίοδος που λέγεται κλιμακτήριος, κατά τη διάρκεια της οποίας οι έμμηνες ρύσεις γίνονται άτακτες και παρουσιάζεται μια σειρά οργανικών τροποποιήσεων που υποδηλώνουν την ελάττωση των γυναικείων ορμονών. Τελικά έρχεται μια στιγμή που οι ωοθητικοί κύκλοι σταματούν να παράγονται τελείως και ως εκ τούτου, παρουσιάζεται η εμμηνόπαυση, δηλαδή η διακοπή των έμμηνων ρύσεων: έτσι τελειώνει η γυναικεία αναπαραγωγική φάση. Η τελευταία εμμηνορρυσία συνήθως παρουσιάζεται περίπου στην ηλικία των πενήντα ετών, αν και είναι απόλυτα φυσιολογικό η οριστική διακοπή των εμμηνορρυσιών να γίνει μερικά χρόνια πριν ή και μερικά χρόνια αργότερα, μεταξύ των 45-55 ετών.⁴

2.5 Κύηση

Προκειται για την περίοδο που η γυναίκα κυοφορεί. Η διάρκειά της κρατάει 28-40 εβδομάδες. Το γυναικείο σώμα αυτές τις εβδομάδες υπόκειται μεγάλες αλλαγές σε όλα τα συστήματα του οργανισμού όπως το σύστημα της αναπαραγωγής, ουροποιητικό, σκελετικό κ.τ.λ.

Ξεκινώντας από το σύστημα αναπαραγωγής παρατηρούμε κατά τη διάρκεια του 1ου τριμήνου ότι η μήτρα αλλάζει μέγεθος και σχήμα, το βάρος της μήτρας αυξάνεται και παρουσιάζει μια πρόσθια κλίση περισσότερο από το κανονικό. Συνεχίζοντας οι μαστοί γίνονται μεγαλύτεροι, σταθερότεροι και πιο ευαίσθητοι. Η θηλή είναι ανασηκωμένη και η θηλαία άλωσ γίνεται πιο σκούρα. Στο σκελετικό και μυϊκό σύστημα παράγεται περισσότερο αίμα στο μυελό των οστών. Οι σύνδεσμοι που συγκρατούν την πύελο στην ηβική σύμφυση και την ιερολαγούιο άρθρωση μαλακώνουν λόγω ορμονικών αλλαγών. Αυτό επιτρέπει την πύελο να απλωθεί για τη δίοδο του μωρού. Επίσης, αλλαγές παρατηρούνται και στο δέρμα όπου εμφανίζονται η μέλαινα γραμμή (είναι μια σκουρόχρωμη γραμμή που αρχίζει από τον ομφάλιο λώρο και φτάνει ως το εφηβαίο).

Το χλόασμα στο πρόσωπο και οι υποθερμικές ραβδώσεις κυρίως στα πλαϊνά της κοιλιάς, των μαστών και των μηρών είναι συνηθισμένο φαινόμενο στις έγκυες. Ακόμα το κυκλοφορικό σύστημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνεται κατά 30% δηλαδή προστίθενται 500 με 1000 ml αίματος. Ο αυξημένος όγκος αίματος αναγκάζει την καρδιά να αντλεί 50% περισσότερο αίμα το λεπτό. Κιρσοί των φλεβών εμφανίζονται συχνά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Εν συνεχεία στο ουροποιητικό σύστημα η ποσότητα των ούρων αυξάνεται και το ειδικό βάρος μειώνεται. Κυστίτιδα ή πυελίτιδα συχνά εμφανίζονται στην κύηση. Στο αναπνευστικό σύστημα κυρίως παρατηρείται δύσπνοια λόγω του⁴

ότι⁴ η μήτρα πιέζει τους πνεύμονες. Στο νευρικό σύστημα παρατηρούνται κυρίως αλλαγές στη ψυχολογική κατάσταση δηλαδή συναισθηματικές αλλαγές όπου οι έγκυες γίνονται πιο ευαίσθητες ή ευερέθιστες. Το πεπτικό σύστημα επιβαρύνεται καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης.

Κατά τους πρώτους μήνες η ναυτία είναι σύνηθες φαινόμενο που ακολουθείται από εμετό. Η όρεξη είτε μειώνεται είτε αυξάνεται. Μπορεί να παρατηρηθεί δυσκοιλιότητα που οφείλεται στην πίεση που ασκεί η διογκωμένη μήτρα στο σιγμοειδές και το ορθό. Επίσης αλλάζει ο χρόνος της πέψης λόγω της πίεσης από το διάφραγμα και του μειωμένου τόνου του στομάχου. Τέλος, έχουμε πύρωση στομάχου δηλαδή παλινδρόμιση υγρού, οξέος από το στόμαχο με αποτέλεσμα της αίσθηση καψίματος στον οισοφάγο.

Τέλος, έχουμε αύξηση του βάρους και το ενδοκρινικό σύστημα εκκρίνει ορμόνες που επιδρούν στο μαστό, το θυρεοειδή και τη διαδικασία ανάπτυξης του σώματος. Ο οπίσθιος λοβός της υποφύσεως εκκρίνει αζυτοκίνη, μια ορμόνη που προκαλεί συσπάσεις της μήτρας.⁴

2.5.1 Στάδια εξέλιξης του εμβρύου

Μετά τη σύλληψη και την εμφύτευση διαμορφώνονται τα εξής στάδια:

Ø Το πρώτο τρίμηνο:

1^{ος} μήνας: (4 εβδομάδες): Το έμβρυο είναι περίπου 7,5 – 10 χιλιοστά (mm). Η ανάπτυξη προχωρά από το κεφάλι στα άκρα. Έχουμε στοιχεία οφθαλμών, αυτιών και εμφάνιση της ρινός. Τους πρώτους σχεδιασμούς όλων των οργάνων τα οποία διαφοροποιούνται. Στο τέλος του μήνα και στις αρχές του 2ου ξεχωρίζει η καρδιά του εμβρύου, τα πόδια και τα χέρια.^{6,12}

2^{ος} μήνας: (8 εβδομάδες): Το έμβρυο περίπου 2,5 – 3 εκατοστά (cm). Τα χαρακτηριστικά εμφανίζονται σχεδόν μικρά. Μεγάλη κλίση του εμβρύου. Στοιχεία των άκρων. Το κεφάλι είναι δυσαναλόγως μεγάλο επειδή αναπτύσσεται ο εγκέφαλος. Στο τέλος του μήνα εμφάνιση των έξω γεννητικών οργάνων αλλά δεν μπορεί να γίνει διακριτό το φύλο.

3^{ος} μήνας: (12 εβδομάδες): Το έμβρυο είναι περίπου 7,9 εκατοστά (cm) και βάρος 5 – 20 γραμμάρια (gr). Διακρίνονται τα δάκτυλα χεριών και ποδιών με μαλακά νύχια. Διακρίνεται το φύλο. Το δέρμα του είναι λεπτό και διαγράφονται τα αγγεία του. Η κεφαλή του ορθώνεται.

Ø Το δεύτερο τρίμηνο:

4^{ος} μήνας: (16 εβδομάδες): Το έμβρυο έχει ύψος 10 –17 εκατοστά (cm). και βάρος 55 –120 γραμμάρια (gr). Εμφανίζονται τρίχες στην κεφαλή το, τα αφτιά απομακρύνονται από αυτή. Τα κάτω άκρα μακραίνουν ώστε να είναι ίδια με τα πάνω και είναι πολύ ξεκάθαρο το φύλο.

5^{ος} μήνας: (20 εβδομάδες): Μήκος 18 –27 εκατοστά (cm) και βάρος 280 –300 γραμμάρια (gr). Χνούδι και σμήγμα σε όλο του το σώμα. Διακρίνονται οι παλμοί και οι αναπνευστικές κινήσεις του, κλωτσάει.

6^{ος} μήνας: (24 εβδομάδες): Μήκος 28 –34 εκατοστά (cm). Βάρος 650 γραμμάρια (gr). Δερματικές γραμμώσεις, δέρμα κοκκινωπό και ρυτίδωμα. Βλέφαρα και βλεφαρίδες εμφανίζονται. Μεγαλώνουν τα νύχια του. Το λίπος απλώνεται σε όλη την επιφάνεια του σώματος.

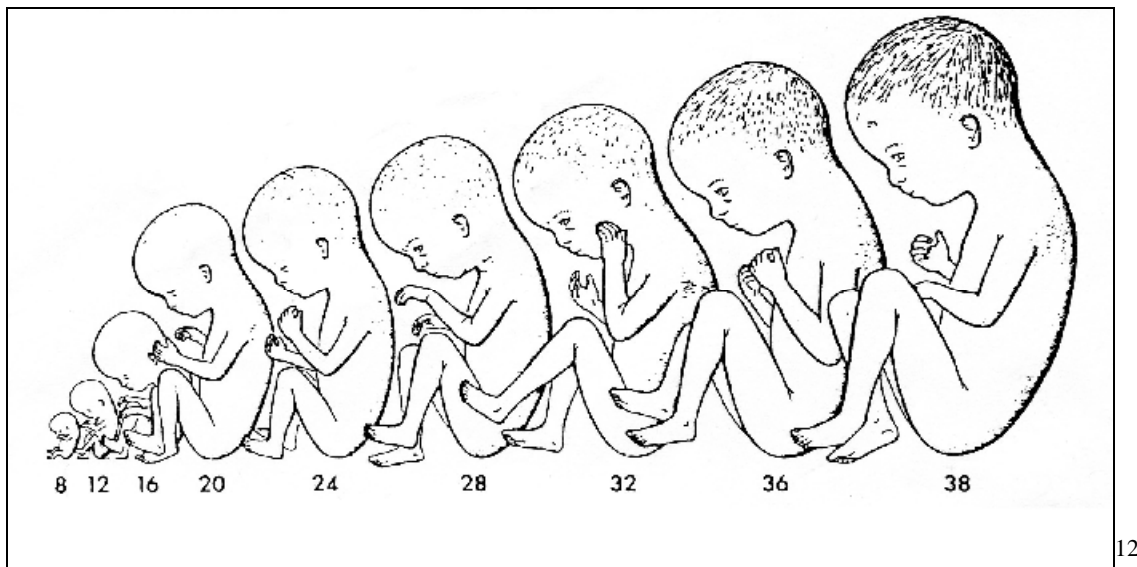
Ø Το τρίτο τρίμηνο:

7^{ος} μήνας: (28 εβδομάδες): Μήκος 35 –38 εκατοστά (cm) και βάρος 1200 γραμμάρια (gr). Τα μάτια του ανοίγουν. Φαίνονται τα χείλη του αιδοίου αν^{6,12}

είναι κορίτσι και οι όρχεις στους βουβωνικούς πόρους αν είναι αγόρι. Το δέρμα του είναι λίγο ρυτιδωμένο ρόδινο και σκεπασμένο με σμήγμα.

8^{ος} μήνας: (32 εβδομάδες): Μήκος 28 –43 εκατοστά (cm) και βάρος 1600 – 1900 γραμμάρια (gr). Εμφάνιση του "μικρού ανθρώπου" σώμα που στρογγυλεύει. Στο μέσο του μήνα (36 εβδομάδες) το δέρμα γίνεται ωχρό. Ο ομφάλιος βρίσκεται στο κέντρο της κοιλιάς. Στο τέλος του μήνα (36 εβδομάδες) το στήθος του προβάλλει του διαγράφονται οι όρχεις κατεβαίνουν στο όσχεο ή βρίσκονται ακόμα στο βουβωνικό πόρο, αύξηση βάρους και χάνουν τις ρυτίδες.

9^{ος} μήνας: (40 εβδομ.): Το δέρμα του είναι ρόδινο. Φέρνει άφθονο σμήγμα. Η κεφαλή του καλύπτεται από σκούρες τρίχες και έχει χνούδι στους ώμους και τις ωμοπλάτες.^{6,12}



2.5.2 Βιωσιμότητα του εμβρύου

Το έμβρυο θεωρείται βιώσιμο όταν μπορεί να αναπνέει (σχηματισμένοι και λειτουργικοί οι πνεύμονες), να έχει καλό καρδιακό ρυθμό και να έχουν σχηματιστεί ο εγκέφαλος και τα υπόλοιπα όργανα του σώματος.⁶

Όταν η γυναίκα νοσήσει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και πρέπει το έμβρυο να γεννηθεί πρέπει να γνωρίζουμε την βιωσιμότητα. Το έμβρυο δεν θεωρείται βιώσιμο κάτω από την 28η εβδομάδα. Στην 20η μπορεί να διακρίνονται καρδιακοί παλμοί και αναπνευστικές κινήσεις, κλωτσάει, γεννιέται ζωντανό, αλλά δεν κλαίει ούτε είναι βιώσιμο. Την 24η εβδομάδα αν γεννηθεί κινείται, αναπνέει αλλά δεν είναι βιώσιμο. Μετά την 28η εβδομάδα, το έμβρυο κινείται, ανοίγει μάτια, κλαίει, είναι βιώσιμο αλλά με υψηλό ρίσκο θανάτου. Στην 36η εβδομάδα (στη μέση του 8ου μήνα) επιβιώνει αλλά με αυξημένη φροντίδα. Συμπερασματικά λοιπόν ένα υγιές και βιώσιμο μωρό θεωρείται το μωρό που γεννιέται μετά την 32η εβδομάδα.

2.5.3 Αμβλωση

Αμβλωση είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 20η εβδομάδα. Αν η διακοπή γίνει χωρίς επέμβαση στην έγκυο ονομάζεται αυτόματη, αν συμβεί με επέμβασή στην έγκυο τεχνητή.

Οι τεχνητές εκτρώσεις διακρίνονται σε **θεραπευτικές**, και είναι αυτές που εκτελούνται για να θεραπεύσουν παθολογικές καταστάσεις της που επιβαρύνονται με τη συνέχιση της εγκυμοσύνης, και σε εγκληματικές γιατί καταστρέφουν το κύημα για λόγους άσχετους με την υγεία της εγκύου όπως ηθικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς ευγονικούς.

Η έκτρωση που συμβαίνει και εκτελείται πριν από τη 12η εβδομάδα λέγεται **πρώιμη** κι αυτή που συμβαίνει και εκτελείται ανάμεσα στη 12 –20 εβδομάδα **όψιμη**.^{6,23}

Τέλος, το αποβάλλομενό περιεχόμενο της μήτρας ύστερα από έκτρωση λέγεται έκτρωμα. Το έμβρυο σ' αυτές περιπτώσεις ζυγίζει 500 gr και έχει μήκος μικρότερο των 18 εκατοστών.

2.5.3.1 Σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις στη γυναίκα

Σωματικές βλάβες

Τοπικές: Σ' αυτές ανήκουν η αιμορραγία, η μόλυνση της μήτρας, η διάτρησή της, οι τοπικές τοξικές βλάβες, οι διαταραχές της εμμηνορρυσίας και οι απώτερες συνέπειες της πάθησης στο γεννητικό σύστημα.

Αιμορραγία: Αυτή προέρχεται από κατακράτηση στοιχείων του κυήματος στην ενδομήτρια κοιλότητα ή πλακουντικό πολύποδα ή χοριοκαρκίνωμα. Θα την αντιμετωπίσουμε με νέα απόξεση της μήτρας και ιστολογικό έλεγχο των ξεσμάτων. Μετά την επέμβαση χορηγούμε μητροσυσπαστικά και αντιβιοτικά φάρμακα για να προλάβουμε ενδεχόμενη μόλυνση.

Μόλυνση: Αυτή προέρχεται από την παραμελημένη ρήξη του εμβρυϊκού σάκου ή την κατακράτηση στοιχείων του κυήματος στην ενδομήτρια κοιλότητα. Θα την αντιμετωπίσουμε με απόξεση της μήτρας ύστερα από προηγούμενη χορήγηση αντιβιοτικών, όταν η κατάσταση της άρρωστης το επιτρέπει, όπως περιγράφεται στη σηπτική έκτρωση.

Διάτρηση της μήτρας: Αυτή είναι η συχνότερη στις παλίνδρομες εκτρώσεις και, τις περισσότερες φορές, συμβαίνει πάνω από το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο, είτε στο πρόσθιο, είτε στο οπίσθιο τοίχωμα, ανάλογα με τη θέση της μήτρας, και, κάποτε, στον πυθμένα της.^{6,23}

Συντηρητική αντιμετώπιση θα εφαρμόσουμε σε ατελή διάτρηση, όταν δηλαδή η κάκωση δεν αφορά στον ορογόνο χιτώνα της μήτρας και η αιμορραγία περιορίζεται στα παραμήτρια, όπως συμβαίνει στις χαμηλές διατρήσεις.

Όταν όμως η διάτρηση αφορά στον πυθμένα της μήτρας, επιβάλλεται η εκτέλεση λαπαροτομίας, είτε για τη συρραφή του τραύματος, είτε για την εκτέλεση υστεροκτομίας, είτε για συμπληρωματική επέμβαση, που αφορά στην αποκατάσταση κάκωσης του εντέρου.

Τοξικές βλάβες: Αυτές προέρχονται από την ενδομήτρια έγχυση ουσιών για την πρόκληση άμβλωσης. Θα τις αντιμετωπίσουμε με υστεροκτομία.

Διαταραχές της εμμηνορρυσίας: Αυτές όπως την oligomenόρροια και την αμηνόρροια, που προέρχονται ύστερα από φλεγμονές και την ανάπτυξη ενδομητρίων συμφύσεων, θα τις αντιμετωπίσουμε με ορμονοθεραπεία για την ανάπλαση του ενδομητρίου ή με την εφαρμογή ενδομήτριου καθετήρα, για τη διάσπαση των ενδομητρίων συμφύσεων, τις οποίες αντιμετωπίζουμε και υστεροσκοπικά.

Γενικευμένες: Σοβαρές επιπλοκές αποτελούν η σηπτική πυελική θρομβοφλεβίτιδα και η μόλυνση από κλωστοβακτηρίδιο του τετάνου.

Σηπτικό σοκ: Όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα από την αρχή της μόλυνσης ως την έναρξη της αντιβίωσης, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος εκδήλωσης σηπτικού σοκ.

Σηπτική πυελική θρομβοφλεβίτιδα: Αυτή αφορά και στις δύο ωοθήκες και εσωτερικές λαγόνιες φλέβες και είναι δυνατό να οδηγήσει σε πολλαπλές σηπτικές πνευμονικές εμβολές και σε θάνατο της άρρωστης, όταν ο σηπτικός θρόμβος σπάσει. Τη διάγνωση της σηπτικής πυελικής θρομβοφλεβίτιδας θα την επιβεβαιώσουμε με φλεβογραφία και τη διάγνωση των σηπτικών πνευμονικών⁶.

εμβόλων με ακτινογραφία θώρακα. Για την αντιμετώπιση της πάθησης χορηγούμε αντιβιοτικά με ευρύ φάσμα και ηπαρίνη ενδοφλέβια για 7 –10 ημέρες. Χειρουργική αντιμετώπιση ενδεικνυται σε αποτυχία συντηρητικής αγωγής. Σε αυτή απολινώνουμε την κάτω κοίλη φλέβα στο χαμηλότερο σημείο της και τις δύο ωοθηκικές φλέβες στο ψηλότερο, για να προλάβουμε το σχηματισμό πνευμονικών αποστημάτων και το θάνατο της άρρωστης. Η εγχείρηση εκθέτει την ασθενή σε επιπλοκές και διαταραχές της γονιμότητάς της.

Τυχαίες: Τυχαίες επιπλοκές στις εκτρώσεις εμφανίζονται είτε κατά την εκτέλεση της επέμβασης και είναι θανατηφόρες σε συχνότητα 40 –50%, όπως η ανακοπή και η εμβολή, είτε αργότερα όπως η εμβολή εγκεφαλικών αγγείων με αντίστοιχη αναπηρία.

Άλλες βλάβες:

- Αύξηση να συμβεί καρκίνος στις γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση.
- Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αμβλώσεις υπόκεινται σε αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV κατά 172%.⁶

Ψυχικές επιπτώσεις της έκτρωσης

Από την πλευρά της ψυχιατρικής οι αμβλώσεις αποτελούν βασική αιτία σημαντικών ψυχολογικών διαταραχών, κυρίως στη γυναίκα που υφίσταται άμεσα έντονο ψυχοσωματικό τραυματισμό. Οι διαταραχές αυτές, εκδηλώνονται τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, είναι δε συνειδητές ή ασυνειδητές: δηλαδή είτε συνδέονται άμεσα με το τραυματικό αυτό γεγονός της άμβλωσης, (συνειδητές) είτε εμφανίζονται ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις λόγω του ότι υποβόσκει το συγκεκριμένο πρόβλημα (ασυνειδητές).²³

Η άμβλωση συνιστά βίαιη παρέμβαση τόσο στο σωματικό ΕΓΩ της γυναίκας, όσο και στην άμεση συνδεδεμένη με αυτό ψυχολογία της.

Συνήθως παρατηρούνται οι εξής ψυχοπαθολογικές καταστάσεις:

α) Έντονα αισθήματα μειονεξίας απέναντι σε κάθε νέα γυναίκα που βρίσκεται στην αναπαραγωγική της ηλικία και κυρίως σε εγκυμονούσες, με γενικότερη επίδραση στην εν γένει συμπεριφορά της με αποτέλεσμα τη γενικευμένη αυτό-υποτίμησή της σε κάθε γεγονός και κατάσταση της ζωής.

β) Φοβικά αισθήματα που τροφοδοτούνται από τη βίαιη τραυματική παρέμβαση στο σωματικό της ΕΓΩ. Οι φαντασιώσεις με θέμα το βιασμό είναι συχνότατες.

γ) Βαθιά ενοχικά αισθήματα ενσυνείδητα ή αποκρυπτογραφημένα μέσα από συμβολικές αναγωγές σε εφιαλτικά όνειρα αλλά και γεγονότα της καθημερινότητας.

δ) Αγχώδεις αντιδράσεις ιδιαίτερα έντονες. Η γυναίκα δεν ανέχεται ούτε τον εαυτό της, με συνέπεια αϋπνίες και προβλήματα συμπεριφοράς προς οποιαδήποτε κατεύθυνση.

ε) Καταθλιπτικές διαταραχές επειδή κυριαρχεί συνειδητά ή ασυνείδητα η "στέρηση" δηλαδή η βασική αιτία πρόκλησης καταθλιπτικού συνδρόμου. Πρόκειται βέβαια για τη στέρηση του παιδιού που φαίνεται πως στην ψυχολογία της γυναίκας, έχει προσωπικότητα από την ώρα της συλλήψεως.

στ) Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και άμβλυνση του ηδονικού αισθήματος (καθαρά ψυχογενούς αιτιολογίας) και σε νεαρότερες ακόμα ηλικίες.

ζ) Αισθήματα επιθετικότητας στους άνδρες ως ασυνείδητη αντίδραση στον "πρωταίτιο" του προβλήματος.²³

- η) Υστερικές εκδηλώσεις που μπορούν να υποδυθούν κάθε εκδήλωση νοσολογικής καταστάσεως.
- θ) Αισθήματα βαθύτατης αποτυχίας στη ζωή και μίας έρπουσας απόγνωσης που απομυζά όλη την ψυχική ενέργεια της γυναίκας.
- ι) Υπερπροστατευτικότητα στα υπάρχοντα παιδιά ως προσωπική ψυχολογική ανάγκη και όχι ως εκδήλωση ειλικρινούς αγάπης. Έτσι θέλει να πείθει εαυτήν ότι μπορεί να αντισταθμίσει ένα "κακό" με μία συναισθηματική υπερβολή της οποίας τα αποτελέσματα είναι προφανώς αρνητικά.

2.5.4 Νοσηλευτική παρέμβαση

Συμβουλές συμπαράστασης καθώς και διάθεση να ακούσει το πρόβλημα, άσχετα με την προσωπική της άποψη εάν αισθάνεται ανίκανη να συμπαρασταθεί χωρίς προκαταλήψεις από τις προσωπικές της πολύ δυνατές αντιλήψεις πρέπει να συστήσει τη γυναίκα σε κάποιον που μπορεί.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να γνωρίζει τα πάντα σχετικά με τη φροντίδα μετά την άμβλωση και για τα ζητήματα της μελλοντικής γονιμότητας και αντισύλληψης, τα οποία πρέπει να συζητήσει με τον ασθενή.²³

Κεφάλαιο 3

Μορφές καρκίνου

3.1 Συχνές μορφές καρκίνου στη γυναίκα (συνηθέστερες)

Στην ενότητα αυτή γίνεται λόγος για τις πιο συνηθισμένες μορφές καρκίνου που εμφανίζονται στην γυναίκα και αναφέρονται οι τρόποι θεραπείας τους. Σε επόμενο κεφάλαιο γίνεται εκτενέστερη αναφορά στην θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου.

3.1.1 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους που εμφανίζονται στις γυναίκες. Κατέχει τη δεύτερη θέση μετά το καρκίνο του μαστού. Είναι πιο συχνός στις ηλικίες μεταξύ 35 –55 ετών, αλλά μπορεί να συμβεί και σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία.

Κύρια αιτία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η λοίμοξη από τον ιό HPV (ιός των ανθρώπινων κονδυλωμάτων), Ωστόσο άλλες ιογενείς λοιμώξεις καθώς και χρόνιες φλεγμονές ενοχοποιούνται.

Η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι μεγαλύτερη σε ομάδες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αναπτύσσεται είτε από το κυλινδρικό επιθήλιο του βλεννογόνου της τραχηλικής κοιλότητας είτε από το πλακώδες που καλύπτει την ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου.⁹

Τα αρχικά συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η λευκόρροια και η ανώμαλη κολπική αιμορραγία ή οι κηλίδες αίματος. Η λευκόρροια προοδευτικά αυξάνει σε ποσότητα και γίνεται σκοτεινού χρώματος και κάκοσμη εξαιτίας νέκρωσης και λοίμωξης της μάζας του όγκου. Η αιμορραγία συμβαίνει σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα, ανεξάρτητα από την περίοδο. Σε προχωρημένες περιπτώσεις παρουσιάζονται πόνοι στο υπογάστριο και οσφυαλγία. Η τελική εικόνα είναι η μεγάλου βαθμού απίσχνανση και αναιμία. Συχνά υπάρχει πυρετός οφειλόμενος σε δευτερογενή λοίμωξη, περιτονίτιδα και σχηματισμό αποστημάτων.

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

Η πρωίμη διάγνωση βασίζεται με το Test – Pap. Αν το Test – Pap αποκαλύψει δυσπλασία ή αν ο όγκος περιορίζεται στο επιθηλιακό ιστό, η εμπλεκόμενη περιοχή του τραχήλου θα αφαιρεθεί με εκτομή, καυτηριασμό, ή χειρουργική με Laser.

Οι χειρουργικές θεραπείες περιλαμβάνουν τη ριζική υστερεκτομή ή την απλή υστερεκτομή. Η διαφορά μεταξύ ριζικής και απλής είναι ότι η απλή περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας και του τραχήλου ενώ στη ριζική ολική αφαίρεση της μήτρας, κόλπου ωοθηκών και σάλπιγγες. Πρωτεύοντα ρόλο στην αντιμετώπιση του Ca τραχήλου μήτρας κατέχει η Ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ) είτε ως εξωτερική ΑΚΘ είτε ως ενδοκολπική – ενδοϊστική βραχυθεραπεία που επιτυγχάνει υψηλότερα τα ποσοστά τοπικού έλεγχου της νόσου και 5 ετους επιβιώσεις. Η ΑΚΘ συνδυάζεται συνήθως με εβδομαδιαία J.V. χορήγηση Cisplatin ως ακτινοεναισθητοποιός ουσία.⁹

3.1.2 Καρκίνος ωοθηκών

Ο καρκίνος της ωοθήκης αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας. Από τις 1000 γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω προσβάλλονται οι 10 και από αυτές επιζούν μία ή δύο. Στα άτομα υψηλού κινδύνου περιλαμβάνονται γυναίκες: άτεκνες, ανωορρηκτικές, καθώς και εκείνες που έχουν κάνει άμβλωση.

Τα συμπτώματα είναι: αυξημένη προεμμηνορυσιακή ένταση ακανόνιστη έμμηνη ρύση, μηνορραγία με ευαισθησία των μαστών, πρόιμη εμμηνόπαυση. Επίσης, άλλα συμπτώματα όπως κοιλιακή αιμορραγία, ασκίτης, γαστρεντερική δυσφορία (ναυτία, εμετοί, κοιλικός χοληδόχου κύστης και κοιλιακή διάσταση), συμπτώματα απόφραξης του ουροποιητικού συστήματος, πόνο ράχης και αίσθημα πίεσης στη πυελική χώρα. Τέλος, αν ο όγκος προέρχεται από ορμονικό ιστό, μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα αρρενοποίησης ή υπεριστρογονισμού.

Η διάγνωση γίνεται με ερευνητική λαπαροτομία με λήψη ιστού για βιοψία. Αν διαγνωστεί έγκαιρα η συχνότητα πενταετούς επιβίωσης φτάνει το 60%. Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει την ωοθηκεκτομή ενώ νεότερες μέθοδοι όπως διεγχειριστική χορηγήση ενδοπεριτοναϊκής ΧΜΘ έχουν δώσει πολύ καλά αποτελέσματα. Ο ρόλος της ΑΚΘ είναι περιορισμένος αλλά έχει σημαντική εφαρμογή στην τοπικά προχωρημένη νόσο ή στην μεταστατική νόσο για ανακούφιση των συμπτωμάτων.

3.1.3 Αλλές μορφές γυναικολογικών καρκίνων

Είναι σπάνιες μορφές καρκίνου που συμβαίνουν στην ηλικία άνω των 50 ετών και την εμμηνόπαυση και είναι ο καρκίνος του αιδοίου, του κόλπου, του σώματος της μήτρας, και τέλος καρκίνωμα των σαλπίγγων.⁹

3.1.4 Καρκίνος μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθεια και η συνηθέστερη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί αν διαγνωσθεί έγκαιρα και ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία.

Ο πιο συνηθισμένος τύπος διηθητικού καρκινώματος του μαστού αναπτύσσεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαζικού αδένου και η συνηθισμένη εντόπισή του είναι στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού. Οι μεταστάσεις γίνονται κυρίως δια μέσου της λεμφικής και της αιματικής οδού.

