



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΕΥΠ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

# **«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:  
ΦΙΛΙΠΠΑΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:  
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2010**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις σοβαρότερες ασθένειες της εποχής μας όπου το άκουσμά της και μόνο προκαλεί φόβο και ανασφάλεια, αφού πολλοί την ταυτίζουν με έντονο σωματικό πόνο και την θεωρούν ανίατη νόσο. Η πρόκληση για τους επιστήμονες υγείας είναι πολύ μεγάλη αφού καλούνται να βοηθήσουν όχι μόνο με την εγκυρότερη διάγνωση και την ανάγκη αποτελεσματικότερης θεραπείας αλλά να συνεισφέρουν στην καλύτερη ποιότητα ζωής και έκβαση της ασθένειας στους πάσχοντες ασθενείς..

Θα ήταν χρήσιμο να αναφέρουμε ότι ετυμολογικά, σύμφωνα με τον Έλληνα γιατρό Γαληνό Κλαύδιο, που έζησε τον 3<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ. καρκίνος σημαίνει κάβουρας. Ο Γαληνός τον παρουσιάζει ως μια διόγκωση και διήθηση της πάσχουσας περιοχής, με αποτέλεσμα να διαταχθεί με τέτοιο τρόπο γύρω από τον όγκο, ώστε η όλη εικόνα να μοιάζει με τον κάβουρα της θάλασσας. Η ονομασία αντικατοπτρίζει και τον πόνο από τον καρκίνο, ίδιο με αυτόν που νιώθει κάποιος όταν τον δαγκώσει κάβουρας.

Η νόσος προκαλείται από μια ομάδα μη φυσιολογικών κυττάρων του σώματος και έχουν χάσει τον φυσιολογικό έλεγχο στον πολλαπλασιασμό τους και αντί να αναπτύσσονται κανονικά με έναν ελεγχόμενο τρόπο, πολλαπλασιάζονται γρήγορα και ανεξέλεγκτα. Έτσι, εξαπλώνονται με γρήγορο ρυθμό είτε κατ' ευθείαν μέσα από τους ιστούς, είτε διασπείρονται μέσω της αιματικής ή λεμφικής κυκλοφορίας σε απομακρυσμένους υγιείς ιστούς δημιουργώντας μεταστάσεις.

Η χειρουργική αντιμετώπιση έχει σκοπό να αφαιρέσει συνήθως όλη την μακροσκοπικά ορατή νόσο ενώ ο στόχος της χημειοθεραπείας και της ορμονοθεραπείας είναι να αλλάξει την βιολογική συμπεριφορά των καρκινικών κυττάρων και να τα κάνει ευάλωτα στα φάρμακα. Η ακτινοθεραπεία με τη σειρά της στοχεύει στην πρόκληση θανατηφόρων και μη αναστρέψιμων βλαβών στα καρκινικά κύτταρα, προκαλώντας κυρίως βλάβες στο DNA.

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

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μια συνοπτική αναφορά της δομής της εργασίας και αναλυτικότερα των βασικών περιεχομένων των κεφαλαίων, ακολουθεί στη συνέχεια για την πληρέστερη καθοδήγηση κατά την ανάγνωση της εργασίας.

Συγκεκριμένα, σε αυτή την εργασία ξεκινώντας από το **Κεφάλαιο 1** γίνεται λόγος αρχικά στα βασικότερα στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας του γυναικολογικού συστήματος. Στη συνέχεια στο **Κεφάλαιο 2** γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης του όρου «καρκίνος» και αναφέρονται τα σημεία, τα συμπτώματα και η διάγνωσή του. Δίνεται επίσης ιδιαίτερη έμφαση στην σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αφού σχετίζεται με την λήψη θεραπευτικών επιλογών αλλά έχει και προγνωστική αξία. Στο **Κεφάλαιο 3** γίνεται ανάλυση τόσο της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης όσο και των παρενεργειών που επιφέρει το εμβόλιο κατά αυτού του γυναικολογικού καρκίνου. Στο **Κεφάλαιο 4** εξετάζονται η διάγνωση και αντιμετώπιση της CIN, η εφαρμογή της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας αλλά και οι παρενέργειές αυτών. Στο **Κεφάλαιο 5** γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στο μεγάλο ζήτημα του καρκινικού πόνου και της νοσηλευτικής παρέμβασης. Στο **Κεφάλαιο 6** περιλαμβάνεται η προσωπική αφήγηση μιας γυναίκας που βρίσκεται στη φάση της χημειοθεραπείας αλλά και η νοσηλευτική διεργασία σε πραγματικό περιστατικό ασθενούς που νοσηλεύτηκε στο Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ».

Τέλος, στο μέρος των **Ειδικών Θεμάτων** γίνεται αναφορά τόσο στο σύνδρομο καταβολής όσο και σε φλέγοντα ζητήματα όπως εγκυμοσύνη, μητρότητα, σεξουαλικότητα και πως μπορούν να επηρεαστούν από τον καρκίνο.

## ABSTRACT

A summary report of what is going to follow in the assignment would help in the comprehensive understanding of cervix cancer.

In more detail, in this assignment and starting from **Chapter 1**, the basics of the gynecological anatomy and physiology are mentioned. Then in **Chapter 2** an effort is being made to understand the term “cancer” and also the main signs of illness. What is emphasized is the staging of cervix cancer since it is related to medicine reception, but it also holds diagnostic value. In **Chapter 3** what is analyzed is first, second and third level of prevention as well as the side effects of vaccination. **Chapter 4** includes the attitude of CIN and side effects of chemotherapy and radiotherapy. **Chapter 5** deals with the grand issue of cancer pain and nursing intervention. **Chapter 6** is about a personal account of a patient with cancer during chemotherapy and the nursing action on a real incident involving a patient who was hospitalized at the METAXA Anti-Cancer Hospital in Piraeus.

Finally, at the **Special Issues** section include the syndrome of infirmity hot issues such as pregnancy, maternity and sexuality are dealt with and how they can be affected by cancer.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

1.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	7
1.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	8
1.3 ΥΦΗ ΤΡΑΧΗΛΟΥ.....	10
1.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ .....	11

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....	12
2.2 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	14
2.3 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	15
2.4 ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ PREP PAP TEST.....	17
2.5 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	19
2.6 ΣΤΑΔΙΑ.....	21
2.7 TNM ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	22

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

3.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	28
3.2 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΗΡV ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ.....	34

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ CIN.....	36
4.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ CIN.....	36
4.3 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΩΝΟΕΙΔΟΥΣ ΒΙΟΨΙΑΣ.....	37
4.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	38
4.5 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	38
4.6 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	40
4.7 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ.....	41
4.8 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	43
4.9 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΕΙΔΗ, ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ, ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	46

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

5.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	50
5.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	51
5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	52

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

6.1 ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΦΗΓΗΣΗ: ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	58
6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	61

## ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ.....	63
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	64
ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....	66
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΣΤΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	68
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ.....	73
ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ-ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	74
ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	79

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος τραχήλου μήτρας είναι ο δεύτερος πιο συχνός γυναικολογικός καρκίνος μετά από τον καρκίνο του μαστού. Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ίαση και για το λόγο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να δώσουμε ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωσή αφού είναι η κύρια οδός για το δρόμο προς τη θεραπεία και αποκατάσταση της ασθενούς.

Στόχος αυτής της εργασίας είναι να βοηθήσει τους αναγνώστες να κατανοήσουν σε βάθος ότι αφορά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αλλά και να δώσει ιδιαίτερη έμφαση και προσοχή στη νοσηλευτική παρέμβαση, αφού ο νοσηλευτής έχει καθοριστικό ρόλο στη φροντίδα, στην εκπαίδευση και στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.

Η νόσος χωρίζεται σε συγκεκριμένα στάδια όπου αναλόγως αυξάνονται και οι πιθανότητες για επιτυχή θεραπεία και έκβαση. Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για να επιτευχθεί αυτό είναι η πρόληψη και ως εκ τούτου και η ενημέρωση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Ο γυναικείος πληθυσμός θα πρέπει να έχει ως ασπίδα του τη σωστή και επαρκή πληροφόρηση έτσι ώστε να είναι ικανός να αντιμετωπίσει την τυχόν έκθεσή του σε αυτή τη δοκιμασία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο. Αυτό έχει σχήμα τριγωνικό, με τη βάση του στην ηβική πτυχή, τις πλευρές του στις αιδοιομηριαίες πτυχές και την κορυφή του στο κέντρο του περινέου<sup>1</sup>.

**Το αιδοίο αποτελείται από:**

**-Εφήβαιο:** αποτελεί ένα λιπώδες έπαρμα πάνω από την ηβική σύμφυση, που καλύπτεται από τριχωτό δέρμα<sup>2</sup>.

**-Τα μεγάλα χείλη:** αποτελούνται από δύο μεγάλες δερματικές πτυχές, που συγχωνεύονται προς τα εμπρός και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο. Καλύπτονται στην έξω επιφάνεια από πυκνή τρίχωση και περιέχουν συνδετικό ιστό και δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Το δέρμα τους αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, χόριο και ένα λεπτό στρώμα λείων μυϊκών ινών.

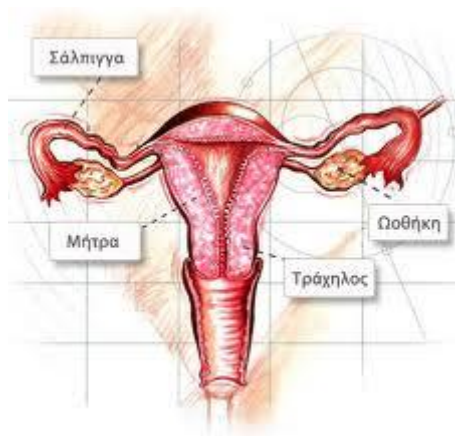
**-Τα μικρά χείλη:** παριστάνουν δύο δερμάτινες πτυχές που απολήγουν προς τα εμπρός στην πόσθη και στον χαλινό της κλειτορίδας. Προς τα πίσω τα μικρά χείλη ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό τους, μπροστά από τον οποίο σχηματίζεται ο σκαφοειδής βόθρος. Το δέρμα τους είναι άτριχο και αποτελείται από πλακώδες επιθήλιο, που μεταβάλλεται βαθμιαία προς τη βάση των χειλέων σε βλεννογόνο επιθήλιο. Περιέχουν συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολυάριθμα αιμοφόρα αγγεία και στυτικό ιστό που κάνει τα μικρά χείλη ιδιαίτερα ευαίσθητα.

**-Κλειτορίδα:** αποτελείται από δύο κυλινδρικά σηραγγώδη σώματα, που καταλήγουν στη βάλανο της κλειτορίδας. Έχει μήκος 3-4 εκ. Τα σηραγγώδη σώματα καλύπτονται από τους βολβοσηραγγώδεις μύες, οι οποίοι παγιδεύουν με τη σύσπασή τους το αίμα στα σηραγγώδη σώματα και επιφέρουν τη σύση της κλειτορίδας.

**-Πρόδρομος:** είναι η περιοχή που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και το χαλινό τους. Σ' αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος και καταλήγουν τα στόμια παρακείμενων αδένων. Καλύπτεται από βλεννογόνο με πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο<sup>1,2</sup>.



## 1.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ



*Εικόνα 1: Τα γυναικεία εσωτερικά γεννητικά όργανα<sup>3</sup>*

**-Κόλπος:** αποτελεί μυϊκό σωλήνα μήκους, 8-10 εκ. περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα στον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Έχει σχήμα **H** (σε εγκάρσια διατομή), με κατεύθυνση προς τα πίσω και άνω σε όρθια γυναίκα. Τα κολπικά τοιχώματα είναι πτυχωτά και καλύπτονται με βλεννογόνο από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο χωρίς αδένες<sup>1</sup>.

**-Μήτρα:** έχει περίπου το μέγεθος ενός αχλαδιού. Διαθέτει ένα παχύ, μυϊκό τοίχωμα και είναι τοποθετημένη μέσα στη μικρή πύελο μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Έχει μήκος περίπου 7-8 εκ. και εγκάρσια διάμετρο περίπου 4 εκ.

Η μήτρα στηρίζεται στο μέσο της μικρής πυέλου με τους στρόγγυλους, τους πλατείς, τους ιερομητρικούς και τους εγκάρσιους τραχηλικούς συνδέσμους και προς τα κάτω με τους ανελκτήρες του πρωκτού<sup>2</sup>.

Αποτελείται από δύο τμήματα το πάνω, που είναι ογκώδες και τριγωνικό και λέγεται σώμα, και το κάτω που είναι στενό και κυλινδρικό, και λέγεται τράχηλος<sup>1</sup>.

Η μήτρα καλύπτεται στο σύνολο της από περιτόναιο (ορογόνο χιτώνας) με εξαίρεση το πρόσθιο κάτω τμήμα της, που καλύπτεται από την ουροδόχο κύστη.

Η αιματική παροχή εξασφαλίζεται κυρίως από τη μητρίαία αρτηρία (τελικό κλάδο της υπογάστριας ή έσω λαγονίου αρτηρίας).

Η νεύρωση στο σώμα της μήτρας παρέχεται από τις κατώτερες θωρακικές, καθώς και από τις οσφυϊκές και τις ιερές ρίζες<sup>2</sup>.

**-Τράχηλος:** αποτελεί το τμήμα σύνδεσης μεταξύ της μήτρας και του κόλπου και βρίσκεται στο άνω τμήμα του κόλπου<sup>6</sup>. Αποτελεί ένα κωνοειδές και σχετικά σκληρό όργανο, μήκους 2-3 εκ. και εξωτερικής διαμέτρου 2,5 εκ<sup>2</sup>.

Ο τράχηλος διακρίνεται σε δύο μοίρες την υπερκολπική, που βρίσκεται σε συνέχεια με το σώμα της μήτρας, και την ενδοκολπική, που είναι συνέχεια της πρώτης και προβάλλει μέσα στον κόλπο σχηματίζοντας τους θόλους, που διακρίνονται σε πρόσθιο, οπίσθιο, δεξιό και αριστερό.

Ο αυλός του τραχήλου λέγεται ενδοτράχηλος, έχει σχήμα ατράκτου και προς τα πάνω οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα με το εσωτερικό στόμιο και προς τα κάτω στην κολπική κοιλότητα με το εξωτερικό στόμιο<sup>1</sup>.

Το έξω τραχηλικό στόμιο είναι στρογγυλό στην άτοκο γυναίκα, με διάμετρο κυμαινόμενη στις διάφορες φάσεις του κύκλου μεταξύ 0,2 και 0,5 - 0,6 εκ., ενώ γίνεται σχισμοειδής μετά τον τοκετό.

Η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται μέχρι το έξω στόμιο από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ ο ενδοτραχηλικός αυλός επικαλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο. Η αγγειακή παροχή στον τράχηλο προέρχεται από την τραχηλική αρτηρία, που αποτελεί κλάδο της κατιούσης μητριάιας αρτηρίας.

Η νεύρωση προέρχεται από το δεύτερο, το τρίτο και το τέταρτο ιερό νεύρο και το πυελικό συμπαθητικό πλέγμα<sup>2</sup>.

**-Ωοθήκες** αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Είναι δύο συμπαγείς, στη σύσταση και έχουν το σχήμα και το μέγεθος αμυγδάλου<sup>1</sup>.

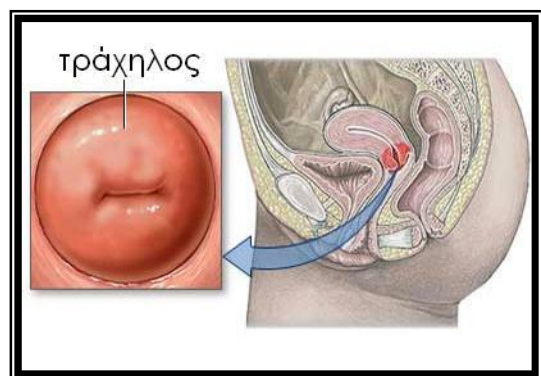
Έχουν διαστάσεις 3\*2\*1,5 εκ. και το βάρος τους ανέρχεται σε 7-12 γραμ. Είναι λευκιωπά όργανα και είναι τοποθετημένα στα «ωοθηκικά βοθρία» σχεδόν εγκάρσια προς το πλάγιο πυελικό τοίχωμα<sup>2</sup>. Οι ωοθήκες στηρίζονται από τους κρεμαστήρες συνδέσμους, τους μητροωθηκικούς ή ίδιους συνδέσμους και τα μεσοωθήκια. Οι ωοθήκες αποτελούνται από έξω προς τα μέσα από το βλαστικό επιθήλιο, τη φλοιώδη ουσία, τη μυελώδη ουσία και τις πύλες<sup>1</sup>.

Οι ωοθηκικές αρτηρίες εκπορεύονται από την αορτή, φθάνουν στις ωοθήκες μέσω του κρεμαστήρα συνδέσμου και αναστομώνονται με τους τελικούς κλάδους των μητριάιων αρτηριών. Η νεύρωση προέρχεται από τις ραχιαίες ρίζες του Θ10 και πρώτου ιερού νεύρου καθώς και από ίνες του πυελικού και του οσφυϊκού πλέγματος<sup>2</sup>.

**-Σάλπιγγες** αποτελούν δύο λεπτούς σωλήνες, μήκους 10-12 εκ., και εκτείνονται ανάμεσα από τα κέρατα της μήτρας και τις ωοθήκες. Αποστολή τους είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωοθηκών μέσα στον αυλό τους, για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να πετύχουν σύλληψη<sup>1</sup>. Το τοίχωμα της σάλπιγγας αποτελείται από δύο στρώματα λεπτών μυϊκών ινών, ένα επίμηκες προς τη εξωτερική επιφάνεια και ένα κυκλωτές προς τον αυλό. Ο αυλός της σάλπιγγας επικαλύπτεται από κυβοειδές επιθήλιο με αραιό στρώμα. Η αγγειακή παροχή στα πλησιέστερα προς τη μήτρα τμήματα της σάλπιγγας προέρχεται από τους τελικούς κλάδους της μητριάας αρτηρίας, ενώ τα περιφερειακά τμήματα αιματώνονται από κλάδους της ωοθήκης. Η νεύρωση είναι παρόμοια με της μήτρας<sup>2</sup>.

### 1.3 ΥΦΗ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Η υφή του τραχήλου δεν είναι όμοια με αυτή του σώματος της μήτρας. Ο αυλός του τραχήλου, ο ενδοτράχηλος, καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, που εμφανίζει καταδύσεις μέσα στο μυϊκό τοίχωμα. Το επιθήλιο αυτών των καταδύσεων δεν αποτελούν ουσιαστικούς αδένες, παρακολουθεί τις μεταβολές του ωοθηκικού κύκλου.



*Εικόνα 2: Ο τράχηλος της μήτρας<sup>4</sup>*

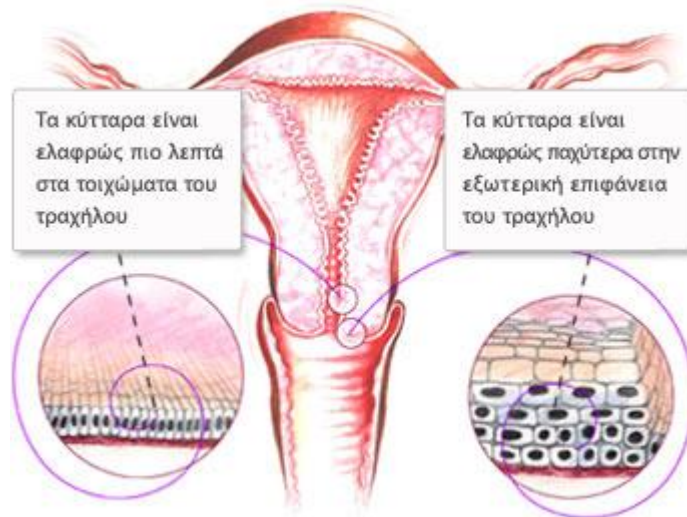
Τα κύτταρα του επιθηλίου του ενδοτραχήλου είναι δύο ειδών. Αυτά που έχουν βλεφαρίδες και αυτά που δεν έχουν. Οι βλεφαρίδες των βλεφαριδοφόρων κυττάρων βρίσκονται στην επιφάνεια τους και κινούνται προς το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου υποβοηθώντας τη ροή βλέννας προς τον κόλπο.