Η αιτιολογία του CA μαστού είναι άγνωστη. Μεγαλύτερο κίνδυνο βέβαια διατρέχουν οι γυναίκες που δεν θηλάζουν, οι άτεκνες, σ' αυτές που υπάρχει κληρονομικότητα (π.χ. είχε η αδερφή της ή η μητέρα της), όσες έχουν κύκλο περιόδου 30 ή περισσότερα χρόνια και σ' αυτές που η περίοδος εμφανίστηκε πριν από την ηλικία των 12 χρόνων (πρωίμος εμμηναρχή) ή σταμάτησε μετά τα 55 (όψιμος εμμηνόπαυση). Ακόμα οι προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως η αυξημένη κατανάλωση λίπους, η παχυσαρκία, η λήψη αλκοόλ και το κάπνισμα αιτιολογούνται για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Παρά τις καινούργιες τεχνικές και διαγνωστικές μεθόδους η θνητότητα παραμένει υψηλή. Αν ο αρχικός όγκος είναι μικρός (μικρότερος των 2 cm) και δεν υπάρχει λεμφαδενική συμμετοχή τότε η πενταετής επιβίωση ανέρχεται στο 80% - 95% ενώ αν υπάρχει λεμφαδενική συμμετοχή μειώνεται στο 40 - 45%.^{9,5,18}

Ο Διαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις :

1. Μαστογραφία C

2. Υπερηχογράφημα

3. Μαγνητική τομογραφία

4. Βιοψία

5. Εργαστηριακός Έλεγχος ή καρκινικός δείκτης.

Οι παρακάτω εξετάσεις θα πρέπει να ολοκληρωθούν με την διενέργεια εξετάσεων σταδιοποίησης που περιλαμβάνουν :

1. CT Εγκεφάλου – Θώρακα – Κοιλίας
2. Scan Οστών

Αυτοεξέταση μαστού

Η τεχνική της αυτοεξέτασης μαστού έχει αποδειχθεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού. Η πείρα έχει δείξει ότι το 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Όταν η ανίχνευση ενός ογκιδίου γίνει σε πρώιμο στάδιο, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια στο 70 –80% των περιπτώσεων.

Η γυναίκα θα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι μία εβδομάδα μετά την περίοδο. Η αυτοεξέταση θα πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα μετά την εμμηνόπαυση. Η εξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέφτη. Με τα χέρια στα πλάγια του σώματος, η γυναίκα θα πρέπει να παρατηρήσει τους μαστούς για ασυμμετρία, εισολκή του δέρματος, αλλαγές στο χρώμα, ή εισολκή της θηλής. Επίσης, παρατηρεί το σχήμα κα το μέγεθος των μαστών. Κατόπιν, σηκώνει τα χέρια κα επαναλαμβάνει την επισκόπηση μπροστά στον καθρέφτη, για τα ίδια φυσικά σημεία.⁹

Θεραπευτική Προσέγγιση

A. Χειρουργική παρέμβαση

1. Ουγκεκτομή ή τεταρτεκτομή (Αφαιρείται όγκος μ' ένα μικρό τμήμα μαζικού αδένου επιτυγχανοντάς άριστα αισθητικά αποτελέσματα προτιμάται από⁹ νεότερες γυναίκες σε νεοπλασίες αρχικών οστών, αφού ο ακρωτιριασμός της γυναίκας είναι μικρότερός που μεταφράζεται και σε λιγότερη ψυχολογική επιβάρυνση).

2. Απλή μαστεκτομή: αφαίρεση του μαστού χωρίς εκτομή των λεμφαδένων.

3. Κλασσική ριζική μαστεκτομή: αφαίρεση του μαστού, των υποκείμενων θωρακικών μυών και των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων και λεμφαδένων. Η μέθοδος αυτή αντικαταστάθηκε από την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, κατά την οποία αφαιρείται μόνο ένα μέρος των υποκείμενων θωρακικών μυών και οι μασχαλιαίοι αδένες.

B. ΧΜΘ (4-6 κυκλοί με διαφορους ΧΜΘ συνδυασμούς)

Γ. ΑΚΘ (χρησιμοποιείται ως μετεγχειρητική (30 συνεδρίες χ 24 Gy) ως συνολική δόση 60-66 Gy. Επίσης ως ριζική ή ανακουφιστική).

Δ. Ορμονιοθεραπεία (σε όγκους που εμφράζουν θετικών ορμονικών υποδοχείς)

Ε. Στοχευμένες Θεραπείες (π.χ. Hereceptin)

3.2 Καρκίνος πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα παρουσιάζει μια αύξηση συχνότητας στους άνδρες και αποτελεί ένα από τα κυριότερα αίτια θανάτου.

Η πρόσφατη αύξηση του ποσοστού καπνιστών στο γυναικείο φύλο, εξάλλου, είναι η αιτία αύξησης του καρκίνου στις γυναίκες με ταχύτερο ρυθμό απ' ότι στους άνδρες, σε σημείο ώστε να ξεπεράσει τον καρκίνο του μαστού ως αιτία θανάτου⁹.

Μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα που καπνίζουν 20 τσιγάρα την ημέρα, παρουσιάζουν καρκίνο πνεύμονα δέκα φορές συχνότερα από τους μη καπνιστές. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο καρκίνος του πνεύμονα αναπτύσσεται σε μέρη του πνεύμονα όπου υπάρχει από πριν ουλώδης ιστός (φυματίωση, ίνωση). Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει γρήγορα τον κίνδυνο. Αυτό αποδεικνύεται σαφώς από την πολύ γνωστή στατιστική μελέτη στην Αγγλία των Doll & Hill (1964) σε ιατρούς. Αυτή η στατιστική έδειξε ότι ο κίνδυνος του πνεύμονα επί βαρέων καπνιστών (130 τσιγάρα ημερησίως) είναι 30 φορές μεγαλύτερος απ' ό,τι σε μη καπνιστές και ότι μετά τη διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος υποχωρεί κατά 38%. Ο αριθμός θανάτων ανά 100.000 πληθυσμού από καρκίνο του πνεύμονα ποικίλλει από χώρα σε χώρα.

Ταξινόμηση του Ca Πνεύμονα

Τα πρωτοπαθή νεοπλάσματα του πνεύμονα διακρίνονται στους εξής ιστολογικούς τύπους :

1. Στο μικροκυτταρικό (25% των περιπτώσεων καρκίνου)
2. Στα μη μικροκυτταρικά καρκινώματα (75% των περιπτώσεων καρκίνου) τα οποία διακρίνονται περαιτέρω σε :
 - α. Καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων (επιδερμοειδές)
 - β. Αδενοκαρκίνωμα
 - γ. Καρκίνωμα μεγάλου κυττάρου (αδιαφοροποίητο).

Τα δευτεροπαθή πνευμονικά νεοπλάσματα είναι μεταστατικά από κακοήθη νεοπλάσματα άλλων οργάνων, όπως μαστού, προστάτη, νεφρού, οστών.

Παράγοντες κινδύνου

Το βρογχογενές καρκίνωμα συμβαίνει δέκα φορές συχνότερα στους καπνιστές από ό,τι στους μη καπνιστές, με τον επιπολασμό του να σχετίζεται με τη διάρκεια και τη βαρύτητα του καπνίσματος. Το αδενοκαρκίνωμα των

περιφερικών βρόγχων δεν σχετίζεται με γνωστή αιτία και συμβαίνει το ίδιο συχνά σε καπνιστές και μη καπνιστές. Άλλοι παράγοντες, εκτός του καπνίσματος, είναι η επαγγελματική έκθεση σε αμίαντο, ραδιενεργό σκόνη, καπνό και ορισμένα πλαστικά.⁹

Κλινικές εκδηλώσεις

Τα σημεία και συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν:

1. Βήχα που αλλάζει χαρακτήρα
2. Πτύελα αιμόφυρτα, ιδιαίτερα το πρωί
3. Συριγμό, όταν ένας βρόγχος αποφράσσεται μερικά, (παρατηρείται στο 20% των αρρώστων)
4. Πυρετό
5. Πόνο
6. Αν ο όγκος επεκταθεί σε γειτονικές δομές, ο άρρωστος θα παρουσιάσει και άλλα συμπτώματα.(π.χ πόνος λόγω διήθηση του θωρακικού τοιχώματος)

Επίσης παρατηρούνται συμπτώματα όπως αισθήμα αδυναμίας, ανορεξία, απώλεια βάρους και αναιμία τα οποία παρουσιάζονται σε προχωρημένα στάδια.

Διάγνωση

Η κλινική εικόνα και τα συμπτώματα ιδιαίτερα σε ασθενείς βαρείς καπνιστές μέσης ηλικίας θα πρέπει να προσανατολίζουν το κλινικό γιατρό στην υποψία κακοήθειας στο πνεύμονα, κλινικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:

- α. Ακτινογραφία θώρακος που όμως έχει χαμηλή διαγνωστική αξία.
- β. Αξονική θώρακος ύψηλων διαγνωστικών αξιών.
- γ. Μαγνητική τομογραφία θώρακος περιορισμένη αξίας στην αξιολόγηση του πνευμονικού παρεγχύματος αλλά ανεκτιμή του ρόλου στην αξιολόγηση των μακαλών μορφών.

δ. Η βρογχοσκόπηση και η βιοψία υπό αξονικό τομογράφο (FNB) θα θέσουν την Ιστολογική διαγνωσή του νεοπλασμάτος και σε περίπτωση επιβεβαίωσης της νεοπλασίας ο παεικονιστικός έλεγχος θα πρέπει να ολοκληρωθεί με εξετάσεις σταδιοποίησης που περιλαμβάνει

α. Μεσοθωρακοσκόπηση⁹

β. Αξονικός κοιλίας

γ. Αξονικός εγκεφάλου

δ. Scan οστών

3.2.1 Όγκοι του θυρεοειδή αδένου

Οι όγκοι του θυρεοειδή αδένου μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις ονομάζονται αδενώματα. Η παθογένεια των αδενωμάτων δεν έχει διευκρινιστεί. Τα κακοήθη νεοπλάσματα του θυρεοειδή δεν είναι συχνά και είναι σπάνια θανατηφόρα. Η πρόγνωσή τους εξαρτάται από το είδος του καρκίνου, το εξελικτικό τους στάδιο και το είδος θεραπείας. Διακρίνονται σε τέσσερις ιστολογικούς τύπους: το θηλώδες, το θυλακιώδες, το μυελοειδές και το αμετάπλαστο καρκίνωμα. Κάθε τύπος εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ως προς την εξέλιξη, τη συχνότητα την πρόγνωση και τη βιολογική του συμπεριφορά. Η αιτιολογία είναι άγνωστη, όπως συμβαίνει και για τα άλλα κακοήθη νεοπλάσματα. Φαίνεται όμως πως υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην ακτινοβολή του τραχήλου και την ανάπτυξη καρκίνου του θυρεοειδή. Στις περιπτώσεις αυτές ο καρκίνος αναπτύσσεται μετά από 20 περίπου χρόνια και η συχνότητά του είναι ανάλογη με τη δόση ακτινοβολίας.

Για την ανάπτυξη καρκίνου του θυρεοειδή ενοχοποιούνται επίσης η υπερέκκριση της θυρεοειδοτροπός ορμόνης (TSH) και η κληρονομικότητα. Από τα καρκινώματα του θυρεοειδή, το αντιπροσωπεύει το 50 –80% περίπου των κακοήθων όγκων και το θυλακιώδες 15 - 25%. Το μυελοειδές καρκίνωμα

αποτελεί το 7% του συνόλου των καρκίνων του θυρεοειδή και συνυπάρχει με νεοπλασμάτα άλλων ενδοκρινών αδένων.

Τα αμετάπλαστα καρκινώματα είναι τα κακοηθέστερα όλων των νεοπλασμάτων του θυρεοειδή και τα περισσότερο αδιαφοροποίητα. Αποτελούν το 15%⁹ περίπου των κακοήθων όγκων του θυρεοειδή και προσβάλλουν κυρίως ηλικιωμένα άτομα. Έχουν ραγδαία εξέλιξη και μεθίστανται σε όλο το σώμα. Προκαλούν πιεστικά φαινόμενα εξαιτίας της ταχείας αύξησης του όγκου, όπως βράγχος φωνής, δύσπνοια και δυσφαγία.

Διαγνωστικές εξετάσεις

- α. Σπινθηρογράφημα
- β. Υπερηχογράφημα
- γ. Ακτινολογικός έλεγχος
- δ. Παρακέντηση με λεπτή βελόνα και βιοψία του όγκου
- ε. Προσδιορισμός καλσιτονίνης αίματος (πολύ αυξημένη στο μυελοειδές καρκίνωμα)

Παρέμβαση

1. Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από πόνο
2. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων σε περίπτωση διάρροιας
3. Χορήγηση υπνωτικών και μυοχαλαρωτικών, για εξασφάλιση ανάπαυσης και ύπνου
4. Εξασφάλιση διαίτας πλούσιας σε θερμίδες και λευκώματα. Υγρά χορηγούνται ανάλογα με τις προτιμήσεις του αρρώστου.
5. Ολική θυρεοειδεκτομή
6. Ακτινοβολία με ραδιενεργό ιώδιο, που συμπληρώνει τη χειρουργική επέμβαση

7. Χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών (σε δόσεις αντικατάστασης) εφόρου ζωής μετά την αφαίρεση του θυρεοειδή, για μόνιμη αναστολή της έκκρισης της TSH, που θεωρείται ότι ευνοεί την ανάπτυξη μεταστάσεων.⁹

3.2.2 Καρκίνος γαστρεντερικού

Ο κολορθικός καρκίνος (ΚΟΚ) αποτελεί την τρίτη αιτία θνησιμότητας από καρκίνο στις γυναίκες αλλά είναι ασυνήθης σε ηλικίες νεότερες των 40 ετών. Ο αθροιστικός κίνδυνος να εμφανίσει μία γυναίκα αδenoκαρκίνωμα παχέος ή ορθού ως τα 40 έτη της ηλικίας της είναι μόλις 1:2000, καθώς μόνο 4-8% των περιπτώσεων διαγιγνώσκεται στην ηλικιακή αυτή ομάδα.

Ο κολορθικός καρκίνος, ιδιαίτερα σε νέους, σχετίζεται με γενετικά σύνδρομα ή χρόνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις. Η οικογενής πολυποδίαση (Familial adenomatous polyposis, FAP), το σύνδρομο Lynch (οικογενής κολορθικός καρκίνος χωρίς πολυποδίαση, HNPCC), το οικογενές ιστορικό μη κληρονομικού κολορθικού καρκίνου και η από μακρού φλεγμονώδης νόσος του εντέρου διαγιγνώσκονται σε νεαρές ηλικίες αρρώστων με ΚΟΚ πολύ συχνότερα από ότι σε ηλικίες άνω των 50 ετών.

Υψηλή επίπτωση είναι χαρακτηριστικό βιομηχανοποιημένων κοινωνιών της Ευρώπης και Αμερικής ενώ στην Αφρική, Νότιο Αμερική, Κίνα και Ιαπωνία η επίπτωση είναι ως και 15 φορές χαμηλότερη. Περιβαλλοντικοί παράγοντες (δίαιτα πλούσια σε λίπος και πτωχή σε ίνες, άγχος, φάρμακα, καθιστική ζωή) έχουν ενοχοποιηθεί για το φαινόμενο, καθώς απόγονοι Ιαπώνων που ζουν στις ΗΠΑ παρουσιάζουν επίπτωση ΚΟΚ όμοια με των Αμερικανών. Προφανώς κάτι τέτοιο αντανακλά ύπαρξη διαιτολογικών και άλλων περιβαλλοντικών προσαρμογών.

Στον γενικό πληθυσμό μόνο 20-25% των περιπτώσεων ΚΟΚ εντοπίζονται στο ορθό, σε αντίθεση με τις εγκύους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο ορθού σε άνω του 80% των περιπτώσεων.⁷

Ως κλινική εικονά συμπτωμάτων

Τα συνηθέστερα συμπτώματα στον γενικό πληθυσμό με καρκίνο παχέος εντέρου ή ορθού είναι το κοιλιακό άλγος, αιμορραγία από το ορθό, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, απώλεια βάρους και λιγότερο συχνά ναυτία, ανορεξία, κοιλιακή διάταση. Κατά την κλινική εξέταση, η προεξάρχουσα σημειολογία απαρτίζεται από αναιμία χρόνιας απώλειας αίματος, αυξημένοι ή ελαττωμένοι εντερικοί ήχοι, κοιλιακή μάζα ή ευαισθησία και ενίοτε ηπατομεγαλία, λεμφαδενοπάθεια αριστερού ημιμορίου τραχήλου ή και οξεία χειρουργική κοιλία επί διάτρησης.

Αντιμετώπιση

Χειρουργική εκτομή

Η χειρουργική εκτομή της κακοήθειας (με ολική εκτομή του μέρους όρθου) είναι η πρωταρχική θεραπεία που μπορεί να επιφέρει ίαση.

Χημειοθεραπεία

Ο μεταστατικός καρκίνος παχέος εντέρου είναι ουσιαστικά ανίατος. Η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται μεταξύ 2-5% και η διάμεσος επιβίωση 12-16 μήνες. Ο σκοπός της χημειοθεραπευτικής αγωγής είναι ο έλεγχος συμπτωμάτων με μέτρια παράταση της επιβίωσης.

Ακτινοθεραπεία

Η τοπική υποτροπή ορθικού καρκίνου είναι επίφοβο σύμβαμα, συμβαίνει σε 30-60% των όγκων με εξωτοιχωματική επέκταση και χαρακτηρίζεται από πόνο και

αδυναμία ίασης στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Η ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ) είτε μπορεί να δοθεί ως προεγχειρητική ΑΚΘ (βραχύ σχήμα : 5 Συνεδρίες χ 5 Gy ή μακρό σχήμα : 25 Συνεδρίες χ 2 Gy) είτε ως μετεγχειρητική θεραπεία 25⁷ Συνεδρίες χ 1,8 Gy έχει βοηθήσει σημαντικά στην αντιμετώπιση της νόσου ελλατονοντάς τα ποσοστά των τοπικών υποτροπών και προσφέροντας καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς αφού σεπ ολές περιπτώσεις αποφεύγεται η κολοστομία.

Πρόληψη

- 1.Μεσογειακή διατροφή
2. Περιορισμός καταναλώσης κοκκινού κρέατος
- 3.Κολονοσκόπηση μετά από τα 50 χρόνια ή σε μικρότερη ηλικία για τις κληρονομούμενες μορφές ΚΟΚ κ την φλεγμονοδών νόσων του εντέρου (ελκόδης κολίτιδα).

Διαγνωστικές εξετάσεις

- α. Ακτινογραφία θώρακα
- β. κολονοσκόπηση
- γ. test Mayer κοπράνων
- δ.Αξονική μαγνητική κοιλίας
- ε. Καρκινικοί δείκτες

Τέλος σε περιπτώση επιβεβαίωση κακοήθειας απαιτείται επιπλέον απεικονιστικός έλεγχος για την ολοκλήρωση της σταδιοποίησης της νόσου (αξονική θώρακος, υπέρηχοι ύπατος, αξονική εγκεφάλου, σπινθηρογράφημα οστών)⁷

3.2.3 Καρκίνος νεφρού

Οι όγκοι του νεφρού σπάνια είναι καλοήθεις. Τα νεοπλάσματα του νεφρού διαίρουνται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: α) όγκους που αναπτύσσονται από

εμβρυονικούς ιστούς, β) όγκους που προέρχονται από το νεφρικό παρέγχυμα⁹ και γ) όγκους που αναπτύσσονται στις νεφρικές πυέλους ή τους κάλυκες ενηλίκων.

- Όγκοι του νεφρικού παρεγχύματος είναι τα υπερνεφρώματα ή αδενοκαρκινώματα. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες. Χαρακτηριστικά των αδενοκαρκινωμάτων είναι η εισβολή τους μέσα στη νεφρική φλέβα και η μετάστασή τους στο ήπαρ, τους πνεύμονες και τα μακρά οστά.
- Οι όγκοι της νεφρικής πυέλου ή των καλύκων είναι τα θηλώδη καρκινώματα, που είναι λιγότερο συχνά.

Ανεξάρτητα από την προέλευσή τους τα νεφρικά νεοπλάσματα παρακωλύουν τη ροή των ούρων ή καταστρέφουν νεφρικό ιστό. Και τα πιο πολλά αναπτύσσονται ύπουλα και σχετικά γρήγορα και στα αρχικά τους στάδια συνήθως είναι ασυμπτωματικά.

Συμπτώματα ανησυχητικά είναι:

- Αιματουρία, συνήθως ανώδυνη και όχι σπάνια διαλείπουσα
- Πυρετός μερικές φορές χωρίς εκδηλώσεις από το νεφρό
- Διόγκωση του νεφρού

Διαγνωστικές εξετάσεις

- Ενδοφλέβια ουρογραφία
- Ανιούσα πυελογραφία
- Νεφρική αγγειογραφία

- Ακτινογραφικές μελέτες νεφρών, ουρητήρων, κύστης⁹
- Υπολογιστική(αξονική) τομογραφία νεφρών
- Κυστεοσκόπηση
- Κυτταρολογική εξέταση ούρων
- Υπερηχογράφημα
- Μικροσκοπική εξέταση ούρων
- Δείγματα ούρων 24 ωρου για βάκιλλο Koch
- Εξετάσεις πηκτικότητας
- Αιματοκρίτων(Hct) και Αιματοσκόνη (Hb): Χαμηλά αν υπάρχει αιμορραγία
- Λειτουργικές δοκιμασίες νεφρού για εκτίμηση της λειτουργίας του υγιούς νεφρού
- Μεταστατική σειρά (ακτινογραφίες ρουτίνας) για αξιολόγηση της εξέλιξης του καρκίνου και τυχόν μεταστάσεων του σε άλλες περιοχές.

Θεραπευτική Προσέγγιση

Ο σκοπός της θεραπευτικής αγωγής είναι η εκρίζωση του όγκου και η πρόληψη μεταστάσεων. Οι παρακάτω θεραπευτικές επιλογές μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνες ή σε συνδυασμό.

1. Ριζική νεφρεκτομή: αφαίρεση νεφρού, νεφρικού λίπους, επινεφριδίου, περιτονίας και πιθανά τοπικών λεμφαδένων.
2. Χημειοθεραπεία (δεν αποδίδει)
3. Ορμονοθεραπεία (προγεστερόνη)
4. Ιντερφερόνη
5. Ανοσοθεραπεία (δοκιμάζεται)
6. Ο όγκος είναι πολύ ανθεκτικός στην ακτινοθεραπεία⁹

3.2.4 Μελάνωμα

Το κακόηθες μελάνωμα είναι μια μορφή καρκίνου με σχετικά υψηλή συχνότητα στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Το κακόηθες μελάνωμα είναι μια μορφή καρκίνου του δέρματος που αναπτύσσεται από τα μελανοκύτταρα (κύτταρα του δέρματος που παράγουν χρωστική). Το μελάνωμα αποτελεί σήμερα το 3% του συνόλου των καρκίνων με 800.000 νέες περιπτώσεις.

Οι κυριότεροι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη μελανώματος είναι οι δερματικοί σπίλοι, και ειδικότερα ορισμένοι τύποι δερματικών σπίλων, το ανοιχτό χρώμα του δέρματος και των μαλλιών, η υπερβολική έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία και τα εγκαύματα από τον ήλιο, καθώς και το οικογενειακό ιστορικό.

Γενετικοί παράγοντες φαίνεται επίσης να επηρεάζουν το κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Ο κίνδυνος μελανώματος είναι μεγαλύτερος αν ένα ή περισσότερα άτομα με στενή συγγένεια έχουν εμφανίσει τη νόσο.

Τα ύποπτα σημεία ενός σπίλου (ελιάς) είναι η ασυμμετρία, η περιφέρεια της βλάβης, το χρώμα, η διάμετρος. Άτομα που έχουν πολλούς σπίλους ενδείκνυνται να υπόκεινται σε περιοδικό ιατρικό έλεγχο από δερματολόγο και να κάνουν αυτοεξέταση δέρματος κάθε μήνα.⁷

3.2.5 Λευχαιμίες

Οι λευχαιμίες είναι νεοπλασματικές διαταραχές του αιμοποιητικού ιστού. Χαρακτηρίζονται από υπερβολική ανάπτυξη του λευκοκυτταρικού ιστού, ο οποίος, κατά κανόνα, εκτός του μυελού διηθεί διάφορα όργανα, όπως το ήπαρ, τον σπλήνα, τους λεμφαδένες κ.ά. Συνυπάρχουν συνήθως στο περιφερικό αίμα⁹

ποιοτικές και ποσοτικές μεταβολές των λευκοκυττάρων.

Οι λευχαιμίες διαιρούνται σε οξείες και χρόνιες. Στις οξείες κυριαρχούν τα άωρα ή μη διαφοροποιημένα κύτταρα, η δε πορεία της νόσου χωρίς θεραπεία είναι ταχεία. Η οξεία λευχαιμία είναι βαριάς μορφής και εισβάλλει απότομα. Στις χρόνιες κυριαρχούν τα ώριμα ή καλά διαφοροποιημένα κύτταρα, η δε πορεία της νόσου είναι γενικά μακρύτερη.

Οι οξείες και χρόνιες λευχαιμίες υποδιαιρούνται παραπέρα ανάλογα με το είδος του κυττάρου που πάσχει. Και οι μεν χρόνιες διακρίνονται σε χρόνια μυελογενή και χρόνια λεμφογενή λευχαιμία, οι δε οξείες, σε οξεία μυελογενή, λεμφογενή και μονοκυτταρική (σπάνια).

Η οξεία λεμφοβλαστική (λεμφογενής) λευχαιμία απαντά στα παιδιά και είναι η συχνότερη των οξείων λευχαιμιών. Αντίθετα, η οξεία μυελοβλαστική (μυελογενής) και η οξεία μονοκυτταρική απαντούν στους ενήλικες και είναι κατά πολύ σπανιότερες.

Η ακριβής αιτιολογία της λευχαιμίας είναι άγνωστη. Πολλοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την πρόκληση της νόσου: (α) Ιοί προκαλούν λευχαιμία σε πειραματόζωα και είναι πιθανό να συμβαίνει το ίδιο και στους ανθρώπους, (β) Έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας προκαλεί χρόνια μυελογενή και οξεία λεμφογενή λευχαιμία, (γ) Μελέτες έχουν δείξει ότι η απορρόφηση ορισμένων χημικών ουσιών και διάφορες κληρονομικές ανωμαλίες μπορεί να έχουν κάποια επίδραση. (δ) Ενοχοποιείται και η κληρονομική προδιάθεση.

Η κλινική εικόνα της λευχαιμίας σχετίζεται με την εξέλιξη της νόσου και με το είδος της θεραπείας που χρησιμοποιείται. Η αναιμία οφείλεται στην κατάληψη του μυελού των οστών από λευχαιμικό ιστό, στην υποπλασία ή απλασία του⁹

μυελού εξαιτίας χορήγησης κυτταροτοξικών φαρμάκων ή ακτινοθεραπείας και στην αιμορραγία. Η αιμορραγία είναι συνήθως αποτέλεσμα της θρομβοπενίας. Φαίνεται πως υπάρχει κάποια συνεργική σχέση μεταξύ θρομβοπενίας και λοίμωξης.

Σκοπός της θεραπείας είναι η εξάλειψη των λευχαιμικών κυττάρων και η αποκατάσταση της λειτουργίας του μυελού των οστών. Πολλά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε μια ποικιλία συνδυασμών, για πρόκληση και διατήρηση ύφεσης. Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι αρκετές, αλλά η βαρύτητα τους διαφέρει από άτομο σε άτομο.

Έτσι, στη θεραπεία της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας γίνεται συνδυασμός πρεδνιζολόνης, που χορηγείται καθημερινά, και βινκριστίνης, που χορηγείται εβδομαδιαία. Η ρουβιδομυκίνη και η L- ασπαραγινάση μπορούν να προστεθούν στο συνδυασμό βινκριστίνης και πρεδνιζολόνης. Συνήθως μετά από 4 - 6 εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας εφόδου επιτυγχάνεται ύφεση.

Εκτός από τη χημειοθεραπεία, χρησιμοποιείται επίσης η μεταμόσχευση μυελού και η ανοσοθεραπεία. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη μεταμόσχευση μυελού είναι η ικανοποιητική ιστοσυμβατότητα. Επιβάλλεται να προηγείται πλήρης καταστροφή των λευχαιμικών κυττάρων με χημειοθεραπεία, η οποία, βέβαια, καταστρέφει και το φυσιολογικό μυελό. Σε δεύτερο ίδιο χορηγείται ιστοσυμβατός μυελός, προτιμότερο σε συνδυασμό με ήπια ανοσοκατασταλτικά.

Μεταγγίσεις αίματος επιβάλλονται για την αντιμετώπιση των επιπλοκών εξαιτίας της καταστολής του μυελού των οστών. Συχνά προτιμάται η μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθροκυττάρων από το πλήρες αίμα, για αποφυγή υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας.⁹

Η μετάγγιση εναιωρήματος αιμοπεταλίων βοηθά στον έλεγχο των αιμορραγικών εκδηλώσεων λόγω της θρομβοπενίας.

Διαγνωστικές εξετάσεις

α. Εξέταση αίματος

Τα αιματολογικά ευρήματα αποκαλύπτουν:

- § Αξιοσημείωτη αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων (10.000-100.000/mm³) με υπεροχή πάντοτε των βλαστών (άωρα κύτταρα)
- § Αναιμία
- § Θρομβοπενία
- § Αύξηση επιπέδου ουρικού οξέος ορού παρατηρείται στο 50% των αρρώστων

β. Βιοψία μυελού των οστών. Το 70 - 95% των κυττάρων είναι βλάστες.

Η βιοψία του μυελού μπορεί να μη γίνει, αν στο περιφερικό αίμα ανευρίσκεται πολύ μεγάλος αριθμός βλαστών.

γ. Βιοψία λεμφαδένων

δ. Ακτινογραφία θώρακα, για να διαπιστωθεί ενδεχόμενη διήθηση των αδένων του μεσοθωρακίου και των πνευμόνων

ε. Ακτινογραφία οστών, για να διαπιστωθούν ενδεχόμενες σκελετικές αλλοιώσεις.⁹

Κεφάλαιο 4

Θεραπεία του καρκίνου

4.1 Οι μορφές της θεραπείας

Οι θεραπείες για την αντιμετώπιση του καρκίνου παρουσιάζουν τεράστια ανάπτυξη τις τελευταίες δεκαετίες και έχουν μετατρέψει τον καρκίνο, από μια νόσο χωρίς ελπίδα, σε μια χρόνια νόσο η οποία μπορεί πλέον να αντιμετωπιστεί ή και να θεραπευτεί στις περισσότερες μορφές της. Όταν γίνεται λόγος για θεραπεία του καρκίνου συνήθως εννοείται ότι δεν υπάρχει ανιχνεύσιμο σημάδι καρκίνου και το άτομο ζει με τον ίδιο τρόπο που ζουν οι άνθρωποι που ποτέ δεν είχαν καρκίνο.

4.2 Η αντιμετώπιση του καρκίνου

Σήμερα, η επιστήμη, εκτός από τις κλασικές θεραπευτικές τεχνικές, που είναι η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία, διαθέτει και μια σειρά από νέες και ελπιδοφόρες θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες ανοίγουν νέους δρόμους στον αγώνα για την καταπολέμηση του καρκίνου.

Ο καρκίνος είναι μια νόσος συνυφασμένη με τη γονιδιακή, σωματική αλλά και ψυχική υπόσταση του ατόμου, γι'αυτό κάθε περίπτωση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μέσα στα γενικότερα ιατρικά πλαίσια, αλλά με εξατομίκευση του θεραπευτικού προγράμματος. Οι εξειδικευμένες επιλογές για την θεραπεία εξαρτώνται από τη διάγνωση της νόσου, το στάδιο που βρίσκεται και τη γενική ιατρική κατάσταση, άσχετα από τον καρκίνο.

Η θεραπεία μπορεί να δοθεί παντού όπου υπάρχουν γιατροί για τον καρκίνο. Η θεραπεία ενδέχεται να διαρκέσει ακόμη και μήνες ή χρόνια και έτσι όσο πιο⁸

κοντά στο θεραπευτικό κέντρο κατοικεί ο ασθενής, τόσο καλύτερα θα είναι για εκείνον.

Μερικοί ασθενείς προτιμούν να κάνουν θεραπεία σε μεγάλες πόλεις, ενώ άλλοι προτιμούν την επαρχία. Μερικές, όμως, θεραπείες εφαρμόζονται μόνο σε μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Το χρονικό διάστημα που διαρκεί η θεραπεία ποικίλει ανάλογα με το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθείται, σε συνάρτηση με τις ιδιαιτερότητες της κατάστασης κάθε ασθενή. Μερικές θεραπείες διαρκούν μερικές εβδομάδες ή μήνες, ενώ άλλες συνεχίζονται για μεγαλύτερο διάστημα ή επαναλαμβάνονται περιοδικά, όπως για παράδειγμα σε περιπτώσεις εμφάνισης υποτροπής του καρκίνου.

Μόνιμη ίαση είναι η πλήρης εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων ή των μεταστάσεων τους από τον οργανισμό του ασθενή, για ολόκληρη την υπόλοιπη ζωή του. Αν κάποιος ασθενής δεν εμφανίσει υποτροπή μετά την πάροδο πέντε ή δέκα ετών από την έναρξη της θεραπείας, τότε αναφερόμαστε σε πενταετή ή δεκαετή ίαση.

Παρηγορητική θεραπεία είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει ουσιαστική πιθανότητα ίασης. Ο σκοπός της θεραπείας αυτής δεν είναι η απομάκρυνση των καρκινικών κυττάρων από τον οργανισμό, αλλά κυρίως η ανακούφιση ορισμένων συμπτωμάτων, όπως είναι ο πόνος ή οι αποφράξεις ζωτικών οδών. Επίσης, η παρηγορητική θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προληφθεί η εμφάνιση συμπτωμάτων από τη διακοπή της κύριας θεραπείας στα τελικά στάδια της νόσου.⁸

Εσωτερικοί ονομάζονται οι ασθενείς οι οποίοι εισάγονται και λαμβάνουν θεραπεία στο νοσοκομείο για πάνω από μία ημέρες. Εξωτερικοί ονομάζονται οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία, με τις οδηγίες των γιατρών τους, στο μέρος που ζούν ή εργάζονται. Ο γιατρός του ασθενή, είναι ο μόνος αρμόδιος για να υποδείξει το κατάλληλο μέρος, στο οποίο θα γίνεται η θεραπεία.

Προφυλακτική είναι η θεραπεία που αποσκοπεί στην πρόληψη, είτε του ίδιου του καρκίνου είτε κάποιας επιπλοκής του, πριν ακόμη παρουσιαστούν κλινικά σημάδια εκδήλωσης της νόσου.

Εμβολισμός είναι μια θεραπευτική προσέγγιση κατά την οποία επιδιώκεται η διακοπή της τροφοδοσίας του όγκου με αίμα και θρεπτικά συστατικά, με σκοπό τη συρρίκνωση του. Ο εμβολισμός εφαρμόζεται με εισαγωγή λεπτού καθετήρα και έγχυση μικρών σφαιριδίων ή άλλων υλικών στην κύρια αρτηρία που τροφοδοτεί τον όγκο, με σκοπό την απόφραξη της τροφοδοσίας του.

Τα πιο συνηθισμένα αίτια που μπορούν να οδηγήσουν κάποιο ασθενή με καρκίνο στο θάνατο είναι:

- Ακατάσχετη αιμορραγία στο αναπνευστικό ή στο γαστρεντερικό σύστημα
- Εγκεφαλικές μεταστάσεις με προσβολή ζωτικών κέντρων του εγκεφάλου
- Φλεγμονές στο αναπνευστικό σύστημα, στο έντερο ή το αιμοποιητικό σύστημα
- Απόφραξη ουρητήρων και ανουρία
- Σηψαιμία
- Καρδιακές μεταστάσεις, με διήθηση του επικαρδίου και του περικαρδίου
- Μεταστάσεις στους ενδοκρινείς αδένες⁸

4.2.1 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι μία θεραπευτική μέθοδος, η οποία εφαρμόζεται τοπικά είτε μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές, όπως είναι η Χημειοθεραπεία και η Χειρουργική θεραπεία. Ο βασικός της στόχος είναι είτε η καταπολέμηση του ίδιου του καρκίνου, είτε η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ακτίνες υψηλής ενέργειας ή δέσμες ηλεκτρονίων για την καταστροφή του γενετικού υλικού των καρκινικών κυττάρων. Με αυτόν τον τρόπο εμποδίζεται η αναπαραγωγή τους και επομένως καταπολεμάτε ο όγκος. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να δράσει με μεγάλη ακρίβεια και αποτελεσματικότητα στο προσβεβλημένο σημείο του οργανισμού, είτε αυτό βρίσκεται εξωτερικά είτε εσωτερικά.

Οι αλήθειες για την ακτινοθεραπεία είναι:

- Ø Η ακτινοθεραπεία δεν προκαλεί πόνο.
- Ø Η χορήγηση ακτινοβολίας για θεραπευτικούς σκοπούς δεν κάνει το σώμα του ασθενή «ραδιενεργό» ή επικίνδυνο για τους οικείους του.
- Ø Κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας δεν διαρκεί περισσότερο από λίγα λεπτά.
- Ø Η καλή διατροφή και η ανάπαυση είναι απαραίτητα στοιχεία της επιτυχούς έκβασης της ακτινοθεραπείας.
- Ø Το δέρμα στην περιοχή της ακτινοβολήσης γίνεται συνήθως ευαίσθητο.
- Ø Οι παρενέργειες είναι συνήθως προσωρινές και εξαρτώνται από την περιοχή του σώματος που ακτινοβολείται.⁷

Η εξωτερική ακτινοθεραπεία είναι μορφή ακτινοθεραπείας που εφαρμόζεται με κατεύθυνση δέσμης ακτίνων πάνω από την περιοχή του όγκου με εξωτερικό μηχάνημα χαμηλής ή υψηλής ενέργειας.

Η εσωτερική ή συστηματική Ακτινοθεραπεία, είναι μορφή ακτινοθεραπείας που εφαρμόζεται με ένεση ραδιενεργού διαλύματος σε εσωτερικά σημεία του οργανισμού.

Η βραχυθεραπεία (ενδοκοιλιακή ή ενδοιστική) είναι ακτινοθεραπεία είναι μορφή ακτινοθεραπείας που εφαρμόζεται με τοποθέτηση συσκευής με ραδιενεργό ουσία μέσα σε κοίλα όργανα, όπως είναι η μήτρα.

Βραχυθεραπεία είναι η εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων απευθείας στον όγκο. Με τον τρόπο αυτό χορηγούνται μεγάλες αυστηρά εντοπισμένες, δόσεις ακτινοβολίας σε κάποιο όγκο, με ελαχιστοποίηση των βλαβών σε γειτονικούς ιστούς.

Πολλές φορές χορηγούνται ακτινοευαισθητοποιές ουσίες πρόκειται για φάρμακα ή βιολογικές ουσίες που χορηγούνται στον ασθενή μαζί με την ακτινοθεραπεία για να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Τα πλεονεκτήματα της ακτινοθεραπείας (ΑΚΘ) είναι:

1. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες για την αντιμετώπιση διαφόρων μορφών Ca με άριστο αποτέλεσμα. Αλώςτε οι συμπαγείς όγκοι αντιμετωπίζονται κατεξοχήν με ΑΚΘ.
2. Η σύγχρονη ΑΚΘ εξασφαλίζει λιγότερες παρενέργειες και καλύτερα αποτελέσματα.⁷

3. Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση συμπτωμάτων καρκινοπαθών τελικού σταδίου (π.χ. Εγκεφαλικές μεταστάσεις, αστικός πόνος από οστικές μεταστάσεις, ειλεός λόγω απόφραξης).

Τα κυριότερα μειονεκτήματα είναι:

1. απαιτείται καθημερινή προσέλευση του ασθενή στα ΑΚΘ τμήματα.
2. βρίσκονται μόνο σε μεγάλα αστικά κέντρα κ δημιουργείται προβλήματα μετακινήσεως των ασθενών.

Οι κυριότερες παρενέργειες που ενδέχεται να εμφανιστούν στον ασθενή μετά από την ακτινοθεραπεία στα ανάλογα σημεία είναι:

- Ø Στο δέρμα: ερυθρότητα, αποχρωματισμός, απολέπιση και σπανιότερα υπέρχρωση λόγω αυξημένης απόθεσης μελανίνης
- Ø Στα μαλλιά: απώλεια τριχών
- Ø Στην κοιλιά: διάρροια, έντονες μυικές συστολές, ναυτία και εμετός
- Ø Στην κεφαλή: ερυθρότητα, δυσκολία στην κατάποση, μείωση έκκρισης σάλιου, αλλαγή αίσθησης γεύσης, οστικές βλάβες στα δόντια
- Ø Στο θώρακα: αίσθημα καύσου δυσκολία στην κατάποση, ερυθρότητα

Για να απαλύνει κανείς τα συμπτώματα της ακτινοβολίας μπορεί να φροντίσει τα παρακάτω:

- Ø Να προστατέψει την ακτινοβολημένη περιοχή από την ηλιακή ακτινοβολία.
- Ø Να φοράει άνετα ρούχα, κατά προτίμηση βαμβακερά, πάνω από την ακτινοβολημένη περιοχή.
- Ø Να συμβουλευτεί το γιατρό του εάν πρόκειται να χρησιμοποιήσει κρέμες ή καλλυντικά στην πάσχουσα περιοχή.
- Ø Να μην πλένει την περιοχή με πολύ ζεστό ή πολύ κρύο νερό.⁷

- Ø Να μην έρχεται σε επαφή με άτομα που είναι κρυωμένα, ή πάσχουν από λοιμώξεις.⁷

4.2.2 Χειρουργική θεραπεία

Μέχρι τα μέσα του 19ου αιώνα οι χειρουργικές τεχνικές παρουσίαζαν μικρή πρόοδο, ώσπου, εκείνη την εποχή, ανακαλύφθηκε η αναισθησία, η οποία άνοιξε νέους ορίζοντες στο συγκεκριμένο τομέα. Σήμερα, οι χειρουργικές επεμβάσεις προσφέρουν ανεκτίμητη βοήθεια στο θέμα του καρκίνου, αφού με τη βοήθεια της επιστήμης όχι μόνο έχει γίνει ακριβέστερη η διάγνωση, αλλά και έχει βελτιωθεί σημαντικά η ανάνηψη και η νοσηλευτική περίθαλψη του ασθενή.

Η αφαίρεση του αρχικού όγκου είναι μία επέμβαση που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε ίαση και γίνεται με ταυτόχρονη αφαίρεση των γύρω οιστών και λεμφαδένων.

Για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων και επιπλοκών γίνεται χειρουργική επέμβαση για την ανακούφιση καταστάσεων που προκύπτουν από τον καρκίνο ή τη θεραπεία του, όπως είναι οι αποφράξεις ή οι διατρήσεις. Επίσης, γίνονται μικρές επεμβάσεις για τη στήριξη της χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας, όπως είναι η εισαγωγή καθετήρων στο σώμα για έγχυση φαρμάκων.

Γενική νάρκωση εφαρμόζεται στις μεγάλες επεμβάσεις καρκίνου. Τα αναισθητικά φάρμακα χορηγούνται ενδοφλέβια ή με μάσκα αναπνοής και προκαλούν προσωρινή απώλεια της συνείδησης και καταστολή του πόνου.

Τοπική αναισθησία εφαρμόζεται σε επεμβάσεις μικρής διάρκειας και έκτασης, όπως είναι η οσφυονωτιαία παρακέντηση με τοπική επίδραση¹⁷

ξυλοκαΐνης. Η περιοχή αναισθησίας εφαρμόζεται με τοποθέτηση αναισθητικού φαρμάκου με ένεση (επισκληρίδιος) ή μικρού καθετήρα μέσα ή γύρω από το νωτιαίο σωλήνα (περισκληρίδιος αναισθησία). Συνιστάται κυρίως σε επεμβάσεις της περιοχής της λεκάνης και των κάτω άκρων.

Η Κρυοχειρουργική πρόκειται για χειρουργική τεχνική που περιλαμβάνει διαδοχικές καταψύξεις με τη χρήση αζώτου σε πολύ χαμηλές θερμοκρασίες, με τη βοήθεια νεφελοποιητή. Η τεχνική είναι χρήσιμη στην καταστροφή όγκων που βρίσκονται σε προσβάσιμες θέσεις, αιμορραγούν, είναι νεκρωμένοι ή έχουν επιμολυνθεί.

Η κρυοχειρουργική εφαρμόζεται συνήθως σε άτομα που δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση ή λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή. Είναι κατάλληλη τόσο για ιστούς περιορισμένου όγκου όσο και σε εκτεταμένους πρωτοπαθείς όγκους. Τα κύρια μειονεκτήματα της τεχνικής είναι ότι δεν έχει αποτέλεσμα σε βλάβες με ασαφή όρια και σε όγκους των άκρων οι οποίοι διαθέτουν μειωμένη αιματική παροχή.

Η ηλεκτροκαυτηρίαση είναι τεχνική καταστροφής καρκινικών κυττάρων με εργαλεία που παράγουν υψηλές θερμοκρασίες. Εφαρμόζεται, ανάλογα με την κρυοχειρουργική, σε εύκολα προσβάσιμους όγκους που αιμορραγούν, είναι νεκρωμένοι ή έχουν επιμολυνθεί.

Λαπαροσκοπική χειρουργική είναι μια σχετικά νέα χειρουργική, η οποία εφαρμόζεται με τοπική αναισθησία και εισαγωγή ειδικού οργάνου, του λαπαροσκοπίου, μέσω μικρής τομής στην κοιλιά μετά από εμφύσηση ποσότητας αέρα. Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται τόσο για την πραγματοποίηση επεμβάσεων σε πολλά σημεία της κοιλιακής χώρας όσο και για τη λήψη βιοψιών.¹⁷

Αποσυμφόρηση όγκου είναι η διαδικασία κατά την οποία αφαιρείται κάποιο τμήμα ή το μεγαλύτερο μέρος του όγκου όταν είναι αδύνατη η ολοκληρωτική του απομάκρυνση. Με τον τρόπο αυτό, αφενός απομακρύνεται από τον οργανισμό σημαντικός αριθμός καρκινικών κυττάρων και αφετέρου δρουν αποτελεσματικά τόσο η ακτινοθεραπεία, όσο και η χημειοθεραπεία.^{17,8}

4.2.3 Βιολογική θεραπεία - Ανοσοθεραπεία

Η κατανόηση της βιολογίας των καρκινικών κυττάρων οδήγησε στην παρασκευή βιολογικών παραγόντων, οι οποίοι αντιγράφουν τη δράση ουσιών που χρησιμοποιεί ο οργανισμός για τη ρύθμιση της ανάπτυξης του. Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση, ονομάστηκε βιολογική θεραπεία, βιοθεραπεία ή ανοσοθεραπεία, και έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε πειραματικές μελέτες αντιμετώπισης ορισμένων μορφών καρκίνου.

Η βιολογική θεραπεία πρόκειται, για μια νέα, ερευνητική προσέγγιση στη θεραπεία του καρκίνου. Περιλαμβάνει φάρμακα που δίδονται για να ενεργοποιήσουν το ανοσοποιητικό σύστημα του ίδιου του ασθενή, ώστε να πολεμήσει αποτελεσματικότερα τον καρκίνο.

Η Βιολογική θεραπεία περιλαμβάνει διάφορες ουσίες, με αποδεδειγμένη βιολογική δράση, όπως:

- § Ιντερλευκίνες
- § Ιντερφερόνες
- § Παράγοντες διέγερσης αποικιών (CSFs-Colony Stimulating Factors)
- § Μονοκλωνικά αντισώματα (MoAbs)
- § Αντικαρκινικά εμβόλια

Οι βιολογικοί παράγοντες δρουν με τρεις συνήθως μηχανισμούς:

- Ø Με τη ρύθμιση και τη βελτίωση των ανοσολογικών μηχανισμών του οργανισμού του ασθενή.
- Ø Με απευθείας αντικαρκινική δράση.
- Ø Με ειδικές βιολογικές δράσεις, όπως είναι η αλληλεπίδραση με την ικανότητα των καρκινικών κυττάρων να επιβιώνουν μετά τη μετάσταση.

Η βιολογική θεραπεία εφαρμόζεται συνήθως με τα βιολογικά φάρμακα που εισάγονται στο σώμα με τη μορφή ενέσεων, αφού λόγω της πρωτεϊνικής τους σύστασης αποδομούνται στο στομάχι και επομένως δεν μπορούν να ληφθούν από το στόμα.

Υπάρχουν πολλοί τύποι ιντερλευκινών και συνεχώς ανακαλύπτονται περισσότεροι. Γνωστότερη για την αντικαρκινική τους δράση είναι η ιντερλευκίνη 2, η οποία πιστεύεται ότι ενισχύει την αμυντική δράση των λεμφοκυττάρων. Η ανταπόκριση που προκαλεί σε καρκίνους νεφρών και δέρματος είναι αρκετά ελπιδοφόρα.

Οι ιντερφερόνες είναι μια κατηγορία ουσιών που εφαρμόζεται συνήθως σε συνδυασμό με χημειοθεραπευτικά σχήματα. Από την κατηγορία αυτή, αρχικά βρέθηκε ότι η ιντερφερόνη *α* έχει αντικαρκινική δράση, αφού προκάλεσε συρρίκνωση μελανωμάτων, όγκων στους νεφρούς, αλλά και βελτίωση λευχαιμιών και λεμφωμάτων. Πιστεύεται ότι οι ιντερφερόνες προσκολλώνται στα καρκινικά κύτταρα και τα παρουσιάζουν περισσότερο «ξένα» στο ανοσοποιητικό σύστημα, το οποίο τα αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα.

Οι παράγοντες διέγερσης αποικιών είναι ουσίες που δεν έχουν άμεση αντικαρκινική δράση, αλλά αυξάνουν τον αριθμό των ουδετερόφιλων και των μακροφάγων. Το γεγονός αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη ^{8,11}

δυνατότητα αύξησης των δόσεων στα χημειοθεραπευτικά σχήματα, τα οποία προκαλούν πτώση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος.

Οι παράγοντες νέκρωσης των όγκων είναι μία ομάδα φυσιολογικών πρωτεϊνών του οργανισμού, οι οποίες μπορούν, σε μικρή έκταση, να καταστρέψουν καρκινικά κύτταρα. Οι πρωτεΐνες αυτές παρασκευάζονται στο εργαστήριο από ενεργοποίηση μακροφάγων και λεμφοκυττάρων και έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση καρκίνων σε πειραματόζωα. Η εφαρμογή τους σε ανθρώπινους όγκους διερευνάται σε κλινικές μελέτες.

Τα φυσιολογικά αντισώματα παράγονται από τα Β-λεμφοκύτταρα και ανήκουν στην κατηγορία των πρωτεϊνών (γ-σφαιρινών). Τα μονοκλωνικά αντισώματα παράγονται στο εργαστήριο από το ίδιο μητρικό Β-λεμφοκύτταρο (τον ίδιο «κλώνο») και σκοπός τους είναι να προσκολληθούν στα αντιγόνα της επιφάνειας των καρκινικών κυττάρων, ώστε να τα εξουδετερώσουν. Η δράση τους σε ορισμένες περιπτώσεις μυελού των οστών είναι πολύ σημαντική. Το μειονέκτημα τους είναι ότι οι καρκίνοι δεν είναι αμιγείς, αλλά περιέχουν πολλές κυτταρικές πρωτεΐνες, και έτσι το αποτέλεσμα είναι φτωχό, αφού τα μονοκλωνικά αντισώματα στοχεύουν σε ένα μόνο τύπο κυττάρου που περιέχει συγκεκριμένο αντιγόνο. Επιπλέον, μπορεί να δημιουργηθούν αλλεργικές αντιδράσεις υπερευαισθησία στους ασθενείς που λαμβάνουν αυτού του είδους τη θεραπεία.

Το εμβόλιο BCG είναι γνωστό κατά της φυματίωσης, το οποίο χορηγείται σε περιπτώσεις όπως είναι ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης, για την ενίσχυση του ανοσιακού συστήματος. Στα θετικά στοιχεία του εμβολίου κατατάσσονται η μείωση των υποτροπών και των μεταστάσεων της νόσου, καθώς και η μακρύτερη επιβίωση, ενώ στα αρνητικά ο πυρετός, ο τοπικός ερεθισμός και σπανιότερα η ανάπτυξη ήπιας φυματιώδους λοίμωξης.^{8,11}

Οι ασθενείς που λαμβάνουν Βιολογική θεραπεία ενδέχεται να παρουσιάσουν:

- Ø Πυρετό, αίσθημα κόπωσης, εξάνθημα, ρίγη ή γενική κακουχία.
- Ø Ειδικά η ιντερλένικη 2 (IL-2) μπορεί να προκαλέσει ένα επικίνδυνο σύνδρομο που λέγεται «σύνδρομο διαρροής των τριχοειδών αγγείων».
- Ø Ελαφρά ή σοβαρότερη αλλεργική αντίδραση.
- Ø Συμπτώματα στο όργανο που στοχεύετε, όπως είναι η δύσπνοια σε περιπτώσεις αντιγόνων των πνευμόνων.

Ο στόχος της Βιολογικής θεραπείας είναι η ενίσχυση και τροποποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενή, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα καρκινικά κύτταρα με τις δικές του δυνάμεις. Διαπιστώνεται, όμως, από τις μέχρι σήμερα έρευνες, ότι ο καρκίνος δεν έχει μόνο ανοσολογική βάση, αλλά είναι μία πολύπλοκη οντότητα, που αν και σχετίζεται σε ορισμένες περιπτώσεις με το ανοσοποιητικό σύστημα, δεν παύει να επηρεάζεται και από άλλους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες.

4.2.4 Μεταμόσχευση μυελού των οστών

Ο μυελός των οστών είναι ένα σπογγώδες υλικό, που βρίσκεται στις κοιλότητες των οστών και παράγει τα κύτταρα του αίματος. Οι βλάβες στη διαδικασία παραγωγής αυτών των κυττάρων, έχουν σοβαρές συνέπειες στην υγεία του ασθενή, αφού τα κύτταρα του αίματος επιτελούν σημαντικές λειτουργίες για τη ζωή. Η ιδέα της αντικατάστασης του πάσχοντα μυελού με μυελό υγιούς ατόμου είναι πολύ παλιά, αλλά μόλις τα τελευταία χρόνια έγινε εφικτή η πραγματοποίησή τους.

Στη μεταμόσχευση μυελού των οστών, αρχικά χορηγούνται στον ασθενή υψηλές δόσεις χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας, ώστε να καταστραφούν^{8,11}

τα καρκινικά κύτταρα. Η διαδικασία αυτή, βλάπτει, όμως, και τα φυσιολογικά κύτταρα του μυελού, γι' αυτό και θα πρέπει να αντικατασταθούν είτε από κύτταρα του ίδιου του ασθενή (αυτόλογη μεταμόσχευση) είτε άλλου συμβατού δότη (ετερόλογη μεταμόσχευση).

Ο μυελός των οστών γενικά είναι πολύ πιο ευαίσθητος από άλλους ιστούς ή όργανα στην επίδραση της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας. Με βάση την παρατήρηση αυτή τα κύτταρα του μυελού καταστρέφονται με τις παραπάνω τεχνικές, ώστε να αντικατασταθούν με νέα, υγιή και λειτουργικά.

Οι τύποι μεταμόσχευσης μυελού των οστών είναι:

- Ø Αυτόλογη (αυτομεταμόσχευση): επανεισάγεται ο μυελός των οστών του ίδιου του ασθενή, ο οποίος είχε αφαιρεθεί και φυλαχτεί σε χαμηλή θερμοκρασία, πριν τη θεραπεία.
- Ø Αλλογενής: γίνεται μεταμόσχευση στον ασθενή από διαφορετικό άτομο.
- Ø Υπάρχει και η μεταμόσχευση από στενά συγγενικά πρόσωπα που παρουσιάζουν συμβατότητα με τον ασθενή, ιδανική περίπτωση από δίδυμα αδέρφια.

Ο κατάλληλος δότης επιλέγεται, μετά από τη διενέργεια ειδικών εξετάσεων, με μια περίπλοκη διαδικασία που ονομάζεται έλεγχος ιστοσυμβατότητας (HLA typing). Στη διαδικασία αυτή αναζητείται η όσον το δυνατόν μεγαλύτερη ομοιότητα σε ορισμένες πρωτεΐνες που εμφανίζονται στην επιφάνεια των κυττάρων και είναι υπεύθυνες για την αυτοαναγνωρισή τους. Στην περίπτωση του μυελού των οστών απαιτείται μεγάλη συμβατότητα, συνήθως πάνω από 90%, ώστε η μεταμόσχευση να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Ο μυελός των οστών λαμβάνεται με αναρρόφηση μυελού από τα λαγόνια οστά της λεκάνης, συνήθως υπό γενική αναισθησία. Η διαδικασία είναι ανώδυνη για το λήπτη και οι παρενέργειες περιορίζονται σε αυτές της αναισθησίας.^{8,11}

Η μεταμόσχευση είναι μια πολύπλοκη διαδικασία με πολλούς κινδύνους, που σχετίζονται τόσο με τις κλασικές επιπλοκές της χειρουργικής επέμβασης, όσο και με τη δυσκολία αποδοχής του ξένου μοσχεύματος από τον οργανισμό του ασθενή.

Η απόρριψη του μοσχεύματος είναι η σοβαρότερη επιπλοκή που παρουσιάζεται κυρίως όταν η συμβατότητα δότη-λήπτη δεν είναι μεγάλη. Η απόρριψη μπορεί να διορθωθεί με δεύτερη μεταμόσχευση.

Επειδή ο μυελός των οστών για δύο έως έξι εβδομάδες δεν μπορεί να δημιουργήσει νέα κύτταρα του αίματος και η μετάγγιση δεν συνιστάται σε αυτό το στάδιο, ελλοχεύει ο κίνδυνος των λοιμώξεων, οι οποίες μπορούν να αποβούν πολύ επικίνδυνες ακόμη και για τη ζωή του ασθενή.

Οι αιμορραγίες παρατηρούνται σε περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η μετάγγιση επαρκών ποσοτήτων αιμοπεταλίων. Οι τοξικές αντιδράσεις είναι αποτέλεσμα των υψηλών δόσεων χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας που λαμβάνει ο ασθενής πριν τη μεταμόσχευση.

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών συνιστάται και έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα σε αρκετές καταστάσεις όπως είναι:

- Η οξεία λευχαιμία
- Οι χρόνιες λευχαιμίες (ιδίως η κοκκιοκυτταρική μορφή)
- Το πολλαπλούν μυέλωμα
- Τα Hodgkin λεμφώματα
- Τα μη-Hodgkin λεμφώματα
- Οι συμπαγείς όγκοι παιδιών^{8,11}

4.2.5 Μεταμόσχευση ομφαλοπλακουντιακού αίματος

Ομφαλοπλακουντιακό ονομάζεται το αίμα που παραμένει στον ομφάλιο λώρο και τον πλακούντα, αμέσως μετά τη γέννηση ενός παιδιού. Το ομφαλοπλακουντιακό αίμα, όπως ο μυελός των οστών, είναι πλούσιο σε πολυδύναμα προγονικά κύτταρα.

Τα πολυδύναμα προγονικά κύτταρα είναι τα δομικά στοιχεία των κυττάρων του αίματος και του ανοσιακού συστήματος, τα οποία ανευρίσκονται κυρίως στο μυελό των οστών, στο ομφαλοπλακουντιακό αίμα και σπανιότερα στην κυκλοφορία του αίματος. Τα πολυδύναμα προγονικά κύτταρα παράγουν όλες τις σειρές των κυττάρων του αίματος, δηλαδή των ερυθρών αιμοσφαιρίων, τα οποία μεταφέρουν το οξυγόνο στους ιστούς, των λευκών αιμοσφαιρίων, τα οποία καταπολεμούν τις λοιμώξεις και των αιμοπεταλίων, τα οποία βοηθούν στην πήξη του αίματος. Τελευταίες έρευνες καταδεικνύουν τη συμμετοχή τους στη δημιουργία και των άλλων κυτταρικών σειρών, όπως είναι αυτές του νευρικού συστήματος.

Τα πολυδύναμα προγονικά κύτταρα χρησιμοποιούνται κυρίως για μεταμοσχεύσεις σε ασθενείς με σοβαρά νοσήματα του αίματος, με σκοπό την επαναλειτουργία και αναγέννηση των κυττάρων του αίματος και του ανοσιακού συστήματος. Η μεταμόσχευση εφαρμόζεται μετά τη χορήγηση χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας στον ασθενή, ώστε να θανατωθούν τα καρκινικά κύτταρα και να ξεκινήσει η ανάπτυξη των νέων υγιών κυτταρικών σειρών.