Τα κύτταρα που δεν έχουν βλεφαρίδες, παράγουν βλέννα και με ρήξη της μεμβράνης τους τη στέλνουν στον ενδοτράχηλο.

Στην πρόσθια και στην οπίσθια επιφάνεια του ενδοτραχήλου υπάρχουν πτυχές ευδιάκριτες, όταν το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο είναι ανοιχτό, οι φοινικοειδής πτυχές, γιατί μοιάζουν με φύλλα φοίνικα.

Η κοιλική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται από το ίδιο πλακώδες επιθήλιο, που καλύπτεται και ο κόλπος, ως το όριο του εξωτερικού τραχηλικού στομίου. Το

επιθήλιο αυτό επηρεάζεται από την ορμονική ωοθηκική δραστηριότητα. Κάτω από το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου υπάρχει η βασική μεμβράνη που φέρνει το επιθήλιο σε επαφή με τη μυϊκή στοιβάδα του τραχήλου. Στο εξωτερικό στόμιο του τραχήλου δυνατόν να ανευρεθούν φραγμένες τραχηλικές καταδύσεις, που σχηματίζουν τα ωάρια του Naboth<sup>1</sup>.



**Εικόνα 3:** Τα κύτταρα στα τοιχώματα και στην εξωτερική επιφάνεια του τραχήλου της μήτρας<sup>5</sup>

## 1.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Ο ρόλος του τραχήλου είναι:

- Διαστέλλεται κατά τον τοκετό
- Επιτρέπει στο αίμα να διέρχεται κατά την έμμηνο ρύση
- Επιτρέπει στο σπέρμα να διέλθει από αυτόν προς τη μήτρα κατά τη σεξουαλική επαφή<sup>6</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### **2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

«Καρκίνος» είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύνολο από νόσους με κοινά αλλά και διαφορετικά χαρακτηριστικά, ανάλογα με τη θέση της εντόπισης. Οι μορφές του καρκίνου διαφέρουν σημαντικά ως προς τη φύση, το ρυθμό ανάπτυξης, εξέλιξης, θεραπείας και πρόγνωσης. Αν και τουλάχιστον το ένα τρίτο των διαγνωσθέντων ασθενών με καρκίνο αναμένεται να ιαθεί και παρόλο που έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος στη θεραπεία και τον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου, είναι γνωστό ότι και μόνο η αναγγελία της διάγνωσης του καρκίνου συνοδεύεται από σοβαρές συνέπειες<sup>7</sup>. Οι αρνητικές επιδράσεις της διεργασίας της νόσου, η παρατεταμένη φύση της θεραπείας και οι ψυχολογικές επιπτώσεις, ξεπερνούν οποιαδήποτε άλλη οξεία ή χρόνια κατάσταση<sup>8</sup>.

Η σπουδαιότητα του προβλήματος του καρκίνου στην κοινωνία μας αντανακλάται μερικώς μόνο στα στατιστικά δεδομένα της θνητότητας και θνησιμότητας. Τα στοιχεία αυτά εκφράζουν τον πανικό που προκαλεί και μόνο η σκέψη του καρκίνου, τις αλλαγές των ρόλων και τις συγκρούσεις που ενδεχομένως δημιουργούνται κατά τη θεραπεία του, ή το μεγάλο αριθμό προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο που έρχεται πρόσωπο με πρόσωπο με μια τέτοια διάγνωση. Εφόσον ο καρκίνος συχνά αποτελεί μία χρόνια νόσο, με περιόδους οξείας φάσης, κάθε ασθενής με καρκίνο κάτω από τη διαρκή απειλή της ζωής του καλείται να αντιμετωπίζει συνεχώς τα προβλήματα που δημιουργεί η συγκεκριμένη μορφή της νόσου.

Η λέξη καρκίνος λειτουργεί μόνο ως όρος «ομπρέλα» για να περιγράψει ταυτόχρονα μια μεγάλη ομάδα νόσων (πάνω από 200) με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, με τον ίδιο τρόπο που χρησιμοποιείται και ο όρος «αρθρίτιδα». Η δυσκολία με τον όρο «καρκίνος» είναι ότι αναπόφευκτα φορτίζει αρνητικά το άτομο. Έτσι, η προσπάθεια κατανόησης του «τι είναι καρκίνος;» καθίσταται ακόμα πολυπλοκότερη διαδικασία. Μολονότι η νόσος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο είναι ηλικίας άνω των 65 ετών. Τουλάχιστον 7,5 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου διαγιγνώσκονται ετησίως με αποτέλεσμα η νόσος αυτή να αντιπροσωπεύει ένα τεράστιο φορτίο νόσου<sup>9</sup>.

Σχεδόν όλοι οι ιστοί του ανθρώπινου σώματος μπορούν να αναπτύξουν κακοήθη νεοπλάσματα και ορισμένοι μάλιστα περισσότερους από έναν τύπο. Κάθε μορφή καρκίνου έχει μοναδικά χαρακτηριστικά. Η βασική διαδικασία που παράγει αυτούς τους διάφορους όγκους μοιάζει να είναι σχεδόν ίδια. Τα 30 τρισεκατομμύρια κύτταρα του υγιούς ανθρώπινου σώματος ζουν σε μία σύνθετη αλληλοεξαρτώμενη μικροκοινωνία, ρυθμίζοντας το ένα τον πολλαπλασιασμό του άλλου. Πράγματι, τα φυσιολογικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται μόνο όταν τα γειτονικά τους κύτταρα τα ειδοποιήσουν ότι πρέπει να το κάνουν. Η αδιάπτωτη αυτή συνεργασία, διατηρεί το κατάλληλο μέγεθος και την αρχιτεκτονική κάθε ιστού, ανάλογα με τις ανάγκες του σώματος.

Σε απόλυτη αντίθεση, τα καρκινικά κύτταρα παραβιάζουν αυτό το σχήμα και κωφεύοντας τα συνήθη ερεθίσματα για τον ελεγχόμενο πολλαπλασιασμό ακολουθούν δικούς τους ρυθμούς αναπαραγωγής. Επιπλέον, αποκτούν μια περισσότερη ύπουλη ιδιότητα, την ικανότητα της μετανάστευσης από το σημείο προέλευσης τους, διηθώντας τους γειτονικούς ιστούς και δημιουργώντας μάζες σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος. Με την πάροδο του χρόνου, οι αποτελούμενοι από τέτοια κακοήθη κύτταρα όγκοι γίνονται περισσότερο επιθετικοί και τα κύτταρα καθίστανται φονικά, διαρρηγνύοντας τους ιστούς και τα όργανα που είναι απαραίτητα για την επιβίωση του σώματος ως ολότητα<sup>10</sup>.

Υπάρχει μια σειρά από μηχανισμούς που είτε μεμονωμένα, είτε σε συνδυασμό διαταράσσουν τη φυσιολογική κυτταρική ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό. Για την ανάπτυξη του καρκίνου θα πρέπει πιθανά να συμβούν ταυτόχρονα πολλές αλλαγές. Στη διαταραχή της κυτταρικής ανάπτυξης συμβάλουν και οι μεταβολές ή οι μεταλλάξεις στα γονίδια του ανθρώπινου γονιδιώματος. Οι μεταλλάξεις προκύπτουν από λάθη στο διπλασιασμό του δεοξυριβονουκλεϊκού οξέως(DNA) κατά την κυτταρική διαίρεση και μπορεί να προκληθούν μετά την έκθεση σε κάποιον καρκινογόνο παράγοντα. Γονίδια που ενεργοποιούν φυσιολογικές κυτταρικές λειτουργίες καλούνται πρωτο-ογκογονίδια<sup>11</sup>. Όταν μεταλλαγούν τα πρωτο-ογκογονίδια είναι δυνατόν να προκαλέσουν υπέρμετρο κυτταρικό πολλαπλασιασμό δια του οποίου μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρκίνου. Αντίθετα, τα ογκοκατασταλτικά γονίδια, αναστέλλουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό. Όταν όμως τα γονίδια αυτά αποτύχουν να ελέγξουν την κυτταρική ανάπτυξη, συνεχίζεται ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός παρά το γεγονός ότι δεν είναι πλέον απαραίτητος<sup>12</sup>.

Οι διαταραχές ανάπτυξης των κυττάρων χαρακτηριζόμενες από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό όπως αλλιώς περιγράφεται ο καρκίνος μπορεί να έχει τα παρακάτω αίτια: γενετικά, περιβαλλοντικά, ιογενείς λοιμώξεις (καρκίνος τραχήλου μήτρας), κληρονομικά και ορμονικά. Η θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να είναι χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία<sup>13</sup>.

## **2.2 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Οι καταστάσεις που οδηγούν στον καρκίνο τραχήλου μήτρας συνήθως δεν προκαλούν πόνο. Γι' αυτό η ασθένεια μπορεί να εξελιχθεί αθόρυβα χωρίς συμπτώματα. Δεν υπάρχει συνήθως κανένα κλινικό σημείο του καρκίνου του τραχήλου που βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο αλλά τα καλά νέα για τις γυναίκες βασίζονται στο γεγονός ότι μπορεί να ανιχνευθεί εγκαίρως με ετήσιο προσυμπτωματικό έλεγχο (screening test).

Τα πρώτα ενοχλήματα μπορεί να εμφανιστούν όταν ο αριθμός των ανώμαλων καρκινικών κυττάρων έχει αυξηθεί σε σημείο να διηθούνται οι γειτονικοί ιστοί και τότε το συχνότερο σύμπτωμα που περιγράφει η γυναίκα είναι η ασυνήθιστη απώλεια αίματος από τον κόλπο που δεν σχετίζεται με την έμμηνο ρύση, ενώ μπορεί να εκδηλωθεί και πόνος ή άλλες κολπικές εκκρίσεις.

Είναι γι' αυτούς τους λόγους που πρέπει να γίνονται συστηματικά από το γιατρό γυναικολογικές εξετάσεις και το τεστ Παπανικολάου. Με την κολποσκόπηση ο γυναικολόγος μπορεί να εξετάσει καλύτερα τον τράχηλο και εάν χρειαστεί να κάνει βιοψίες για να διευκρινιστεί ιστολογικά το είδος μιας ανωμαλίας που πιθανόν να υπάρχει. Η πρόγνωση (πιθανότητα επιβίωσης) είναι καλύτερη όταν ο καρκίνος διαγιγνώσκεται σε πρώιμο στάδιο εξέλιξης.

Τα πιθανά συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου περιλαμβάνουν την κολπική αιμόρροια και τον πόνο στην περιοχή της πυέλου. Αυτά και άλλα συμπτώματα μπορεί να οφείλονται στον καρκίνο του τραχήλου ή σε άλλες καταστάσεις. Ο ασθενής πρέπει να απευθυνθεί στον ιατρό εάν παρουσιάσει οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Κολπική αιμόρροια (αποβολή αίματος από τον κόλπο).
- Ασύνηθες κολπικό έκκριμα
- Άλγος στην περιοχή της πυέλου

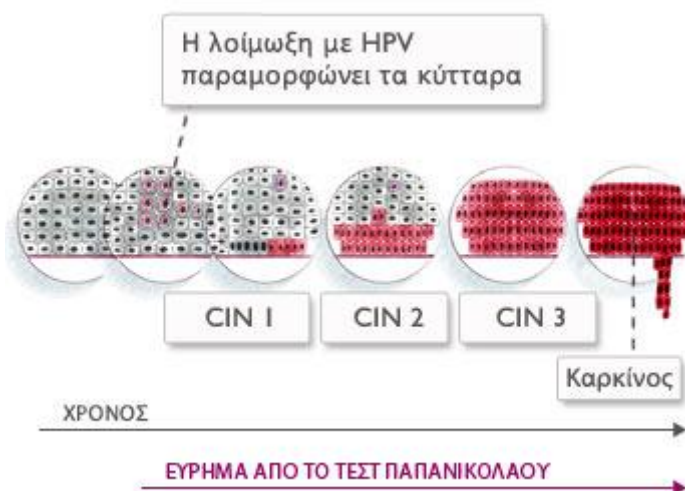


- Πόνο κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής<sup>14</sup>.

## 2.3 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η εξέταση του τραχήλου είναι απαραίτητη για την ανίχνευση και διάγνωση του καρκίνου. Στην συνέχεια γίνεται μια συνοπτική αναφορά στις διάφορες εξεταστικές μεθόδους που μπορεί να χρησιμοποιηθούν ενώ στο τέλος του κεφαλαίου γίνεται αναλυτικότερη παρουσίαση του Τεστ Παπανικολάου.

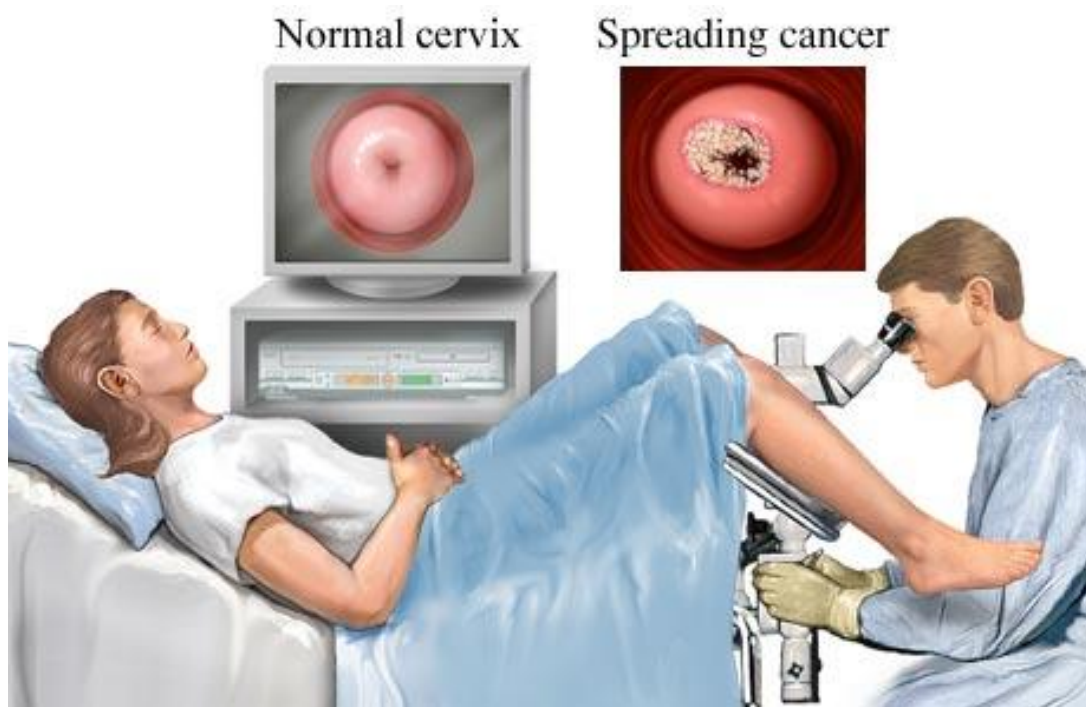
**Τεστ Παπανικολάου:** Η εξέταση αυτή συνίσταται στη συλλογή κυττάρων από την επιφάνεια του τραχήλου και του κόλπου. Ένα κομμάτι βάμβακος, μια βούρτσα, ή ένας μικρός στυλεός χρησιμοποιούνται για την ήπια απόξεση κυτταρικού υλικού από τον τράχηλο και τον κόλπο. Τα κύτταρα παρατηρούνται υπό μικροσκόπιο για να ελεγχθεί εάν είναι παθολογικά<sup>15</sup>.



**Εικόνα 4:** Η λοίμωξη με HPV και η παραμόρφωση των κυττάρων<sup>16</sup>.

**Κολποσκόπηση:** Το εσωτερικό του κόλπου και του τραχήλου εξετάζονται για τυχόν παθολογικές περιοχές μέσω ενός ενδοσκοπίου για τον κόλπο (κολποσκόπιο, ένας λεπτός, φωτιζόμενος σωλήνας) το οποίο εισάγεται μέσω του κόλπου στον τράχηλο. Δείγματα ιστού μπορούν να ληφθούν για βιοψία.





**Εικόνα 5:** Φυσιολογικός και παθολογικός τράχηλος<sup>17</sup>.

**Βιοψία:** Η ανεύρεση παθολογικών κυττάρων στο τεστ Παπανικολάου αποτελεί ένδειξη για βιοψία. Ένα δείγμα ιστού αποκολλάται από τον τράχηλο και παρατηρείται υπό μικροσκόπιο. Η βιοψία κατά την οποία αφαιρείται μικρή μόνο ποσότητα ιστού δεν απαιτεί ιδιαίτερη προετοιμασία ή περίθαλψη της ασθενούς. Αντίθετα, η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου (αφαίρεση ενός μεγαλύτερου, κωνικού δείγματος του τραχηλικού ιστού) προϋποθέτει την εισαγωγή στο νοσοκομείο.

**Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση:** Ελέγχεται ο κόλπος, ο τράχηλος, η μήτρα, οι παραμήτριοι χώροι, οι ωοθήκες και το ορθό έντερο. Ο γιατρός εισάγει ένα ή δύο δάχτυλα του ενός χεριού φορώντας γάντια και έχοντας λιπάνει τον κόλπο ενώ το άλλο χέρι τοποθετείται πάνω από το κατώτερο μέρος της κοιλίας ψηλαφώντας το μέγεθος, τη μορφή και τη θέση της μήτρας και των ωοθηκών.

Ένα ενδοσκόπιο εισάγεται επίσης στον κόλπο, ο οποίος εξετάζεται για πιθανές αλλοιώσεις χαρακτηριστικές της νόσου. Παράλληλα λαμβάνεται υλικό για τεστ Παπανικολάου. Επίσης διενεργείται δακτυλική εξέταση του ορθού για τυχόν διογκώσεις ή παθολογικές περιοχές.

**Ενδοτραχηλική απόξεση:** Συνίσταται στη συλλογή κυττάρων ή ιστού από τον τράχηλο χρησιμοποιώντας ένα ξέστρο (όργανο σε μορφή κουταλιού). Δείγματα ιστού μπορούν να ληφθούν για βιοψία. Αυτή η διαδικασία διεξάγεται μερικές φορές ταυτόχρονα με την κολποσκόπηση<sup>18</sup>.

## **2.4 ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΚΑΙ THIN PREP PAP TEST**

### **Τι είναι το τεστ Παπανικολάου;**

Το τεστ Παπανικολάου εφευρέθηκε από τον Γεώργιο Παπανικολάου το 1928 και αφορά τη λήψη κυττάρων από την επιφάνεια του τραχήλου της μήτρας και την εξέτασή του στο μικροσκόπιο. Με αυτόν τον τρόπο ελέγχουμε πιθανόν προκαρκινικές αλλοιώσεις στον τράχηλο.

### **Πώς γίνεται το τεστ;**

Κατά τη γυναικολογική εξέταση ρουτίνας, ο γυναικολόγος αποσπά με ένα μικρό βουρτσάκι και μια σπάτουλα κύτταρα από την εξωτερική και εσωτερική επιφάνεια του τραχήλου. Ουσιαστικά πρόκειται για ένα μικρό ξύσιμο και τίποτε περισσότερο. Η διαδικασία δεν είναι επώδυνη.

### **Πώς εξετάζονται τα κύτταρα;**

Τα κύτταρα απλώνονται σε μικρά γυάλινα πλακάκια και μετά από μια μικρή επεξεργασία, ελέγχονται από τον κυτταρολόγο στο μικροσκόπιο για πιθανές ανωμαλίες.