Στην κλινική πράξη οι ασθένειες που αντιμετωπίζονται είναι κακοήθεις νόσοι, όπως λευχαιμίες, όγκοι του εγκεφάλου, των νεφρών, των όρχεων, ανωμαλίες του αίματος και αιμοσφαιρινοπάθειες, συγγενείς ανωμαλίες του μεταβολισμού αλλά και ανοσοανεπάρκειες.^{8,11}

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα των πολυδύναμων προγονικών κυττάρων του ομφαλοπλακουντιακού αίματος, είναι ότι δεν απαιτούν μεγάλη συμβατότητα δότη-λήπτη, όπως συμβαίνει με τα αντίστοιχα κύτταρα του μυελού των οστών. Αυτό συμβαίνει διότι το ανοσιακό σύστημα των νεογέννητων είναι ανώριμο και έτσι οι επιπλοκές της μεταμόσχευσης είναι λιγότερες και η ανοχή του μοσχεύματος (δηλαδή των κυττάρων) μεγαλύτερη.

Η συμβατότητα δότη-λήπτη σε μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών θα πρέπει να είναι πολύ μεγάλη. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σε μια τυχαία οικογένεια η συμβατότητα μεταξύ των μελών είναι 25%, ενώ όσον αφορά στο ομφαλοπλακουντιακό αίμα μπορεί να είναι ακόμη και 50%. Επιπλέον, η λήψη μυελού των οστών είναι μια ακριβή διαδικασία, που απαιτεί χειρουργική επέμβαση με γενική αναισθησία, που μπορεί να είναι ιδιαίτερα επώδυνη. Οι ασθενείς, αντίθετα, που λαμβάνουν ομφαλοπλακουντιακό αίμα έχουν υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης, μικρότερη συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών και καλύτερη ποιότητα ζωής. Τα στοιχεία αυτά κάνουν μικρότερο το συνολικό κόστος αυτής της μορφής μεταμόσχευσης, σε σχέση με τη συμβατική μεταμόσχευση μυελού οστών.

4.2.6 Ορμονική θεραπεία

Οι βάσεις της ορμονικής θεραπείας τέθηκαν στα τέλη του 19ου αιώνα, όπου ο Άγγλος γιατρός Thomas Beatson μελέτησε τη συσχέτιση των επιπέδων των οιστρογόνων ορμονών με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Οι μελέτες αυτές οδήγησαν στην παρασκευή ειδικών ορμονικών φαρμάκων, όπως η ταμοξιφένη, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η ορμονοθεραπεία σήμερα εφαρμόζεται συμπληρωματικά, σε συνδυασμό με άλλες συμβατικές μορφές θεραπείας.^{14,7,11}

Οι ορμόνες που χρησιμοποιούνται συνήθως στην ορμονική θεραπεία είναι τα οιστρογόνα στον καρκίνο του προστάτη, τα αντιοιστρογόνα και οι αναστολείς των αρωματασών στον καρκίνο του μαστού και τα ανδρογόνα στον καρκίνο του μαστού και της μήτρας.

Η λήψη ορμονών μπορεί να επιφέρει στον ασθενή αλλαγή διάθεσης, αϋπνία, κατακράτηση ούρων, αυξημένη διούρηση, μυϊκή αδυναμία, ξηρότητα του κόλπου, μείωση σεξουαλικής διάθεσης, υπερτρίχωση ή απώλεια μαλλιών.

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι ορμόνες εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση προβλημάτων του καρκίνου, όπως είναι η αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, η ναυτία, η μειωμένη όρεξη, η υπερασβεσταιμία, η αναιμία και η λευκοπενία.
14,7,11

4.2.7 Θεραπεία με λέιζερ

Το λέιζερ είναι μια ενισχυμένη δέσμη φωτός υψηλής ενέργειας, οι οποία μπορεί να εστιάσει με μεγάλη ακρίβεια σε πολύ μικρές περιοχές του σώματος, προκαλώντας εξαέρωση και επομένως καταστροφή των καρκινικών ιστών. Η χρησιμότητα των ακτινών λέιζερ, είναι μεγάλη στη θεραπεία ορισμένων συμπτωμάτων του καρκίνου που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με τις κλασικές θεραπευτικές τεχνικές, όπως είναι οι αποφράξεις και οι αιμορραγίες.

Οι ακτίνες λέιζερ εφαρμόζονται με τη βοήθεια ενός εύκαμπτου σωλήνα, του ενδοσκοπίου, ο οποίος διέρχεται μέσα από κάποιο φυσικό άνοιγμα του σώματος ή μέσα από μικρή χειρουργική τομή. Το ενδοσκόπιο περιέχει σύστημα κατόπτρων ή ειδική κάμερα για τη μελέτη της προσβεβλημένης περιοχής, καθώς και συσκευή διοχέτευσης των ακτινών στους ιστούς.^{16,11,7}

Η θεραπεία με λέιζερ εφαρμόζεται κυρίως σε καρκίνους του δέρματος, του αναπνευστικού συστήματος, της γαστρεντερικής οδού και του τραχήλου της μήτρας. Τις περισσότερες φορές, όμως, χρησιμοποιούνται για να διατηρηθούν ανοιχτοί σημαντικοί οδοί του σώματος, όπως είναι ο οισοφάγος για την κατάποση, η τραχεία για την αναπνοή ή το παχύ έντερο για την αποβολή των κοπράνων. Η θεραπεία με λέιζερ δεν αντικαθιστά τις κλασικές θεραπευτικές τεχνικές αλλά τις συμπληρώνει σε σημεία που δεν έχουν θετικό αποτέλεσμα, όπως είναι περιπτώσεις προχωρημένης ηλικίας του ασθενή ή συνύπαρξης του καρκίνου με σοβαρά καρδιακά ή αναπνευστικά προβλήματα.

Τα μειονεκτήματα των ακτίνων λέιζερ είναι :

1. Είναι αποτελεσματικές σε λίγες μόνο περιπτώσεις καρκίνου
2. Τα αποτελέσματα τους έχουν συνήθως μικρή διάρκεια
3. Υπάρχουν τεχνικοί περιορισμοί στην εφαρμογή τους σε εσωτερικά σημεία του οργανισμού
4. Εφαρμόζονται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα, από ειδικούς ενδοσκόπους
5. Η αφαίρεση του όγκου με λέιζερ μπορεί, σε αντίθεση με τη συμβατική χειρουργική, να μην είναι πλήρης, με αποτέλεσμα την παραμονή καρκινικών κυττάρων στο προσβεβλημένο σημείο.^{16,11,7}

4.2.8 Υπερθερμία

Υπερθερμία είναι η τεχνική αύξηση της θερμοκρασίας στην περιοχή του όγκου με σκοπό τη συρρίκνωση του. Εφαρμόζεται συνήθως σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή χειρουργική θεραπεία. Οι πρώτες παρατηρήσεις για την αποτελεσματικότητα της υπερθερμίας ανάγονται γύρω στο 1800. η τεχνική εφαρμόζεται με ειδικά μηχανήματα που αυξάνουν τη θερμοκρασία στους 41-45ο C.^{16,7}

4.2.9 Θεραπεία με αντιαγγειογενετικά φάρμακα

Αγγειογένεση ονομάζεται η διαδικασία δημιουργίας νέων αγγείων για την τροφοδοσία ιστών ή οργάνων. Στην περίπτωση των καρκινικών ιστών, η αγγειογένεση εξασφαλίζει την αυτονομία των καρκινικών κυττάρων και επομένως την περαιτέρω ανάπτυξη και εξάπλωσή τους.

Η θεραπεία αντιαγγειογένεσης χρησιμοποιεί φάρμακα ή άλλες ουσίες με στόχο να εμποδίσει την ανάπτυξη νέων αγγείων στους καρκινικούς ιστούς. Με τον τρόπο αυτό ο όγκος είναι δυνατόν να συρρικνωθεί και να εμποδιστεί η επέκτασή του σε γειτονικά ή σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος.

4.2.10 Παρηγορητική θεραπεία

Είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει πιθανότητα ίασης της νόσου. Ο στόχος της παρηγορητικής θεραπείας δεν είναι η καταπολέμηση του ίδιου του καρκίνου, αλλά η ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή.

Η παρηγορητική θεραπεία εφαρμόζεται για:

- Ø Για την ανακούφιση επώδυνων συμπτωμάτων της νόσου, όπως είναι ο πόνος και οι αποφράξεις.
- Ø Για την πρόληψη συμπτωμάτων που επιφέρει η επέκταση του όγκου ή η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής.
- Ø Για την παράταση της ζωής του ασθενή με την καλύτερη δυνατή ποιότητα.^{11,7,8}

Στην παρηγορητική θεραπεία τα θεραπευτικά σχήματα που εφαρμόζονται είναι συνήθως η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία, οι χειρουργικές επεμβάσεις, η ορμονοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία και οι ακτίνες λέιζερ.

4.3 Χημειοθεραπεία

Χημειοθεραπεία είναι η προσπάθεια να αντιμετωπίσουμε και κατά συνέπεια να θεραπεύσουμε διάφορα νοσήματα χορηγώντας ενώσεις φυσικώς ή τεχνικώς παρασκευασμένες.

Ο όρος χημειοθεραπεία προέρχεται από το συνδυασμό δύο λέξεων: «χημικός» και «θεραπεία».

Πολλοί άνθρωποι έχουν κάνει κάποιο σχήμα χημειοθεραπείας για ασθένεια στη ζωή τους, π.χ. πήραν penicilline για κάποια μόλυνση. Σήμερα, η λέξη «χημειοθεραπεία» χρησιμοποιείται πιο συχνά για να περιγράψει μια μέθοδο θεραπείας του καρκίνου. Η εποχή της άρχισε το 1940, κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, με την ανακάλυψη της Νιτρογένους Μουστάρδας (Nitrogen Mustard), που οι ιδιοκτήτες της χρησιμοποιήθηκαν αργότερα στο αιμοποιητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού.

Χημειοθεραπεία εννοούμε, σήμερα, στην Ογκολογία έναν από τους τέσσερις τρόπους καταπολεμήσεως κακοήθων νεοπλασμάτων. Οι άλλοι τρόποι καταπολεμήσεως είναι η χειρουργική επέμβαση, η ραδιοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία.^{11,7,8}

4.3.1 Πως δρα η χημειοθεραπεία

Τα χημειοθεραπευτικά παρασκευάσματα δρουν στο παθολογικό κύτταρο με το να εμποδίζουν την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό του και με το να επιφέρουν την καταστροφή του. Το κάθε φάρμακο δρα με το δικό του τρόπο, π.χ. με άλλο τρόπο δρα η κυκλοφωσφαμίδη (cyclophosphamide) και με άλλο η πλατίνη (cisplatin). Όλα τα κυτταροστατικά φάρμακα σκοτώνουν τα παθολογικά και τα φυσιολογικά κύτταρα. Τα φυσιολογικά, όμως, κύτταρα έχουν τη δυνατότητα της αναγεννήσεως. Έτσι, σε μικρά διαστήματα μερικών μόνο ημερών, αναγεννώνται και επανέρχονται στον αρχικό αριθμό τους. Μερικές φορές τα φάρμακα χρησιμοποιούνται για να επιτύχουν ένα τοπικό αποτέλεσμα και άλλες φορές ένα γενικό.

4.3.2 Πως χορηγείται η χημειοθεραπεία

Τα περισσότερα φάρμακα δίνονται με έναν από τους εξής τρόπους: από το στόμα, ενδομυϊκώς, ενδοφλεβίως, ενδαρτηριακώς, υποδοριώς, τοπικώς, ενδοκρανιακώς, ενδοσπλαχνικώς και σε κοιλότητες.

- Από το στόμα (PO): Όταν τα φάρμακα χορηγούνται από το στόμα, μπαίνουν στην κυκλοφορία από το βλεννογόνο του στομάχου ή του εντέρου. Μερικά φάρμακα δεν μπορούν να δοθούν σε δόσεις από το στόμα, γιατί δεν απορροφώνται γρήγορα ή μπορεί να βλάψουν το βλεννογόνο του στομάχου.
- Ενδομυϊκώς (IM): π.χ. Bleo. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χορηγούνται ενδομυϊκώς, είναι εκείνα που δίνουν καλύτερα αποτελέσματα όταν απορροφώνται αργά από την κυκλοφορία.
- Ενδοφλεβίως (IV): Όταν τα φάρμακα χορηγούνται από τη φλέβα αρχίζουν να ενεργούν στο αίμα πολύ γρήγορα. Φάρμακα που μπορεί^{11,7,8}

να ερεθίσουν υγιείς ιστούς, μπορεί καλύτερα να χορηγηθούν σε δόσεις ενδοφλεβίως, γιατί η ροή του αίματος βοηθά στο να διαλύει τα χημικά των φαρμάκων.

- Û Υποδορίως (SC): π.χ. Bleomycin, Aracytin.
- Û Τοπικώς: Μερικές φορές τα φάρμακα χρησιμοποιούνται για τοπική χρήση π.χ. σε θεραπεία Ca δέρματος.
- Û Ενδαρτηριακώς (IA)
- Û Ενδοκρανιακώς (προληπτικά σε λευχαιμίες).
- Û Ενδοσπλαχνικώς: (στο ήπαρ).
- Û Με έγχυση σε κοιλότητες (ενδορραχιαία, περιτοναϊκή, υπεζωκοτική, ενδαρθρική και ενδοκυστική).

4.3.3 Πως επιλέγονται τα κυτταροστατικά φάρμακα

Η επιλογή των κυτταροστατικών φαρμάκων για κάθε άρρωστο εξαρτάται από τον τύπο, το σημείο εμφάνισης και το στάδιο της εξέλιξης της νόσου. Από το πώς επηρεάζει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού και τη γενική κατάσταση της υγείας του αρρώστου.

4.3.4 Ποιος συμμετέχει στη χορήγηση της χημειοθεραπείας

Τα κυτταροστατικά φάρμακα συνήθως προετοιμάζονται και χορηγούνται στον άρρωστο από πεπειραμένο και ειδικευμένο γιατρό (παθολόγο, ογκολόγο), φαρμακοποιό και πεπειραμένο και αν είναι δυνατό ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο γιατρός ορίζει το είδος του του φαρμάκου και ελαττώνει ή αυξάνει τη δόση, ανάλογα με την περίπτωση του αρρώστου.^{11,7,8}

4.3.5 Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία

Η διάρκεια και η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων:

- Ø Από τον τύπο της νεοπλασίας.
- Ø Από το χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός να απαντήσει θετικά στη θεραπεία.
- Ø Από τις συνυπάρχουσες παθήσεις (ηπατική βλάβη, καρδιακή, αναπνευστική και νεφρική ανεπάρκεια).
- Ø Από το χρόνο αναπλάσεως των υγιών κυττάρων.

Γενικά για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μία περίοδος αναπαύσεως. Η περίοδος αναπαύσεως είναι συνήθως μεγαλύτερη της θεραπείας. Αυτές οι περίοδοι βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να δίνεται καθημερινά (για λίγες μέρες), εβδομαδιαίως ή μηνιαίως. Ο γιατρός θα εκτιμήσει για πόσο χρονικό διάστημα θα γίνεται η θεραπεία. Το προσχεδιασμένο πρόγραμμα θεραπείας μπορεί να προσαρμοστεί στην προσωπική αντίδραση του αρρώστου καθώς περνάει ο καιρός ώστε να ανταποκριθεί και στις ανάγκες της θεραπείας.^{11,7,8}

4.3.6 Χρήση άλλων φαρμάκων

Μερικά άλλα φάρμακα ίσως επιδρούν στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που παίρνει ο άρρωστος. Δηλαδή, η χρήση ενός είδους φαρμάκου, μπορεί να αλλάξει το αποτέλεσμα ενός άλλου.

Πριν αρχίσει ο άρρωστος τη χημειοθεραπεία, θα πρέπει να ενημερώσει το γιατρό ή το νοσηλεύτη για τα φάρμακα που παίρνει. Επίσης, να δείξει και όσα φάρμακα χρησιμοποιεί εκτός συνταγής γιατρού, π.χ. φάρμακα για δυσκοιλιότητα, φάρμακα για γρίπη όπως ασπιρίνη, βιταμίνες κλπ.

4.3.7 Συνδυασμένη χημειοθεραπεία

Στα περισσότερα κακοήθη νεοπλάσματα σήμερα, χρησιμοποιείται η συνδυασμένη χημειοθεραπεία (πολλά φάρμακα μαζί), η οποία προκαλεί υφέσεις σε ένα μεγάλο ποσοστό νεοπλασιών, ενώ ένα μέρος αυτών θεραπεύεται (π.χ. η νόσος του Hodgkin θεραπεύεται κατά 50 – 80 %, το Ca ωθήκης 10%). Ο τρόπος που δίδεται η εκάστοτε ομάδα κυτταροστατικών φαρμάκων ονομάζεται σχήμα. Το σχήμα ορίζεται από το γιατρό και η δόση του εξαρτάται από την τοξικότητα των φαρμάκων και την περίπτωση του αρρώστου. Η ανά 21ήμερο, 28ήμερο ή 40ήμερο θεραπεία λέγεται κύκλος.

4.3.8 Χημειοθεραπεία και άρρωστος

Κατά το διάστημα της χημειοθεραπείας πολλοί άρρωστοι είναι δραστήριοι. Μερικοί, όμως, βρίσκουν αναγκαίο να εφαρμόσουν έναν αργό τρόπο ζωής. Ο χρυσός κανόνας είναι «να κάνεις αυτό που σου αρέσει χωρίς να πιέζεσαι». ^{11,7,8}

Διατροφή

Η καλή διατροφή δίνει στον άρρωστο την καλύτερη δυνατή ευκαιρία να παλέψει για δύο πράγματα, μία για την αρρώστια του και μία για τη θεραπεία της. Οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι διαιτολόγοι, και όσοι ασχολούνται με τη διατροφή, βρίσκουν πως οι ασθενείς που τρέφονται σωστά κατά τη διάρκεια της θεραπείας μπορούν καλύτερα να ανταπεξέλθουν στις παρενέργειες της. Καλή διατροφή σημαίνει να διαλέξει ο άρρωστος μια ποικιλία τροφών που περιλαμβάνει βιταμίνες, μεταλλικά άλατα, πρωτεΐνες και άλλα στοιχεία, που δίνουν τη δυνατότητα στον οργανισμό να λειτουργεί κανονικά. Μία σωστή διαίτα, σημαίνει διαίτα με υψηλές θερμίδες και πολλές πρωτεΐνες που βοηθούν στο να αναπλάθονται το αίμα, το επιθήλιο του γαστρεντερικού συστήματος, τα μαλλιά, το δέρμα, οι μύες και άλλα. Οι πρωτεΐνες χρησιμοποιούνται για την καλή υγεία των ιστών του σώματος που μπορεί να καταστραφούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Μερικοί ειδικοί επί της διατροφής πιστεύουν ότι κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, μπορεί να χρειάζεται ο οργανισμός 50% περισσότερες πρωτεΐνες από τις συνηθισμένες και 20% περισσότερες θερμίδες.

Για να επιτευχθεί να διατηρηθεί μία σωστή διαίτα, πρέπει να συμπεριληφθούν οι ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες τροφών στο καθημερινό πρόγραμμα διατροφής του αρρώστου.

- Ø Φρούτα και λαχανικά: Περιλαμβάνονται σαλάτες, βρασμένα λαχανικά, ωμά φρούτα ή χυμοί φρούτων. Αυτές οι τροφές προμηθεύουν τον άρρωστο με σπουδαίες βιταμίνες και μεταλλικά άλατα που χρειάζεται ο οργανισμός του.
- Ø Πουλερικά, ψάρια και κρέατα: Τρώγοντας ψάρια, πουλερικά, αυγά και κρέας (ή αν είναι χορτοφάγος, φασόλια, μπιζέλια και ξηρούς καρπούς), θα πάρει πρωτεΐνες καθώς και πολλές βιταμίνες και μεταλλικά άλατα.¹⁰

- Ø Δημητριακά και ψωμί: Οι τροφές αυτής της κατηγορίας δίνουν πρωτεΐνες και μία ποικιλία βιταμινών, μεταλλικών στοιχείων και υδατανθράκων. Η διαίτα πρέπει να περιλαμβάνει δημητριακά όπως καλαμπόκι, σιτάρι, ρύζι, μ βρώμη ή ψωμί ολικής αλέσεως και μακαρόνια.
- Ø Γαλακτερά: Το γάλα και τα άλλα γαλακτομικά προϊόντα όπως το παγωτό και το τυρί, δίνουν πρωτεΐνες, ασβέστιο και πολλές βιταμίνες. Προσοχή!!! Έχει αναφερθεί αντίδραση σε tyramine (τυριά) κατά τη χορήγηση Procarbazine.
- Ø Λήψη υγρών: Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν την κύστη ή τα νεφρά. Ο άρρωστος πρέπει να ρωτήσει το γιατρό, ή το νοσηλευτή εάν αυτό συμβαίνει με τα δικά του φάρμακα και πόσα υγρά πρέπει να πίνει καθημερινά. Ίσως χρειαστεί να πίνει και επί πλέον υγρά για να διατηρήσει καλή τη λειτουργία των νεφρών του (έως 8 ποτήρια ημερησίως). Το νερό, οι χυμοί, το τσάι, τα αναψυκτικά, ο ζωμός, το παγωτό, η σούπα, οι γρανίτες και τα ζελέ θεωρούνται όλα υγρά. Τα ποτά που έχουν οινόπνευμα πρέπει να εξεταστούν χωριστά. Το οινόπνευμα μπορεί να επηρεάσει μερικά από τα φάρμακα εμποδίζοντας την αποτελεσματικότητά τους, ή να προκαλέσει περισσότερες παρενέργειες. Γι'αυτό το λόγο μερικοί άνθρωποι πρέπει να περιορίζουν τη λήψη του οινοπνεύματος κατά τη χημειοθεραπεία. Να ρωτήσουν το γιατρό πριν πουν μύρα, κρασί ή λικέρ (όχι μύρα ή κόκκινο κρασί σε χορήγηση Procarbazine).

Εκείνο που θα πρέπει να προσέξει ο άρρωστος κατά την ημέρα της θεραπείας είναι, τα γεύματα του να είναι ελαφρά και ακόμα καλύτερα να μην τρώει 2-3 ώρες πριν και μετά τη θεραπεία.¹⁰

Παρενέργειες και αντιμετώπισή τους και ρόλο του νοσηλευτή

Οι παρενέργειες που εμφανίζονται συνήθως είναι ναυτία, εμετός, κούραση και απώλεια μαλλιών. Το αν θα έχει κι άλλες παρενέργειες ο άρρωστος, εξαρτάται από τα φάρμακα που χρησιμοποιεί και από την αντίδραση του οργανισμού του.

Υπάρχουν πάνω από 50 φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην χημειοθεραπεία, μόνα τους ή σε διάφορους συνδυασμούς, για να θεραπεύσουν πάνω από 50 Καρκίνους (Ca). Συνεπώς είναι δύσκολο να ξέρουμε εκ των προτέρων εάν ένας συγκεκριμένος ασθενής θα έχει μια συγκεκριμένη παρενέργεια.

Μερικές παρενέργειες, πχ κούραση, απώλεια μαλλιών, μπορεί να αρχίσουν από τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας για να συνεχιστούν μέχρι το τέλος. Άλλες, όπως η ναυτία και ο εμετός μπορεί να συμβούν για λίγες μόνο ώρες κατά ή μετά την θεραπεία. Οι περισσότερες παρενέργειες θα εξαφανιστούν βαθμιαίως μόλις σταματήσει η θεραπεία.

Οι άνθρωποι που κάνουν θεραπεία ίσως αποθαρρυνθούν εξαιτίας του μήκους της θεραπείας ή των παρενεργειών. Γι' αυτό ας μιλήσουν στο γιατρό τους, οπότε τα φάρμακα ή ο προγραμματισμός της θεραπείας μπορεί να αλλάξει. Να ξέρει ότι ο άρρωστος ότι ο γιατρός δε θα ζητήσει να συνεχιστεί η θεραπεία, εκτός αν τα αναμενόμενα καλά αποτελέσματα υπερκαλύπτουν τα προβλήματα που έχει. Μερικές παρενέργειες μπορεί να μειώνονται κατά την διάρκεια της θεραπείας. Πάντως θα πρέπει να ξέρει ο άρρωστος, ότι ο χρόνος που χρειάζεται να ξεπεράσει μερικές ενοχλητικές παρενέργειες και να αποκτήσει δυνάμεις ποικίλλει από πρόσωπο σε πρόσωπο και από θεραπεία σε θεραπεία. Το πόσο γρήγορα θα αισθανθεί καλύτερα ένας άρρωστος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένης της ανοσοκαταστάσεώς του και του είδους του φαρμάκου που παίρνει.¹⁰

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημέρωση τον ασθενή για τις παρενέργειες εκτός από τον γιατρό έτσι ώστε να συμβουλέψει τον ασθενή για καλύτερευση των συμπτωμάτων αυτών.

Ανορεξία

Η χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στις συνήθειες διατροφής. Άνθρωποι που πάντα έτρωγαν λίγο μπορούν να δουν πως η όρεξή τους αυξήθηκε. Το αντίθετο είναι που δημιουργεί πρόβλημα. Άνθρωποι που πάντα είχαν όρεξη, μπορεί να δουν ότι δε θέλουν να φάνε. Ακόμα και εάν γνωρίζουν ότι η καλή διατροφή είναι σημαντική, μπορεί να υπάρχουν ημέρες που δεν μπορούν να φάνε όσο πρέπει. Εάν ο άρρωστος δεν έχει όρεξη ή βλέπει ότι χάνει βάρος, ο νοσηλεύτης πρέπει να συμβουλευτεί τον ασθενή να προσπαθεί να τρώει μικρά γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας. Ακόμα να δοκιμάσει να κάνει ένα περίπατο πριν τα γεύματα, πράγμα που βοηθάει να αυξηθεί η όρεξή του και να τρώει περισσότερο τις ημέρες που έχει όρεξη ώστε να ισοβαθμίσει τη λήψη της τροφής. Γενικά, είναι καλύτερα να μην προσπαθήσει να χάσει βάρος κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας. Πολλοί χάνουν την όρεξή τους για το κόκκινο κρέας, γιατί οι αλλαγές στους γευστικούς κάλυκες της στοματικής κοιλότητας μπορεί να κάνουν το κρέας να έχει πικρή γεύση. Εάν αυτό είναι το πρόβλημα του, να προσπαθήσει να μαρινάρει ή να μαγειρεύει το κρέας με σάλτσα, με χυμούς φρούτων ή κρασί. Μερικοί ασθενείς βρίσκουν ότι εάν χρησιμοποιούν πλαστικά μαχαιροπήρουνα αντί για μεταλλικά, μειώνεται η πικρή γεύση του κρέατος.

Ναυτία – εμετός

Ναυτία και εμετός είναι γενικά συνέπειες της επιδράσεως της χημειοθεραπείας στο κεντρικό σύστημα, γι' αυτό ωφέλιμα αντιεμετικά φάρμακα είναι αυτά με καταπραϋντική δράση. Προληπτικά, πριν την χημειοθεραπεία, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει στην νοσηλεία χορηγούνται αντιεμετικά και ειδικά σε¹⁰

ορισμένα φάρμακα 1-2 ώρες πριν την θεραπεία, κατά την διάρκεια, και αργότερα και σε κανονικά διαστήματα για 24 ώρες μετά την θεραπεία. Οι εξωτερικοί ασθενείς πρέπει να προειδοποιούνται να μην οδηγούν αυτοκίνητο ή να χειρίζονται μηχανήματα κατά το διάστημα που παίρνουν αντιεμετικά φάρμακα.

Εκτός από τα φάρμακα υπάρχουν πολλοί τρόποι που μπορούν να προσαρμοστούν με την θεραπεία του αρρώστου, ώστε να μειωθεί η ναυτία και ο εμετός όπως:

- Ü Ο άρρωστος να τρώει σε μικρά γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας, ώστε να μην αισθάνεται βάρος στο στομάχι.
- Ü Να αποφεύγει τα γλυκά, τα τηγανιτά, ή τα λιπαρά φαγητά.
- Ü Να τρώει τροφές σε θερμοκρασία περιβάλλοντος, μάλλον κρύες παρά ζεστές ή παγωμένες και μαλακές
- Ü Να τρώει αργά, ώστε μόνο μικρές ποσότητες να μπαίνουν στο στομάχι του κάθε φορά
- Ü Να μασάει την τροφή του καλά, ώστε να τη χωνεύει πιο εύκολα
- Ü Να τρώει ξηρές τροφές όπως τοστ, ξηρά δημητριακά ή κράκερ. Αυτά συχνά βοηθούν το στομάχι να ηρεμήσει ένα αναστατωμένο στομάχι.
- Ü Να αποφεύγει να τρώει βαριά γεύματα αμέσως μετά την θεραπεία. Την ημέρα της θεραπείας να παίρνει τα ελαφρά του γεύματα νωρίς και καλύτερη χώνευση
- Ü Να πίνει δροσερά αλλά άγλυκα ποτά, όπως χυμό μήλου, ανθρακούχα ποτά αφού φύγει το αέριο.
- Ü Να αποφεύγει μυρωδιές που ενοχλούν (πχ μυρωδιές φαγητού, καπνό, αρώματα). Εάν η μυρωδιά του φαγητού του προκαλεί ναυτία, να προσπαθήσει να είναι μακριά από την κουζίνα (όταν βρίσκεται στο σπίτι του) όση ώρα ετοιμάζονται τα γεύματα.
- Ü Να αποφεύγει να κουράζεται για 2 ώρες τουλάχιστο μετά τα γεύματα¹⁰

- Ü Να βγάλει τις μασέλες τις μέρες που παίρνει τα φάρμακα της θεραπείας, διότι τα διάφορα αντικείμενα μέσα στο στόμα του αυξάνουν την τάση για εμετό
- Ü Να προσπαθήσει να αναπνέει με το στόμα ανοικτό όταν έχει ναυτία
- Ü Μερικοί άνθρωποι έχουν ναυτία όταν σκέπτονται ότι θα κάνουν χημειοθεραπεία. Και ακόμα με την είσοδό τους στο νοσοκομείο.

Διάρροια

Σε έντονες καταστάσεις να χορηγούνται στον άρρωστο αντιδιαρροϊκό φάρμακο.

- Ü Να δοκιμάσει μια δίαιτα υγρών για επιτρέψει στο έντερό του να ξεκουραστεί
- Ü Να πίνει πολλά υγρά για να αντικαταστήσει αυτά που χάνει. Ιδιαίτερα ήπια υγρά όπως χυμό μήλου, νερό, ελαφρό τσάι ή ζωμό. Τα υγρά πρέπει να πίνονται χλιαρά ή σε θερμοκρασία δωματίου. Δεν πρέπει να είναι πολύ ζεστά ή παγωμένα.
- Ü Να αφήσει ο άρρωστος να φύγει το αέριο από τα ανθρακούχα ποτά πριν τα πιει
- Ü Να τρώει μικρές ποσότητες φαγητού, αλλά πιο συχνά. Να μην παραλείπει γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας
- Ü Να αποφεύγει τροφές που προκαλούν αέρια (πχ πουρέ, φασόλια, ξηρούς καρπούς, λάχανο, μπρόκολο, κουνουπίδι, καρυκεύματα).
- Ü Όταν αισθάνεται καλύτερα, να προσθέτει σταδιακά τροφές χαμηλές σε ίνες πχ ρύζι, μπανάνες, μαρμελάδες μήλου, πουρέ πατάτας, τοστ και κράκερ. Ο άρρωστος σε διάρροια χάνει κάλλιο, που είναι πολύ σημαντικό για την λειτουργία του οργανισμού.

Γι' αυτό θα προσπαθήσει να αυξήσει την ποσότητα των τροφών με μεγάλη περιεκτικότητα σε κάλλιο(KCl). Οι πατάτες, οι μπανάνες και τα πορτοκάλια είναι πολύ καλές πηγές.¹⁰

Δυσκοιλιότητα

Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλούν δυσκοιλιότητα.

- Û Να πίνει πολλά υγρά που διευκολύνουν το έντερο
- Û Να συμπεριλαμβάνει στην διαίτα τροφές που με πολλές ίνες (πχ ωμά φρούτα και λαχανικά, ψωμί ολικής αλέσεως και ξηρούς καρπούς).

Εκτός νοσοκομείου να έχει κάποια δραστηριότητα και να ασκείται εάν μπορεί..

Γενικά: Δίαιτα πλούσια σε κυταρρίνη και υγρά.

Στοματίτιδα

Χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλούν ξηρότητα και ερεθισμό στο στόμα και στο λαιμό. Ο νοσηλευτής να ενημερώνει τον άρρωστο να ακολουθήσει τις παρακάτω συμβουλές για να αυξηθεί η υγρασία του στόματος και να διευκολυνθεί η κατάποση:

- Û Να πίνει πολλά υγρά
- Û Να πιπιλίζει κομματάκια πάγου
- Û Να τρώει άγλυκα μαλακά ζαχαρωτά ή τσίγλα χωρίς ζάχαρη που αυξάνουν την υγρασία
- Û Να τρώει υγρές τροφές, όπως φρούτα, παγωτό
- Û Να μαλακώνει τις τροφές με βούτυρο, μαργαρίνη, σάλτσες και χυμό.
- Û Να βουτάει τις ξηρές και σκληρές τροφές μέσα σε καφέ, τσάι και γάλα
- Û Να βάλει μαγειρευμένες τροφές στο μπλέντερ ώστε να γίνουν μαλακές και πιο εύκολες στην κατάποση
- Û Να προσπαθήσει να τρώει μαλακές τροφές, όπως παγωτό πουτίγκα, γρανίτες, πεπόνι, παιδικές τροφές ή ζελέ
- Û Να αποφεύγει τροφές με οξύ περιεχόμενο όπως ντομάτες, πορτοκάλια και γκρέιπ-φρουτ
- Û Να παίρνει τροφές που δεν ερεθίζουν το στόμα, όπως πεπόνι, χυμό ροδάκινου, αχλάδι, κολοκύθια κλπ¹⁰

- Û Να αποφεύγει αλμυρές και πικάντικες τροφές
- Û Οι σκληρές και πικάντικες τροφές καταστρέφουν τα ούλα, γι' αυτό να βουρτσίζει τα ούλα του με μαλακή βούρτσα αμέσως μετά το φαγητό.
- Û Να διατηρεί το στόμα και τα ούλα του καθαρά για να αποφύγει τη μόλυνση. Η καλή φροντίδα του στόματος κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι πολύ σπουδαία, γιατί οι ιστοί του στόματος γίνονται πιο επιρρεπείς στις μολύνσεις
- Û Καταπραϋντικό και θεραπευτικό για το στόμα είναι η διάλυση σόδας σε χαμομήλι(γαργάρες)
- Û Μπορεί επίσης να πάρει φάρμακο(με εντολή γιατρού) που καταπραϋνει τους πόνους(xylocain viscus)
- Û Να χρησιμοποιεί αντισηπτικά υγρά
- Û Επίσης σταγόνες Mycostatin (με εντολή γιατρού)
- Û Να χρησιμοποιεί κρέμα χειλιών, εάν τα χείλη του ξεραίνονται
- Û Να συμβουλευτεί τον οδοντογιάτρο του για να του δείξει τις καλύτερες τεχνικές για το βούρτσισμα και τον καθαρισμό των δοντιών με κλωστή κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας.
- Û Επειδή η χημειοθεραπεία κάνει πιο επιρρεπή την καταστροφή των δοντιών, ο οδοντίατρος θα μπορούσε να συστήσει τη χρησιμοποίηση φθορίου, για καθημερινή χρήση
- Û Να ρωτήσει τον οδοντίατρο εάν χρειάζεται κάποιες οδοντιατρικές εργασίες πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας.

Ακόμα οι θεραπείες κατά του Ca προκαλούν αιματολογικές αλλοιώσεις όπως Λευκοπενία, αναιμία και θρομβοπενία. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για το πρόβλημα και να τον καθοδηγήσει για την προστασία και την εξάλειψη των συμπτωμάτων. Οι συμβουλές για κάθε μια από τις αιματολογικές αλλοιώσεις είναι οι εξής¹⁰ :

Λευκοπενία (μείωση λευκών αιμοσφαιρίων)

- Û Να ενημερωθεί ο άρρωστος ότι είναι προσωρινή.
- Û Να ζει σε καθαρό και υγιεινό περιβάλλον
- Û Όταν νοσηλεύεται σε νοσοκομείο να λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα για τις λοιμώξεις (πχ μονόκλινο δωμάτιο, και αν είναι δυνατόν να έχει απολυμανθεί πριν). Το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς να φορούν μάσκα προσώπου, γάντια και ποδιά όταν βρίσκονται στο θάλαμό του
- Û Ο άρρωστος να κυκλοφορεί στους διαδρόμους του νοσοκομείου με μάσκα
- Û Να αποφεύγει τα ωμά φαγητά και φρούτα
- Û Να ενισχυθεί με αντιβιοτικά (με εντολή γιατρού)
- Û Να φροντίσει να πλένει τα χέρια του συχνά για, αποφυγή μολύνσεων
- Û Να αποφεύγει τον συνωστισμό, καθώς και όσους πάσχουν από μεταδοτικές αρρώστιες, όπως ανεμοβλογιά, γρίπη κλπ
- Û Να αποφεύγει σκληρή οδοντόβουρτσα
- Û Να χρησιμοποιεί ηλεκτρική ξυριστική μηχανή
- Û Να κάνει ένα ζεστό μπάνιο με αντισηπτικό υγρό, όπως betadine scrub καθημερινά, και να σκουπίζεται απαλά αντί να τρίβει δυνατά το δέρμα του
- Û Εάν το δέρμα του γίνει σκληρό και σκάει, να χρησιμοποιεί losion ή λάδι για να τα μαλακώσει
- Û Εάν κοπεί ή γδαρθεί, να καθαρίσει αμέσως την περιοχή με νερό και σαπούνι
- Û Μετά από κάθε κένωση να καθαρίζει την περιοχή του πρωκτού, απαλά και πολύ καλά. Εάν υπάρχει ερεθισμός ή πρόβλημα αιμορροΐδων, ας συμβουλευτεί το γιατρό ή την νοσηλεύτρια-τη (για την αποφυγή περιπρωκτικού συριγγίου)¹⁰

Û Μετάγγιση λευκών αιμοσφαιρίων (μόνο σε ειδικευμένα ογκολογικά κέντρα)

Αναιμία (μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων):

Û Ο άρρωστος πρέπει να ξεκουράζεται και να μην ξοδεύει την ενέργειά του άσκοπα

Û Να προσθέσει στο διαιτολόγιό του, πράσινα λαχανικά, συκώτι και κόκκινο κρέας

Û Να κινείται αργά για να αποφεύγει την ζαλάδα. Για παράδειγμα, όταν ξυπνήσει αντί να κατέβει από το κρεβάτι του γρήγορα, να καθίσει στην άκρη του κρεβατιού για λίγο.

Και τέλος να γνωρίζει ο ασθενής ότι :

Û Η μετάγγιση αίματος είναι ένας τρόπος γρήγορης αντιμετώπισης

Θρομβοπενία (μείωση αιμοπεταλίων)

Û Να αποφεύγει αθλοπαιδιές και ασπιρίνη

Û Να καθαρίζει την μύτη του φυσώντας απαλά. Να μην χρησιμοποιεί το δάχτυλο του

Û Να προσέχει όταν χρησιμοποιεί μαχαίρια ή εργαλεία (να μην κοπεί)

Û Να προσέχει να μην κόβεται όταν είναι στο σπίτι(μαγείρεμα, σιδέρωμα).

Να φορά γάντι με βάτα όταν βάζει το χέρι του μέσα στον φούρνο

Û Να φροντίζει το στόμα του πρωί βράδυ μετά το φαγητό. Το ίδιο ισχύει και για τις οδοντοστοιχίες

Û Να πλένει το στόμα του με σόδα. Να χρησιμοποιεί ειδικά ξυλαράκια με βαμβάκι αντί για οδοντόβουρτσα

Û Να χρησιμοποιεί ηλεκτρική ξυριστική μηχανή

Û Να μην κάνει ενδομυϊκές ενέσεις

Û Να αποφεύγει τροφές που τραυματίζουν

Û Να αποφεύγει ξινά, καρκεύματα, οινόπνευμα, κάπνισμα¹⁰

Ü Σε δυσκοιλιότητα να αποφεύγει τον υποκλυσμό ή τα υπόθετα, καθώς και την θερμομέτρηση από τον πρωκτό

Εάν τα αιμοπετάλια του πέσουν πολύ χαμηλά θα κάνει μετάγγιση αιμοπεταλίων (αιμοπεταλιοαφαίρεση).

Τριχόπτωση (αλωπεκία)

Ο άρρωστος δεν είναι εύκολο να δεχθεί την τριχόπτωση στο κεφάλι, το πρόσωπο ή το σώμα του, γι' αυτό θα χρειαστεί κάποια ψυχολογική προσαρμογή. Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια-της θα βοηθήσουν τον άρρωστο να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου. Να μάθει ότι τα μαλλιά του θα ξαναμεγαλώσουν, όταν τελειώσει η θεραπεία ή κατά την διάρκεια της θεραπείας και ότι τα νέα μαλλιά θα έχουν διαφορετικό χρώμα, υφή και θα είναι καλύτερα σε ποιότητα.

Ü Ο άρρωστος, λοιπόν, να είναι ενημερωμένος σχετικά με την τριχόπτωση και καλό θα είναι να υπογράψει προηγουμένως ότι ενημερώθηκε.

Ü Εάν αισθάνεται καλύτερα με καλυμμένο το κεφάλι, μπορεί να φορέει καπέλο, μαντήλι.

Ü Μπορεί αν θέλει να χρησιμοποιήσει περούκα και μάλιστα εάν είναι δυνατόν εγκαίρως από τα ίδια τα μαλλιά του. Ο γιατρός θα συστήσει υποθερμία του κρανίου στον άρρωστο (δηλαδή να χρησιμοποιήσει κάσκα ψύξεως).

Ü Σε όγκους εγκεφάλου ή εγκεφαλικές μεταστάσεις να μην τη χρησιμοποιεί, γιατί εμποδίζει τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας αν και τελευταία αποφεύγεται η χρήση της διεθνώς

Ü Να μην λούζεται συχνά και να μη χρησιμοποιεί βούρτσα με σκληρές τρίχες¹⁰

Ü Να αποφεύγει την περμαναντ και τις βαφές κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας

Ευαισθησία στο φως

Να χρησιμοποιεί γυαλιά ηλίου και να αποφεύγει το δυνατό φως

Προβλήματα εκ του ουροποιητικού συστήματος

Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα αλλάζουν το χρώμα και την οσμή των ούρων.

Ü Να μην φοβηθεί ο άρρωστος εάν τα ούρα του είναι κόκκινα (doxorubicin, epirubicin, adriamycin), εάν γίνουν έντονα κίτρινα (methotrexate), ή εάν έχουν έντονη μυρωδιά.

Ü Να πίνει πολλά υγρά, για να έχει πολλά ούρα και να αποφεύγει τα προβλήματα, από το ουροποιητικό σύστημα

Ü Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια-της θα συστήσει στον άρρωστο τα σημάδια που πρέπει να προσέχει Σε νεφροτοξικά φάρμακα, όπως πχ cisplatin ή τοξικά της ουροδόχου κύστεως, όπως Ifostamide (HoloXan)

Προβλήματα νευροφυτικού συστήματος

Η αναιμία και η επίδραση μερικών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει μουδιάσματα δακτύλων, καθώς επίσης μυρμήγκιασμα ή κάψιμο.

Ü Σε περίπτωση μουδιάσματος δακτύλων, θα πρέπει ο άρρωστος να προσέχει όταν πιάνει κοφτερά αντικείμενα ή ζεστά, για να μην τραυματιστεί ή καεί

Ü Εάν χάνει την ισορροπία του, να κινείται αργά και να χρησιμοποιεί τα κάγκελα για να πιάνεται όταν ανεβοκατεβαίνει σκάλες.

Σε μερικά φάρμακα οι παρενέργειες αυτές μπορεί να είναι προσωρινές, ίσως όμως να χρειαστούν ιατρική παρακολούθηση, γι' αυτό θα πρέπει να αναφερθούν στο γιατρό.¹⁰

Προβλήματα δέρματος

(Κνησμός, ερυθρότητα, ξηρότητα, εγκαύματα)

Û Σε ξηρές επιφάνειες να χρησιμοποιείται λοσιόν (losion). Εάν τα ενοχλήματα δεν υποχωρούν, να συμβουλευτείται γιατρό

Û Προστατευτική κρέμα με δείκτη προστασίας 15 για αποφυγή ηλιακών εγκαυμάτων (πχ episol)

Û Ταλκ σε κνησμό, και σε αρνητικό αποτέλεσμα, συμβουλή γιατρού

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων μερικές φλέβες παρουσιάζουν σκούρο χρώμα. Αυτό το φαινόμενο είναι προσωρινό.

Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα

Οι παρενέργειες που μπορεί να συμβούν στη γεννητική σφαίρα κατά τη χημειοθεραπεία, εξαρτώνται από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, από την ηλικία του αρρώστου και από τη γενική του κατάσταση. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν επηρεάζουν την ικανότητα ή την σεξουαλική επιθυμία . Μερικοί άρρωστοι, όμως, βρίσκουν ότι το στρες (stress) της αρρώστιας τους ή το πρόγραμμα της θεραπείας τους κάνει να αισθάνονται κουρασμένοι.

Για τις γυναίκες: Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία μπορεί να παρατηρήσουν αλλαγές στην περίοδό τους. Οι κύκλοι περιόδου μπορεί να είναι ανώμαλοι ή να σταματήσουν εντελώς κατά την διάρκεια της θεραπείας. Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν στειρότητα, που μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη. Μπορεί να έχουν εξάψεις και άλλα συμπτώματα εμμηνόπαυσης. Επίσης κνησμό, κάψιμο ή ξηρότητα του κόλπου. Ο γυναικολόγος θα τους προτείνει μια κρέμα για να βοηθούν το πρόβλημά τους. Η περίπτωση εγκυμοσύνης να συζητηθεί με τον γιατρό. Αν και όλα τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αντεδεικνύονται στην εγκυμοσύνη.¹⁰

Πρόληψη παρενεργειών με φάρμακα

Με την έναρξη της χημειοθεραπείας πολλές φορές γίνεται μια φαρμακευτική αγωγή στον άρρωστο για πρόληψη παρενεργειών, όπως πχ στο σχήμα VAD χορηγείται αντιβίωση (Seprin), αντιοξίνα (Riopan), και για το ουρικό οξύ (Ziloric) και διουρητικά (Lasix). Για πρόληψη και αντιμετώπιση των εμετών κατά την θεραπεία γίνεται στον άρρωστο αντιεμετικό σχήμα, όπως πχ 125mg solu-cortef + 1 amp Primperan*, 2 ώρες πριν την θεραπεία και 2 ώρες μετά. Σε σχήμα με cisplatin η δόση αυξάνεται σε 250 mg (εντολή γιατρού).

Παρενέργειες μετά την θεραπεία

Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια-της ενημερώνει τον άρρωστο για τα συμπτώματα που πρέπει να προσέχει εκτός νοσοκομείου, τα οποία πρέπει να αναφέρει επικοινωνώντας με το γιατρό ή την ίδια τη νοσηλεύτρια-τη.

Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι:

- ✓ Ασυνήθιστες αιμορραγίες (αίμα στα ούρα, στα εμέσματα, στα ούλα, στα κόπρανα, ρινική επίσταξη, μητρορραγίες)
- ✓ Εξάνθημα και πετέχιες στο δέρμα
- ✓ Υπερπυρεξία
- ✓ Κόπωση, δύσπνοια
- ✓ Στοματαλγία ή δυσκαταποσία, στοματίτις
- ✓ Μούδιασμα ή υπαισθησία των δακτύλων χεριών ή ποδιών
- ✓ Αλλαγή στις συνήθειες αφοδεύσεως
- ✓ Δυσκολία στην ούρηση
- ✓ Απότομη αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους
- ✓ Πόνοι ασυνήθιστης εντάσεως
- ✓ Κεφαλαλγίες
- ✓ Διόγκωση αδένων ¹⁰

Κεφάλαιο 5

Ψυχολογία των γυναικών με καρκίνο

5.1 Φόβοι των γυναικών

Στην ασθενή με καρκίνο το άγχος και οι φόβοι του σε σχέση με το θάνατο αυξάνονται (Pattison, 1977· Rando, 1984). Το αδιαφοροποίητο και διάχυτο συναίσθημα άγχους συχνά κρύβει ένα σύνολο συγκεκριμένων φόβων που συνδέονται με το θάνατο και διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Το προσωπικό υγείας μπορεί να βοηθήσει την άρρωστη να εντοπίσει, να εκφράσει, να επεξεργαστεί και να αποδεχθεί τους φόβους του, ώστε να μπορέσει να τους ελέγξει αποτελεσματικότερα.

Πολλοί επιστήμονες έχουν επιδιώξει να ταξινομήσουν αυτούς τους φόβους. Μεταξύ αυτών, οι Leming και Dickinson (1985) διακρίνουν δύο κατηγορίες φόβων: στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την *περίοδο που οδηγεί στο θάνατο (process of dying)*, ενώ στη δεύτερη κατηγορία οι φόβοι αφορούν κυρίως *το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού (state of being dead)*.

Ο *φόβος της ταπείνωσης και της απώλειας της αξιοπρέπειας* χαρακτηρίζουν τη γυναίκα που ανησυχεί μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί πρόσθετες αναπηρίες που θα επηρεάσουν τη λειτουργικότητά της και κυρίως την εικόνα που έχει για τον εαυτό της, την αυτοέκτιμηση και τον αυτοσεβασμό της.

Ο *φόβος της εξάρτησης* είναι ιδιαίτερα έντονος για την γυναίκα που έχει μάθει να είναι αυτόνομη και αυτάρκης στη ζωή της. Αντιμέτωπη με την απώλεια²

αυτοελέγχου και τον περιορισμό των ικανοτήτων και δραστηριοτήτων της, φοβάται να μην εξαρτηθεί και γίνει «βάρος» στους άλλους.

Ο *φόβος του πόνου*, της δύσπνοιας ή της οποιασδήποτε άλλης οργανικής δυσφορίας αυξάνεται όταν η ασθενής πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα ή τα χρονικά περιθώρια που θα της επιτρέψουν να ανακουφιστεί.

Ο *φόβος της απόρριψης, της εγκατάλειψης και της μοναξιάς* είναι ιδιαίτερα συχνός όταν το προσωπικό υγείας αποσύρεται, γιατί νιώθει ότι δεν έχει πλέον «τίποτα» να προσφέρει στην ασθενή και οι συγγενείς απομακρύνονται ή την «ξεγράφουν» πρόωρα, επειδή υποφέρουν όταν βλέπουν τον αγαπημένο τους να πεθαίνει.

Ο *φόβος του αποχωρισμού* εκφράζεται συχνά μέσα από τον έντονο προβληματισμό της γυναίκας σχετικά με το τι θα απογίνουν οι συγγενείς της, πώς θα τα βγάλουν πέρα, ιδιαίτερα μάλιστα εάν η ασθενής αποτελούσε σημαντικό συναισθηματικό και οικονομικό στήριγμα για τα μέλη της οικογένειας ή συνέβαλλε στην συνοχή της.

Ο *φόβος για τη μετά θάνατο ζωή ή άλλη κατάσταση*. Μπροστά στο «άγνωστο» που είναι ο θάνατος, κάθε άνθρωπος δίνει τη δική του ερμηνεία. Έτσι μερικοί ασθενείς φοβούνται την «θεία δίκη» που τους περιμένει στην μετέπειτα ζωή, άλλοι μπορεί να φοβούνται πνεύματα ή μεταφυσικές δυνάμεις και ορισμένοι να πανικοβάλλονται στην σκέψη ότι μετά τον θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

Ο *φόβος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου* συνοδεύεται από υπαρξιακά ερωτήματα και ανησυχίες: «Τι θα απογίνουν όλα τα ανεκπλήρωτα όνειρα και οι στόχοι που έχω βάλει στην ζωή μου;», «Υπάρχει ζωή μετά θάνατο;», «Όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ;»²

Ο *φόβος για την τύχη του σώματος*, η ταφή και η αποσύνθεσή του, η εικόνα του φέρετρου κάτω από το χώμα, είναι ζητήματα που προκαλούν έντονο φόβο σε μερικά άτομα. Χωρίς αμφιβολία, η ταξινόμηση αυτή δεν εξαντλεί όλους τους φόβους που μπορεί να βιώσει ένα άτομο σε σχέση με το θάνατο. Κάθε ασθενής βιώνει έναν ή περισσότερους φόβους, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, στις διάφορες φάσεις της αρρώστιας του. Συνήθως οι προβληματισμοί και οι ανησυχίες της επικεντρώνονται περισσότερο στο «πώς» θα πεθάνει, γεγονός που επιτρέπει στο ευαίσθητοποιημένο προσωπικό υγείας να συμβάλει στην απομυθοποίηση ή μείωση των φόβων που συνδέονται με την πορεία της ασθενούς προς το θάνατο. Η ψυχολογική φροντίδα που παρέχει στην ασθενή το προσωπικό είναι επίσης σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του για *ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο*, μέσα στις οποίες μπορεί να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό της και αξιοπρέπεια εν όψει του επικείμενου θανάτου.

Η *αίσθηση ασφάλειας* καλλιεργείται όταν το προσωπικό υγείας βρίσκεται στη διάθεση της αρρώστου όχι μόνο με τη φυσική του παρουσία, αλλά και με το ουσιαστικό ενδιαφέρον και την εξατομικευμένη φροντίδα που παρέχει τόσο στην ίδια, όσο και στο άμεσο περιβάλλον της.

Η *καλλιέργεια της αυτονομίας* και του *αυτοελέγχου* επιτυγχάνεται με πολλαπλούς τρόπους μεταξύ των οποίων είναι: (α) η ενημέρωση της αρρώστου που επιθυμεί να γνωρίζει την κατάσταση και εξέλιξη της υγείας της και την αγωγή που του παρέχεται, (β) η προετοιμασία της για ενδεχόμενες σωματικές αλλαγές ή άλλες ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες που πρόκειται να υποστεί, (γ) η προώθηση της αυτοφροντίδας - στο μέτρο που είναι εφικτό - (π.χ. διατροφή, καθαριότητα, υγεία κ.λ.π.) και της ενασχόλησης της ασθενούς με πράγματα που την ενδιαφέρουν και (δ) η δυνατότητά της να αποφασίζει για θέματα που²

αφορούν την υγεία της και τη φροντίδα που δέχεται, αλλά και τις συνθήκες μέσα στις οποίες επιθυμεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής της.

5.2 Μοντέλα ψυχολογικών αποκρίσεων στην γνώση του επικείμενου θανάτου

Η Kübler - Ross μελέτησε τις ψυχικές αντιδράσεις πολλών βαριά πασχόντων και πήρε συνέντευξη από 200 και πλέον ασθενείς που γνώριζαν ότι θα πεθάνουν από την ασθένειά τους και οι οποίοι στη μέγιστη πλειονότητά τους ήταν καρκινοπαθείς. Κατά την Kübler - Ross κάθε άρρωστος που πάσχει από βαριά αρρώστια, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου διέρχεται από **5 στάδια** από την στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι άρρωστος μέχρι τον θάνατό του.

Το πρώτο στάδιο είναι της **άρνησης και της απομόνωσης**. Η πρώτη αντίδραση των περισσότερων ασθενών της έρευνας, όταν πληροφορήθηκαν για την ασθένειά τους ήταν **«όχι, όχι σε μένα. Δεν είναι δυνατόν να είναι αλήθεια»**. Η ασθενής ενδέχεται να αμφισβητήσει την ορθότητα της διάγνωσης να απευθυνθεί σε διάφορους ιατρούς με την ελπίδα να διαγείσει την «μοιραία διάγνωση». Σε καμία περίπτωση το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αποτραβήξει την ασθενή από το στάδιο της άρνησης αντίθετα θα πρέπει να αφουγκραστεί την συμβολική γλώσσα που χρησιμοποιεί.

Το δεύτερο στάδιο είναι **του θυμού** που μπορεί να περιγραφεί καλύτερα με την φράση των αρρώστων **«γιατί εγώ;»**, ο θυμός στρέφεται προς άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος ή προς τους υγιείς γενικά ή προς τους γιατρούς ή ακόμη και προς τον Θεό. Το προσωπικό και η οικογένεια της ασθενούς δυσκολεύονται να την αντιμετωπίσουν και η ενσυναίσθηση και όχι η εχθρική στάση θα δημιουργήσει το αναγκαίο πλαίσιο υποδοχής επιτρέποντας στην ασθενή να απελευθερωθεί από την οργή που την βαραίνει. Το προσωπικό²

υγείας αν επιθυμεί να βοηθήσει αποτελεσματικά θα πρέπει ήδη να έχει αντιμετωπίσει τους δικούς του φόβους σχετικά με τον θάνατο ώστε να ελέγχει τους δικούς του αντίστοιχους μηχανισμούς άμυνας σε σχέση με τον ασθενή.

Το τρίτο στάδιο είναι της συνδιαλλαγής. Η άρρωστη ημερεύει, παρακαλεί και μοιάζει να ζητά αναβολή του μοιραίου και για αντάλλαγμα προσφέρει την καλή του συμπεριφορά. Μπορεί να παρομοιαστεί με το μικρό παιδί που ζητάει μια χάρη και οι γονείς του την αρνούνται. Στην αρχή θυμώνει και κλαίει και όταν διαπιστώσει ότι οι γονείς του δεν υποκύπτουν σε αυτή την συμπεριφορά, γίνεται μειλίχιο και παρακαλεί. Οι περισσότερες διαπραγματεύσεις γίνονται με τον Θεό χωρίς να αποκλείεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, είναι μυστικές και εμπεριέχουν την σιωπηλή δέσμευση ότι η ασθενής δεν θα ζητήσει άλλη αναβολή.

Το τέταρτο στάδιο είναι της κατάθλιψης. Η άρνηση, η οργή και οι διαπραγματευτικές πράξεις αντικαθίστανται κάποια στιγμή από το συναίσθημα μιας μεγάλης απώλειας το οποίο εκδηλώνεται ποικιλοτρόπως: απώλεια από την εργασία, οικονομικές δυσκολίες, απώλεια γυναικείας ταυτότητας, τυπικό παράδειγμα κατάθλιψης είναι της γυναίκας που υποβάλλεται σε μαστεκτομή ή υστερεκτομή. Η ασθενής παρουσιάζει κλινικές ενδείξεις **κατάθλιψης** (απόσυρσης, διαταραχές ύπνου απελπισίας και πιθανόν τάσεις αυτοκτονίας). Κατά την Kübler - Ross υπάρχουν δυο είδη ή τύποι κατάθλιψης αυτών των ασθενών. Το πρώτο είναι η **αντιδραστική κατάθλιψη**. Αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι πλέον πλήρης και πέφτει σε κατάθλιψη. Ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη, η ασθενής συνήθως έχει έντονη ανάγκη να συζητεί. Το δεύτερο είδος της κατάθλιψης είναι η **προπαρασκευαστική κατάθλιψη**. Ο ασθενής προπαρασκευάζεται για το τελικό στάδιο. Η κατάθλιψή της δεν είναι αποτέλεσμα περασμένων απωλειών ή αποτυχιών αλλά συνέπεια της επικείμενης απώλειας των πάντων. Στην περίπτωση αυτήν η ενθάρρυνση και η²

επιβεβαίωση ότι θα διευθετηθούν οι οποίες εκκρεμότητες που δημιουργούν ανησυχία δεν έχουν κανένα νόημα. Στην προπαρασκευαστική κατάθλιψη η ασθενής χρειάζεται περισσότερο την σιωπηλή συντροφιά και την σωματική επαφή παρά την λεκτική επικοινωνία η οποία αποκτά δευτερεύουσα σημασία.

Τέλος **το πέμπτο στάδιο είναι της αποδοχής**, η ασθενής αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος και βαθμιαία περιορίζει και τα ενδιαφέροντα του στο ελάχιστο δυνατόν. Οι επισκέψεις τον ενοχλούν και θέλει να μένει μόνος του ενώ η επικοινωνία του με το περιβάλλον συνηθέστερα γίνεται με νοήματα και σπάνια με την ομιλία.

Πρέπει να σημειωθεί ότι κατά την Kübler – Ross η χρονική διάρκεια κάθε σταδίου δεν είναι η ίδια για όλους τους ασθενείς, όπως επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι τα διάφορα στάδια δεν είναι στεγανά μεταξύ τους και παρατήρησε ότι οι ασθενείς κινούνται παλινδρομώντας αναλυτικά. Τα άτομα που πεθαίνουν βιώνουν ένα μεγάλο φάσμα συναισθημάτων τα οποία εμφανίζονται και εξαφανίζονται και για αυτό απορρίφθηκε η ιδέα ότι πολλοί άνθρωποι φτάνουν στο στάδιο της αποδοχής.