### **Ποιες γυναίκες πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο και πόσο συχνά;**

Όλες οι σεξουαλικά ενεργές γυναίκες πρέπει να υποβάλλονται σε ετήσιο έλεγχο μαζί με τη γυναικολογική εξέταση και το διακολπικό υπερηχογράφημα μήτρας και ωοθηκών. Οι γυναίκες στις οποίες έχει διαγνωσθεί πρόβλημα ελέγχονται κάθε 6

μήνες ή καμιά φορά και κάθε 4 μήνες. Ο ετήσιος έλεγχος πρέπει να συνεχίζεται και μετά την εμμηνόπαυση.

### **Πόσο αναγκαίο είναι;**

Το τεστ Παπ είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ανιχνεύει πρώιμες αλλαγές στα κύτταρα και μπορούμε να προβούμε σε κατάλληλη θεραπεία πριν ακόμα εμφανιστεί ο καρκίνος. Ουσιαστικά αποτελεί το μοναδικό μέσο που αφορά πρόληψη και όχι αντιμετώπιση του καρκίνου. Κατά συνέπεια σώζει χιλιάδες ζωές και είναι σοβαρό λάθος να μην εκμεταλλεύονται οι γυναίκες το εξαιρετικό αυτό πλεονέκτημα.

### **Τι διαγνωστική ακρίβεια έχει;**

Το κλασικό τεστ Παπ έχει περίπου 80% ακρίβεια στην ανίχνευση παθολογικών κυττάρων. Αυτό συμβαίνει γιατί το δείγμα που συλλέγεται παραμένει σε ένα ποσοστό του στη συσκευή λήψης (βούρτσα, σπάτουλα) και μόνο το 20% επιστρώνεται στο γυάλινο πλακάκι που εξετάζουμε στο μικροσκόπιο.

Επομένως είναι πιθανό να μην βρεθούν προκαρκινικά ή καρκινικά κύτταρα εάν αυτά υπάρχουν μόνο στο δείγμα που παρέμεινε στη συσκευή λήψης. Επιπλέον κατά τη λήψη του δείγματος από τον τράχηλο, ο γιατρός εκτός από κύτταρα συλλέγει και άλλα υλικά, όπως αίμα και βλέννη. Τα στοιχεία αυτά καλύπτουν τα προς εξέταση κύτταρα, δυσκολεύουν την αξιολόγηση στο μικροσκόπιο και μπορεί να οδηγήσουν σε μη αξιόπιστη διάγνωση.

### **Υπάρχουν άλλες μέθοδοι λήψης του δείγματος που είναι αξιόπιστες;**

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται μια καινούρια μέθοδος για τον έλεγχο των κυττάρων που λαμβάνονται από τον τράχηλο. Αυτή ονομάζεται Thin Prep Pap Test. Το δείγμα λαμβάνεται με τον ίδιο τρόπο, αλλά με ένα ειδικό βουρτσάκι το οποίο τοποθετείται μέσα σε ένα μπουκαλάκι με συντηρητικό, το υγρό Thin Prep, όπου ξεπλένεται καλά. Κατά τον τρόπο αυτό αφενός όλα τα κύτταρα που συλλέχθηκαν μεταφέρονται στο υγρό Thin Prep, αφετέρου εξασφαλίζεται η σωστή συντήρησή τους. Η μέθοδος αυτή Κυτταρολογία Υγρής Φάσης και εκτός από το τεστ Παπανικολάου χρησιμοποιείται πλέον και σε άλλες εξετάσεις.

### **Πώς γίνεται η επεξεργασία;**

Το υγρό που έχει παρασκευαστεί φυγοκεντρείται και επεξεργάζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μεταφέρει τα κύτταρα του δείγματος αφού τα διαχωρίσει από το αίμα και τη βλέννη για να είναι ευδιάκριτα και να μην αλληλεπικαλύπτονται.

### **Τι πλεονέκτημα έχει η μέθοδος αυτή;**

Η εξέταση και η διάγνωση του δείγματος από τον κυτταρολόγο είναι πιο εύκολη και πιο αξιόπιστη. Υπολογίζεται πως η ακρίβεια στη διάγνωση μπορεί να αυξηθεί μέχρι 25%. Αυτό μας δίνει συνολική ακρίβεια της εξέτασης περίπου 90%. Το ποσοστό αυτό είναι εξαιρετικά υψηλό και παίζει πολύ σημαντικό ρόλο ειδικά σε περιπτώσεις παρακολούθησης προηγούμενων βλαβών του τραχήλου ή σε ασθενείς με ύποπτα ευρήματα ή ανακριβείς διαγνώσεις.

### **Τι άλλα πλεονεκτήματα υπάρχουν;**

Στο υλικό που λαμβάνεται από τον τράχηλο της μήτρας και που προορίζεται για εξετάσεις με κυτταρολογία υγρής φάσης (thin prep) μπορεί ταυτόχρονα να πραγματοποιηθεί ανίχνευση και τυποποίηση των στελεχών του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων, εξέταση για χλαμύδια και άλλους λοιμογόνους παράγοντες (π.χ. μυκόπλασμα, ουρεόπλασμα, HSV κ.α.).

### **Που γίνεται και πόσο κοστίζει;**

Το τεστ μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε γυναικολογικό ιατρείο αρκεί να υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός, δηλαδή το ειδικό βουρτσάκι και το φιαλίδιο με το ειδικό υγρό thin prep. Το κόστος είναι περίπου 20 ευρώ επιπλέον του απλού τεστ Παπ.

### **Συμπερασματικά**

Έγκυρες μελέτες παγκοσμίως έχουν αποδείξει ότι το Thin Prep Pap Test δίνει ακριβέστερα αποτελέσματα από τον Αμερικανικό Οργανισμό Εγκρίσεων Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) από το 1996 και αποτελεί σήμερα την πιο ευαίσθητη μέθοδο πρόληψης και διάγνωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας<sup>19</sup>.

## **2.5 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ**

Αφού εντοπιστεί ο καρκίνος του τραχήλου, διενεργούνται εξετάσεις για να ελεγχθεί εάν τα καρκινικά κύτταρα έχουν εξαπλωθεί μέσα στον τράχηλο ή εκτείνεται ενδοτραχηλικά ή διασπείρεται σε απομακρυσμένα μέρη του σώματος

ονομάζεται σταδιοποίηση. Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τη διαδικασία της σταδιοποίησης καθορίζουν το στάδιο της νόσου, η γνώση του οποίου είναι απαραίτητη για την επιλογή της καλύτερης δυνατής θεραπείας.

Οι ακόλουθες εξετάσεις και διαδικασίες χρησιμοποιούνται στη σταδιοποίηση:

**Ακτινογραφία θώρακος:** Μια ακτινογραφία των οργάνων και ιστών που βρίσκονται στο θώρακα και ενδοθωρακικά. Η ακτινογραφία Χ που παράγεται από ακτινολογικό μηχάνημα, διέρχόμενη μέσω μιας περιοχής του σώματος, προσπίπτει πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ, αποτυπώνοντας μια εικόνα της περιοχής αυτής.

**Αξονική τομογραφία (CT scan ή υπολογιστική τομογραφία):** Μια απεικονιστική εξέταση που συνθέτει μια σειρά λεπτομερών εικόνων των περιοχών μέσα στο σώμα, από τη λήψη τους σε διαφορετικές γωνίες. Οι εικόνες υφίστανται επεξεργασία από υπολογιστή που συνδέεται με το ακτινολογικό μηχάνημα παραγωγής των ακτίνων Χ. Μια χρωστική ουσία (σκιαγραφικό) μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλέβια ή από του στόματος ώστε τα όργανα και οι ιστοί να απεικονίζονται ευκρινέστερα<sup>20</sup>.

**Λεμφαγγειογραφία:** Η εξέταση αυτή χρησιμοποιείται για να απεικονίσει το λεμφικό σύστημα. Μια χρωστική ουσία εγχέεται εντός των λεμφαγγείων των κάτω άκρων. Καθώς η χρωστική ουσία πορεύεται προς το άνω μέσω των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων λαμβάνονται ακτινογραφίες για να διαπιστωθούν τυχόν στενώσεις ή διακοπή της συνέχειας της λεμφικής παροχέτευσης. Η εξέταση αυτή βοηθάει στην ανίχνευση και εκτίμηση της λεμφαδενικής επέκτασης του καρκίνου.

**Χειρουργική επέμβαση:** Διεξάγεται για να ελεγχθεί εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί μέσα στον τράχηλο ή σε άλλα μέρη του σώματος. Σε μερικές περιπτώσεις, ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί συγχρόνως να αφαιρεθεί. Αυτή η χειρουργική σταδιοποίηση εφαρμόζεται συνήθως μόνο σε κλινικές μελέτες.

**Υπερηχογράφημα:** Μια απεικονιστική εξέταση στην οποία υψηλής συχνότητας ηχητικά κύματα (υπέρηχοι) εκπέμπονται προς εσωτερικούς ιστούς και όργανα και η ανάκλασή τους σχηματίζει μια εικόνα των ιστών του σώματος που ονομάζεται ηχόγραμμα.

**Μαγνητική τομογραφία(απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού):** Στηρίζεται στη χρήση μαγνητικού πεδίου, ραδιοκυμάτων και ηλεκτρονικού υπολογιστή με

αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας σειράς λεπτομερών εικόνων των περιοχών εντός του σώματος<sup>21</sup>.

## 2.6 ΣΤΑΔΙΑ

Για την περιγραφή της ανατομικής έκτασης της νόσου το σύστημα TNM βασίζεται στην εκτίμηση τριών στοιχείων:

**T-** Την έκταση του πρωτοπαθούς όγκου

**N-** Την απουσία ή την παρουσία και την έκταση μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες.

**M-** Την απουσία ή την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

Η προσθήκη αριθμών σε αυτά τα τρία στοιχεία δηλώνει την έκταση της κακοήθους νόσου, ως εξής : T0, T1, T2, T3, T4 – N0, N1, N2, N3 – M0, M1

Κατ' ουσία, το σύστημα αποτελεί "στενογραφημένη σημείωση" που περιγράφει την έκταση συγκεκριμένου κακοήθους όγκου.

- **Ανατομία:** Οι ανατομικές περιοχές και υποπεριοχές εμφανίζονται στις εικόνες με βάση τους αντίστοιχους τοπογραφικούς αριθμούς της ICD-O.
- **Επιχώριοι λεμφαδένες:** Καταγράφονται οι επιχώριοι λεμφαδένες και απεικονίζονται σε εικόνες.
- **T/Pt κλινική και παθολογοανατομική ταξινόμηση του πρωτοπαθούς όγκου:** Παρουσιάζονται οι ορισμοί των κατηγοριών T και Pt. Το σύστημα TNM ταξινόμησης των κακοήθων νόσων η κλινική και παθολογοανατομική ταξινόμηση γενικά συμπίπτουν, οι ίδιες επεξηγήσεις ισχύουν και για την T και Pt ταξινόμηση.
- **N/Pn κλινική και παθολογοανατομική ταξινόμηση των επιχώριων λεμφαδένων:** Οι κατηγορίες N και Pn παρουσιάζονται με τρόπο παρόμοιο με τον αντίστοιχο των κατηγοριών T και Pt.
- **M/Pm κλινική και παθολογοανατομική ταξινόμηση των απομακρυσμένων μεταστάσεων.** Η M ταξινόμηση γίνεται σε επιλεγμένες μόνο περιπτώσεις εξαιτίας των πολλών πιθανών μεταβλητών.

## 2.7 TNM ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

### T- Πρωτοπαθής όγκος

**TX:** Ανέφικτος ο έλεγχος για πρωτοπαθή όγκο.

**T0:** Έλλειψη ενδείξεων παρουσίας πρωτοπαθούς όγκου.

**Tis στάδιο 0:** Καρκίνωμα in situ (προδιηθητικό καρκίνωμα).

**T1 στάδιο I:** Καρκίνωμα του τραχήλου περιοριζόμενο στη μήτρα(τυχόν επέκταση στο σώμα δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψη).

- **T1a στάδιο IA:** Διηθητικό καρκίνωμα που διαγνώστηκε μόνο με μικροσκοπική εξέταση. Όλες οι μακροσκοπικώς ορατές αλλοιώσεις – ακόμη και εκείνες με επιφανειακή διήθηση – ανήκουν στην T1b/Στάδιο IB.

**T1a1 στάδιο IA1:** Διήθηση του στρώματος μη υπερβαίνουσα τα 3mm σε βάθος και τα 7 mm σε οριζόντια εξάπλωση

**T1a2 στάδιο IA2:** Διήθηση του στρώματος άνω των 3mm αλλά μη υπερβαίνουσα τα 5mm, με οριζόντια εξάπλωση έως 7mm.

- **T1b στάδιο IB:** Κλινικώς ορατή αλλοίωση περιοριζόμενη στον τράχηλο ή μικροσκοπική αλλοίωση μεγαλύτερη από T1a2/IA2.

**T1b1 στάδιο IB1:** Κλινικώς ορατή αλλοίωση μείζονος διαμέτρου έως 4cm.

**T1b2 στάδιο IB2:** Κλινικώς ορατή αλλοίωση μείζονος διαμέτρου άνω των 4 cm.

**T2 στάδιο II:** Ο όγκος διηθεί πέραν της μήτρας αλλά όχι μέχρι το τοίχωμα της πυέλου ή το κάτω τριτημόριο του κόλπου.

- **T2a στάδιο IIA:** Χωρίς διήθηση των παραμητρίων.
- **T2b στάδιο IIB:** Με διήθηση των παραμητρίων<sup>22</sup>.

**T3 στάδιο III:** Ο όγκος έχει επεκταθεί στο τοίχωμα της πυέλου και/ή καταλαμβάνει το κάτω τριτημόριο του κόλπου και/ή προκαλεί υδρονέφρωση ή αναστέλλει τη λειτουργία του νεφρού.

- **T3a στάδιο IIIA:** Ο όγκος καταλαμβάνει το κάτω τριτημόριου κόλπου, αλλά δεν έχει επεκταθεί στο τοίχωμα της πυέλου.
- **T3b στάδιο IIIB:** Ο όγκος έχει επεκταθεί στο τοίχωμα της πυέλου και/ή προκαλεί υδρονέφρωση ή αναστολή της λειτουργίας του νεφρού.

**T4 στάδιο IVA:** Ο όγκος διηθεί τον βλεννογόνο της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού και/ή επεκτείνεται πέραν της ελάσσοнос πυέλου.

**M1 στάδιο IVB:** Απομακρυσμένες μεταστάσεις.

### **N – Επιχώριοι λεμφαδένες**

**NX:** Ανέφικτος ο έλεγχος των επιχωρίων λεμφαδένων.

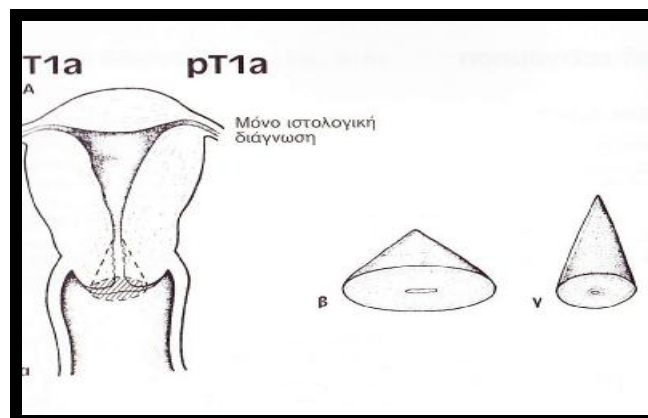
**N0:** Απουσία μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες.

**N1:** Παρουσία μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες.

### **p TNM– Παθολογοανατομική ταξινόμηση**

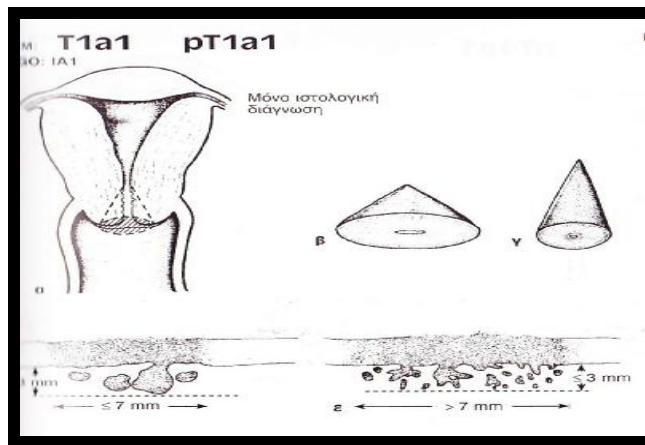
Οι p T, p N και p M κατηγορίες αντιστοιχούν στις κατηγορίες T, N και M.

**p N0** Η ιστολογική εξέταση παρασκευάσματος πυελικής λεμφαδενεκτομής συνήθως περιλαμβάνει 10 ή περισσότερους λεμφαδένες. Αν οι εξετασθέντες λεμφαδένες είναι αρνητικοί, αλλά ο αριθμός τους είναι μικρότερος από αυτόν που συνήθως εξαιρείται, τότε ταξινομούνται ως p N0.

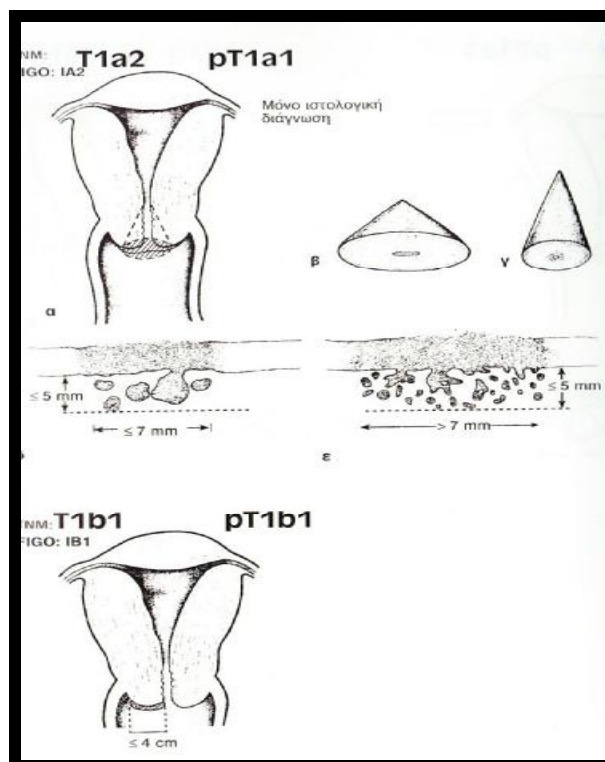


**Εικόνα 6:** Διηθητικό καρκίνωμα που διαγνώστηκε μόνο με μικροσκοπική εξέταση. Όλες οι μακροσκοπικώς ορατές αλλοιώσεις – ακόμη και εκείνες με επιφανειακή διήθηση – ανήκουν στην T1b/Στάδιο IB<sup>22</sup>.