Η αντίδραση του ατόμου απέναντι στο θάνατο του είναι παρόμοια με την γενικότερη βίωση μιας απώλειας. Αρκετοί ερευνητές συσχέτισαν την αντίδραση του ετοιμοθάνατου στην κατάσταση του, με την αντίδραση σε παρελθούσες εμπειρίες. Βασιζόμενοι σε σχετική εμπειρία του ατόμου σχετική με το στρες θα μπορούσαμε να περιμένουμε μια ολόκληρη κλίμακα συναισθηματικών αντιδράσεων και στρατηγικών αντιμετώπισης από τον ασθενή που είναι στο τελικό στάδιο.

Μερικοί θα αγωνιστούν να επιζήσουν, άλλοι θα προσπαθήσουν να μάθουν όσα περισσότερα μπορούν για την ασθένεια τους προκειμένου να διατηρήσουν²

κάποιο έλεγχο επί της κατάσταση τους, μερικοί θα είναι παθητικοί και συμβιβαστικοί, άλλοι θα προσπαθήσουν να μείνουν ανεξάρτητοι άλλοι θα παραμείνουν στο κρεβάτι τους, θα εγκαταλείψουν κάθε προσπάθεια και θα νιώσουν καταθλίψη, ενώ άλλοι θα επιτύχουν θετικότερη αποδοχή της κατάστασης τους.²

Κεφάλαιο 6

Καρκίνος και κύηση

6.1 Επιδημιολογία για καρκίνου κατά την κύηση

Η συνύπαρξη καρκίνου και εγκυμοσύνης είναι μία κατάσταση που έχει μελετηθεί πολύ λίγο ως προς την επιδημιολογική της διάσταση. Αυτό αφορά τόσο την περιγραφική επιδημιολογία (δηλαδή την συχνότητα και την κατανομή αυτής της συνύπαρξης σε επί μέρους ομάδες του πληθυσμού), όσο και την ύπαρξη πιθανών παραγόντων κινδύνου, που να αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισής της.

Η συχνότητα συνύπαρξης καρκίνου και εγκυμοσύνης σε σχέση με το συνολικό αριθμό των κυήσεων στις ανεπτυγμένες χώρες υπολογίζεται ότι είναι της τάξης του ένα τοις χιλίσις (μία περίπου συνύπαρξη των δύο καταστάσεων ανά χίλιες κυήσεις).

Η συχνότητα των κακοηθών νεοπλασιών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αν και μικρή, εκτιμάται ότι έχει σχετικά αυξηθεί στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Η αύξηση αυτή θεωρείται ότι σχετίζεται κυρίως με την αύξηση του ποσοστού των γυναικών που μένουν έγκυες σε μεγαλύτερη ηλικία, καθώς είναι γνωστό ότι η επίπτωση των περισσότερων και πιο σημαντικών μορφών καρκίνου αυξάνεται σταθερά με την ηλικία.

Η κύηση ή ο τοκετός να αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, είτε σαν παράγοντες κινδύνου είτε σαν εκλυτικοί παράγοντες.⁷

<u>Επίπτωση κακοηθών νεοπλασιών κατά την κύηση</u>	
Μορφή νεοπλασίας	Επίπτωση
-Κακώηθες μελάνωμα	2.6:1,000 κυήσεις
Καρκίνος μαστού	1:3,000 έως 1:10,000 κυήσεις
Καρκίνος τραχήλου μήτρας	1,2:10,000 κυήσεις 1:1,000-6,000 κυήσεις
Λέμφωμα Hodgkin	1:75,000-100,000 κυήσεις
Λευχαιμίες	1:10,000-100,000 κυήσεις
Καρκίνος ωοθηκών	1:13,000 κυήσεις
Καρκίνος παχέος εντέρου	
<i>Πηγή: Pavlidis NA. Coexistence of pregnancy and malignancy. Oncologist. 2002;7 (4): 279-87.</i>	

Κακώηθες μελάνωμα

Το κακώηθες μελάνωμα είναι μια μορφή καρκίνου με σχετικά υψηλή συχνότητα στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Περίπου το ένα τρίτο του συνόλου των περιπτώσεων της νόσου υπολογίζεται ότι εμφανίζεται σε αυτή την ηλικία. Ωστόσο δεν υπάρχουν πρόσφατα δημοσιευμένες μελέτες πάνω στην συχνότητα συνύπαρξης μελανώματος και κύησης.

Η πιθανότητα συνύπαρξης κακώηθους μελανώματος και εγκυμοσύνης μπορεί να μειωθεί με την εφαρμογή μεθόδων πρωτογενούς όσο και δευτερογενούς πρόληψης.

Οι κυριότεροι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη μελανώματος είναι οι δερματικοί σπίλοι, και ειδικότερα ορισμένοι τύποι δερματικών σπίλων (δυσπλαστικοί και συγγενείς σπίλοι), το ανοιχτό χρώμα του δέρματος και των μαλλιών, η υπερβολική έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία και τα εγκαύματα⁷

από τον ήλιο, το κατασταλαμένο ανοσοποιητικό σύστημα, καθώς και το οικογενειακό ιστορικό.

Το κακόηθες μελάνωμα αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση όπου η πρόωμη διάγνωση μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην αύξηση της πιθανότητας ίασης και στην βελτίωση της πρόγνωσης γενικότερα. Ορισμένοι τύποι δερματικών σπύλων παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο μετάπτωσης σε κακόηθες μελάνωμα. Άτομα που έχουν στο δέρμα τους πολλούς σπύλους ενδείκνυται να υπόκεινται σε περιοδικό ιατρικό έλεγχο από δερματολόγο και να κάνουν αυτοεξέταση του δέρματος κάθε μήνα. Ενδείκνυται ο εντοπισμός σπύλων "υψηλού κινδύνου" από τον δερματολόγο, και η συστηματική παρακολούθηση ή προληπτική αφαίρεση τους.

Καρκίνος του μαστού

Η επίπτωση καρκίνου του μαστού κατά την κύηση (δηλαδή η συχνότητα των περιπτώσεων καρκίνου που διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά στη διάρκεια της κύησης) κυμαίνεται στη διεθνή Βιβλιογραφία μεταξύ μίας νέα περίπτωσης καρκίνου ανά τρεις χιλιάδες έως μία νέα περίπτωση ανά δέκα χιλιάδες κυήσεις, ανάλογα με την μελέτη. Πρόκειται επομένως για μία αρκετά σπάνια συνύπαρξη. Επί πλέον ένας αδιευκρίνιστος αριθμός κυήσεων εμφανίζεται σε έδαφος ήδη διαγνωσμένου καρκίνου του μαστού. Τέλος ένας αριθμός περιπτώσεων καρκίνου του μαστού διαγιγνώσκονται αμέσως μετά την κύηση, στην διάρκεια της γαλουχίας ή λίγο αργότερα και μπορούν επίσης να θεωρηθούν σχετιζόμενες με την κύηση. Σε ορισμένες μελέτες η εμφάνιση της νόσου στην διάρκεια ενός χρόνου μετά τον τοκετό κατατάσσεται σαν σχετιζόμενη με την κύηση.

Ένα ποσοστό της τάξης του 10% έως 20% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού εμφανίζεται σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.⁷

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αντιπροσωπεύει μία από τις συχνότερες μορφές κακοήθους νεοπλασίας σε συνύπαρξη με την κύηση. Πρόκειται για μία μορφή καρκίνου που εμφανίζει σχετικά υψηλή συχνότητα στην αναπαραγωγική ηλικία και που η συχνότητα εμφάνισης του σχετίζεται με την γενετήσια δραστηριότητα. Περίπου το ένα τρίτο των περιπτώσεων της νόσου εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών.

Στις ανεπτυγμένες χώρες εκτιμάται ότι η συχνότητα διάγνωσης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά την κύηση είναι της τάξης της μίας νέας περίπτωσης ανά 10.000 κυήσεις. Ένα ποσοστό 0.5% έως 5% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου εκτιμάται ότι εμφανίζεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, εκτιμάται ότι η συχνότητα αυτή μπορεί να είναι μεγαλύτερη, καθώς σε αρκετές από τις χώρες αυτές η επίπτωση της νόσου φαίνεται να είναι υψηλότερη, και οι πρακτικές δευτερογενούς πρόληψης πολύ λιγότερο διαδεδομένες.

Είναι πολύ πιθανόν να αυξάνεται η πιθανότητα διάγνωσης ενός καρκίνου του τραχήλου κατά την κύηση, λόγω αυξημένης προσοχής και εξετάσεων κατά την φάση αυτή. Έτσι, η πιθανότητα διάγνωσης της νόσου σε πρώιμο στάδιο (στάδιο I) εκτιμάται ότι είναι περίπου τριπλάσια σε γυναίκες που Βρίσκονται σε περίοδο κύησης, από ότι στις υπόλοιπες γυναίκες.

Καρκίνος των ωοθηκών και του ενδομητρίου

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι σπανιότερος από τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του τραχήλου στην διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας, επομένως και η συνύπαρξη του με την κύηση είναι επίσης σπανιότερη. Η συχνότητα αυτής της συνύπαρξης έχει αναφερθεί ότι κυμαίνεται σε μία⁷

περίπτωση καρκίνου ωοθηκών ανά δέκα χιλιάδες έως μία περίπτωση ανά εκατό χιλιάδες κήσεις.

Λευχαιμίες – Λεμφώματα

Η συχνότητα συνύπαρξης λευχαιμίας και κήσης εκτιμάται ότι είναι της τάξης της μίας νέας περίπτωσης ανά 75.000 έως 100.000 κήσεις.

Η επίπτωση της νόσου του Hodgkin στη διάρκεια της κήσης έχει εκτιμηθεί ότι κυμαίνεται μεταξύ ενός νέου κρούσματος της νόσου ανά χίλιες κήσεις και ενός ανά έξι χιλιάδες κήσεις. Τα μη-Hodgkin λεμφώματα εμφανίζονται ακόμη σπανιότερα.

Άλλες μορφές καρκίνου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μία μορφή κακοήθους νεοπλασίας που έχει αναφερθεί σε συνύπαρξη με την εγκυμοσύνη. Σε μελέτες που διεξήχθησαν στις Η.Π.Α. η συχνότητα αυτής της συνύπαρξης έχει εκτιμηθεί σε μία περίπου περίπτωση ανά 13.000 κήσεις. Από τις ίδιες μελέτες προκύπτει ότι το 65-85% των περιπτώσεων αφορούσε καρκίνο του ορθού.

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι μία άλλη μορφή κακοήθους νεοπλασίας που αναφέρεται στην Βιβλιογραφία σε συνύπαρξη με την εγκυμοσύνη. Η συνύπαρξη αυτή είναι σχετικά σπάνια και στην διεθνή Βιβλιογραφία δεν υπάρχουν αξιόπιστες εκτιμήσεις της συχνότητας της.⁷

6.2 Διάγνωση καρκίνου κατά την κύηση

Η διάγνωση των διάφορων μορφών καρκίνου γίνεται με βιοψία, αλλά και διαγνωστικούς και εργαστηριακούς ελέγχους. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι επεμβατικοί μέθοδοι ή απεικονιστικές εξετάσεις που χρησιμοποιούν την ιοντίζουσα ακτινοβολία (αξονική τομογραφία, ακτινογραφίες), εγκυμονούν κινδύνους. Το γεγονός αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν χειριζόμαστε εγκύους.

Η επιλογή των υπερήχων και της μαγνητικής τομογραφίας όπου ενδείκνυνται μας επιτρέπουν να χειριστούμε με ασφάλεια την έγκυο και το κύημά της χωρίς κινδύνους.

Επιπρόσθετα, όσο αφορά στις εργαστηριακές εξετάσεις αυτές είναι εντελώς ακίνδυνες αφού δεν προϋποθέτουν την έκθεση της εγκύου ή του κυήματος. Τέλος, η ιστολογική επιβεβαίωση με βιοψία σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι ασφαλής, ειδικά όπου δεν απαιτείται γενική αναισθησία.

6.3 Τρόποι αντιμετώπισης και διλήμματα

Η αντιμετώπιση της εγκύου με καρκίνο είναι δύσκολη τόσο σε διαγνωστικό όσο και θεραπευτικό επίπεδο αφού οι κίνδυνοι για την έγκυο και για το κύημα είναι πολλοί. Σε θεραπευτικό επίπεδο η απάντηση για το ποια είναι η καταλληλότερη θεραπεία ή ποιος είναι ο καλύτερος θεραπευτικός συνδυασμός δεν είναι εύκολη. Τα διλήμματα που προκύπτουν για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι μεγάλα αφού θα πρέπει να εξασφαλιστεί τόσο η εγκυμονούσα όσο και το κύημα. Υπάρχουν περιπτώσεις που μπορεί να υπάρξει ριζική χειρουργική αντιμετώπιση χωρίς σοβαρούς κινδύνους και άλλες που το χειρουργείο αντενδείκνυται.⁷

Η χρήση χημειοθεραπείας σχετίζεται όχι μόνο με παρενέργειες για την έγκυο και με σοβαρά προβλήματα για το κύημα (τερατογένεση). Υπάρχει κάποια χημειοθεραπεία που είναι σχετικά ασφαλής μετά το 3ο τρίμηνο. Η χρήση ακτινοθεραπείας είναι κατά κανόνα απαγορευτική σε κάθε στάδιο.

Κύηση και ακτινοβολία για ιατρικούς σκοπούς

Οποιαδήποτε ιατρική πράξη που απαιτεί έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία, πρέπει να είναι αιτιολογημένη και το αναμενόμενο όφελος για τον ασθενή να είναι μεγαλύτερο από την πιθανή βλάβη (κόστος). Ειδικά στα διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα που χρησιμοποιούνται σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας απαιτείται η έκθεση να:

- Ø Είναι πάντοτε επαρκώς αιτιολογημένη, ώστε να αποφευχθεί μη απαραίτητη ή απρόβλεπτη ακτινοβολία του εμβρύου,
- Ø Προσφέρει το αναμενόμενο ιατρικό όφελος, ελαχιστοποιώντας παράλληλα τη δόση στο έμβρυο
- Ø Υπάρχει η δυνατότητα υπολογισμού της δόσης στο έμβρυο και διατήρησης των σχετικών αρχείων δόσεων

Αν αποφασισθεί η εκτέλεση πράξης που συνεπάγεται ακτινοβολία της περιοχής της κοιλιάς και της λεκάνης σε έγκυο ή δυνητικά έγκυο ασθενή, θα πρέπει να παρθούν μέτρα που θα ελαττώσουν τη δόση στο έμβρυο στο ελάχιστο που απαιτείται, (εφαρμογή της αρχής της βελτιστοποίησης με ελαχιστοποίηση της δόσης). Για παράδειγμα, στην περίπτωση ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων και ακτινοσκοπικά καθοδηγούμενων επεμβατικών πράξεων, η ακτινική επιβάρυνση του εμβρύου μπορεί πιθανώς να μειωθεί με επιλογή του κατάλληλου μηχανήματος, επιλογή και μείωση του αριθμού των προβολών ή/και του χρόνου ακτινοσκόπησης, περιορισμό των διαστάσεων του πεδίου και του γινομένου mAs, τη χρήση ταχέων συνδυασμών «φίλμ - ενισχυτικών πινακίδων», την αφαίρεση του αντιδιαχυτικού διαφράγματος σε γυναίκες⁷

χαμηλού δείκτη μάζας σώματος, τη χρήση προστατευτών από υλικό μεγάλου ατομικού αριθμού, (όπως Pb), την κατάλληλη επιλογή της οδού χορήγησης σκιαγραφικού, κ.λ.π. Ως εκ τούτου, στην περίπτωση διαγνωστικών πράξεων που συνεπάγονται ακτινική επιβάρυνση γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, καθώς και ακτινοσκοπικά καθοδηγούμενων επεμβατικών πράξεων που συνεπάγονται σημαντική δόση στο έμβρυο, συχνά απαιτείται τροποποίηση του πρωτοκόλλου εξέτασης.

Κύηση επαγγελματικά εκτεθειμένων γυναικών

Το δικαίωμα μιας επαγγελματικά εκτεθειμένης γυναίκας να έχει ίσες επαγγελματικές δυνατότητες με τους άνδρες συναδέλφους της είναι σε σύγκρουση με την επιθυμία της να τεκνοποιήσει, και με το δικαίωμα των παιδιών της να μην έχουν υποστεί βλαπτικές συνέπειες από την επαγγελματική έκθεση της μητέρας τους. Από την άλλη πλευρά ο εργοδότης της εγκύου επιθυμεί να αποφύγει τις πιθανές, κυρώσεις σε βάρος του σε περίπτωση που η κύηση δεν οδηγήσει στη γέννηση ενός υγιούς παιδιού (τις περισσότερες φορές είναι πολύ δύσκολο να αποδειχθεί με επιστημονικά και νομικά κριτήρια το αν μια βλάβη οφείλεται σε έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία ή σε κάποιον άλλο παράγοντα). Για αυτό το λόγο η επαγγελματική έκθεση γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας υπόκειται σε ειδικές διατάξεις. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, που είναι προσαρμοσμένη στην Οδηγία 96/29 της Ευρωπαϊκής Ένωσης, πρέπει να λαμβάνονται μέτρα ώστε η έκθεση του εμβρύου στο επαγγελματικό περιβάλλον να είναι τόσο χαμηλή όσο είναι λογικά εφικτό και η ισοδύναμη δόση στο έμβρυο από την ημέρα που θα δηλωθεί η εγκυμοσύνη στον εργοδότη ως τον τοκετό δεν πρέπει να ξεπεράσει το 1.0 mSv (αντιστοιχεί σε 1.0 mGy αν πρόκειται για έκθεση σε ακτινοβολία -β, -γ ή -X). Στις ΗΠΑ τίθεται μεγαλύτερο όριο, 5 mSv, αλλά αυτό αφορά τη συνολική διάρκεια της κύησης, δηλαδή και την περίοδο πριν από τη δήλωση της κύησης,

με την επιπλέον σύσταση της μη υπέρβασης της τιμής των 0.5 mSv το μήνα,⁷ μετά την έγγραφη δήλωση της εγκυμοσύνης.

Διακοπή κύησης για λόγους ακτινοπροστασίας

Η διακοπή μιας κύησης είναι μια οδυνηρή απόφαση, η οποία δεν θα πρέπει να ληφθεί, χωρίς να υπάρχει σοβαρή αιτιολόγηση. Αν και η απόφαση για τη διακοπή ή μη μιας κύησης αποτελεί προσωπική απόφαση της κυοφορούσας και του συντρόφου της, σύμφωνα με όσα είναι σήμερα γνωστά δεν δικαιολογείται διακοπή κύησης για λόγους ακτινοπροστασίας, αν η δόση στο έμβρυο από ακτινοβολία χαμηλού LET (ακτινοβολία -β, -γ, -X) δεν ξεπερνά τα 100 mGy. Στην οριακή περίπτωση των 100 mGy η πιθανότητα το αγέννητο παιδί να μην αναπτύξει ακτινοπροκλητή λευχαιμία ή άλλο καρκίνο ως την ενηλικίωση είναι 99%. Αν η δόση από ακτινοβολία χαμηλού LET ξεπεράσει τα 500 mGy (500 mSv για οποιοδήποτε είδος ακτινοβολίας) είναι δυνατό να υπάρξουν σημαντικές επιδράσεις λόγω εμφάνισης μη στοχαστικών φαινομένων. Συμπερασματικά, αν η δόση από ακτινοβολία χαμηλού LET είναι μικρότερη των 100 mGy, δεν αιτιολογεί παρέμβαση στην εξέλιξη της κύησης. Αν είναι μεγαλύτερη, πρέπει να σταθμισθούν και άλλοι παράγοντες πέραν της δόσης στο έμβρυο, όπως παράγοντες που αφορούν προσωπικά την κυοφορούσα και στην οποία εναπόκειται η τελική απόφαση.

Τέλος, ο υπεύθυνος ακτινοπροστασίας ενός ιατρικού εργαστηρίου ακτινοβολιών πρέπει να γνωρίζει την αναπαραγωγική κατάσταση των ασθενών και του προσωπικού για την αιτιολόγηση και βελτιστοποίηση των διαδικασιών.

6.4 Μετάσταση στον πλακούντα και στο έμβρυο

Μία άλλη σημαντική διάσταση των κακοηθών νεοπλασιών που συνυπάρχουν με την εγκυμοσύνη αφορά στον κίνδυνο μεταστατικής προσβολής του εμβρύου και

του πλακούντα. Ο κίνδυνος αυτός φαίνεται να είναι εξαιρετικά μικρός. Λίγες⁷ δεκάδες μόνον τέτοιων περιπτώσεων έχουν αναφερθεί, παρά το γεγονός ότι μία στις χίλιες περίπου κήσεις συνυπάρχει με κακοήγη νεοπλασία. Οι περισσότερες από αυτές αναφέρονται σε συνύπαρξη κήσης με κακόηθες μελάνωμα. Ένας πολύ μικρός αριθμός αφορά νεοπλασίες του αιμοποιητικού συστήματος και καρκίνο του πνεύμονα. Με βάση τις αναφορές αυτές προκύπτει ότι ο κίνδυνος επέκτασης μίας νεοπλασίας στο έμβρυο και τον πλακούντα διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της νεοπλασίας. Ο κίνδυνος αυτός φαίνεται να είναι σχεδόν μηδενικός για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, δύο από τις συχνότερες μορφές καρκίνου που συνυπάρχουν με κήση. Αντίθετα είναι αυξημένος για το κακόηθες μελάνωμα. Η πρόγνωση για το νεογνό σε περίπτωση που συμβεί η μετάσταση είναι εξαιρετικά φτωχή και συνήθως καταλήγει μέσα σε λίγους μήνες.

Μολονότι, η κάθετη μετάδοση καρκινικών κυττάρων προς τον πλακούντα ή ακόμη και το έμβρυο είναι ιδιαίτερα δύσκολη, μια από τις επιπλοκές που δυνατόν να παρατηρηθούν σε εγκυμονούσες γυναίκες με καρκίνο, είναι η επινέμηση του πλακούντα ή και του εμβρύου από κακοήγη κύτταρα.

Από τότε που ο Friedreich ανακοίνωσε το 1866 την πρώτη περίπτωση προσβολής του πλακούντα και του εμβρύου σε εγκυμονούσα γυναίκα με καρκίνο, μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί 100 περίπου περιστατικά. Η ανεύρεση μεταστάσεων στον πλακούντα είναι ιδιαίτερα σπάνιο φαινόμενο, ενώ στο ίδιο το έμβρυο υπολογίζεται στο 25% των περιστατικών που έχουν ήδη προσβάλει τον πλακούντα.

Η συχνότητα αυτής της επιπλοκής διαφέρει μεταξύ των κακοηθών νοσημάτων. Τα πιο συχνά νεοπλάσματα είναι το μελάνωμα (32%), οι λευχαιμίες/λεμφώματα (15%) και ο καρκίνος του μαστού (13%), ενώ έπονται ο καρκίνος

του στομάχου (3%), οι γυναικολογικοί καρκίνοι (3%) και άλλοι. Παρ' όλα αυτά⁷ ενδέχεται να μην έχουν καταγραφεί όλα τα περιστατικά για δύο βασικούς λόγους είτε λόγω απουσίας ιστοπαθολογικής εξέτασης του πλακούντα σε κάθε εγκυμονούσα γυναίκα με καρκίνο ή λόγω έλλειψης ενδεδειγμένης παρακολούθησης των παιδιών αυτών μετά τον τοκετό.

Στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν τρεις μεγάλες ανασκοπήσεις στο θέμα. Η πρώτη δημοσιεύθηκε το 1970 και περιελάμβανε 24 περιστατικά, η δεύτερη το 1989 με 52 περιπτώσεις και η τελευταία το 2003 με 62 περιγραφές.

Ο κάθε μαιευτήρας οφείλει να γνωρίζει ότι η ενδεδειγμένη ιστολογική εξέταση του πλακούντα καθώς και η κυτταρολογική εξέταση του ομφάλιου λώρου μετά τον τοκετό είναι ύψιστης σημασίας. Επίσης ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται και η συστηματική παρακολούθηση του νεογνού κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του.

Μεταστάσεις από Μελάνωμα

Η επίπτωση του μελανώματος βρίσκεται μεταξύ 0.1 έως 2.8 περιπτώσεις ανά 1.000 κύσεις. Αποτελεί το 8% όλων των κακοηθών νεοπλασιών που επιπλέκει την κύηση. Παρ' όλα αυτά φαίνεται να είναι ο συχνότερος όγκος που μεθίσταται στον πλακούντα και το έμβρυο. Υπολογίζεται ότι αντιπροσωπεύει το 30% όλων των όγκων που διηθούν τον πλακούντα και το 58% των όγκων που διαγιγνώσκονται στα έμβρυα.

Η πιθανότητα νόσησης του εμβρύου σε εγκυμονούσες μητέρες με μελάνωμα ανέρχεται στο 17%. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί 30 περίπου περιπτώσεις πλακουντιακών ή εμβρυϊκών μεταστάσεων.

Επίσης, έξι λεμφώματα έχουν αναφερθεί ένα από τα οποία ήταν νόσος Hodgkin.

Συνολικά η διεθνής Βιβλιογραφία φιλοξενεί 16 περιπτώσεις λεμφωμάτων ή⁷ λευχαιμιών από τις οποίες 5 διηθούν και το έμβρυο.

Μέχρι σήμερα έχουν περιγράψει 13 περιπτώσεις μεταστάσεων στον πλακούντα ή το έμβρυο εγκυμονούσων γυναικών με καρκίνο του πνεύμονα. Διήθηση στο έμβρυο υπήρξε σε 3 μόνο περιπτώσεις.

Σύμφωνα με τον Jackish και συν η μέση ηλικία των εγκύων γυναικών με καρκίνο του πνεύμονα ήταν 35 έτη (30-45 έτη) και όλες είχαν διαγνωσθεί με ανεγχείρητη νόσο, οι 46% των οποίων έφεραν και απομακρυσμένες μεταστάσεις. Στο 60% των γυναικών υπήρχε ιστορικό καπνίσματος και η μέση επιβίωση τους ήταν 7.5 μήνες (εύρος 1-42 μήνες).

6.5 Η ασφάλεια χημειοθεραπείας κατά την κύηση

Τα οφέλη από τη διαγνωστική διαδικασία και η εφαρμογή χημικοθεραπευτικών, ραδιοθεραπευτικών ή χειρουργικών θεραπευτικών προσεγγίσεων πρέπει να σταθμιστούν προσεκτικά ως προς τους πιθανούς κινδύνους για το κύημα και τη μητέρα. Τις περισσότερες φορές, η ιδανική θεραπεία για τη μητέρα είναι ασύμβατη με την ομαλή εξέλιξη της κύησης.

Κατά τη φαρμακευτική αγωγή των εγκύων γυναικών πρέπει να ληφθούν υπόψη οι μεταβολές που επιφέρει η εγκυμοσύνη στον οργανισμό, οι οποίες έχουν σαφείς επιπτώσεις στην κινητική των περισσότερων φαρμάκων. Μετά από χορήγηση στη μητέρα, τα περισσότερα κυτταροστατικά φάρμακα φτάνουν στο έμβρυο σε σημαντικές συγκεντρώσεις, επειδή ο πλακούντας δεν αποτελεί ισχυρό φραγμό. Φάρμακα με μοριακό βάρος μικρότερο από 600 D, συνήθως διαπερνούν τον πλακούντα, εκτός εάν εμφανίζουν ισχυρή σύνδεση με τις πρωτεΐνες του πλάσματος. Αντίθετα, φάρμακα με μοριακό βάρος μεγαλύτερο

από 1000 D δεν διαπερνούν τον αιματοπλακουντιακό φραγμό. Πρέπει να⁷ σημειωθεί ότι τα περισσότερα φάρμακα έχουν μοριακό βάρος 250-400 D, δηλαδή μπορούν εύκολα να εισέλθουν στην εμβρυϊκή κυκλοφορία. Με ελάχιστες εξαιρέσεις, αυτό ισχύει και για τα κυτταροστατικά φάρμακα.

Σημαντικές μεταβολές επέρχονται στον οργανισμό κατά την κύηση, όπως η κατακράτηση υγρών και η συνακόλουθη επιβάρυνση του ενδαγγειακού και του μεσοκυττάριου χώρου, καθώς και η προσθήκη των αμνιακών υγρών στο καλούμενο «περιφερικό διαμέρισμα» κατανομής των φαρμάκων. Παράλληλα, παρατηρείται επίταση της νεφρικής κάθαρσης, ως αποτέλεσμα την αύξησης του συνολικού όγκου των εξωκυτταρίων υγρών των εγκύων γυναικών.

Η χημειοθεραπεία συνοδεύεται από πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, τόσο άμεσες όσο και όψιμες. Έχει αποδειχθεί, ότι επενεργεί στο γενετικό υλικό των σωματικών κυττάρων, προκαλώντας γονιδιακές μεταλλάξεις, ρήξεις των χρωμοσωμάτων, αναδιατάξεις στο γονιδίωμα και ανευπλοειδίες.

Η πιθανή μεταλλαξιογόνος ή τερατογόνος δράση των αντικαρκινικών φαρμάκων αποτελεί καθοριστικό κριτήριο αφ' ενός για την επιλογή των φαρμάκων και του χρόνου της θεραπείας και αφ' ετέρου για τον ενδεχόμενο τερματισμό της κύησης.

Παρά τις επιστημονικές ενδείξεις ότι η χημειοθεραπεία προκαλεί μεταλλάξεις στα γεννητικά κύτταρα σε διάφορα στάδια της ωρίμανσης τους, από τα επιδημιολογικά δεδομένα ατούς απογόνους αυτών των ασθενών δεν παρατηρείται κάποια σαφής αύξηση εμβρυϊκών ανωμαλιών.

Το ενδεχόμενο να εμφανισθεί τερατογένεση, ως αποτέλεσμα της αντικαρκινικής αγωγής, εξαρτάται από το στάδιο ανάπτυξης του εκτιθέμενου εμβρύου. Γενικώς, διακρίνουμε την προεμφυτευτική και την πρώιμη μετεμφυτευτική

περίοδο, την εμβρυονική περίοδο (η οποία αντιστοιχεί στο «στάδιο της⁷ οργανογένεσης», από την 3η μέχρι την 8η εβδομάδα μετά τη σύλληψη, κατά τη διάρκεια της οποίας σχηματίζονται τα περισσότερα όργανα) και την εμβρυϊκή περίοδο (9η συμπληρωμένη εβδομάδα κυοφορίας μέχρι τον τοκετό).