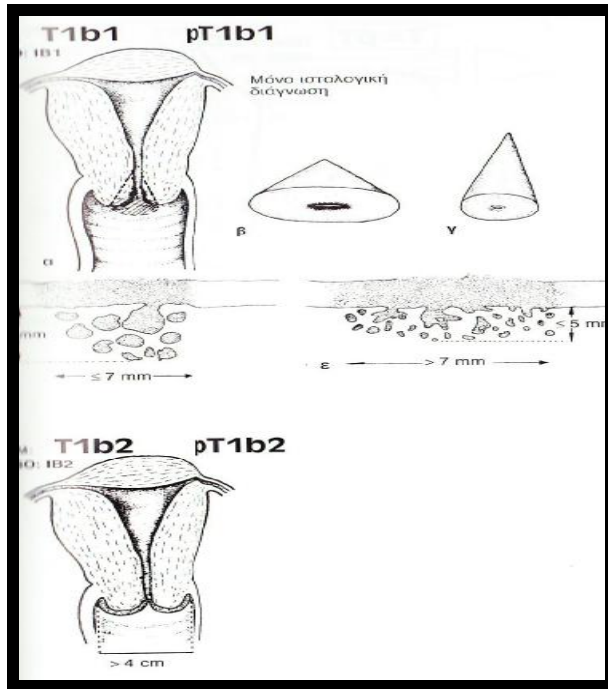




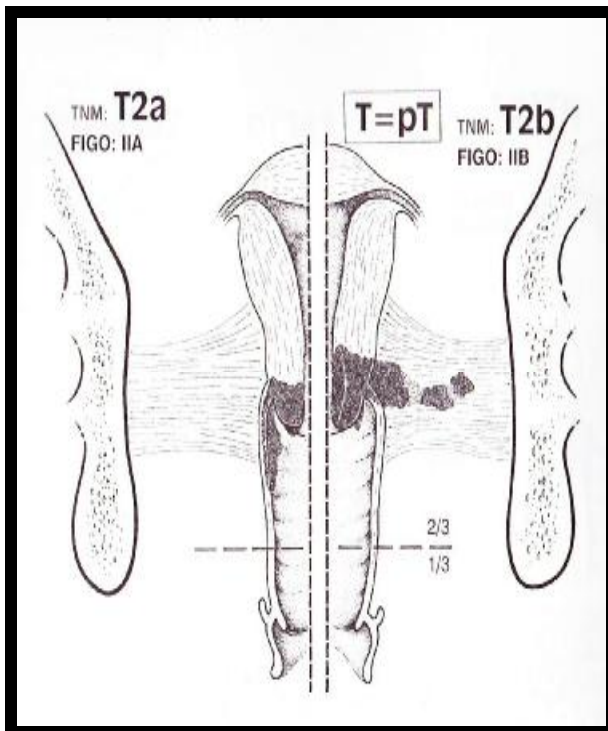
**Εικόνα 7:** Διηθητικό καρκίνωμα που διαγνώστηκε μόνο με μικροσκοπική εξέταση. Όλες οι μακροσκοπικώς ορατές αλλοιώσεις – ακόμη και εκείνες με επιφανειακή διήθηση – ανήκουν στην T1b/Στάδιο IB<sup>22</sup>.



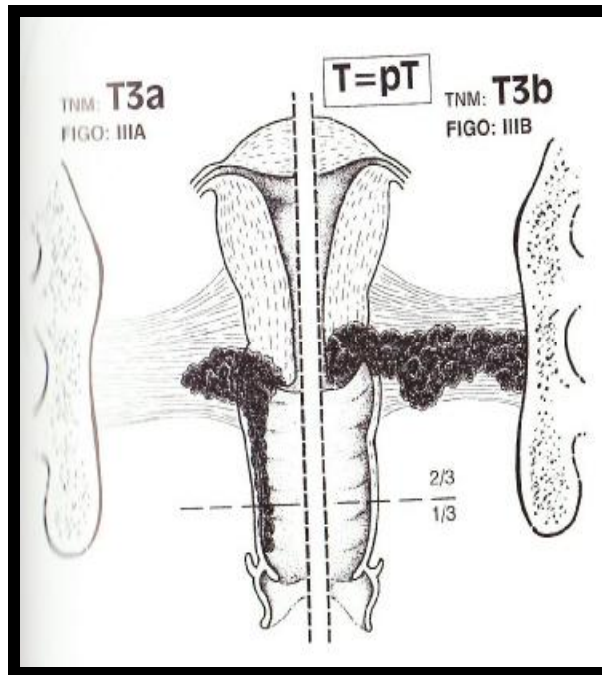
**Εικόνα 8:** Διήθηση του στρώματος άνω των 3mm αλλά μη υπερβαίνουσα τα 5mm, με οριζόντια εξάπλωση έως 7mm. Κλινικώς ορατή αλλοίωση μείζονος διαμέτρου έως 4 cm<sup>22</sup>.



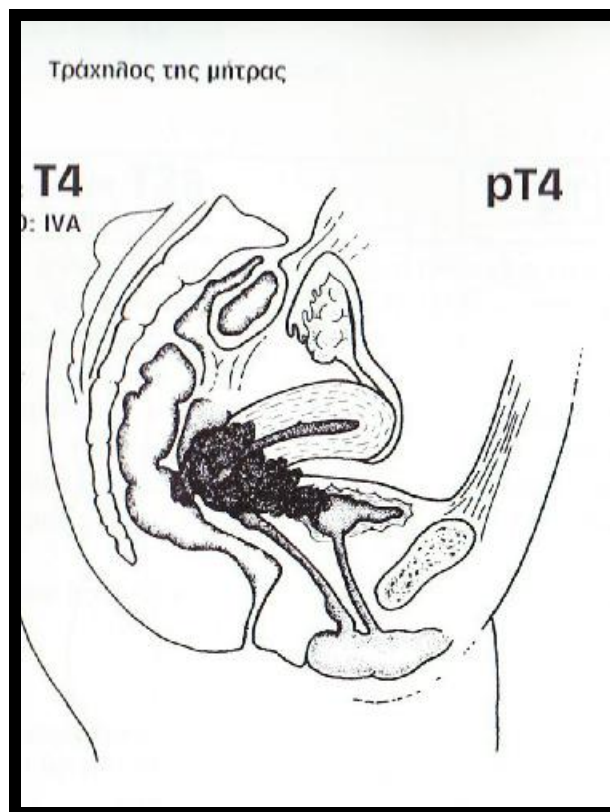
**Εικόνα 9:** Κλινικώς ορατή αλλοίωση μεγαλύτερη από T1a2/IA2. Κλινικώς ορατή αλλοίωση μείζονος διαμέτρου άνω των 4cm<sup>22</sup>



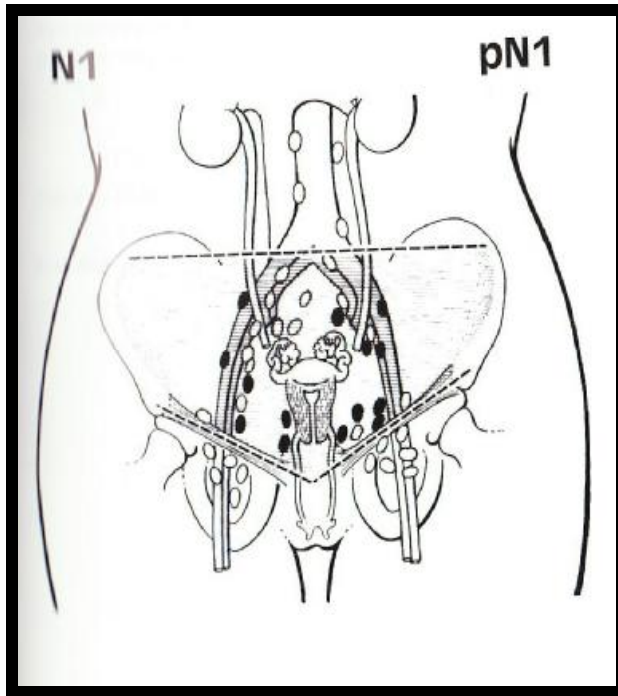
**Εικόνα 10:** Ο όγκος διηθεί πέραν της μήτρας αλλά όχι μέχρι το τοίχωμα της πυέλου ή το κάτω τριτημόριο του κόλπου<sup>22</sup>.



**Εικόνα 11:** Ο όγκος έχει επεκταθεί στο τοίχωμα της πυέλου και/ή καταλαμβάνει το κάτω τριτημόριο του κόλπου και/ή προκαλεί υδρονέφρωση ή αναστέλλει τη λειτουργία του νεφρού<sup>22</sup>.



**Εικόνα 12:** Ο όγκος διηθεί τον βλεννογόνο της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού και/ή επεκτείνεται πέραν της ελάσσονος πυέλου<sup>22</sup>.



Εικόνα 13: Παρουσία μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες<sup>22</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### **3.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Στις κλινικές προσεγγίσεις διαχείρισης του καρκίνου θα αναφερθούμε στην πρόληψη (διαλογή και έγκυρη διάγνωση), η θεραπεία και η αποκατάσταση της νόσου. Υπάρχουν τρία επίπεδα πρόληψης: πρωτογενής, δευτερογενής, τριτογενής.

#### **Γενετική διαλογή**

Χρησιμοποιείται για την εύρεση ατόμων υψηλού κινδύνου που έχουν κληρονομική προδιάθεση. Γενετική συμβουλευτική είναι αναγκαίο να παρέχεται πριν από τη διενέργεια οποιασδήποτε γενετικής δοκιμασίας<sup>23</sup>.

#### **Πρωτογενής πρόληψη**

Η πρωτογενής πρόληψη προλαμβάνει την εμφάνιση της ασθένειας επικεντρώνεται στην αποφυγή έκθεσης σε συγκεκριμένους προσδιοριστές της συχνότητας της νόσου ή στην ισχυροποίηση του οργανισμού με γενικά ή ειδικά μέτρα (π.χ. φυσική άσκηση, εμβολιασμοί). Υπολογίζεται ότι το ένα τρίτο των καρκίνων μπορεί να προληφθεί με αυτόν τον τρόπο. Οι εμβολιασμοί, η διατροφή, ο περιβαλλοντικός έλεγχος, ο έλεγχος των διαβιβαστών, η απολύμανση και η αποστείρωση, η χημειοπροφύλαξη και η απόκτηση υγιούς συμπεριφοράς είναι όλες οι μέθοδοι πρωτογενούς πρόληψης. Αποτελούν δυνητικά κοστο-αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Τόσο η ταμοξιφένη όσο και η ραλοξιφένη έχουν βρεθεί αποτελεσματικές στη μείωση του αριθμού των νέων περιπτώσεων καρκίνου στο δεύτερο μαστό σε ασθενείς με ετερόπλευρο καρκίνο μαστού<sup>24,25</sup>.

## Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη που βασίζεται στη προσυμπτωματική και στην κατά το δυνατόν πρωιμότερη διάγνωση της προκλινικής νόσου, περιλαμβάνει διαλογή (screening), αναζήτηση των στενών επαφών μολυσμένων ατόμων και επιδημιολογική επιτήρηση. Υπολογίζεται ότι το ένα τρίτο των καρκίνων θα είχαν θεραπευτεί εάν είχαν διαγνωσθεί σχετικά νωρίς. Παραδείγματα καρκίνων που μπορεί να εφαρμοστεί διαλογή είναι οι καρκίνοι του τραχήλου της μήτρας, του μαστού, του στόματος και του δέρματος. Η διαλογή δεν πρέπει να συγχέεται με την έγκαιρη διάγνωση. Η διαλογή ανακαλύπτει προσυμπτωματικές περιπτώσεις νόσου, ενώ η έγκαιρη διάγνωση ανακαλύπτει νόσους όταν πρωτοεμφανίζονται τα συμπτώματά τους. Υπάρχει όμως αμφισβήτηση, εάν η διαλογή ανακαλύπτει μόνο είδη καρκίνου που εξελίσσονται τόσο αργά, ώστε ο ξενιστής είναι πιθανό να πεθάνει, λόγω γήρατος προτού νοσήσει από τον καρκίνο.

Η διαλογή χρησιμοποιεί διάφορες δοκιμασίες (τεστ), για να πετύχει την πρωιμότερη κατά το δυνατόν προσυμπτωματική διάγνωση μιας νόσου, ώστε η θεραπευτική αντιμετώπισή της να είναι πιο αποτελεσματική από ότι θα ήταν εάν η νόσος ανακαλυπτόταν μετά την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων της. Η διαλογή μπορεί να οριστεί ως διαίρεση του πληθυσμού σε αυτούς που έχουν θετική τη δοκιμασία, οπότε είναι και πιο πιθανό να έχουν και τη μελετώμενη νόσο και σε αυτούς που έχουν αρνητική τη δοκιμασία, οπότε και είναι πιθανότερο να μην την έχουν. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η δοκιμασία διαλογής δεν αποτελεί διαγνωστική, αφού μία θετική δοκιμασία διαλογής θα απαιτούσε όλα τα άτομα να έχουν και τη νόσο, ώστε να είναι βέβαιη η διάγνωση.

Πώς όμως, αποφασίζεται εάν η διαλογή αξίζει να εφαρμοστεί για μια νόσο; Το 1968 οι Wilson και Jungner δημοσίευσαν κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή ενός προγράμματος διαλογής με τα παρακάτω κριτήρια<sup>26,27</sup>.

- Η αναζητούμενη νόσος πρέπει να είναι σχετικά σοβαρή.
- Η φυσική ιστορία της αναζητούμενης νόσου πρέπει να είναι αρκετά γνωστή.
- Η νόσος πρέπει να χαρακτηρίζεται από ένα διαπιστώσιμο προκλινικό (προσυμπτωματικό) στάδιο.
- Πρέπει να υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία για τη νόσο και η θεραπεία αυτή πρέπει να είναι αποτελεσματικότερη όταν εφαρμόζεται προσυμπτωματικά.

- Πρέπει να υπάρχουν ειδικά κέντρα για τη διάγνωση και τη θεραπεία της αναζητούμενης νόσου.
- Πρέπει να είναι διαθέσιμη κατάλληλη δοκιμασία διαλογής.
- Η δοκιμασία πρέπει να είναι αποδεκτή τόσο από το κοινό όσο και από τους ειδικούς.
- Πρέπει να υπάρχει αποδεκτή πολιτική θεραπείας των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας οριακών περιπτώσεων νόσου.
- Η διαλογή πρέπει να αποτελεί συνεχή διαδικασία.
- Το οικονομικό κόστος της προσυμπτωματικής διάγνωσης και θεραπείας πρέπει να είναι σε ισορροπία σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες για την υγεία<sup>28</sup>.

### Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη εφαρμόζεται μετά την έναρξη των συμπτωμάτων της νόσου και περιλαμβάνει αναγνώριση των συμπτωμάτων, διάγνωση και θεραπεία με στόχο την πρόληψη του θανάτου από την ασθένεια. Τριτογενής πρόληψη αποτελεί κάθε παρέμβαση που περιορίζει τις επιπλοκές του καρκίνου στο συμπτωματικό στάδιο της νόσου<sup>29</sup>.



**Εικόνα 14:** Συσσκευασίες των εμβολίων κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας Cervarix και Gardasil<sup>30</sup>.

Όσον αφορά την πρωτογενή πρόληψη υπάρχουν δύο εμβόλια κατά του καρκίνου της μήτρας. Τα εμπορικά τους ονόματα είναι «Cervarix» και «Gardasil». Το «Cervarix» της φαρμακευτικής εταιρίας GlaxoSmithKline πήρε έγκριση κυκλοφορίας από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Είναι διαθέσιμο σε 27 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σύμφωνα με ανακοίνωση της εταιρίας που παράγει και διακινεί το εμβόλιο αυτό στηρίζεται σε ένα πρωτοποριακό ανοσοενισχυτικό σύστημα (AS04). Το σύστημα αυτό προστατεύεται από δίπλωμα ευρεσιτεχνίας και είναι σχεδιασμένο για να ενισχύει την ανοσολογική απάντηση και να αυξάνει τη διάρκεια της προστασίας έναντι ογκογόνων τύπων του ιού.

Επάγει μεγαλύτερη σε μέγεθος και διάρκεια ανοσολογική απάντηση σε σύγκριση με την ίδια σύσταση εμβολίου, ενισχυμένη μόνο με το παραδοσιακό ανοσοενισχυτικό υδροξειδίου του αργιλίου.

Το νέο εμβόλιο ενδείκνυται για την πρόληψη προκαρκινικών αλλοιώσεων στον τράχηλο (υψηλού βαθμού τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες-CIN 2 και 3) και του καρκίνου τραχήλου της μήτρας που σχετίζεται αιτιολογικά με τους τύπους 16 και 18 του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Η ένδειξη βασίζεται σε στοιχεία που προέρχονται από κορίτσια και γυναίκες 10 έως 25 ετών.

Η έγκριση ακολούθησε τη Θετική Γνωμοδότηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Φαρμάκων για την Ανθρώπινη Χρήση(CHMP)τον Ιούλιο του 2007. Βασίστηκε, δε, στην ανασκόπηση στοιχείων από κλινικές μελέτες, οι οποίες περιλάμβαναν περίπου 30.000 γυναίκες και οι οποίες κατέδειξαν καλά στοιχεία αποτελεσματικότητας και ανοσογονικότητας<sup>31</sup>.

Αποτελεσματική προφύλαξη όχι μόνο κατά του καρκίνου της μήτρας αλλά και των καρκίνων του αιδοίου και του κόλπου και των οξυτενών κονδυλωμάτων προσφέρει το τετραδύναμο εμβόλιο Gardasil.

Σύμφωνα με τα νεότερα αποτελέσματα μεγάλων διεθνών κλινικών μελετών, το εμβόλιο αυτό δρα στους τέσσερις τύπους του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων HPV (6,11,16 και 18) που ευθύνονται για τη μεγάλη πλειονότητα των συγκεκριμένων μορφών καρκίνου, προστατεύει απόλυτα από τις προκαρκινικές τραχηλικές, αιδοϊκές και κολπικές αλλοιώσεις και τα κονδυλώματα.

Όπως, εκτιμούν οι επιστήμονες, οι τέσσερις τύποι του ιού HPV 6, 11, 16 και 18 προκαλούν το 75% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας στην Ευρώπη, το 70% των καρκίνων του κόλπου και του αιδοίου, το 70% των προκαρκινικών και το 35-



50% των πρώιμων τραχηλικών αλλοιώσεων, το 70% των αιδοϊκών και κολπικών αλλοιώσεων, καθώς και το 90% των οξυτενών κονδυλωμάτων.

Επιπλέον, τα πρώτα αποτελέσματα των δύο μεγάλων κλινικών μελετών φάσης III στις οποίες μελετήθηκε το GARDASIL, δείχνουν ότι το εμβόλιο προλαμβάνει τις προκαρκινικές τραχηλικές αλλοιώσεις (CIN 2/3,AIS) που προκαλούνται από άλλους 10 τύπους του ιού, οι οποίοι δεν περιλαμβάνονται σε αυτούς που το εμβόλιο στοχεύει άμεσα! Αυτοί οι 10 ιοί, σύμφωνα με τους ειδικούς προκαλούν ένα ποσοστό 16% επιπλέον καρκίνων του τραχήλου στην Ευρώπη και 22% παγκοσμίως.

Σύμφωνα πάντοτε με τους ειδικούς, ο καρκίνος τραχήλου μήτρας παραμένει ο δεύτερος πιο θανατηφόρος καρκίνος στις γυναίκες πίσω από τον καρκίνο του μαστού, ενώ κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται στην Ευρώπη περίπου 30.000 νέες περιπτώσεις αιδοϊκών και κολπικών προκαρκινικών αλλοιώσεων οι οποίες σχετίζονται με τον ιό HPV.

Τα παραπάνω ανακοινώθηκαν στο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Γυναικολογικής Ογκολογίας (EUROGIN), που πραγματοποιήθηκε στο Μονακό από 4-6 Οκτωβρίου, με τη συμμετοχή κορυφαίων επιστημόνων από όλη την Ευρώπη.

Στο Συνέδριο, κεντρικό θέμα του οποίου αποτέλεσε για άλλη μια φορά ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, οι ομιλητές επεσήμαναν την αξία του τετραδύναμου εμβολίου (6,11,16,18) GARDASIL, τόσο για την πρόληψη των προκαρκινικών αλλοιώσεων που οδηγούν μακροπρόθεσμα στην εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας όσο και για την πρόληψη των οξυτενών κονδυλωμάτων.

Και αυτό διότι, σύμφωνα με ειδικούς, οι τύποι του ιού 6 και 11 είναι αυτοί που προκαλούν τη συντριπτική πλειονότητα (90%) των οξυτενών κονδυλωμάτων, ενώ οι τύποι του ιού 16 και 18 ενοχοποιούνται για το 75% των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων ,όπως εξήγησε η καθηγήτρια Βιολογίας του Επιθηλίου στο Πανεπιστήμιο του Cambridge, δρ. Margaret Stanley, χαρακτηρίζεται ως ιός υψηλού κινδύνου αφού ενοχοποιείται για το 75% όλων των μορφών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των γεννητικών οργάνων στις γυναίκες. Μάλιστα, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που ο ιός έχει προκαλέσει προκαρκινικές αλλοιώσεις και στη γεννητική περιοχή των ανδρών.