Οποιαδήποτε τοξική επίδραση και κυτταρική βλάβη κατά τη διάρκεια των πρώτων τεσσάρων εβδομάδων της κύησης συνήθως οδηγεί σε αναστολή της εμβρυϊκής ανάπτυξης και τελικώς στο θάνατο του εμβρύου.

Παρόλο που η οργανογένεση συνεχίζεται μέχρι το τέλος της 8ης εβδομάδας, ορισμένα όργανα αναπτύσσονται μέχρι το τέλος της 10ης εβδομάδας, όπως η σύγκλιση της υπερώας και ο οριστικός σχηματισμός των νεφρών. Μέχρι τη 10η εβδομάδα της κύησης (μετά τη σύλληψη), η οργανογένεση έχει συμπληρωθεί, με εξαίρεση τον εγκέφαλο και τις γονάδες.

Κατά τη διάρκεια της οργανογένεσης, βλάβη οποιουδήποτε αναπτυσσόμενου οργάνου, θα καταλήξει πιθανότατα σε κάποια δυσπλασία.

Τυχόν έκθεση σε κυτταροτοξικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια του δευτέρου και τρίτου τριμήνου δεν συνδέεται με τερατογόνα αποτελέσματα, αλλά μπορεί να οδηγήσει σε λειτουργικές διαταραχές, ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, πρόωρο τοκετό ή ακόμη και γέννηση νεκρού εμβρύου. Μικρές βλάβες στην εμβρυϊκή ανάπτυξη και ιδιαίτερα διαταραχές στην ωρίμανση του νευρικού συστήματος μπορεί να μην είναι εμφανείς κατά τον τοκετό, αλλά να εκδηλωθούν στα πρώτα στάδια της ζωής.

Γενικώς, ο κίνδυνος τερατογένεσης μετά από αντικαρκινική αγωγή, φαίνεται να είναι σημαντικά χαμηλότερος από ότι εκτιμάται συνήθως, πιθανώς επειδή εκτός από το χορηγούμενο φάρμακο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν επίσης το

στάδιο ανάπτυξης στο οποίο γίνεται η έκθεση, η δόση, η διάρκεια της αγωγής⁷ και η συχνότητα χορήγησης του φαρμάκου.

Σοβαρές ανωμαλίες παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 10-20% των εκτεθειμένων εμβρύων, οι οποίες αφορούσαν διάφορα όργανα, χωρίς κάποια εξειδικευμένη τερατογόνο επίδραση. Σε μία επανεκτίμηση συνολικά 82 δημοσιεύσεων, ο Doll συγκέντρωσε 139 περιπτώσεις έκθεσης σε κυτταροστατικά φάρμακα κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Η συχνότητα δυσπλασιών ήταν 17% όταν επρόκειτο για ένα μόνο φάρμακο και 25% όταν η αγωγή περιλάμβανε συνδυασμό φαρμάκων. Οι αντιμεταβολίτες του φυλλικού οξέος μεθοτρεξάτη και αμινοπτερίνη εμφάνισαν υψηλότερη τερατογόνο ισχύ, συγκριτικά με άλλα φάρμακα. Όταν έγινε επανεκτίμηση των δυσπλασιών μετά από μονοθεραπεία στην οποία δεν συμπεριλαμβάνονταν αυτοί οι αντιμεταβολίτες, η συχνότητα τερατογένεσης μειώθηκε στο 6%.

Ωστόσο, ειδικά προς το τέλος της κύησης, ενδέχεται να εμφανισθούν λειτουργικές ανωμαλίες ή ακόμη και επιπλοκές κατά τον τοκετό. Επιπλέον, στα νεογνά αυτά πρέπει πάντοτε να συνεκτιμάται ο ενδεχόμενος κίνδυνος παροδικής καταστολής του μυελού των οστών.

Ορισμένοι αλκυλιωτικοί παράγοντες, όπως η χλωραμβουκίλη και ο αζωθυπερίτης, είναι εμφανώς λιγότερο τερατογόνοι από τους ανταγωνιστές του φυλλικού οξέος. Αντίθετα, άλλοι αλκυλιωτικοί παράγοντες, όπως η κυκλοφωσφαμίδη και η Βουσουλφάνη, εμφανίζουν πολύ μεγάλη τερατογόνο ισχύ. Το γεγονός ότι φάρμακα με τον ίδιο μηχανισμό δράσης εμφανίζουν διαφορετική εμβρυοτοξικότητα πρέπει να αποδοθεί σε φαρμακοκινητικές ιδιομορφίες αυτών των ουσιών, που πιθανότατα καθορίζουν διαφορετικά ποσοστά κατανομής στους εμβρυϊκούς ιστούς. Τα αλκαλοειδή της Vinca είναι ισχυρά τερατογόνα στα πειραματόζωα, αλλά παραδόξως στον άνθρωπο η ενδομήτρια έκθεση

σπάνια δημιουργεί προβλήματα. Η χρήση δοξορουβικίνης μελετήθηκε σε ⁷ 160 εγκύους. Τα νεογνά ήταν συνήθως φυσιολογικά, αλλά όταν το φάρμακο είχε χορηγηθεί κατά το πρώτο τρίμηνο ή όταν είχαν χρησιμοποιηθεί δόσεις μεγαλύτερες από 70 ml, υπήρχε ο κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών που μπορούσαν να καταλήξουν ακόμη και σε ενδομήτριο θάνατο. Είναι γνωστό ότι η δοξορουβικίνη μπορεί να προκαλέσει μυοκαρδιοπάθεια, με σοβαρές επιπτώσεις στη μητρική και την εμβρυϊκή κυκλοφορία. Δεν έχει αναφερθεί εμβρυϊκή καρδιοτοξικότητα, που παραμένει ωστόσο ένα σοβαρό ενδεχόμενο και θα άξιζε να μελετηθεί με υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο του κήματος.

Παρ' όλα αυτά σε πέντε περιπτώσεις μετά χορήγηση σισπλατίνης αναφέρθηκαν διαμαρτίριες περί την διάπλαση όπως κώφωση, καρδιοπάθειες και εγκεφαλικές διαταραχές. Επίσης, αναφέρονται και τρία περιστατικά όπου χορηγήθηκε βινορελμπίνη χωρίς καμία συγγενή ανωμαλία στα νεογνά.

Η αμινοπτερίνη και η μεθοτρεξάτη προκαλούν αποδεδειγμένα υδροκεφαλία, λυκόστομα, ατελή κρανιακή οστεοποίηση και μηνιγγομυελοκήλη, καθώς και καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης. Πιθανώς η τοξικότητά τους να οφείλεται σε παρεμπόδιση της λειτουργίας του φυλλικού οξέος, επειδή αναστέλλουν την αναγωγή του διυδροφυλλικού οξέος. Στις τερατογόνες εκδηλώσεις των αλκυλιωτικών παραγόντων και ιδιαίτερα της κυκλοφωσφαμίδης, περιλαμβάνονται απλασία δακτύλων, συγγενείς καρδιοπάθειες και κήλες. ⁷

6.6 Ψυχολογία γυναίκας και οικογένειας

Η γυναίκα θεωρεί το ρόλο της μητρότητας πολύ σημαντικό γιατί νιώθει να ολοκληρώνεται και ικανή που η φύση της δώρισε ένα παιδί. Όμως όταν αυτή τη χαρά που νιώθει η έγκυος την επισκιάσει ο καρκίνος, τότε η ψυχολογία της γυναίκας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό.

Η έγκυος γυναίκα με καρκίνο καλείται να αντιμετωπίσει δύο διαμετρικά αντίθετα γεγονότα: τη διαδικασία δημιουργίας μιας ζωής και τη διαδικασία απειλής μιας ζωής. Συγχρόνως βιώνει την ελπίδα και τη χαρά της κυοφορίας, αλλά και το φόβο και την απελπισία να θέσει σε κίνδυνο την υγεία του εμβρύου και ακόμη να χάσει τη δική της.

Η εγκυμονούσα νιώθει μια έντονη αμφιθυμία ανάμεσα σε μια επιλογή, ίσως δολοφονική, για το έμβρυο που κυοφορεί και σε μια υπέροχη ικανοποίηση και τρυφερότητα. Μια συνεχόμενη αμφιταλάντευση πόνου και χαράς, φόβου και ολοκλήρωσης, ανάτασης, κατάπληξης και εξάντλησης. Οι αποφάσεις που πρέπει να πάρει είναι δύσκολες. Πάλλεται ανάμεσα στην εξουσία και την αδυναμία. Τα συναισθήματα που την διακατέχουν είναι φόβος για τη ζωή της, αγάπη για το έμβρυο, ζήλια προς όλες τις εγκυμονούσες που απολαμβάνουν αυτή την όμορφη περίοδο με ηρεμία και δεν σκέφτονται το ρίσκο μιας τέτοιας περίπτωσης αλλά παρά όλα αυτά ελπίζει πως όλα θα ανατραπούν.

Τέλος η εγκυμονούσα νιώθει ενοχή προς το αγέννητο παιδί της, που το σώμα της την πρόδωσε, χάνει κάθε αίσθηση κυριαρχίας στην κατάστασή της αποσυνδέεται σχεδόν με την παρούσα σωματική της εμπειρία και εξαρτιέται από το μαιευτήρα και τον ογκολόγο της.⁷

6.7 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι αντιδράσεις της εγκύου κατά τη διάγνωση του καρκίνου είναι έντονες, σύνθετες και ευμετάβλητες. Το ν' ανταποκριθούν κατάλληλα στις σωματικές, κοινωνικές και συναισθηματικές τους ανάγκες, απαιτεί προσεκτική παρακολούθηση όλων των στοιχείων της νοσηλευτικής διαδικασίας.

Το να φροντίζει τις έγκυες με καρκίνο είναι πολύ δύσκολο για το Νοσηλευτή. Ως ομάδα οι νοσηλευτές συνήθως δεσμεύονται για να προάγουν την υγεία και να διατηρήσουν υψηλές προσδοκίες για μια θετική έκβαση. Όταν υπάρχει αυξημένη πιθανότητα θανάτου ή ανικανότητας, τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί, προκύπτουν συναισθηματικά θέματα. Αυτό αληθεύει όταν οι αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν αφορούν θέματα ζωής ή θανάτου τόσο για τη μητέρα όσο και για το μωρό.

Νοσηλευτικές δραστηριότητες - Νοσηλευτικά εκτίμηση

Το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η εκτίμηση της ασθενούς με σκοπό τη συλλογή δεδομένων που περιλαμβάνει:

- Û Εκτίμηση της κατάστασης υγείας της μητέρας και του εμβρύου, καθώς επίσης και του επιθυμητού επιπέδου τους
- Û Αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου υγείας, όχι μόνο του παιδιού αλλά και της δικής της
- Û Εξακρίβωση των διαταραχών και των προβλημάτων υγείας, των αντιδράσεων της ασθενούς προς αυτά, και προς όλες τις νοσηλευτικές και ιατρικές παρεμβάσεις που ήδη εφαρμόστηκαν
- Û Επισήμανση των συνηθισμένων τρόπων διαχείρισης και αντιμετώπισης δυσκολιών από την ασθενή.
- Û Εκτίμηση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας και άλλων σχετικών⁷

παραγόντων του περιβάλλοντος

Μία κατανοητή, συχνά ενημερωμένη και εκσυγχρονισμένη βάση δεδομένων είναι απαραίτητη για την προαγωγή ποιοτικής ειδικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Ο Νοσηλευτής αναλαμβάνει ένα πρωταρχικό ρόλο στην εκτίμηση και τη φροντίδα της σωματικής και συναισθηματικής κατάστασης της εγκύου με καρκίνο.

Άσχετα με το αν η εγκυμονούσα με καρκίνο επιλέξει μετά από ιατρική ενημέρωση να καθυστερήσει τη θεραπεία για μετά τον τοκετό ή να την ξεκινήσει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, θα πρέπει να θεωρηθεί άτομο υψηλού κινδύνου και απαιτείται προγεννητική εκτίμηση τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου σε εβδομαδιαία βάση. Με την αντικαρκινική θεραπεία προκύπτουν επιπλέον προβλήματα υγείας όπως διαταραχές θρέψης και μυελοκαταστολή (αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία). Αυτές οι κλινικές καταστάσεις αποτελούν δυνατή πρόκληση αναφορικά με το επίπεδο υγείας της εγκυμονούσας ασθενούς.

Η εκτίμηση της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής κατάστασης της ασθενούς και της οικογένειας της πρέπει να είναι διαρκής, καθώς η κατάσταση της μπορεί ν' αλλάξει ραγδαία ως αντίδραση στην εγκυμοσύνη της, τις θεραπευτικές επιλογές και της προσωπικής της εκτίμησης για το τι της συμβαίνει.

Επιπλέον είναι σημαντικό να εκτιμάται συχνά το συναισθηματικό της επίπεδο και οι γνωστικές εκπαιδευτικές της ανάγκες. Η κατάσταση του μωρού πρέπει επίσης να παρακολουθείται στενά εάν η εγκυμοσύνη συνεχιστεί.

Η νοσηλευτική εκτίμηση επιτυγχάνεται με διάφορες στρατηγικές συλλογής⁷

πληροφοριών. Μπορούμε να αναφέρουμε τις κυριότερες: η νοσηλευτική συνέντευξη με την ασθενή, η παρατήρηση, η κλινική εξέταση, η μελέτη του φακέλου της υγείας με το ιατρικό και οικογενειακό ιστορικό, τα προηγούμενα φύλλα νοσηλείας (εάν υπάρχουν), τα εργαστηριακά και άλλα διαγνωστικά ευρήματα, η συνεργασία με συναδέλφους νοσηλευτές, με γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν τη θεραπευτική ομάδα, η ανασκόπηση της νοσηλευτικής και ιατρικής Βιβλιογραφίας, το κριτικό πνεύμα και η επικοινωνία με την ίδια την ασθενή, την οικογένεια της και άλλα πρόσωπα σημαντικά γι' αυτήν.

Όλες οι πληροφορίες που εξασφαλίζονται κατά τη νοσηλευτική εκτίμηση ταξινομούνται, αναλύονται, συσχετίζονται και έτσι αποτελούν τη βάση για τη νοσηλευτική διάγνωση.

Η επικοινωνία με την ασθενή αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην κατανόηση της ογκολογικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η επικοινωνία είναι δυναμική, αμφίδρομη και περίπλοκη διεργασία αποστολής και λήψης μηνυμάτων δια μέσου συμβόλων, χειρονομιών, σημάτων, λέξεων ή άλλων πράξεων. Είναι η μετάδοση μηνυμάτων, με αισθήματα, σκέψεις, συγκινήσεις, ιδέες, αντιλήψεις, κρίσεις, εμπειρίες και αναμνήσεις. Μεγάλη δυσκολία παρουσιάζεται όταν οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με θέματα όπως η επιδείνωση της νόσου και η ενδεχόμενη απώλεια του παιδιού. Οι προκλήσεις λοιπόν σχετικά με την επικοινωνία απαιτούν ικανότητες επικοινωνίας πέρα από τις απλές υποστηρικτικές τεχνικές όπως η συναισθηματική κατανόηση και η καλή ακρόαση. Πολύ χρήσιμη αποδεικνύεται για τους νοσηλευτές η ρύθμιση ειδικών προβλημάτων διαμέσου εξειδικευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων που αφορούν στις δεξιότητες επικοινωνίας.⁷

Νοσηλευτική Διάγνωση

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις διαφέρουν από τις ιατρικές. Μια νοσηλευτική διάγνωση μπορεί να σχετίζεται με την ιατρική αλλά είναι διαφορετική και ξεχωριστή. Σχετίζεται με τις αυτόνομες και ανεξάρτητες λειτουργίες των νοσηλευτών στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων του αρρώστου μέσα στα όρια των νομικά κατοχυρωμένων νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων και ευθυνών τους.

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις μπορεί να είναι αποδεκτές και κατάλληλες κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Ακολουθούν παραδείγματα διαγνώσεων και η αιτιολόγησή τους, που συχνά χρησιμοποιούνται κατά τη διαχείριση των αναγκών των γυναικών με καρκίνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

- Αλλαγή στη θρέψη. Οι απαιτήσεις του σώματος ελαχιστοποιούνται εξαιτίας της ναυτίας και του εμετού από την εγκυμοσύνη αλλά και από τη ναυτία και τον εμετό που συχνά προκαλεί χημειοθεραπεία (ΧΜΘ).
- Μειωμένη δραστηριότητα που σχετίζεται με τις συνδυασμένες επιδράσεις της εγκυμοσύνης και της χημειοθεραπείας (ΧΜΘ) (ή από την ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ)).
- Διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με την ανησυχία για την έκβαση της θεραπείας από τη μία και των κινήσεων του εμβρύου από την άλλη.
- Έλλειψη γνώσεων (για τις επιδράσεις της θεραπείας, για τον τοκετό, για τη φροντίδα του παιδιού όταν γεννηθεί) που σχετίζεται με την έλλειψη πληροφόρησης και εμπειρίας.
- Αμφιλεγόμενες απόψεις (σχετικά με τη διακοπή κύησης, χρόνος και τόπος τοκετού) που σχετίζονται με την έλλειψη πληροφόρησης κ.ά.⁷

6.8 Μέθοδοι γονιμοποίησης μετά από καρκίνο με θεραπείες

Οι γυναίκες που έπασχαν στο παρελθόν από καρκίνο είχαν ελάχιστες πιθανότητες να τεκνοποιήσουν μετά. Όπως τώρα με τις νέες μεθόδους η στειρότητα δεν υπάρχει στο προσκήνιο κατά ένα μεγάλο ποσοστό λόγω των νέων μεθόδων.

Οι νέοι μέθοδοι είναι κρυοσυντήρηση ωαρίων και ωοθηκικού ιστού και επιτρέπει στη γυναίκα να καταψύξει τα ωάρια ή τον ωοθηκικό ιστό της σε νεαρή ηλικία και να τα γονιμοποιήσει όταν το επιλέξει. Το 1995 γεννήθηκε το πρώτο παιδί από κρυοσυντηρημένο ωάριο και, παρότι δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία, εκτιμάται ότι παγκοσμίως έχουν γεννηθεί μέχρι τώρα εκατό παιδιά με αυτό τον τρόπο. Οι μέθοδοι αυτές δεν χρησιμοποιούνται στην καθημερινή κλινική πράξη. Εξελίσσονται μεν, αλλά τα ποσοστά αποτελεσματικότητάς τους δεν είναι ακόμη υψηλά.

Η κρυοσυντήρηση ωαρίων είναι η διατήρηση των ωαρίων σε ειδικές συνθήκες ψύξης για απεριόριστο χρόνο. Το εγχείρημα, πάντως, είναι δύσκολο όσον αφορά την ψύξη, την απόψυξη και τη γονιμοποίηση του ωαρίου, επειδή είναι το μεγαλύτερο κύτταρο του ανθρώπου, περιέχει πολύ νερό και κατά την ψύξη του σχηματίζονται κρύσταλλοι που μπορεί να το καταστρέψουν.

Τα ποσοστά επιβίωσης του ωαρίου μετά την απόψυξη κυμαίνονται από 37 έως 70%, ενώ οι πιθανότητες επιτυχούς κύησης είναι μόλις 14%. (Συγκριτικά, το ποσοστό επιτυχούς κύησης της εξωσωματικής με «φρέσκα» ωάρια είναι τουλάχιστον 25%.) Καθίσταται σαφές ότι μια γυναίκα που επιλέγει να γίνει μητέρα στα 45 της, χρησιμοποιώντας τα κατεψυγμένα ωάρια της, δεν μπορεί να είναι σίγουρη ότι αυτό θα επιτευχθεί. Το 14% για μια γυναίκα που, λόγω²⁰

χημειοθεραπείας, κινδυνεύει να χάσει τη γονιμότητά της είναι υψηλό ποσοστό συγκριτικά με το μηδέν.

Η διαδικασία είναι παρόμοια με αυτήν της εξωσωματικής, και γίνεται **με 5 βήματα** :

Βήμα 1^ο: Η γυναίκα λαμβάνει ορμονοθεραπεία (από 15 ημέρες έως ένα μήνα), ώστε να διεγερθούν οι ωοθήκες της και να παράγουν πολλά ωάρια.

Βήμα 2^ο: Γίνεται η λήψη των ωαρίων με μια ειδική βελόνη, αφού η γυναίκα υποβληθεί σε τοπική ή γενική αναισθησία.

Βήμα 3^ο: Τα ωάρια καταψύχονται.

Βήμα 4^ο: Όταν έρθει η κατάλληλη στιγμή, τα ωάρια αποψύχονται και γονιμοποιούνται με την μέθοδο της μικρογονιμοποίησης (εισαγωγή με ειδική βελόνη του σπέρματος στο ωάριο).

Βήμα 5^ο: Το έμβρυο μεταφέρεται στη μήτρα της γυναίκας με στόχο την επίτευξη της κύησης.

Η κρυοσυντήρηση ωοθηκικού ιστού είναι μια άλλη μέθοδος εκτός από την κρυοσυντήρηση ωαρίων.

Σήμερα εφαρμόζεται και η κατάψυξη του ωοθηκικού ιστού με στόχο την επαναμεταμόσχευσή του στη γυναίκα. Η μέθοδος απευθύνεται κυρίως σε καρκινοπαθείς γυναίκες που, λόγω χημειοθεραπείας ή ακτινοβολίας, παρουσίασαν πρόωρη εμμηνόπαυση. Με την αυτομεταμόσχευση του ωοθηκικού ιστού ο στόχος είναι διπλός: η ορμονική «επιαναφορά» της γυναίκας και η δυνατότητα της σύλληψης.

Με αυτό τον τρόπο έχει επιτευχθεί μία κύηση, γεγονός που είναι ελπιδοφόρο μεν, αλλά καθιστά αδύνατη την αναφορά σε ποσοστά. Η γυναίκα που γέννησε το 2004, στα 32 της, έπασχε από λέμφωμα και ο ωοθηκικός ιστός της είχε κρυοσυντηρηθεί για επτά χρόνια. Μετά τη μεταμόσχευση του ιστού, η γυναίκα²⁰

έμεινε έγκυος με φυσική σύλληψη (χωρίς εξωσωματική) και γέννησε ένα υγιές κοριτσάκι 3,720 κιλών.

Τα **βήματα** που γίνονται για την κρυσυντήρηση ωοθηκικού ιστού είναι:

Βήμα 1^ο: Με λαπαροσκόπηση υπό ολική νάρκωση, λαμβάνονται τμήματα (νησίδια) του ωοθηκικού ιστού ή όλος ο ιστός.

Βήμα 2^ο: Ο ιστός καταψύχεται.

Βήμα 3^ο: Όταν χρειαστεί, ο ιστός αποψύχεται και μεταμοσχεύεται στο βραχίονα ή στην πύελο της γυναίκας - πάνω στην ωοθήκη και κοντά στη σάλπιγγα.

Βήμα 4^ο: Ο ωοθηκικός ιστός αρχίζει να λειτουργεί ξανά, χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Με το πέρας του χρόνου αρχίζει η παραγωγή ορμονών, που οδηγούν στην ωρίμαση των ωοθυλακίων και στην ορμονική αποκατάσταση της γυναίκας.

Όμως υπάρχουν πολλές ενστάσεις:

- Οι πολέμιοι των μεθόδων αυτών τονίζουν το χάσμα γενεών που δημιουργείται όταν οι γυναίκες γίνονται μητέρες σε ολοένα και μεγαλύτερη ηλικία.
- Ένα ακόμη ζήτημα είναι οι κίνδυνοι για την υγεία της γυναίκας που κυοφορεί σε τόσο μεγάλη ηλικία (π.χ. προεκλαμψία, διαβήτης).
- Το τρίτο ζήτημα είναι ότι δεν έχουν γίνει ακόμη τόσες γεννήσεις ώστε να υπάρχουν στατιστικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των μεθόδων.

Η κατάψυξη ωαρίου ή ωοθηκικού ιστού απευθύνεται κυρίως σε γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο ή λέμφωμα και θα υποβληθούν σε θεραπεία (ακτινοβολία, χημειοθεραπεία, χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών) που μπορεί να τους προκαλέσει πρόωρη εμμηνόπαυση. Ωστόσο, οι μέθοδοι αφορούν και τις γυναίκες που²⁰:

- Κάνουν εξωσωματική. Στην προκειμένη περίπτωση μπορεί να καταψυχθεί, για μελλοντικές προσπάθειες εξωσωματικής, το ωάριο και όχι το έμβρυο.
- Δεν έχουν ακόμη σύντροφο και φοβούνται ότι στο μεσοδιάστημα ίσως χάσουν τη γονιμότητά τους.
- Κινδυνεύουν από πρόωρη εμμηνόπαυση.
- Έχουν ενδομητρίωση ή κύστεις ωοθηκών.

Τέλος σε πειραματικό στάδιο βρίσκονται:

- ^a Η λήψη ωαρίων χωρίς ορμονοθεραπεία. Στόχος είναι η λήψη άωρων ωαρίων και η ωρίμασή τους στο εργαστήριο, γεγονός που θα απαλλάσσει τις γυναίκες από τη λήψη ορμονοθεραπείας για την παραγωγή ωαρίων.
- ^a Η εργαστηριακή επεξεργασία του ωοθηκικού ιστού. Στόχος είναι η διέγερση του ωοθηκικού ιστού στο εργαστήριο, ώστε να ληφθούν ωάρια από αυτόν.
- ^a Η κρυοσυντήρηση της ωοθήκης. Στόχος είναι η αφαίρεση - κατάψυξη - απόψυξη - επαναμεταμόσχευση όλης της ωοθήκης στη γυναίκα, ώστε να μείνει έγκυος.²⁰

Κεφάλαιο 7

Στάση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε ασθενείς με καρκίνο

7.1 Φροντίδα στο ψυχολογικό επίπεδο της ασθενούς

Ένας παράγοντας που θα μπορούσε να σταθεί εμπόδιο στην εγκατάσταση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή είναι η παραμέληση της ανακούφισης του ψυχικού πόνου του ασθενούς. Θα ήταν παράλογο αν περίμενε κανείς να μην αναστατωθεί ο ασθενής που αντιλαμβάνεται ή πληροφορείται ότι έχει καρκίνο. Είτε φοβάται υπερβολικά, είτε έχει άγχος και αϋπνία είτε κλαίει, όλα αυτά αποτελούν εκφράσεις της ψυχολογικής κρίσης με την αλλαγή της κατάστασης υγείας του και είναι ένας τρόπος άμυνας. Η σχέση εμπιστοσύνης με το προσωπικό που θα του δώσει διευκρινιστική υποστήριξη, αλλά και υποστήριξη μέσω πληροφόρησης για το τι μπορεί να κάνει για την υγεία του, καθώς και ενθάρρυνση να ζητήσει υποστήριξη από όλο το κοινωνικό του δίκτυο αποτελεί το κλειδί για την επιτυχή λύση αυτής της κρίσης και την ευπροσαρμογή.

Με την εμφάνιση καταθλιπτικού συναισθήματος είτε στα πλαίσια μιας αντιδραστικής κατάθλιψης είτε στα πλαίσια μιας μείζονος κατάθλιψης είναι αναγκαία η παραπομπή για ψυχιατρική εκτίμηση που μπορεί να αποτελέσει μια δεύτερη επιπρόσθετη υποστηρικτική σχέση για τον ασθενή, μπορεί όμως να αρχίσει να αντιμετωπίζεται από τον θεράποντα, αφού τα αντικαταθλιπτικά νέας γενιάς αποτελούν σίγουρα και ασφαλή φάρμακα.

Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει την γυναίκα που πάσχει από καρκίνο είναι πρωταρχικά υποστηρικτικός. Συνοδεύει την ασθενή στην πορεία της και συχνά, με την παρουσία και τη διαθεσιμότητά του, μπορεί να παρέχει τόσο στην ασθενή όσο και στην οικογένειά της την απαραίτητη^{3,13}

ασφάλεια που χρειάζεται σ' αυτές τις δύσκολες στιγμές. Δυστυχώς, μερικές φορές, επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι ο ρόλος του προσωπικού υγείας συνίσταται στο να προστατεύσει τον άρρωστο από τη συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου του.

Άλλοτε πάλι, ενισχύεται η πεποίθηση ότι ρόλος του είναι να οδηγήσει τον άρρωστο σε αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα ή να τον «βοηθήσει να πεθάνει». Στην ουσία, όμως, το σημαντικότερο που μπορεί να προσφέρει το προσωπικό υγείας είναι «να βοηθήσει τον ασθενή να ζήσει μέχρι να πεθάνει», εξασφαλίζοντας το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσή του (Kübler-Ross, 1969).

Κανείς δεν μπορεί να πείσει την ασθενή να αποδεχθεί τον θάνατο της όταν τον αρνείται, ούτε να τον αρνηθεί όταν συνειδητοποιεί και επιθυμεί να συζητήσει τα συναισθήματα της και τις ανησυχίες της σχετικά με τον επικείμενο θάνατο.

Το προσωπικό υγείας παρέχει ουσιαστική στήριξη όταν αποδέχεται τόσο την οργανική και ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται η ασθενής σε μια δεδομένη στιγμή όσο και το θάνατο γενικότερα. Την αποδοχή του την εκφράζει όταν προσφέρεται να συνοδεύσει την ασθενή στην πορεία της αφήνοντας την ίδιο την ασθενή να καθοδηγήσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Με τη διακριτική τους παρουσία, οι επαγγελματίες υγείας εκπέμπουν το μήνυμα ότι δεν την εγκαταλείπουν, ακόμα και όταν δεν διαθέτουν τα μέσα για να την θεραπεύσουν. Μερικές φορές ένα χέρι, η σιωπηλή συντροφιά, μια ματιά, ένας φιλικός λόγος αρκούν για να στηρίξουν το άτομο που έχει καρκίνο. Σύμφωνα με κλινικούς επιστήμονες όταν το προσωπικό αποδέχεται ότι ο ασθενής πρόκειται να πεθάνει, έμμεσα μεταφέρεται και σε αυτόν το μήνυμα ότι «...είναι φυσικό πια να πεθάνει».^{3,13}

Η αποδοχή της πραγματικότητας ότι η άρρωστη πεθαίνει προϋποθέτει αυτογνωσία και προσωπική επεξεργασία των συναισθημάτων και αντιλήψεων που έχει ο επαγγελματίας της υγείας γύρω από το θάνατο καθώς και των στόχων που θέτει στα πλαίσια της φροντίδας που παρέχει στο τελικό στάδιο της ζωής της ασθενούς. Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί μια νέα προσέγγιση γνωστή ως hospice approach (Κατοίκων Νοσηλευτική φροντίδα) της οποίας βασικό χαρακτηριστικό είναι η επικύρωση της ζωής και όχι του θανάτου. Αναγνωρίζει τις ιδιαιτέρες ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει και προωθεί εκείνες τις συνθήκες που θα του εξασφαλίσουν στο μέγιστο βαθμό, άνεση, αξιοπρέπεια και ποιότητα ζωής. Η φροντίδα της ασθενούς που πάσχει από καρκίνο προϋποθέτει την διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα σε ειδικούς που διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις αλλά και «ανθρωπιά». Όταν στόχος της κάθε παρέμβασης δεν είναι πλέον η «θεραπεία» της αρρώστου, αλλά η επιδίωξη ανακούφισης και μέγιστης δυνατής άνεσης, τότε το προσωπικό υγείας ανταποκρίνεται στις ιδιαιτέρες ανάγκες της καρκινοπαθούς που εκδηλώνονται σε πολλά επίπεδα.