Όπως εξήγησε η καθηγήτρια, ο ιός επηρεάζει όχι μόνο τα εσωτερικά γεννητικά όργανα των γυναικών αλλά και το δέρμα που βρίσκεται έξω από αυτά, αφού έχει τη

δυνατότητα να διεισδύσει και να προσβάλλει τους βλεννογόνους και τους ιστούς του σώματος. Αυτός εξάλλου είναι και ο λόγος που ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων έχει εντοπιστεί σε νεαρά κορίτσια ηλικίας 12-13 ετών που δεν είχαν καν ξεκινήσει τις ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις.

Ακόμη και τα «αθώα παιχνίδια» ανάμεσα σε νεαρούς είναι ικανά να μεταδώσουν έναν από τους πιο επικίνδυνους τύπους του ιού και να προκληθούν στις έφηβες οξυτενή κονδυλώματα. Μια κατάσταση, που όχι μόνο είναι σε πολλές περιπτώσεις δύσκολο να αντιμετωπιστεί, αλλά επιπλέον χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση λόγω της συχνής επανεμφάνισής της. Ο ψυχολογικός αντίκτυπος της νόσου στο γυναικείο πληθυσμό θα πρέπει να συνυπολογιστεί, κατέληξε η κ.Stanley.

Ο ιός HPV τόνισε η επικεφαλής του κέντρου Δυσπλασιών του Πανεπιστημίου Dusseldorf δρ. Monika Hampl, και πιο συγκεκριμένα, οι τύποι του ιού 6 και 11 ενοχοποιούνται αποκλειστικά για τα οξυτενή κονδυλώματα τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες. Δυστυχώς, ακόμη και αν αντιμετωπιστούν με επιτυχία θα πρέπει το άτομο που είναι φορέας να παρακολουθείται επί σειρά ετών, όπως είπε, κι αυτό γιατί οι ιοί αν και παραμένουν «σιωπηλοί» επί σειρά ετών είναι δυνατόν να προκαλούν αθόρυβα σημαντικότερες βλάβες στο δέρμα και στους βλεννογόνους. Είναι αποδεδειγμένο, εξήγησε η κ. Hampl, ότι στην Ευρώπη οι περισσότερες προκαρκινικές αλλοιώσεις στα εξωτερικά αλλά και στα εσωτερικά γεννητικά όργανα των γυναικών νεαρής και μέσης ηλικίας προκαλούνται από τους τέσσερις τύπους του ιού ανθρώπινων θηλωμάτων 6, 11, 16, 18. Κάθε χρόνο, κατέληξε, καταγράφονται στο γυναικείο πληθυσμό Ευρώπης 163.000 νέες αλλοιώσεις στον τράχηλο της μήτρας.

Από την πλευρά της η διευθύντρια του τμήματος Έρευνας Καρκίνου στο Ινστιτούτο Ludwig του Sao Paulo της Βραζιλίας, δρ.Luisa Villa, παρουσίασε τις νεότερες κλινικές μελέτες οι οποίες δείχνουν ότι το τετράδυμο εμβόλιο GARDASIL, προλαμβάνει το 75% των κρουσμάτων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των προκαρκινικών αλλοιώσεων, οι οποίες μπορούν να εντοπιστούν με το τεστ Παπανικολάου.

Όπως είπε και η δρ.Villa το εμβόλιο GARDASIL μπορεί να χορηγηθεί σε παιδιά και εφήβους από 9-15 ετών αλλά και σε ενήλικες γυναίκες από 16-26 ετών ώστε να αποκτήσουν ανοσία έναντι των επικίνδυνων τύπων του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων. Οι έρευνες ωστόσο συνεχίζονται και σε μεγαλύτερες ηλικίες γυναικών.

Ήδη, οι επιστήμονες έχουν αρχίσει κλινικές μελέτες σε γυναίκες ηλικίας 45 ετών προκειμένου να δούν πως αυτές αντιδρούν μετά τον εμβολιασμό με GARDASIL.

“Παρά τα προγράμματα ελέγχου για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου της μήτρας, η νόσος παραμένει η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου παγκοσμίως” πρόσθεσε ο καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας κ. Εμ. Διακομανώλης, με πρώτη αιτία τον καρκίνο του μαστού.

Περίπου 33.500 γυναίκες διαγιγνώσκονται με καρκίνο τραχήλου μήτρας κάθε χρόνο και οι 15.000 χάνουν τελικά τη ζωή τους, γεγονός που ισοδυναμεί με 40 θανάτους γυναικών την ημέρα. Αυτός ο καρκίνος προκαλείται αποκλειστικά από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων και μάλιστα τέτοια συσχέτιση δεν έχει αποδειχθεί ούτε μεταξύ καπνίσματος και του καρκίνου του πνεύμονα, είπε ο καθηγητής.

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων είναι πολύ συχνός και εκτιμάται ότι το 70% των σεξουαλικά ενεργών ατόμων θα εκτεθούν κάποια στιγμή της ζωής τους σε αυτόν. Οι λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος που προκαλούνται από τον HPV είναι πολύ συνηθισμένες, με την πλειονότητα τους να συμβαίνουν στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή.

Πολλές Ευρωπαϊκές χώρες έχουν ήδη συστήσει τον εμβολιασμό ρουτίνας έναντι του ιού αυτού σε κορίτσια προεφηβικής ηλικίας και νεαρές γυναίκες. Συγκεκριμένα οι χώρες που έχουν δώσει επίσημες συστάσεις εμβολιασμού με GARDASIL είναι: Γαλλία, Ολλανδία, Βέλγιο, Ιταλία, Γερμανία, Αυστρία, Νορβηγία, Λουξεμβούργο, Δανία και Ελβετία. Οι περισσότερες από αυτές τις χώρες συμπεριλαμβανομένων της Αμερικής και της Αυστραλίας, αποζημιώνουν τον εμβολιασμό ή έχουν ξεκινήσει χρηματοδοτούμενα προγράμματα για τον εμβολιασμό<sup>32</sup>.

### **3.2 ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ Ή ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΝ HPV-ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ;**

Το HPV εμβόλιο αποδείχθηκε μέχρι σήμερα πολύ ασφαλές και δεν εμφανίζει αυξημένη συχνότητα κάποιων παρενεργειών ή ανεπιθύμητων ενεργειών σε σχέση με άλλα εμβόλια που γίνονται στις ίδιες ηλικιακές ομάδες. Έχουν περιγραφεί ήπια ενοχλήματα όπως: ήπιος πόνος, κνησμός, ερυθρότητα ή οίδημα στο σημείο του εμβολιασμού, δεκατική πυρετική κίνηση και σπάνια πυρετός πάνω από 38 βαθμούς

κελσίου. Σε ότι αφορά στις περιπτώσεις απώλειας συνείδησης και τάσεων λιποθυμίας μετά τη χορήγηση του εμβολίου, πρέπει να σημειωθεί πως αυτό είναι κάτι που συμβαίνει συχνά όταν εμβολιάζονται άτομα που βρίσκονται στην εφηβική ηλικία. Συστήνεται η χορήγηση του εμβολίου να γίνεται με τη γυναίκα να είναι καθιστή ή ξαπλωμένη καθώς κ η παραμονή της επί 15/λεπτο στο χώρο του ιατρείου μετά τον εμβολιασμό. Μέχρι στιγμής, μετά τη χορήγηση άνω των 2.000.000 δόσεων στις ΗΠΑ αναφέρθηκαν ορισμένες ανεπιθύμητες αντιδράσεις στην συντριπτική τους πλειοψηφία σαν αυτές που αναφέρονται πιο πάνω.

Εμφανίστηκαν επίσης 3 περιπτώσεις του συνδρόμου παράλυσης Guillain-Barre, το οποίο, ανεξάρτητα από εμβολιασμό, εμφανίζεται ούτως ή άλλως στον γενικό πληθυσμό με μεγαλύτερη συχνότητα. Έτσι η παρουσία του δεν συσχετίστηκε με τον HPV-εμβολιασμό. Επειδή τα δεδομένα σχετικά με την δράση του εμβολίου στην κύηση είναι περιορισμένα, η χορήγηση του σε έγκυες πρέπει να αποφεύγεται. Ο HPV-εμβολιασμός επί υπάρχουσας εγκυμοσύνης δεν αποτελεί ένδειξη για διακοπή της κύησης. Οι Θηλάζουσες μητέρες μπορούν να εμβολιασθούν. Άτομα με έντονη αλλεργική προδιάθεση ή με εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων στα συστατικά που εμπεριέχονται στο εμβόλιο είναι προτιμότερο να μην εμβολιάζονται. Δεν έχουν περιγραφεί περιπτώσεις σοβαρής αλλεργικής αντίδρασης-αναφυλαξίας ή θανάτου από εμβόλιο. Παρά ταύτα εμβόλιο συνεχίζει πάντα να παρακολουθείται για την πιθανή εμφάνιση σοβαρών ανεπιθύμητων αντιδράσεων στο μέλλον<sup>33</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ CIN

Γίνεται με την εξέταση επιχρισμάτων που λαμβάνονται από την επιφάνεια του εξωτραχήλου. Πρέπει να καταβάλλεται ιδιαίτερη προσοχή στη λήψη αυτών των επιχρισμάτων. Το ανώμαλο επιθήλιο ειδικά στο CIN3 που είναι χαλαρά προσκολλημένο στο υποκείμενο στρώμα μπορεί να αφαιρεθεί από το βίαιο προκαταρκτικό καθαρισμό με αποτέλεσμα τη λανθασμένη διάγνωση. Πολλές περιπτώσεις προχωρημένης δυσπλασίας ανακαλύπτονται σε γυναίκες ηλικίας 40 ετών, αλλά το φάσμα των ηλικιών εκτείνεται από 30-70 ετών. Αυτό μπορεί να είναι μια πραγματική αλλαγή στην επιδημιολογία ή να είναι το αποτέλεσμα της εκστρατείας κατά την οποία προτρέπονται όλες οι γυναίκες για μια κυτταρολογική εξέταση του τραχήλου. Η λήψη του τραχηλικού επιχρίσματος είναι μια διαδικασία που γίνεται στα εξωτερικά ιατρεία<sup>34</sup>.

### 4.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ CIN

Η συντηρητική αντιμετώπιση ενδείκνυται στις νεότερες γυναίκες και στο CIN1.

- **ΚΡΥΟΘΕΡΑΠΕΙΑ(ΚΡΥΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ)**

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

- **ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ**

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

- **CO2 LASER**

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

- **ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΒΙΟΨΙΑ**

Αυτή από μόνη της θα αντιμετωπίσει επαρκώς το 90% περίπου των βλαβών CIN αλλά οι ασθενείς που έχουν θεραπευτεί μ' αυτόν τον τρόπο πρέπει να παρακολουθούνται κυτταρολογικά εφ' όρου ζωής<sup>35</sup>.

Η υστερεκτομία ενδείκνυται για γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών που εμφανίζουν επίμονα θετικά επιχρίσματα παρά τη συντηρητική θεραπεία και όταν το κολποσκόπιο δεν είναι σε θέση να ελέγξει με αξιοπιστία ολόκληρη την περιοχή της δυσπλασίας. Πρέπει να τονιστεί ότι, αν τα επιχρίσματα παραμένουν θετικά και μετά την αφαίρεση της βλάβης, τότε ο κίνδυνος ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου αυξάνεται κατά 25 φορές<sup>36</sup>.

### **ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ**

Αυτό σημαίνει αφαίρεση σε σχήμα κώνου του μεγαλύτερου τμήματος του τραχηλικού σωλήνα. Η επέμβαση αυτή απαιτείται όταν τα τραχηλικά επιχρίσματα επανειλημμένα παρουσιάζουν κακοήθη ή δυσκαρυωτικά κύτταρα ή όταν η απ' ευθείας κολποσκοπική βιοψία δεν είναι ικανοποιητική<sup>37</sup>.

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

### ***Πλεονεκτήματα:***

Αυτή επιτρέπει ιστολογικά τη διαφορική διάγνωση μεταξύ του διηθητικού, του μικροδιηθητικού και της ενδοεπιθηλιακής νόσου. Η προκαταρκτική κολποσκόπηση θεωρείται απαραίτητη. Ο κολποσκόπος εντοπίζει τα όρια της βλάβης με αποτέλεσμα η βιοψία να γίνεται σε μικρότερη έκταση και να είναι λιγότερο τραυματική<sup>38</sup>.

### ***Μειονεκτήματα:***

- Υψηλό ποσοστό άμεσων επιπλοκών όπως είναι η αιμορραγία, λοίμωξη, στένωση τραχήλου.
- Τάση για αυτόματη έκτρωση στις επόμενες κυήσεις.
- Μετά την κωνοειδή βιοψία μπορεί να γίνει κρυστοπηξία για έλεγχο της αιμορραγίας. Αν η κολποσκόπηση δεν είναι εφικτή, οι λόγοι που επηρεάζουν την έκταση της βιοψίας είναι δυνατό να τροποποιηθούν ανάλογα με την ηλικία της ασθενούς, καθώς και από την επιθυμία της για μελλοντική εγκυμοσύνη<sup>39</sup>.

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

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί αν προληφθεί και μπορεί να ιαθεί εάν ανιχνευθεί έγκαιρα. Παλαιότερα, ο καρκίνος αυτός αποτελούσε ένα από τους κύριους λόγους θνησιμότητας των γυναικών εξ' αιτίας καρκίνου. Σήμερα χάρις στα προγράμματα ανίχνευσης και θεραπείας των καταστάσεων εκείνων που μπορούν να οδηγήσουν στον καρκίνο αυτό, η θνησιμότητα που προκαλεί έχει μειωθεί σημαντικά κατά τα τελευταία χρόνια.

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από το στάδιο που βρίσκεται και από την κατάσταση, την ηλικία και την επιθυμία της άρρωστης να διατηρήσει την αναπαραγωγική της λειτουργία. Αν το Παπ-τεστ αποκαλύψει δυσπλασία ή αν ο όγκος περιορίζεται στον επιθηλιακό ιστό, η εμπλεκόμενη περιοχή του τραχήλου μπορεί να αφαιρεθεί με κωνοειδή εκτομή, ηλεκτρικό καυτηριασμό, κρυοχειρουργική ή χειρουργική με LASER. Οι προσεγγίσεις αυτές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες προκειμένου να διατηρηθεί η αναπαραγωγική λειτουργία<sup>40</sup>.

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

Σε διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, οι μέθοδοι θεραπείας μπορεί να είναι ακτινοβολία ή ριζική υστερεκτομή<sup>41</sup>.

## **4.5 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

Η πιο γνωστή επέμβαση συνίσταται στην αφαίρεση της μήτρας των εξαρτημάτων, του μεγάλου τμήματος του κόλπου και του ινολιπώδους στρώματος της πυέλου μαζί με τους λεμφαδένες. Αυτή είναι η γνωστή σαν "υστερεκτομία κατά Wertheim"<sup>42</sup>.

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

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

Ο ουρητήρας για να προστατευθεί θα πρέπει να κινητοποιηθεί, αλλά όσο περισσότερο σχολαστικός είναι ο χειρουργός τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα πρόκλησης βλάβης στην αιμάτωση του ουρητήρα και δημιουργίας συριγγίου που οφείλεται στην ισχαιμική νέκρωση<sup>34</sup>.

### **A .ΡΙΖΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΑ**

Μετά την αφαίρεση της μήτρας το κολόβωμα του κόλπου συνήθως κλείνεται, αν και μερικές φορές απαιτείται η τοποθέτηση παροχέτευσης λόγω της τριχοειδικής αιμορραγίας. Σ' αυτήν την περιγραφή, πρώτα παρουσιάζεται η υστερεκτομία που ακολουθείται από λεμφαδεκτομία. Πολλοί χειρουργοί όμως εκτελούν μια αποκόλληση "en block", δηλαδή αφαιρούν τους πυελικούς λεμφαδένες, το λίπος και στη συνέχεια τη μήτρα και τον κόλπο, όλα μαζί σε μια ενιαία μάζα. Το ουσιαστικό τελικό αποτέλεσμα είναι ο πλήρης καθαρισμός της πυέλου μέχρι την περιτονία του μύος αφήνοντας μόνο τα αγγεία, τα νεύρα, το ορθό, και την ουροδόχο κύστη<sup>43</sup>.

### **B. ΡΙΖΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΑ**

Επίσης, είναι δυνατό να γίνει μια εκτεταμένη κολπική υστερεκτομία. Αυτή είναι γνωστή σαν εγχείρηση του Schauta, αλλά επειδή παρουσιάζει τεχνικές δυσκολίες και αδυναμία αφαίρεσης των λεμφαδένων από την κολπική οδό δεν εκτελείται συχνά. Μερικοί χειρουργοί που έχουν εξειδικευτεί σε αυτήν την επέμβαση, αναφέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα, αν και δεν είναι καλύτερα από εκείνα της κοιλιακής επέμβασης ή της ακτινοθεραπείας<sup>44</sup>.

### **Γ. ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ SCHAUTA**

Ο σκοπός της επέμβασης είναι η αφαίρεση των ωοθηκών, των σαλπίγγων της μήτρας και του κόλπου μέσω του αιδοίου. Εκτελείται μια κυκλική τομή γύρω από το κολπικό τοίχωμα. Το ανώτερο τμήμα του κόλπου κλείνεται με ράμματα (απομονώνοντας τον προσβλημένο από καρκίνο τράχηλο) και με την προς τα κάτω



έλξη αποκαλύπτονται οι περιοχές από τις οποίες θα γίνει η αποκόλληση του ουρητήρα, της ουρητηρο-κυστικής συμβολής και των ιερομητρικών συνδέσμων.

Αυτή είναι μια δύσκολη χειρουργική επέμβαση και συχνά συνοδεύεται από έντονη αιμορραγία. Όταν ο κόλπος μαζί με τον περιεχόμενο τράχηλο κινητοποιηθεί από το έντερο, την ουροδόχο κύστη και τον ουρητήρα, ανοίγεται η κυστεομητρική πτυχή και έλκεται ο πυθμένας της μήτρας προς τα έξω για να αποκαλυφθούν και να διαχωριστούν οι σύνδεσμοι των εξαρτημάτων.

Αυτό επιτρέπει την αφαίρεση ολόκληρου του γεννητικού σωλήνα, εκτός από το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου. Στη συνέχεια κλείνεται η τραυματική επιφάνεια με ράμματα<sup>45</sup>.

## 4.6 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όπως συμβαίνει και με τη χημειοθεραπεία, η ανταπόκριση των διαφόρων τύπων καρκίνου στην ακτινοθεραπεία είναι διαφορετική. Υπάρχουν όγκοι που μπορούν να θεραπευθούν σε μεγάλο ποσοστό με την ακτινοθεραπεία, άλλοι που εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα θεραπείας και άλλοι που πρακτικά είναι ακτινοάντοχοι.

Η ακτινοθεραπεία είναι ένας από τους κύριους θεραπευτικούς τρόπους καρκίνου. Χρησιμοποιείται μόνο σε συνδυασμό με την χειρουργική, την χημειοθεραπεία ή την ανοσοθεραπεία για να επιτευχθούν παρηγορητικά ή θεραπευτικά αποτελέσματα. Μπορεί να είναι εξωτερική (τηλεθεραπεία) ή εσωτερική (βραχυθεραπεία). Είναι τοπική μορφή θεραπείας στην οποία η καταστροφή των κυττάρων συμβαίνει μόνο στην περιοχή όπου εφαρμόζεται η θεραπεία. Είναι περισσότερο αποτελεσματική σε όγκους με καλή οξυγόνωση και με ταχύ ρυθμό ανάπτυξης. Δυστυχώς, η ακτινοθεραπεία δεν έχει εκλεκτική δράση μόνο στα κύτταρα και έτσι μεταβολές της κυτταρικής δομής και λειτουργίας συμβαίνουν τόσο στα καρκινικά. Όσο και στα φυσιολογικά κύτταρα που βρίσκονται μέσα στο πεδίο της ακτινοβολίας. Τα φυσιολογικά κύτταρα όμως, έχουν μεγαλύτερη ικανότητα αποκατάστασης των βλαβών.

Ο ασθενής που έχει ως θεραπεία την ακτινοθεραπεία συνήθως είναι εξωτερικός ασθενής εκτός αν παρουσιάζει διάφορα προβλήματα ή επιπλοκές, ή είναι

δύσκολη η μετακίνησή του λόγω τόπου διαμονής και δυσκολία ανοχής και αντιμετώπισης ορισμένων παρενεργειών.

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

- Άγχος
- Διαταραχή θρέψης: ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος
- Διαταραχές της κατάποσης
- Πόνος
- Δυσφορία: ναυτία, έμετος, κνησμός.
- Αυξημένος κίνδυνος λύσης της συνεχείας του δέρματος
- Βλάβη του στοματικού βλεννογόνου : ξηροστομία, στοματίτιδα
- Κόπωση
- Διάρροια
- Διαταραχές ύπνου
- Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης
- Αναποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων
- Θλίψη και έλλειμα γνώσεων<sup>46</sup>

## **4.7 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ**

Η χημειοθεραπεία είναι συστηματική αγωγή η οποία μπορεί να προκαλέσει ποικίλες παρενέργειες σε όλο το σώμα, που εξαρτώνται από το είδος του φαρμάκου ή το συνδυασμό των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται, τη δόση, το πρόγραμμα χορήγησης και την οδό χορήγησης. Πιθανόν, όμως, ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η αντίδραση του συγκεκριμένου κάθε φορά ασθενούς στη χημειοθεραπεία, η οποία επηρεάζεται από την οργανική και ψυχολογική του κατάσταση κατά τη χρονική περίοδο της χορήγησής της.

Η ιατρική και νοσηλευτική αξιολόγηση των ασθενών και οι εξετάσεις που διενεργούνται πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας, έχουν τρεις κυρίως σκοπούς:

- Την αξιολόγηση της οργανικής κατάστασης του κάθε υποψήφιου για χημειοθεραπεία ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της κατάστασης θρέψης, της λειτουργικότητας των νεφρών, του ήπατος και της καρδιάς, των εφεδρειών του μυελού των οστών και της λειτουργικής του κατάστασης. Επίσης, όπου είναι δυνατόν, την επίλυση των σχετικών προβλημάτων, και την εντόπιση εκείνων των ατόμων που εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση συγκεκριμένων βραχυχρόνιων ή μακροχρόνιων τοξικοτήτων.
- Τον καθορισμό του σταδίου του καρκίνου του συγκεκριμένου ασθενή. Με τον τρόπο αυτό προσφέρεται ένα μέτρο σύγκρισης με το οποίο θα μπορεί να μετρηθεί η θεραπευτική ανταπόκριση του οργανισμού του ασθενούς στη χημειοθεραπεία με τη χρησιμοποίηση, για παράδειγμα, ακτινών Χ, αξονικών τομογραφιών ή άλλων απεικονιστικών μεθόδων, ή τη μέτρηση των καρκινικών δεικτών.
- Τον υπολογισμό της ορθής δόσης του φαρμάκου ή των φαρμάκων που απαιτούνται, προκειμένου να αποφεύγεται κάποιος μη-απαραίτητος κίνδυνος τοξικότητας. Η δόση, συχνά, βασίζεται στη μέτρηση της επιφάνειας σώματος σε τετραγωνικά μέτρα, η οποία υπολογίζεται από το ύψος και το βάρος του ασθενούς.

Η αξιολόγηση και οι εξετάσεις μπορεί να επαναλαμβάνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα προκειμένου να εντοπίζονται σε αρχικό στάδιο οι τοξίνες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε ανεπανόρθωτη βλάβη αν δεν αναστραφούν. Οι πληροφορίες που συλλέγονται, μαζί με τις περιγραφές του ασθενούς σχετικά με το συνηθισμένο επίπεδο δραστηριοτήτων και λειτουργικότητας που τον χαρακτηρίζει, θα βοηθήσουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να σχεδιάσουν ένα ασφαλέστερο κύκλο χημειοθεραπειών, προλαμβάνοντας ή ελαχιστοποιώντας τη φυσική δυσφορία και το άγχος.

Η πρόβλεψη κάποιων μορφών τοξικότητας καθιστά δυνατή την προσφορά αποτελεσματικής προφύλαξης σε ορισμένες περιπτώσεις. Είναι ουσιώδους σημασίας ο νοσηλευτής να είναι εξοικειωμένος με τα χρησιμοποιούμενα πρωτόκολλα, όταν αναλαμβάνει την ευθύνη ασθενών οι οποίοι λαμβάνουν χημειοθεραπεία, ή χορηγεί χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα πρωτόκολλα αυτά, εκτός του ότι προσφέρουν λεπτομέρειες σχετικά με τη χημειοθεραπεία, περιέχουν ζωτικής σημασίας

πληροφορίες σχετικά με φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία θα μπορούσαν να προσφέρουν προφύλαξη στον ασθενή από συγκεκριμένα συμπτώματα, όπως είναι π.χ. τα αντιεμετικά ή τα αντίδοτα σαν ένα μέρος συγκεκριμένων κύκλων της θεραπείας.

Η αξιολόγηση στην καθημερινή κλινική πρακτική των τοξικοτήτων της αντικαρκινικής χημειοθεραπείας προϋποθέτει γνώση γύρω από τις γενικές επιδράσεις των κυτταροτοξικών φαρμάκων στο σώμα του ασθενούς, καθώς και εξοικείωση με τη δράση συγκεκριμένων φαρμάκων ή συνδυασμών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται. Είναι σημαντική η παρακολούθηση της έναρξης, της βαρύτητας, και της διάρκειας της τοξικότητας, για την έγκαιρη αναγνώριση της και την ορθή και έγκαιρη παρέμβαση και παραπομπή των ασθενών σε ειδικούς. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναπτύξει ένα λεπτομερές σύστημα κοινών κριτηρίων τοξικότητας, ώστε, τόσο να διευκολύνει την αναφορά των τοξικοτήτων στην κλινική πράξη και στις κλινικές δοκιμές, όσο και να προσφέρει ένα πλαίσιο αποδεκτής πρακτικής<sup>47</sup>.

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι δυνατόν σύμφωνα με τον χρόνο έναρξης τους να κατανεμηθούν σε τρεις κατηγορίες<sup>48,49</sup>. Οι άμεσες παρενέργειες συμβαίνουν εντός 30 λεπτών από την έναρξη της θεραπείας. Οι βραχυχρόνιες παρενέργειες εμφανίζονται μεταξύ 3 και 7 ημερών μετά την έναρξη της θεραπείας ενώ, οι μακροχρόνιες παρενέργειες, οι οποίες συχνά έχουν αθροιστικό χαρακτήρα, μπορεί να θεωρηθεί ότι προκύπτουν μετά τις 7 ημέρες<sup>50</sup>.

## **4.8 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Η χρήση της ακτινοθεραπείας περιορίζεται από τη σοβαρότητα και τη συχνότητα των παρενεργειών της. Οι δυσμενείς παρενέργειες μπορεί να καταβάλουν υπερβολικά τους ασθενείς και να έχουν σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής τους. Παρόλο που είναι γνωστοί από τη ραδιοβιολογία οι μηχανισμοί πρόκλησης των παρενεργειών της θεραπείας, δεν είναι αρκετά γνωστοί, οι καλύτεροι τρόποι αντιμετώπισής τους. Στο παρελθόν, σε αντίθεση με τη χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, τα οποία διέπονται από ξεκάθαρους μηχανισμούς παρακολούθησης της δράσης τους δεν θεωρείτο αναγκαία η τεκμηρίωση της

χορηγούμενης ακτινοθεραπείας και η παρακολούθηση της εμφανιζόμενης τοξικότητας, με αποτέλεσμα τα δεδομένα της τοξικότητας των ασθενών, που είχαν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία συχνά να είναι αναξιόπιστα και δύσκολο να συγκριθούν με εκείνα άλλων θεραπειών. Οι δόσεις ανά πεδίο διαφέρουν μεταξύ των χωρών και των ιατρών, με αποτέλεσμα την ύπαρξη αντικρουόμενων στοιχείων αναφορικά με την καλύτερη ενδεικνυόμενη μέθοδο θεραπείας. Με την επέκταση κλινικών μελετών διευκρινίσθηκαν οι δυσμενείς επιπτώσεις της θεραπείας.

Ένα τεράστιο πρόβλημα είναι ότι σε αντίθεση με πολλά χημειοθεραπευτικά φάρμακα, οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας αναπτύσσονται σε διάφορα στάδια. Οι όψιμες παρενέργειές της μπορεί να εμφανιστούν μετά από χρόνια και είναι συνήθως προοδευτικές και χρόνιες δεδομένου ότι τα οξέα συμπτώματα της ακτινοθεραπείας αντιμετωπίζονται άμεσα. Επομένως, καθίσταται δύσκολη η αξιολόγηση και η παρακολούθηση της τοξικότητας της. Επίσης, θεωρείται ότι δεν υφίσταται σχέση μεταξύ των οξέων και των όψιμων παρενεργειών της ακτινοθεραπείας και είναι εξαιρετικά δύσκολη η πρόβλεψη τόσο εκείνων των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο, όσο και του χρόνου έλευσης των διαφόρων προβλημάτων, γεγονός που αντικατοπτρίζει την ακτινοευαισθησία των διαφόρων ιστών, καθώς και την μακροπρόθεσμη καταστροφή των ιστών από την ιονίζουσα ακτινοβολία.

Είναι πλέον γνωστή η σχέση μεταξύ της συνολικής δόσης της ακτινοβολίας και των βιολογικών της επιπτώσεων, με αποτέλεσμα οι υψηλότερες δόσεις να προκαλούν περισσότερες βλάβες. Επιπλέον η ακτινοευαισθησία του συγκεκριμένου ιστού επηρεάζει τη βαρύτητα των παρενεργειών της θεραπείας. Συχνά οι ιστοί με κύτταρα με μεγάλη ταχύτητα πολλαπλασιασμού παρουσιάζουν περισσότερες οξείες παρενέργειες από εκείνους με κύτταρα με βραδύτερους ρυθμούς ανάπτυξης.

Παρόλο που συχνά γίνονται διακρίσεις ανάλογα με την ανταπόκριση των ιστών στην ακτινοβολία, η ταξινόμηση είναι πολυπλοκότερη από την απλή προτεινόμενη προσέγγιση. Υπάρχουν πολλές εξαιρέσεις οι οποίες προέρχονται από τις διάφορες φάσεις που βρίσκονται οι ιστοί και τα όργανα, όπως για παράδειγμα το επιθήλιο του ουροποιητικού συστήματος το οποίο είναι πολύ ευαίσθητο στην ακτινοβολία. Συνήθως τα συμπτώματα περιγράφονται ως οξέα, αλλά οι βλάβες μπορεί να εμφανιστούν μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα, λόγω του ότι το επιθήλιο έχει πολύ αργό ρυθμό αντικατάστασης. Άλλο παράδειγμα, είναι ο πνευμονικός ιστός όπου αναγνωρίζονται δύο επίπεδα βλάβης, το μεν πρώτο εμφανίζεται 3-8 μήνες μετά

από την έναρξη της ακτινοθεραπείας και το δεύτερο που είναι η πνευμονική ίνωση αναπτύσσεται μετά από περίπου ένα χρόνο<sup>51</sup>.

Η έκταση και η συχνότητα των συμπτωμάτων συνδέεται όχι μόνο με την ευαισθησία των ιστών στην ακτινοθεραπεία, αλλά και με την ευαισθησία των ατόμων στην ακτινοθεραπεία. Κλινικές και πειραματικές μελέτες άρχισαν να αποκαλύπτουν την ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης υπερευαισθησίας των φυσιολογικών ιστών στην ακτινοβολία, που πιθανά εξηγεί την μεγάλη ποικιλία παρενεργειών που εμφανίζονται μεταξύ εκείνων που υποβάλλονται σε παρόμοιες θεραπείες με ακτινοβολία<sup>52</sup>. Επιπρόσθετοι επιβαρυντικοί παράγοντες δημιουργίας παρενεργειών, οι οποίοι όμως δεν έχουν διευκρινιστεί ακόμη πλήρως, είναι τα συνυπάρχοντα νοσήματα, η ηλικία και η συμπληρωματική θεραπεία.

Τα συμπτώματα είναι το αποτέλεσμα της καταστροφής των ιστών από την επίδραση της ακτινοβολίας. Τα κύτταρα που παραβλάπτονται πιο άμεσα είναι εκείνα που βρίσκονται στη διαδικασία της μίτωσης. Τα μη πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα είναι εκείνα που υποφέρουν από απόπτωση δηλαδή κυτταρικό θάνατο, ή παραμένουν ζωντανά αλλά ανίκανα να διεκπεραιώσουν την λειτουργικότητά τους. Οι βιολογικές αυτές επιπτώσεις οδηγούν στην καταστροφή, ή τη φλεγμονή του ιστού. Στο τέλος της θεραπείας τα εναπομείναντα κύτταρα αναρρώνουν και εξελίσσονται.

Οι όψιμες αντιδράσεις στους ιστούς που παρατηρούνται συνήθως μετά από αρκετό χρονικό διάστημα από τη θεραπεία είναι το αποτέλεσμα των αγγειακών μεταβολών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το φαινόμενο της τηλαγγεκτασίας όπου διευρισμένα αγγεία εμφανίζονται στην επιφάνεια του δέρματος. Τα ενδοθηλιακά κύτταρα που βρίσκονται στα τοιχώματα των τριχοειδών καταστρέφονται και οδηγούν τα επιζώντα σε ανώμαλο πολλαπλασιασμό και διαφοροποίηση, σε αλλαγές στην πυκνότητα, και σε καταστροφή και θρόμβωση των μικρότερων αγγείων. Αυτό το γεγονός επηρεάζει την παροχή του αίματος στη συγκεκριμένη περιοχή και δημιουργεί δευτερογενής βλάβες.

Εάν δεν αντιμετωπιστούν σωστά οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, μπορεί να προκαλέσουν δυσμενής επιπτώσεις και εξουθενωτικά χρόνια προβλήματα, με συνέπεια τη μείωση της ποιότητας ζωής. Αυτό οδήγησε σε νομικές διεκδικήσεις και απαίτηση αποζημιώσεων από τους ασθενείς οι οποίοι έχουν υποστεί σοβαρές βλάβες και δεν είχαν ενημερωθεί για την πιθανότητα εμφάνισης μακροπρόθεσμων παρενεργειών της θεραπείας. Παράδειγμα, αποτελούν οι όψιμες βλάβες των νεύρων που βίωσαν οι γυναίκες που θεραπεύτηκαν για καρκίνο του μαστού στα τέλη της

δεκαετίας του '60. Οι αλλαγές στην θεραπεία του καρκίνου και η προσπάθεια αποφυγής της μαστεκτομής οδήγησαν στη χορήγηση υψηλότερα συνολικά δόσεων ακτινοβολίας. Μακροπρόθεσμες παρενέργειες που προέκυψαν εξαιτίας της βλάβης στο βραχιόνιο πλέγμα οδηγούσαν στην απώλεια της λειτουργικότητας του σύστοιχου άνω άκρου και σημαντικό πόνο αρκετών γυναικών.

Η αντιμετώπιση των παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία είναι ένα σημαντικό κομμάτι της φροντίδας και τα συμπτώματα μπορεί να βιώνονται όχι μόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και μήνες ή χρόνια μετά την ολοκλήρωσή της<sup>53</sup>.

## 4.9 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρά τις προόδους που έχουν συντελεστεί στη φαρμακευτική θεραπεία του καρκίνου τα τελευταία χρόνια, είναι συγκεκριμένα τα νεοπλάσματα εκείνα, στα οποία μπορεί να επιδιωχθεί ίαση με την εφαρμογή χημειοθεραπείας. Άλλοι όγκοι ανταποκρίνονται, αλλά δεν ιώνται, ενώ άλλοι ελάχιστα επηρεάζονται από τη χημειοθεραπεία κατά τα προχωρημένα στάδια.

Τα κυτταροστατικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται μόνα ή σε συνδυασμό με χειρουργική ή και ακτινοθεραπεία για να επιτευχθεί ίαση, έλεγχος ή ανακούφιση από τα συμπτώματα της προχωρημένης νόσου.

Στόχος της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή των κακοήθων κυττάρων χωρίς να προκληθεί μόνιμη βλάβη των φυσιολογικών. Τα κυτταροστατικά πιστεύεται ότι καταστρέφουν ένα σταθερό ποσοστό των κυττάρων του όγκου με κάθε δόση, γιατί μόνο ένα ποσοστό των καρκινικών κυττάρων βρίσκεται στη φάση της διαίρεσης και έτσι παρουσιάζει ευαισθησία στα φάρμακα. Θεωρητικά όσο μεγαλύτερος είναι ο ρυθμός ανάπτυξης του όγκου τόσο περισσότερα καρκινικά κύτταρα θα καταστραφούν.

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα δεν διακρίνουν το φυσιολογικό από το καρκινικό κύτταρο και επομένως μπορεί να παρατηρηθούν ορισμένες παρενέργειες και τοξικά φαινόμενα από τη χρήση τους. Επειδή τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν δρουν εκλεκτικά μόνο στα καρκινικά αλλά και στα φυσιολογικά κύτταρα, η Νοσηλευτική φροντίδα του χημειοθεραπευτικού ασθενούς είναι πραγματικά μια πρόκληση για τους Νοσηλευτές. Οι κύριοι στόχοι της νοσηλευτικής είναι η διατήρηση της άνεσης, η πρόληψη των επιπλοκών, η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τη χημειοθεραπεία,

τις αναμενόμενες παρενέργειες και τα τοξικά φαινόμενα που πρέπει να αναφερθούν. Επίσης διαδραματίζει κύριο ρόλο στη βοήθεια του ασθενούς και των συγγενών και φίλων στην αντιμετώπιση των τρεχουσών και μελλοντικών διαταραχών της σωματικής εικόνας, του τρόπου ζωής και των ρόλων, ως συνέπεια του καρκίνου και της χημειοθεραπείας<sup>46</sup>.

## **ΕΙΔΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

### **A. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ**

- Εισαγωγική: στην έναρξη, υψηλές δόσεις, πλήρης ύφεση
- Σταθεροποίησης
- Εντατικοποιημένη: μετά την πλήρη ύφεση σε μεγαλύτερες δόσεις, αύξηση και παράταση της ίασης.
- Συντήρησης: μακροχρόνια, χαμηλή δόση μετά την ύφεση
- Συμπληρωματική: σύντομη διάρκεια υψηλής δόσης σε pts χωρίς υπολειπόμενη νόσο
- Νέο-συμπληρωματική: χορήγηση ΧΜΘ για να γίνει ο όγκος χειρουργήσιμος
- Παρηγορητική: για τον έλεγχο των συμπτωμάτων
- Διάσωσης

### **B. ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ**

- Ενδοπεριτοναϊκή
- Ενδοϋπεζωκοτική
- Ενδοκυστική



## **ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ**

- Ικανοποιητική φυσική κατάσταση (PS)
- Προσδόκιμο επιβίωσης > 3 μήνες
- Απουσία ενεργού λοίμωξης
- Ικανοποιητική λειτουργία νεφρών, ήπατος, μυελού των οστών.