Δυστυχώς όμως, στα πλαίσια του επικρατούντος βιοϊατρικού μοντέλου υγείας, ο θάνατος απωθείται και συχνά ιατρικοποιείται, καθώς το προσωπικό υγείας επιδιώκει μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ατόμου να παρέμβει για να το «σώσει». Όταν μάλιστα δένεται με την ασθενή συναισθηματικά και με αφορμή την επιδείνωση της υγείας της ή το θάνατό της, μπορεί να αισθανθεί την ανάγκη να κλάψει, να νιώσει θλίψη, δυσκολεύεται να αυτοσυγκεντρωθεί, βιώνει θυμό, ενοχές, άγχος, γενική κούραση ή αδυναμία να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της δουλειάς του, έχει πονοκεφάλους, αϋπνίες και αλλά συμπτώματα.

Παρ' όλα αυτά, ένα σημαντικό σημείο που διαφοροποιεί το θρήνο του προσωπικού υγείας από εκείνον των συγγενών είναι ότι ο θρήνος του ^{3,13}

προσωπικού δεν παραγνωρίζεται μονάχα από την κοινωνία, αλλά και από τον ίδιο τον εργαζόμενο. Και αυτό συμβαίνει γιατί λανθασμένα πιστεύει ή έχει διδαχθεί ότι «Δεν Πρέπει» να έχει προσωπικές ανάγκες, αντιδράσεις και συναισθήματα, όταν φροντίζει τον άρρωστο. Αντίθετα, πρέπει να είναι «δυνατός», να αντέχει στον πόνο, στην αρρώστια και να διατηρεί τις αποστάσεις του ώστε να μην επηρεάζεται από τις καταστάσεις αυτές αλλά ακόμα και αν επηρεαστεί επιβάλλεται να ελέγχει τα συναισθήματα του για να μην εκτεθεί στα μάτια των συναδέλφων του.

Όλες αυτές οι παράλογες προσδοκίες δυσχεραίνουν την αναγνώριση και την αποδοχή του θρήνου που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας, καθώς στερούνται της υποστήριξης που συχνά έχουν ανάγκη όταν έρχονται αντιμέτωποι με τη σοβαρή αρρώστια, τον πόνο και το θάνατο αρρώστων. Όταν λοιπόν ο εργαζόμενος σε μια ογκολογική κλινική απροετοίμαστος καθώς είναι να συμπαρασταθεί στον ασθενή και την οικογένεια του σε αυτές τις δύσκολες στιγμές τότε νιώθει αδύναμος και ανήμπορος και κατά συνέπεια τους αποφεύγει, ενώ παράλληλα αισθάνεται άσχημα για αυτήν του την συμπεριφορά.

7.2 Φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο

Πολλοί πιστεύουν ότι ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι να καθοδηγήσει την ασθενή σε μια αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα ότι πεθαίνει, γεγονός το οποίο σπάνια γίνεται δυνατό εφόσον συνειδητοποιεί το αναπόφευκτο του θανάτου χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θέλει να πεθάνει.

Υπάρχουν βέβαια και οι ασθενείς που αρνούνται να δεχθούν ότι θα πεθάνουν και σε αυτήν την περίπτωση είναι σημαντικό να διαχωρίσει το προσωπικό υγείας αν η άρνηση αυτή προκαλεί έναν μηχανισμό αυτοπροστασίας^{3,13}

μπροστά στην απειλή του θανάτου ή αποτελεί μια προσποίηση που χρησιμοποιεί το άτομο για να προστατεύσει τα αγαπημένα του πρόσωπα από τον ψυχικό πόνο που θα τους προκαλούσε η γνώση ότι η ίδια ξέρει την σοβαρότητα της κατάστασης της. Όταν λοιπόν προσποιείται, αναπόφευκτα οδηγείται σε μια συναισθηματική αποξένωση για αυτόν το λόγο θα πρέπει η ομάδα υγείας να διατηρεί μια επικοινωνία μαζί της χωρίς να της αποκρύβει τα γεγονότα αλλά ούτε και να της επιβάλλει την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας της.

Σ' αυτήν την δύσκολη φάση της ζωής της ασθενούς θα πρέπει το προσωπικό να είναι έτοιμο να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ενθαρρύνοντας έναν ανοιχτό διάλογο μαζί της που να προϋποθέτει την ετοιμότητα του να συζητήσει θέματα σχετικά με τον θάνατο της, όταν η γυναίκα αναζητήσει κάποιον που είναι πρόθυμος να ακούσει τους φόβους της, χωρίς να της δώσει συμβουλές αλλά να της παρέχει συναισθηματική στήριξη. Βασικά η σημαντικότερη προσφορά που μπορεί να προσφέρει το προσωπικό στηρίζεται στην αποδοχή και στην συμφιλίωση του με την ιδέα του θανάτου και κατά συνέπεια θα αποδεχθεί και η ίδια το δικό της θάνατο.

Όταν η ασθενής συνειδητοποιεί ότι πεθαίνει συχνά βιώνει μια βαθιά υπαρξιακή κρίση και έρχεται αντιμέτωπη σε μια πραγματικότητα που μοιάζει παράλογη, άδικη η δύσκολη και αναρωτιέται διαρκώς «γιατί».

Συμφωνά με την Kauffman (1994), κάθε «γιατί» αποτελεί την βαθύτερη αιτία εσωτερικού τραύματος καθώς θέτει σε αμφισβήτηση ολόκληρο το σύστημα των πεποιθήσεων του ατόμου. Ανακρίνει μια ψυχική διεργασία θρήνου παρόμοια με εκείνη που βιώνει κανείς όταν χάνει αγαπημένο του πρόσωπο. Όμως στην προκειμένη περίπτωση η άρρωστη θρηνεί γιατί χάνει τον ίδιο της τον εαυτό. Ο Stephenson (1994) ονομάζει αυτό τον θρήνο «υπαρξιακό» γιατί πηγάζει^{3,13}

από την αναγνώριση του ατόμου ότι είναι ευάλωτο και θνητό. Ταυτόχρονα μ' αυτήν την συνειδητοποίηση αναζητά τρόπους για να υπερβεί αυτό το τέλος (Becker 1973). Αυτήν την υπέρβαση την επιδιώκει μέσα από την ικανοποίηση τριών βασικών αναγκών που βιώνει στο τέλος της ζωής της (Doka 1993β).

Αυτές είναι οι ακόλουθες:

Ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή της: Στην ανάγκη αυτή το άτομο ανταποκρίνεται ολοκληρώνοντας την ανασκόπηση της ζωής του και προσπαθεί να δώσει νόημα στην ύπαρξη του. Η διεργασία αυτή είναι δυνατόν να αποτελέσει μια πολύ κρίσιμη εμπειρία για μερικούς ασθενείς που βρίσκουν στα πλαίσια της μια αίσθηση πληρότητας και εσωτερικής ηρεμίας εν όψει του επικείμενου θανάτου. Άλλοτε πάλι η ανασκόπηση ζωής φέρνει στην επιφάνεια θυμό, πίκρα, ενοχές για ορισμένες αποφάσεις και πράξεις απογοήτευση για τις χαμένες ευκαιρίες και τους στόχους που δεν ολοκληρώθηκαν ή για τις συγκρούσεις που παρέμειναν άλυτες

Ανάγκη να έχει έναν καλό θάνατο: «Καλός» είναι εκείνος ο θάνατος τον οποίο ορίζει η ίδια η ασθενής. Θεωρεί «καλό» ή «κατάλληλο» θάνατο όταν μπορεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής της σύμφωνα με τις αξίες, πεποιθήσεις και τον τρόπο που πάντα αντιμετώπιζε τις προκλήσεις της ζωής. Για μερικούς αρρώστους ο θάνατος είναι αξιοπρεπής όταν επέρχεται στο χώρο του Νοσοκομείου για ορισμένους όταν περιβάλλονται από συγκεκριμένα πρόσωπα κ.λ.π. Και ενώ πολλοί επιστήμονες επισημαίνουν πόσο σημαντικό είναι το κάθε άτομο να επιλέγει πως θα ζήσει τις τελευταίες ημέρες της ζωής του. Ο Nuland (1994) υποστηρίζει ότι πολλές φορές οι επιλογές και οι αποφάσεις της αρρώστου μπορεί να είναι περιορισμένες ανάλογα με την κλινική και βιολογική πραγματικότητα που διακρίνει την πορεία της συγκεκριμένης ασθένειας και πεθαίνει^{3,13}

Ανάγκη για ελπίδα ...πέρα από τον θάνατο: Σημαντική πνευματική ανάγκη κάθε αρρώστου που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής της είναι να βρει ή να διατηρήσει ζωντανή την ελπίδα ότι υπάρχει ζωή μετά τον θάνατο ή ακόμα και όταν δεν πιστεύει στην μετά το θάνατο ζωή, ότι αφήνει κάτι πίσω της που θα εξακολουθεί να υπάρχει όταν εκείνη δεν θα ζει.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό το νοσοκομειακό πλαίσιο να παρέχει μια συστηματική και οργανωμένη υποστήριξη στα μέλη του προσωπικού υγείας (μέσα από ομάδες ή/και εποπτεία με την καθοδήγηση ψυχολόγου ή ψυχίατρου), ώστε να επεξεργάζονται τις εμπειρίες που βιώνουν στην καθημερινή κλινική πράξη. Εξίσου σημαντική είναι και η παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στα πλαίσια της οποίας, πέρα από την απόκτηση γνώσεων, είναι σημαντικό να αναθεωρούνται στόχοι και να διαμορφώνεται μια φιλοσοφία που να διέπει τη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους και των οικογενειών τους.

7.3 Φροντίδα σε οργανικό επίπεδο

Ο πόνος είναι ένα αρκετά συχνό πρόβλημα στον καρκίνο. Διάφορες έρευνες αναφέρουν την ύπαρξη πόνου σε ποσοστά που κυμαίνονται από 40% έως 90%.

Η συχνότητα εμφάνισής του εξαρτάται από:

- Ø Την πρωτοπαθή εστία (ποικίλει αναλόγως του σημείου του όγκου, από τα οστά και τον τράχηλο 86% έως την λευχαιμία 5%)
- Ø Το στάδιο της νόσου (η επίπτωση του πόνου αυξάνεται με την πρόοδο της
- Ø νόσου)
- Ø Τις εντοπίσεις των μεταστάσεων (π.χ. μεγάλη ένταση του πόνου στα οστά)
- Ø Την ανεπαρκή αντιμετώπισή του^{3,13}

Ø Την προσωπικότητα του ασθενή, τα υποστηρικτικά του συστήματα κ.λ.π.

Σήμερα επικρατούν διάφοροι μύθοι και παρανοήσεις σχετικά με τον πόνο στον καρκίνο και την αντιμετώπιση του.

Οι συνηθέστεροι είναι:

- ✓ Ο πόνος που οφείλεται στον καρκίνο είναι αναπόφευκτος και αθεράπευτος.
- ✓ Η εξάρτηση συνίσταται συχνά στους ασθενείς που παίρνουν οπιοειδή για μεγάλο χρονικό διάστημα.
 - § Η κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή είναι συχνή μετά την χρήση οπιοειδών για τον πόνο.
- ✓ Η ανακούφιση μετά από ένα εικονικό χάπι ή ένεση (placebo) είναι απόδειξη ότι ο ασθενής ψεύδεται ότι πονάει.
- ✓ Τα ισχυρά οπιοειδή δεν πρέπει να δίνονται παρά μόνο όταν ο πόνος γίνεται πολύ ισχυρός.
- ✓ Οι ηλικιωμένοι ασθενείς υποφέρουν λιγότερο από ότι οι νεότεροι.
- ✓ Οι ασθενείς αναφέρουν αυθόρμητα τον πόνο τους.
- ✓ Οι ασθενείς που υποφέρουν πρέπει να εκδηλώνουν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά που υποδηλώνει πόνο π.χ. να βογκούν, να σφαδιάζουν κ.λ.π.
- ✓ Ο ίδιος βαθμός βλάβης των ιστών θα πρέπει να προξενεί παρόμοιο βαθμό
- ✓ πόνου σε διαφορετικούς ασθενείς.

Η ανακούφιση του σωματικού πόνου αποτελεί ένα αναπόσπαστο μέρος της όλης φροντίδας προς την ασθενή. Σήμερα είναι κοινώς αποδεκτό ότι πρέπει και μπορεί να ανακουφιστεί ο πόνος της ασθενούς με καρκίνο. Καταρχήν ζητούμενο παραμένει το μαγικό φάρμακο με μεγάλη αποτελεσματικότητα, ανύπαρκτη ή περιορισμένη τοξικότητα, μεγάλη διάρκεια δράσης, χαμηλό κόστος, έλλειψη προκαταλήψεων και απουσία γραφειοκρατικών εμποδίων.^{3,13}

Η αντιμετώπιση του πόνου στον καρκίνο από τους επαγγελματίες υγείας σε μια Ογκολογική κλινική είναι μιας συνεχούς κυκλική διεργασία με πέντε στάδια, που είναι τα εξής:

- Ø Συνεχής αξιολόγηση του πόνου και καταγραφή των παρατηρήσεων.
- Ø Πληροφόρηση και εκπαίδευση της ασθενούς και του οικογενειακού περιβάλλοντος για τις εσφαλμένες αντιλήψεις περί οπιοειδών, τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, τον τρόπο δράσης της αναλγητικής θεραπείας, και τεχνικές αυτοελέγχου του πόνου.
- Ø Την υποστήριξη των ήδη αποδεδειγμένων αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την ανακούφιση του πόνου του συγκεκριμένου ασθενή.
- Ø Την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Ø Την συνεχή εκτίμηση και αναφορά του αναλγητικού αποτελέσματος. Την συνεργασία με τους άλλους επιστήμονες υγείας για την αντιμετώπιση του ολικού πόνου.

Από τη μεριά της η ασθενής με καρκινικό πόνο έχει ορισμένα δικαιώματα τα οποία καθορίστηκαν από το Κέντρο Ανακούφισης Πόνου του Wisconsin. Έχει το δικαίωμα να γίνεται πιστευτός ο πόνος του από τους θεράποντες, την οικογένειά της και τους φίλους της. Έχει το δικαίωμα να ελέγχεται ο πόνος της ανεξάρτητα από την αιτία του ή το πόσο έντονος μπορεί να είναι. Έχει το δικαίωμα να προσεγγίζεται με σεβασμό σε όλες τις στιγμές και όταν χρειάζεται παυσίπονα να μην αντιμετωπίζεται ως μια φαρμακοεξαρτώμενος.^{3,13}

Επίλογος

ο καρκίνος ορίζεται σαν νόσος που είτε θεραπεύεται πλήρως είτε παραμένει μια χρόνια νόσος, δεν επιλέγει φύλλο ή ηλικία και απαιτεί πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη.

Τα ποσοστά εμφάνισης στον κάθε οργανισμό αυξομειώνονται σύμφωνα με νέες έρευνες ή μελέτες. Οι λόγοι αυτής τις αυξομείωσης επηρεάζονται από περιβαλλοντικούς, διατροφικούς, ηλικιακούς, ιατρικούς (π.χ. Ορμονολογικούς), φύλλου, κληρονομικούς παράγοντες και τέλος με βάση τις εξελίξεις της επιστήμης και της τεχνολογίας (π.χ νέες μέθοδοι εξετάσεις, μηχανήματα).

Οι θεραπείες του Ca ποικίλουν ανάλογα με το μέγεθος του όγκου ή της σταδιοποίησης, το όργανο που έχει προσβάλλει, αλλά και με την ηλικία και τον οργανισμό του ασθενή. Οι πιο διαδεδομένες είναι η Χημειοθεραπεία (ΧΜΘ), ακτινοθεραπεία (ΑΘΠ), ορμονική θεραπεία, ή εγχειρητική παρέμβαση και η μεταμόσχευση.

Οι θεραπείες αν και αποτελεσματικές κατά ένα μεγάλο ποσοστό, εμφανίζουν παρενέργειες. Οι πιο σύνηθες είναι : Ναυτία, εμετό, κούραση και αλωπεκία. Υπάρχει πιθανότητα να εμφανιστούν και αλλά, αυτό εξαρτάται από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται και η αντίδραση του οργανισμού.

Το ιατρό- νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για τις παρενέργειες και την αποτελέσματα τους και να τους καθοδηγεί για την ασφάλεια τους αλλά και τη μείωση των συμπτωμάτων ακούγοντάς συμβουλές.

Η συνύπαρξη καρκίνου και εγκυμοσύνης σπανίζει, Σε περίπτωση εμφάνισης θα πρέπει να οριστεί μια ιατρική ομάδα από γυναικολόγο, ογκολόγο για την καλύτερη έκβαση.

Η ψυχολογία της γυναίκας είτε έχει καρκίνο είτε ο καρκίνος συνυπάρχει με την εγκυμοσύνη αλλάζει .Δημιουργούνται φόβο. ανασφάλειες και αγωνία και άγχος για το μέλλον. Το ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι έτοιμο και γνωστικά καταρτισμένο για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες των ογκολογικών υποθέσεων.

Τέλος ο/η ογκολογικός ασθενής θα πρέπει να θεωρείται μια ειδική οντότητα και να αντιμετωπίζεται διαφορετικά, γιατί και η νόσος διαφέρει λόγω εξέλιξή της αλλά και την πολυπλοκότητας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Λεξιλόγιο Συντομογραφιών ²⁶:

AFP (alpha fetoprotein): α-εμβρυική σφαιρίνη

CA (Cancer Antigen): Καρκινικό αντίγονο

CEA (Carcino Embryonic Antigen): Καρκινοεμβρυονικό αντιγόνο

CA 19-9 (Cancer Antigen 19-9): Καρκινικό αντιγόνο 19-9

CA 15-3 (Cancer Antigen 15-3): Καρκινικό αντιγόνο 15-3

CA 50 (Cancer Antigen 50): Καρκινικό αντιγόνο 50

CA-125: (Cancer Antigen 125): Καρκινικό αντιγόνο 125

CA 549 (Cancer Antigen 549): Καρκινικό αντιγόνο 549

CA 27.29 (Cancer Antigen 27.29): Καρκινικό αντιγόνο 27.19

CA 19-5 (Cancer Antigen 19-5): Καρκινικό αντιγόνο 19-5

CA 72-4 (Cancer Antigen 72-4): Καρκινικό αντιγόνο 72-4

CA 242 (Cancer Antigen 242): Καρκινικό αντιγόνο 242

CT : (computerized axial tomography a clinical procedure with which transverse x-ray views of the body are taken) αξονική τομογραφία

DNA : (Deoxyribonucleic acid) δεσοξυριβοζονουκλεϊνικό οξύ

FSH (Follicle-stimulating hormone): Θυλακιοτρόπος ορμόνης

FAP : (Familial adenomatous polyposis) οικογενής πολυποδίαση

FSH : Ωοθυλακιοτρόπο ορμόνη

HNPCC : Οικογενής κολοορθικός καρκίνος χωρίς πολυποδίαση,

HCG : Γοναδοτρόπος ορμόνη

HCT : (percentage of red cells in a sample of blood) αιματοκρίτης

HB: (iron-containing substance in erythrocytes; enables the red cell to carry oxygen) αιμοσφαιρίνη

HPV (Human papilloma virus): Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων

HIV : (Human Immunodeficiency Virus) : Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας

HCG (human Chorionic Gonadotropin): Ανθρώπινη χοριακή

IL-2 : Ιντερλένικη 2

KCl : Κάλιο

LH (luteinizing hormone): Ωχρινοτρόπος ορμόνης

MRI : (magnetic resonance imaging) απεικονιστική μαγνητικού συντονισμού, μαγνητική τομογραφία

NSE (Neuron Specific Enolase): Ειδική ενολάση των νεύρων

PAP (Prostatic Acid Phosphatase): Όξινη προστατική φωσφατάση

PT : Προθρομβίνης

PTT : Μερικής θρομβοπλαστίνης

PSA (Prostatic Specific Phosphatase): Όξινη προστατική φωσφατάση
γοναδοτροπίνη

SCENT : Σπινθηρογράφημα οστών

SGOT : (enzyme tests of liver function 2. serum glutamic oxaloacetic transaminase) ενζυμικά τεστ για τη λειτουργία του ήπατος

SGPT : (enzyme tests of liver function 2. serum glutamic pyruvic transaminase) ενζυμικά τεστ για τη λειτουργία του ήπατος

TSH (Thyroid-stimulating hormone): Θυρεοειδοτρόπος ορμόνη

ΑΘΠ : ακτινοθεραπεία

ΕΝΥ : Εγκέφαλο νωτιακό υγρό

ΚΟΚ : Κολοορθικός καρκίνος

ΧΜΘ : Χημειοθεραπεία

Φωτογραφικό υλικό

HPV²⁹



ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΙΣΗ ΟΓΚΩΝ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΑ ΟΡΓΑΝΑ



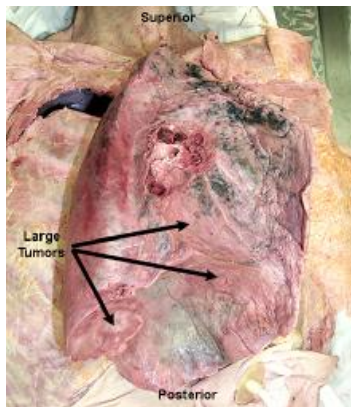
Καρκίνος Μαστού.³⁰



Καρκίνος Μαστού σε μαστογραφία .²⁷



Καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.²⁸



καρκίνος του πνεύμονα.³¹



ολική μαστεκτομή²²

Αυτοεξέταση των μαστών

Η αυτοεξέταση των μαστών αποτελεί την πρώτη και βασική μέθοδο προληπτικής εξέτασης των μαστών και μπορεί να γίνει πολύ απλά στο σπίτι από την ίδια την γυναίκα. Όλες οι γυναίκες από την ηλικία των 20 ετών πρέπει να μάθουν να κάνουν σωστά αυτοεξέταση στους μαστούς τους.

ΒΗΜΑ 1ο



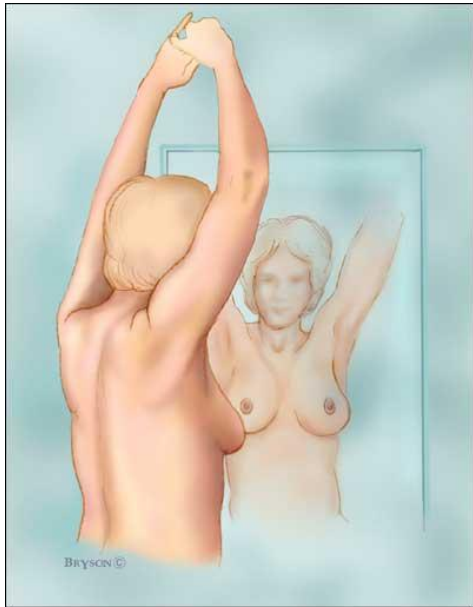
Ξεκινήστε κοιτάζοντας τους μαστούς σας στον καθρέφτη.

Ελέγχουμε το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα. Οι δύο μαστοί πρέπει να είναι συμμετρικοί και ομοιόμορφοι.

Σημεία που χρειάζονται διερεύνηση:

- Εισολκή δέρματος ή θηλής
- Δέρμα σαν «φλοιός πορτοκαλιού»
- Ερυθρότητα
- Διόγκωση
- Αποβολή υγρού ή αίματος από την θηλή
- Διαγραφή των φλεβών κάτω από το δέρμα

ΒΗΜΑ 2ο



Σηκώστε τα χέρια και παρατηρήστε για τα ίδια σημεία

Ακολουθώντας πιέστε και τις δύο θηλές και ελέγξτε αν υπάρχει αποβολή υγρού από αυτές

Το υγρό αυτό μπορεί να είναι γαλακτώδες, κίτρινο ή αίμα

ΒΗΜΑ 3ο

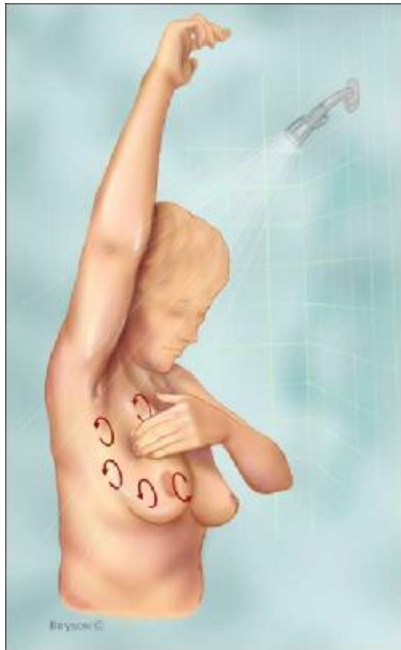


Ξαπλώστε και εξετάστε τους μαστούς κάνοντας μικρές κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων σας, μέχρι να καλύψετε όλη την έκταση του κάθε μαστού. Ακολουθείστε πορεία από πάνω προς τα κάτω και από έξω προς τα μέσα.

Προσπαθήστε να αισθανθείτε οποιαδήποτε μάζα στο εσωτερικό του μαστού.

Το δεξί χέρι εξετάζει τον αριστερό μαστό και το αντίθετο.

ΒΗΜΑ 4ο



Ακολουθείστε την ίδια διαδικασία με τα ίδια βήματα σε όρθια θέση

Πολλές γυναίκες αισθάνονται καλύτερα τον μαστό τους όταν το δέρμα είναι υγρό και γλιστερό, έτσι προτιμούν να κάνουν αυτό το στάδιο της αυτοεξέτασης όταν κάνουν μπάνιο.²⁵

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία:

- 1) Αγοραστός Θεόδωρος Α., (2003), «Πρόληψη στην γυναικολογική ογκολογία», Εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα

- 2) Αναγνωστόπουλος Φ. – Παπαδάτου Δ., (1980), «Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο», Εκδόσεις ΚΕΡΔΟΣ, Αθήνα

- 3) Αναγνωστόπουλος Φ. – Παπαδάτου Δ., (1999), «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας»,
Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Αθήνα

- 4) Αραβαντινός Δ. και Κρεάτσας Γ., (1997), «Εφηβική γυναικολογία, αναπαραγωγή και εμμηνόπαυση», Τριμηνιαία έκδοση της ελληνικής εταιρείας, παιδικής και νεανικής γυναικολογίας. Τόμος 9 – Τεύχος 4

- 5) Κονιάρη Ευδοξία. (1991), «Καρκίνος του μαστού. Νοσηλευτική παρέμβαση», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

- 6) Παπανικολάου, Ν.,Α., (1999), «Μαιευτική», 3^η έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις, Γρηγόριος Παρισιάνος - Μαρία Γρ., Παρισιάνου, Αθήνα

- 7) Παυλίδης Ν., (2006), «Εγκυμοσύνη και Καρκίνος», Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

- 8) Ρηγάτος Γεράσιμος Α., (2005), «Ελληνική Ογκολογία», Τόμος 41, τεύχος 2

- 9) Σαχίνη-Καρδάση Α. και Πάνου Μ., (1997), *"Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές Διαδικασίες"*, Τόμοι 1,2,3, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- 10) Περιοδικό Υγεία & Ευεξία. «Καρκίνος του μαστού. Η έγκαιρη ενημέρωση καταπολεμά την ασθένεια», Συνέντευξη του Ευάγγελου Φιλόπουλου, ιατρός-χειρουργός του νοσοκομείου «Άγιος Σάββας»
- 11) Φωτίου Στέλιος Κ., (2008), «Γυναικολογική Ογκολογία», Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
- 12) Pamela J. Shapiro, (2001), «Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική», Επιμέλεια Ανδρέας Γεωργιόπουλος, Εκδόσεις Έλλην
- 13) Peler Lambley Dh. D, (2005), «Η ψυχολογία του καρκίνου, Πρόληψη και επιβίωση. Τι μπορείς να κάνεις για να βοηθήσεις τον εαυτό σου», Μετάφραση Καρακατσάκη Ρένα, Εκδόσεις Μακρής, 2005

Ξένη βιβλιογραφία:

- 14)Claus EB, Risch N, Thompson WD, (1991), «*Genetic analysis of breast cancer in the cancer and steroid hormone study*», Am J Hum Genet
- 15) Hall JN, Lee MK, Newman B, Morrow JE, Anderson LA, (1990), «*Linkage of early-onset familial breast cancer to chromosome*»,
- 16) Holland JF Clidewello Cooper, (1990), «*Adverse effect of of radiotherapy on adjuvant Chemotherapy for Carcinoma of the breast Surg Cyn*»

17) Jacobs IJ, Smith SA, Wiserman RW, Furreal PA, Harrington TA, (1993), «*Deletion unit on chromosome in epithelial ovarian tumors distal to the familial breast / ovarian cancer locus*»

18) Renton sc. Garett J.C. Ford HT et al: The importance of the resection margin in conservative surgery for breast cancer. *European Journal of Oncology* 22(1) 17-22 1996.

19) Runowitz C., Petrec J and Gansler T. (1999), «*Women and Cancer: A Thorough and Compassionate Resource For Patients and their Families*», Villard books. New York

Ηλεκτρονικές διευθύνσεις:

20) www.vita.gr

21)

22) <http://www.artion-plasticsurgery.com/images/content/surgery/apokat-mastou01.jpg>

23) www.unborn.gr

24) www.pubmedcentral.nih.gov

25) <http://www.aimodiagnosi.gr/articles/view/92>

26) <http://www.med.auth.gr/db/dictionary1/gr/>

27) <http://www.forumgs.gr/forum/showthread.php?p=87432>

28) http://sompоро.blogspot.com/2009/11/blog-post_25.html

29) <http://emedicine.medscape.com/article/219110-media>

30) <http://www.upstate.edu/cdb/grossanat/thoraxpath8.php>