## **ΠΩΣ ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ Η ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

- Από το στόμα (peros)
- Ενδοφλέβια
- Ενδομυϊκά
- Υποδόρια
- Ενδοκρανιακά
- Ενδοκοιλιακά

## **ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ**

- Αιμοποιητικό σύστημα: αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία (από μυελοκαταστολή), αιμοραγική διάθεση.
- Γαστρεντερικό σύστημα: ναυτία-έμετος, ανορεξία, διαταραχές γεύσεις, διάρροια, δυσκοιλιότητα, στοματίτιδα, ηπατοτοξικότητα.
- Γεννητικό σύστημα: αμηνόρροια, πρόωγη εμμηνόπαυση.
- Δέρμα: αλωπεκία, υπέρχρωση δέρματος, υπόχρωση φλεβικούδικτύου, φλεβίτιδες, ερύθημα, χρωστικές εναποθέσεις στα νύχια.
- Διάφορα: πόνος στην περιοχή του όγκου, φαινόμενο ανάκλησης ακτινοβολίας, πόνος στη γνάθο, γριπώδες σύνδρομο, κακουχία.
- Κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα: εκδηλώσεις από το ΚΝΣ και τα περιφερικά νεύρα, ωτοτοξικότητα, φωτοευαισθησία, φωτοφοβία.
- Μεταβολικές διαταραχές: υπογλυκαιμία, υπερασβεστιαμία, υπομαγνησισαμία, διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας, υπερουριχαιμία.
- Ουροποιητικό σύστημα: αιμοραγική κυστίτιδα.

## ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΕΣ ΑΠΟ ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ

- Καρδιοτοξικότητα
- Πνευμονική τοξικότητα
- Αγγειακή τοξικότητα
- Νευροτοξικότητα
- Νεφροτοξικότητα
- Αιματολογική τοξικότητα
- Οφθαλμολογική τοξικότητα
- Δερματολογική τοξικότητα
- Τοξικότητες στο γαστρεντερικό σύστημα
- Νέκρωση και βλάβη ιστών
- Τοξικότητα στις γονάδες<sup>13</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### **5.1 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ**

Οι βασικές αρχές και οι στόχοι της αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου είναι οι ακόλουθοι :

- Αναγνώριση και άμεση αξιολόγηση του πόνου των ασθενών με καρκίνο.
- Ανίχνευση των ψυχολογικών και πνευματικών επιδράσεων στην αντίληψη του πόνου και η διαχείριση τους.
- Ανακούφιση του πόνου κατά τη διάρκεια της νύχτας, στην ανάπαυση και στη μετακίνηση.
- Μεγιστοποίηση της ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής του ασθενούς.
- Καταγραφή και ανακούφιση παρόντων και μελλοντικών φόβων για τον πόνο.
- Παροχή υποστήριξης και ενθάρρυνσης των μελών της οικογένειας, των φίλων και των επαγγελματιών υγείας.
- Παρακίνηση της συμμετοχής του ασθενή, της οικογένειας του και των φίλων του.
- Υιοθέτηση συνεργατικής και διεπιστημονικής προσέγγισης.
- Εξατομίκευση της αναλγητικής αγωγής ανάλογα με τις ανάγκες και την αντοχή του ασθενή.
- Τακτική επαναξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
- Έγκαιρη παραπομπή του ασθενή στους ειδικούς εάν δεν επιτυγχάνεται αντιμετώπιση του πόνου<sup>54</sup>.

Χωρίς ολοκληρωμένη αξιολόγηση που να περιλαμβάνει τις πολλαπλές αλληλοεπηρεαζόμενες διαστάσεις του πόνου είναι απίθανο οι προαναφερθείσες αρχές να ικανοποιηθούν.

Η κατανόηση των λανθασμένων αντιλήψεων που δύνανται να παρεμποδίσουν τη διεργασία της αξιολόγησης, μπορεί να διευκολύνει την αποτελεσματική νοσηλευτική διαχείριση του πόνου.

Ορισμένες από τις πιο κοινές παρανοήσεις σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου είναι:

- Ο πραγματικός πόνος έχει μια αναγνωρίσιμη οργανική αιτία

- Ο ψυχογενής πόνος (ο οποίος είναι ευκολότερα κατανοητός δια μέσου της ψυχολογίας παρά της φυσιολογίας) δεν αποτελεί πραγματικό πόνο και μπορεί να σχετίζεται ακόμη και με προσποίηση.
- Τα μέλη της ομάδας υγείας είναι ικανά να καταλήξουν σε ακριβή συμπεράσματα για τη φύση, τη σοβαρότητα, και την ύπαρξη του πόνου κάποιου ατόμου βασιζόμενα στην επιστημονική τους γνώση, τα φυσιολογικά δεδομένα του πόνου και τη συμπεριφορά του ασθενούς.
- Η σοβαρότητα και η διάρκεια του πόνου μπορεί να προβλεφθούν από το είδος του καρκίνου, την αιτία αλλά και την εντόπιση του πόνου.
- Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέχουν αρκετά τον πόνο.
- Οι ασθενείς με έντονο πόνο δείχνουν πάντα ότι υποφέρουν.
- Ο πόνος μπορεί να γίνει αντιληπτός απομονωμένα σαν μια πλευρά της διάγνωσης του καρκίνου<sup>55,56,57</sup>.

## **5.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ**

- Κόπωση
- Αϋπνία
- Δυσφορία
- Άγχος
- Κατάθλιψη
- Θυμός
- Φόβος
- Λύπη
- Ανία
- Απομόνωση
- Απόσυρση
- Μοναξιά
- Αντιλήψεις για την σημαντικότητα του πόνου και το νόημά του
- Η πολιτιστική ταυτότητα

- Πολιτιστικές αρχές και προσδοκίες για τον τρόπο έκφρασης και συμπεριφοράς του πόνου
- Θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις
- Οικογενειακή υποστήριξη
- Κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο
- Αντίληψη εαυτού
- Αλλαγές της εικόνας σώματος και της αυτοεκτίμησης
- Απώλεια εισοδήματος
- Επαγγελματικές προβλέψεις των αιτιών της επώδυνης συμπεριφοράς
- Επαγγελματικές προβλέψεις για την επώδυνη συμπεριφορά
- Φόβος ότι δρομολογείται πορεία προς το θάνατο <sup>58,59</sup>.

### 5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

#### A. Ιστορικό υγείας

- Ηλικία
- Συζυγική κατάσταση
- Εμμηνορρυσιακό, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό
- Ατομικές συνθήκες υγιεινής
- Προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα, συμπτώματα, έρπης
- Χρήση κολπικών αντιβιοτικών
- Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης κολπικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου (Παπ-τεστ)
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου<sup>34</sup>

#### B. Φυσική εκτίμηση

Η πυελική εξέταση θα αποκαλύψει:

- Φυσιολογία εξωτερικών γεννητικών οργάνων και πιθανή ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων
- Όχι αξιοσημείωτη αλλαγή στον κολπικό ή τραχηλικό βλεννογόνο

## **Γ. Διαγνωστικές εξετάσεις**

- Κολπικό επίχρισμα
- Κολποσκόπηση: καμία υποψία ή άτυπες αλλοιώσεις
- Δοκιμασία μήλης: στον καρκίνο του τραχήλου η μήλη εύκολα εισχωρεί μέσα στους ιστούς, που είναι εύθρυπτοι
- Δοκιμασία Schiller: ο υγιής ιστός λαμβάνει το χαρακτηριστικό βαθύ καφέ χρώμα, ενώ η καρκινική περιοχή παραμένει αχρωμάτιστη
- Βιοψία τραχήλου: η ιστολογική εξέταση τμήματος ιστού από τον αλλοιωμένο τράχηλο επισφραγίζει τη διάγνωση
- Άλλες πληροφορίες: προηγούμενα Παπ-τεστ<sup>60</sup>

## **Προβλήματα ασθενούς**

- Ψυχολογικά προβλήματα, ανησυχία, φόβος καρκίνου και θανάτου
- Μεταβολή σωματικού ειδώλου εξαιτίας της επέμβασης
- Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας, κυρίως αν δεν έχει παιδιά<sup>61</sup>.

## **Σκοποί της φροντίδας**

### **Άμεσοι**

- Μείωση ανησυχίας και φόβου εγχείρησης
- Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου

### **Μακροπρόθεσμοι**

- Παροχή βοήθειας στην ασθενή να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου
- Μείωση κινδύνου υποτροπής<sup>62</sup>

## ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

### A. Προεγχειρητική παρέμβαση

- Ερμηνεία του όρου «υστερεκτομή» στην ασθενή και την οικογένειά της. Εξασφάλιση συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και τη διακοπή κύησης, αν η ασθενής είναι έγκυος.
- Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία), πόνο, δραστηριότητα, δίαιτα, συνουσία, έμμηνη ρύση.
- Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.
- Παροχή ευκαιριών στην ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της<sup>63</sup>.
- Υποστήριξη της ασθενούς κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων. Μερικές γυναίκες είναι ικανές να αποδεχθούν την υστερεκτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου και τις σεξουαλικές τους ανάγκες. Άλλες διατηρούν αμφιβολίες για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψή τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Άλλες πάλι μπορεί να παρουσιάσουν κατάθλιψη και άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, αν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη<sup>61</sup>.
- Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της ασθενούς (φυσικών, συγκινησιακών και κοινωνικών).
- Παροχή φυσικής ετοιμασίας της ασθενούς για το χειρουργείο:
  - § Εξέταση αιμοσφαιρίνης και αντιμετώπιση αναιμίας, αν υπάρχει.
  - § Προσδιορισμός ομάδας αίματος και εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.
  - § Ενδοφλέβια πυελογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί).
  - § Διακοπή αντισυλληπτικών δισκίων.
  - § Ακτινογραφία θώρακα.
  - § Διδασκαλία αναπνευστικών και κοιλιακών ασκήσεων.
  - § Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.

- § Καθαρτικός υποκλυσμός και κολπική πλύση με αντισηπτικό σε κολπική υστερεκτομή (σπάνια σε κοιλιακή υστερεκτομή) γίνεται συνήθως το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης (μετά από ιατρική οδηγία)
- § Χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση ύπνου<sup>39</sup>.

## **B. Μετεγχειρητική παρέμβαση**

- Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνο, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος.
- Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.
- Ανακούφιση από τον πόνο.
- Προαγωγή επούλωσης του τραύματος.
- Στενή παρακολούθηση της ασθενούς για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.

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

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

Η ασθενής παρακολουθείται στενά, γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μη χρειαστεί χειρουργική επέμβαση<sup>64</sup>.

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

- Παρακολούθηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία.
- Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα, αν δόθηκε εντολή, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Επίσης, είναι δυνατόν να τοποθετηθεί υπερηβικός καθετήρας.
- Αφαίρεση του καθετήρα, με οδηγία του γιατρού, μετά από 5 μέρες.
- Καθετηριασμός της κύστης, αν η άρρωστη δεν έχει καθετήρα και δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.



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

- Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η ασθενής είναι ακόμα στο χειρουργείο .
- Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.
- Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού.
- Χορήγηση υγρών και μαλακής δίαιτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός<sup>65</sup>.

### ***Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.***

- Βοήθεια της ασθενούς να αλλάζει θέση κάθε 2 ώρες και ενθάρρυνση να παίρνει βαθιές αναπνοές.
- Αποφυγή τοποθέτησης της ασθενούς σε ψηλή Fowler θέση, καθώς και πίεσης κάτω από τα γόνατα, για πρόληψη στάσης του αίματος.
- Υπολογισμός του αίματος που χάνεται με τη ζύγιση των γαζών αμέσως μετά την αφαίρεσή τους. Σύγκριση βρεγμένων και στεγνών γαζών. Η διαφορά του βάρους θα είναι το αίμα που χάνεται.
- Αναζήτηση σημείου Homan (ευαισθησία και πόνος στη γαστροκνημία κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού)
- Επισκόπηση κάτω άκρων για παρουσία κιρσών. Προαγωγή κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις άκρων.
- Χρήση ελαστικών καλτσών ως προφυλακτικό μέτρο, για προαγωγή της κυκλοφορίας<sup>64</sup>.

***Πρόληψη λοίμωξης:*** Συνήθως γίνεται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υπόθετων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.

***Παρακολούθηση για κοιλιακή απέκκριση:*** Αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.

***Έγκαιρη έγερση της άρρωστης:*** Για πρόληψη επιπλοκών.

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

- Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο – Διδασκαλία.
- Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.
- Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή με ωθηκεκτομή/σαλπιγγεκτομή<sup>66</sup>.
- Παροχή συμβούλων στην ασθενή

- Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα (για ένα μήνα μέχρι 6 εβδομάδες) ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή άνοδο κλίμακας, για πρόληψη διάσπασης του τραύματος. Η οδήγηση αυτοκινήτου μπορεί να καθυστερήσει για 3 εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πεντάλ του φρένου μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλιά.
- Να ασκείται και να αποφεύγει το παρατεταμένο κάθισμα, όπως κατά την οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας να λιμνάζει το αίμα στην πύελο και να δημιουργηθούν θρομβοεμβολές.
- Να αποφεύγει τη συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.
- Παροχή επεξηγήσεων στην ασθενή ότι η κολπική έκκριση που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή η οποία έχει ένα καφεοειδές χρώμα είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητά της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει.
- Ενημέρωση της άρρωστης για πιθανή εμφάνιση «αισθήματος κόπωσης» κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι. Γι' αυτόν το λόγο, δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα<sup>37</sup>.
- Βοήθεια της ασθενούς στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σε ένα μήνα. Μετά από 2 μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.
- Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με οδηγία του γιατρού. Θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες για εργασία κλπ.
- Ενημέρωση της ασθενούς να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και να φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά αλλά δεν διαρκούν πολύ.
- Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τριμήνου κλινικοεργαστηριακού ελέγχου για 5 χρόνια.<sup>62</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### **6.1 ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΦΗΓΗΣΗ: ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Έφτασα στο νοσοκομείο για να πάρω τον πρώτο κύκλο. Ήμουν εφοδιασμένη με τα βασικά τρόφιμα, δωδεκάδες βιταμινών και ιχνοστοιχείων και είχα κατάλληλα προετοιμαστεί. Ο ογκολόγος μου με είχε προειδοποιήσει σχετικά με την απώλεια των τριχών και τον έμετο και για τον λόγο αυτό είχα λάβει επιπλέον βιταμίνη C για την ναυτία και ένα ομοιοπαθητικό φάρμακο για την απώλεια των τριχών. Μαζί μου είχα επίσης ένα ημερολόγιο για να καταγράψω ποια σκευάσματα θα μου χορηγούσαν και τι επιδράσεις θα είχαν αυτά σε εμένα. Σχεδιάζω να αντιμετωπίσω τη θεραπεία με αυτές τις «μεθόδους αυτοδιαχείρισης» για να οργανώσω τις ημέρες μου στο νοσοκομείο, όπως ακριβώς έκανα στο σπίτι.

Καταγράφω στο ημερολόγιο τα ονόματα των σκευασμάτων: Μπλεομυκίνη, Ετοποσίδη, Σισπλατίνη. Επίσης παίρνω περισσότερη βιταμίνη C. Η θεραπεία αρχίζει. Τις πρώτες 24 ώρες της θεραπείας, έκανα έμετο τακτικά, είχα πυρετό, ιδρώτα και πονούσα παντού σαν να είχα γρίπη. Κανένα από τα αντιεμετικά που έλαβα δεν με βοήθησαν. Αντίθετα, μου προκαλούσαν νέες δυσάρεστες ανεπιθύμητες ενέργειες (κάποιο από αυτά σου προκαλεί το αίσθημα ότι έχεις μυρμηγκοφωλιά στον πρωκτικό δακτύλιο). Κάποιος μου πρόσφερε χυμό καρότου ή ξηρούς καρπούς (τα οποία άλλωστε είχα φέρει κι εγώ μαζί μου), και φυσικά ο οργανισμός μου τα απέβαλλε. Δεν συζητώ βέβαια για τις βιταμίνες. Οι τακτικοί έμετοι ανέβαλλαν αυτά τα μεγαλεπήβολα σχέδιά μου. Αυτό συνεχίστηκε για 3 ημέρες. Όταν τελικά επέστρεψα σπίτι μου, σε όλο μου το σώμα υπήρχε εξάνθημα με κνησμό το οποίο μου προκαλούσε αίσθημα καύσου. Ξυνόμουν σαν τρελή. Έγινε η επανεισαγωγή μου στο νοσοκομείο για να λάβω κάποιο αντισταμινικό. Τα σημάδια από τις αμυχές παρέμεναν στο λαιμό μου, τα χέρια μου, τα στήθη μου, την πλάτη, και το στομάχι μου. Τα σημάδια της απελπισίας μου έγιναν μόνιμες ούλες. Μου είπαν ότι είναι δυνατόν κάποιες φορές να το προκαλέσει η μπλεομυκίνη.

Όταν γύρισα σπίτι, ο κνησμός είχε σταματήσει αλλά όχι και ο έμετος. Τηλεφωνήσαμε στο νοσοκομείο. Μου είπαν απλά να έχω υπομονή. Κάποια στιγμή θα σταματήσει. Δεν υπήρχε πιθανότητα αφυδάτωσης, ήμουν καλά ενυδατωμένη. Η αδιαθεσία όμως συνεχιζόταν. Την επόμενη μέρα ήταν κάθε μία ώρα ή κάτι τέτοιο.

Εγώ ένοιωθα ολοένα και περισσότερο αδύναμη. Εκείνο το βράδυ κατέρρευσα στο μπάνιο, μπροστά στα μάτια του συντρόφου μου. Τα μάτια μου αναστράφηκαν, τα δόντια μου χτυπούσαν από το ρίγος και ο λαιμός μου γόγγυξε, το σώμα μου πάγωσε και ίδρωσε. Έμεινα αναίσθητη και η αναπνοή μου έγινε ακανόνιστη. Στο τηλεφώνημα στο νοσοκομείο μας είπαν ότι έπρεπε να καλέσουμε τον οικογενειακό ιατρό. Η ξαφνική κατάρρευσή μου αυτή σχετίζονταν με τη χημειοθεραπεία; Μήπως κάποιο από τα φάρμακα προκάλεσε ανεπάρκεια καλίου, όπως αναγράφεται στο εγχειρίδιο που έχουμε; Ο γιατρός γέλασε για την ελλιπή ερασιτεχνική μας ιατρική γνώση. Είχα απλά αφυδατωθεί και αυτό δεν ήταν κάτι που έπρεπε να με ανησυχήσει.

Όταν επέστρεψα στο νοσοκομείο και αφηγήθηκα την ιστορία μου, προκλήθηκε πανικός στο προσωπικό. Έπρεπε να υποβληθώ σε ηλεκτροεγκεφαλογράφημα για να ελεγχθεί η εγκεφαλική βλάβη και πιθανά χρειαζόταν να υποβληθώ σε οσφύονωτιαία παρακέντηση για να ελεγχθεί το εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Μου είπαν ότι οι βλάβες αυτές πιθανόν να προκλήθηκαν από την ανεπάρκεια καλίου λόγω των φαρμάκων και όφειλα να είχα εισαχθεί άμεσα στο νοσοκομείο. Η ανησυχία μου αυξάνονταν, στο νοσοκομείο έφτασε και η οικογένειά μου ενώ έγιναν παρατηρήσεις στις νοσηλεύτριες. Μου είπαν ότι έπρεπε να είχα παραμείνει περισσότερο στο νοσοκομείο και ότι την επόμενη φορά θα έμεινα στο νοσοκομείο μέχρι να σταματήσει ο έμετος. Μερικές μέρες μετά τον δεύτερο κύκλο θεραπείας, ξύπνησα με σοβαρό θωρακικό πόνο. Επρόκειτο για έμφραγμα του μυοκαρδίου; Καλέσαμε τον οικογενειακό γιατρό και με επισκέφθηκε ο θεράποντας γιατρός ο οποίος δείχνει κατανόηση. Μοιάζει σαστισμένος. Όλα φαίνονται χωρίς πρόβλημα. Κατά την επιστροφή μου στο νοσοκομείο παραπονέθηκα για το θωρακικό πόνο. Υποβλήθηκα σε ακτινογραφία θώρακα, που ήταν φυσιολογική. Εγώ επέμενα ότι υπήρχε κάποιο πρόβλημα. Έτσι, η χημειοθεραπεία αναβλήθηκε μέχρι να υποβληθώ σε δοκιμασία εξέτασης της αναπνευστικής λειτουργίας σε κάποιο άλλο νοσοκομείο. Η δοκιμασία έδειχνε ότι υπήρχε βλάβη των πνευμόνων. Αφαιρέθηκε τότε από το χημειοθεραπευτικό σχήμα ένα από τα τρία φάρμακα, γεγονός που μείωνε την αποτελεσματικότητά του και πιθανά σήμαινε περισσότερους κύκλους θεραπείας.

Ο έμετος συνεχίστηκε και μετά τον τρίτο και τέταρτο κύκλο, ένοιωθα όπως στον πρώτο κύκλο με τον έμετο να είναι συνεχής. Επιπρόσθετα, είχα εμφανίσει επίσης εμβοές (ένα θορυβώδες ισχυρά αυξανόμενο κουδούνισμα στα αυτιά), νευροπάθεια, στοματίτιδα, είχε σταματήσει η έμμηνος ρύση μου και βίωνα διαλείποντες θωρακικούς πόνους. Ακολουθούσα αγωγή με στεροειδή για λίγους

μήνες, προκειμένου να βοηθηθούν οι πνεύμονές μου να αποκαταστήσουν τη βλάβη τους, με αποτέλεσμα να έχει δεκαπλασιαστεί η όρεξή μου για υδατάνθρακες και ζάχαρη. Αυξήθηκε το σωματικό μου βάρος και το πρόσωπό μου έγινε οιδηματώδες από τα στεροειδή. Τα μαλλιά μου είχαν πέσει.

Με το τέλος του τέταρτου κύκλου το σώμα μου είχε φτάσει στα όριά του, αλλά έπρεπε να συνεχίσω με ακόμα ένα σχήμα. Έκανα έμετο, είχα διάρροια, τα χέρια μου και τα πόδια μου ήταν πλήρως μουδιασμένα και στα αυτιά μου ηχούσε συνεχώς ένα δυνατό κουδούνισμα. Το σώμα μου είχε μεταμορφωθεί, από τα φάρμακα και τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους. Τα πρωινά ήταν αδύνατο να κινηθώ φυσιολογικά καθώς δεν αισθανόμουν τα πόδια μου, γεγονός που με έκανε να χάνω την ισορροπία μου. Η ακοή μου είχε υποστεί βλάβη και μου ήταν δύσκολο να συμμετέχω σε συζητήσεις που συνυπήρχε θόρυβος ταυτόχρονα. Οι τρίχες είχαν χαθεί από όλο μου το σώμα, εκτός από ελάχιστες στα φρύδια. Δεν υπάρχουν βλεφαρίδες. Το δέρμα μου έχει σημαδευτεί από ουλές όμοιες με σημάδια από μαστίγιο. Έχω εξάψεις περίπου κάθε μια ώρα, επειδή προσβλήθηκε και η άλλη μου ωοθήκη και σταμάτησε η έμμηνος μου ρήση. Έχω πρώιμη εμμηνόπαυση; Κανένας δεν μπορεί να απαντήσει με σιγουριά. Η ούρηση έγινε δύσκολη γιατί έχουν επηρεαστεί και τα νεύρα της ουροδόχου κύστης.

Τα όνειρα μου κυρίως αφορούν την μόλυνση και την αηδία. Ένα βράδυ ονειρεύτηκα ότι έπρεπε να καταπιώ ένα τεράστιο χάπι από λάστιχο αυτοκινήτου από ένα βουνό που βρισκόταν τοποθετημένα μπροστά μου σε σχήμα πυραμίδας ενώ συνέχιζα να διαμαρτύρομαι ότι δεν ήταν δυνατό να τα καταπιώ όλα αυτά. Συνέχιζα να σκέφτομαι στο όνειρό μου πώς ήταν δυνατόν κάποιος να δηλητηριάζει τον εαυτό του αυτοβούλως;

Έγραψα στον γιατρό που με παρακολουθεί και του ανέφερα όλους τους φόβους μου. Χωρίς να λάβω απάντηση, συνέχισα στον πέμπτο και τελευταίο κύκλο της χημειοθεραπείας. Μέχρι εκείνη τη στιγμή δεν αξίωνα καμία αίσθηση αυτοελέγχου. Εξαντλήθηκε ακόμα και η δύναμη προθυμίας μου στην οποία βασιζόμουν για να μεταβώ στο νοσοκομείο. Η αυτόβουλη μετάβασή μου για τη χημειοθεραπεία σημαίνει ότι προσδοκώ αρκετά. Όταν έφτασα στο νοσοκομείο κάτι έμοιαζε ασυνήθιστο. Οι νοσηλεύτριες χαμογελούσαν προσποιητά και δεν υπήρχε διαθέσιμο κρεβάτι στο όνομά μου. Τακτοποιήθηκα σε ένα φορείο αντί για κρεβάτι. Στην κλινική έφτασε ο γιατρός που με παρακολουθεί. Αυτό ήταν πρωτοφανές. Εκείνος πίστευε ότι ήταν αρκετά όσα είχαν κάνει. Μπορούσα να πάω σπίτι. Όλα είχαν τελειώσει<sup>67</sup>.

## 6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ασθενής γυναίκα, 46 ετών, μητέρα δύο παιδιών 24 και 26 ετών, με βεβαρυμμένο οικογενειακό ιστορικό, λόγω του ότι η μητέρα της απεβίωσε από Ca μαστού, προσήλθε στη γυναικολογική κλινική του νοσοκομείου ΜΕΤΑΞΑ. Η ασθενής παρουσίαζε σημαντικού βαθμού κολπική αιμορραγία, αδυναμία, ρίγος και πόνο στο υπογάστριο.

Ανάγκες- Προβλήματα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Εφαρμογή	Εκτίμηση
<b>Αιμορραγία- Αδυναμία</b>	Έλεγχος και διακοπή αιμορραγίας η οποία προκαλεί και αδυναμία.	Χορήγηση υγρών, μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του αναλόγως τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων (Φ.Τ. αιματοκρίτη 36-42)	Τρίωρη λήψη ζωτικών σημείων. Έλεγχος εργαστηριακών εξετάσεων δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή εάν η τιμή του αιματοκρίτη είναι φυσιολογική αλλιώς γίνεται μετάγγιση στην ασθενή. Χορήγηση υγρών.	Η αιμορραγία έχει διακοπεί και η ασθενής δεν νιώθει πλέον αδύναμη. Τα ζωτικά της σημεία είναι φυσιολογικά όπως και η τιμή του αιματοκρίτη. Η ασθενής είναι ενυδατωμένη πλήρως.
<b>Πόνος στο υπογάστριο</b>	Εξασφάλιση ικανοποιητικής αναλγησίας προκειμένου να	Εκτίμηση σίτισης ασθενούς και τρίωρη λήψη	Χορήγηση αναλγητικών για μείωση πόνου και	Η ασθενής πλέον δεν πονάει και είναι ήσυχη.

	<p>εξουδετερωθεί η ανησυχία, ο φόβος που είναι δικαιολογημένος αλλά και το αντικειμενικά δυσάρεστο αίσθημα του σωματικού πόνου. Εξασφάλιση ήσυχου ύπνου.</p>	<p>ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, Α.Π., σφύξεις).</p>	<p>εξασφάλιση ήσυχου πόνου παρέχοντας στην ασθενή ένα ήσυχο και άνετο περιβάλλον. Λήψη ζωτικών σημείων κάθε 3 ώρες.</p>	
<b>Φόβος</b>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη. Η ασθενής εκφράζει τους φόβους της λόγω και του γνωστού οικογενειακού ιστορικού, αναφέρει ότι θα έχει το τέλος της μητέρας της.</p>	<p>Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Συζήτηση με την ασθενή και καθησυχασμός αυτής. Ενημέρωση των θεράποντων ιατρών για σωστή ενημέρωση και πιθανής ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικό.</p>	<p>Καθησυχασμός της ασθενούς μέσω συζήτησης δίνοντας της την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους της και τις ανησυχίες της. Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.</p>	<p>Η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς έχει αλλάξει προς το καλύτερο και το άγχος της έχει μειωθεί σημαντικά.</p>

## ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

### ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ “ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ”

Το λεγόμενο σύνδρομο καταβολής, εμφανίζεται σε όλη τη μεγαλοπρέπεια στον καρκινοπαθή ασθενή τόσο στα πρώιμα όσο και στα τελικά στάδια του καρκίνου και μ' αυτό προσέρχεται στο γιατρό, για να ζητήσει θεραπεία. Στον καρκινοπαθή όμως η καταβολή έχει ιδιαίτερη σημασία τόσο από απόψεως πρώιμης διάγνωσης, όσο και από απόψεως σωστής αντιμετώπισής της, με σκοπό την ενίσχυση των ειδικών θεραπειών των σχημάτων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Μπορεί να εμφανισθεί σ' οποιοδήποτε στάδιο εξέλιξης του καρκίνου, όπως επίσης μέρος των συμπτωμάτων του να εμφανισθούν πολύ πρόωρα, προ της κλινικής εμφάνισης του κακοήθους όγκου. Τα πιο γνωστά συμπτώματα, που περιλαμβάνονται στο γενικό όρο “σύνδρομο καταβολής” είναι τα εξής:

- Ανορεξία
- Μυϊκή αδυναμία
- Σωματική κόπωση
- Απώλεια βάρους
- Αίσθημα κατάπτωσης και αδυναμίας
- Καταθλιπτική διάθεση
- Διαταραχές ύπνου
- Αδυναμία συγκέντρωσης
- Διαταραχές μνήμης
- Συγκινησιακή αστάθεια
- Ευερεθιστότητα <sup>46</sup>



# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

## CIN ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Όταν τα τραχηλικά επιχρίσματα που λαμβάνονται κατά την εγκυμοσύνη είναι επίμονα θετικά, η περαιτέρω έρευνα εμποδίζεται από τον κίνδυνο εμφάνισης σοβαρής αιμορραγίας κατά την εκτέλεση της κωνοειδούς βιοψίας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και πράγματι δε θα πρέπει να εκτελούνται τέτοιου είδους επεμβάσεις. Η αιμορραγία αυτή αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο της έκτρωσης και μερικές κρίνεται απαραίτητη η υστερεκτομία<sup>68</sup>.

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

Η CIN 3 δεν επηρεάζεται από την εγκυμοσύνη και ο περαιτέρω έλεγχος καθώς και η αντιμετώπιση μπορούν να καθυστερήσουν. Αν διαγνωστεί μικρο-διηθητικό καρκίνωμα θα πρέπει να συσταθεί έκτρωση<sup>43</sup>.

Όταν μια έγκυος γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας αυτομάτως προκύπτουν και τα εξής διλήμματα:

- Οι θεραπευτικές επιλογές εγκυμονούν κινδύνους για την έγκυο και το κύημα
- Τερατογενέσεις που σχετίζονται με την χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία
- Η χειρουργική αντιμετώπιση δεν είναι συνήθως εφικτή
- Επαγγελματική έκθεση εγκύων γυναικών
- Ακτινοθεραπεία

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΟ ΓΥΝΑΙΚΑ

- Ταυτόχρονα βιώματα ελπίδας και φόβου-ανασφάλειας
- Αισθήματα πόνου και χαράς
- Αισθήματα ζήλειας-ενοχές

- Αισθήματα εξάρτησης

## **ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

- Εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού και μαιών
- Ευαισθητοποίηση σε θέματα καρκίνου αλλά και εγκυμοσύνης
- Εκτίμηση των αναγκών υγείας και ιδιαιτεροτήτων της εγκύου
- Ψυχολογική στήριξη
- Έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων και παρενεργειών
- Εκπαίδευση του συγγενικού περιβάλλοντος

## **ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

- Κρυοσυντήρηση ωαρίων
- Κρυοσυντήρηση ωθηκικού ιστού

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Κύριος παράγοντας για την αποφυγή του καρκίνου είναι η πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη.

Αντιμετωπίζεται είτε χειρουργικά είτε με χημειοθεραπεία-ακτινοθεραπεία.

Ρόλο σπουδαίο στην αντιμετώπιση έχουν η ιατρική και νοσηλευτική στήριξη και παρέμβαση.

Κάθε είδος καρκίνου θεραπεύεται ανάλογα με το όργανο που έχει προσβάλλει.

Ιδανικό αποτέλεσμα έχουμε όταν δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

Νέος ή μεγαλύτερος σε ηλικία άνθρωπος δεν έχει διαφορά αν νοσήσει από καρκίνο.

Όμως το σημαντικό συμπέρασμα που πρέπει να θυμόμαστε είναι η πρόληψη γιατί...

**ΣΩΖΕΙ ΖΩΕΣ!!!**

**Μ**ητέρα μπορεί να γίνει μια γυναίκα μετά από αντικαρκινικές θεραπείες.

**Η**δη νέοι μέθοδοι εμφανίζονται και έχουν αποτελέσματα.

**Τ**εκνοποίηση μπορεί να γίνει είτε με εξωσωματική γονιμοποίηση είτε με κρυσυντήρηση του ωθηκικού ιστού.

**Ρ**όλος νοσηλευτή σημαντικός διότι ενημερώνει, προάγει την υγεία και στηρίζει την έγκυο με καρκίνο αλλά και

**Ο** νοσηλευτής μπορεί να καθησυχάσει και να μειώσει κάθε αίσθημα αμφιβολίας και

**Τ**ρόμου για το μέλλον. Η έκτρωση δεν είναι πάντα η μοναδική λύση και

**Η** θυσία της μητέρας δεν είναι πάντα απαραίτητη καθώς τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν δοθούν μετά το 3<sup>ο</sup> τρίμηνο έχουν μειωμένες πιθανότητες για τερατογένεση.

**Τ**εράστια σημασία έχει η στήριξη από την οικογένεια και τον

**Α**ντρα της που συμβάλλει σημαντικά στην αποδοχή του προβλήματος και την ψυχολογία της<sup>13</sup>.

## **Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**

Οι γυναίκες συσχετίζουν συχνά την ενέργεια και την παραγωγικότητα με την αντοχή και την θηλυκότητα, στοιχεία τα οποία τους δίνουν την αίσθηση ότι είναι ωφέλιμα μέλη στην κοινωνία. Ομοίως, κατά την αμερικανική κουλτούρα η αίσθηση του να είσαι ποθητός και ικανός για δεσμό ή σεξουαλική επαφή, είναι επίσης εξαιρετικά σημαντική. Συχνά, αυτή η αίσθηση εξισώνεται με αυτήν της επάρκειας, ως γυναίκα. Για την ακρίβεια, αν μια γυναίκα νιώθει σεξουαλικά ανεπαρκής, αυτό μπορεί να αποτελέσει λόγο για να νιώσει η ίδια ανεπαρκής και σαν άτομο σε πολλούς τομείς. Λογικά, ένα τέτοιο συμπέρασμα είναι γελοίο, αλλά τα συναισθήματά μας συνήθως δεν είναι λογικά.

Αν ο καρκίνος εμφανιστεί στην ζωή μιας γυναίκας, και δημιουργήσει αδυναμία και ατονία, μπορεί η ίδια να πιστέψει ότι είναι πλέον άχρηστη και έτσι η σεξουαλική δραστηριότητα που μοιραζόταν με τον σύντροφό της, να πρέπει να σταματήσει. Το ζευγάρι μπορεί να νιώθει προδομένο, γιατί συνειδητοποιεί ότι η ζωή τους άλλαξε. " Ο

Μάικλ και οι συνεργάτες του εξηγούν πως η Αμερική δηλώνει ξεκάθαρα ότι η ερωτική συνεύρεση είναι πολύ σημαντική.

Ευτυχώς, η διάγνωση του καρκίνου δεν αποκλείει την σεξουαλικότητα ενός ατόμου, αλλά η ασθενής και ο σύντροφός της, θα χρειαστεί αναμφίβολα διαβεβαίωση, προτροπή και έμπνευση ώστε να αφιερώσουν ενέργεια για να διατηρήσουν την προσωπική τους επαφή.

Μέχρι αυτήν την στιγμή έχει υπολογιστεί ότι υπάρχουν 9,2 εκ. επιζώντες από τη νόσο, από τους οποίους το 90% έχει δηλώσει κάποιου είδους σεξουαλικό πρόβλημα, κατά τη διάρκεια ή και μετά την θεραπεία τους, ανάλογα με το φύλο, τη διάγνωση και τον τύπο θεραπείας τους. Συνεπώς, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός, ότι η αναγνώριση των σεξουαλικών πτυχών της θεραπείας του καρκίνου, είναι περισσότερο εμφανής, καθώς τα δημοσιογραφικά άρθρα που αφορούν το θέμα έχουν αυξηθεί από 50 το 1960, σε πάνω από 1000 το 2001!

Μεγάλο μέρος της έρευνας σχετικά με την σεξουαλική λειτουργία σε γυναίκες πρώην καρκινοπαθείς, περιστρέφεται γύρω από θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού και των γεννητικών οργάνων. Ωστόσο, πιο πρόσφατες έρευνες έχουν επικεντρωθεί ειδικά στην σεξουαλική λειτουργία των γυναικών και τα συμπτώματα μετά από μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών, όγκων στο κεφάλι, στον λαιμό και στους πνεύμονες.

Εφόσον η σεξουαλική ευτυχία δεν είναι μόνο ζήτημα ανατομίας ή ενδοκρινολογίας στην γυναίκα, είναι σημαντικό να δούμε εν συντομία μερικές πτυχές της ανθρώπινης σεξουαλικής ανταπόκρισής της. Η αντίδραση του αγγειακού νευρομυϊκού κυκλοφορικού συστήματος του σώματος, μετριάζεται μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος και μπορεί να υπάρξει βλάβη του μηχανισμού και κίνδυνος αγγειακής συμφόρησης, σαν αποτέλεσμα της ακτινοβολίας του κόλπου ή της λεκάνης ή από την απώλεια οιστρογόνων. Παρόλο που μπορεί να καθυστερεί η σωματική αντίδραση, η σεξουαλική λειτουργία συνήθως δεν καταστρέφεται τελείως<sup>69</sup>.

Ωστόσο, αρκετές πηγές αναφέρουν ότι υπάρχει μεγάλος αντίκτυπος στην σεξουαλική λειτουργία, με την έλευση αυτών των θεραπειών. Ασθενείς και γιατροί συνεργάτες όλοι συμφωνούν ότι η σεξουαλική δραστηριότητα και ικανοποίηση, ήταν μειωμένη στις γυναίκες που είχαν πάρει φαρμακευτική αγωγή για γυναικολογικό καρκίνο, γεγονός το οποίο φάνηκε από την έλλειψη επιθυμίας της σεξουαλικής δραστηριότητας, την μειωμένη συχνότητα αυτής, των οργασμών και της αίσθησης της απόλαυσης. Ο Κόρνει και οι συνεργάτες του αξιολόγησαν 105 γυναίκες που

χειρουργήθηκαν δραστικά στην λεκάνη και αποκάλυψαν ότι μετά από 6 μήνες, το 66% είχε σεξουαλικά προβλήματα, με ποιο σύνηθες την έλλειψη επιθυμίας. Το 50% είπε πως ένιωθαν ότι η σχέση τους είχε φθαρεί, ενώ μόνο το 16% πίστεψε πως ο γάμος τους χειροτέρεψε. Υπήρξαν επίσης ψυχογενείς παράγοντες, όπως ανησυχία για την απώλεια γονιμότητας, για το αν θα ήταν επιθυμητές σεξουαλικά και άγχος για κατάθλιψη. Αντιθέτως, ήταν θετικό το ότι η ύπαρξη μιας σταθερής σχέσης πριν την διάγνωση, φάνηκε να βοηθά στην αντιμετώπιση της.

Ακόμα και όταν οι γυναίκες βιώνουν ανατομικές αλλαγές μετά από ένα χειρουργείο όπως αφαίρεση του κόλπου ή της κλειτορίδας, αποκτούν συχνά καλή σεξουαλική αντίδραση μέσω ερεθισμού άλλων ερωτογενών περιοχών, με την κατάλληλη και σε σωστό χρόνο επανένταξή τους. Μερικά από τα πιο σημαντικά στοιχεία στην σεξουαλική επανένταξη σχετικά με οποιοδήποτε τύπο καρκίνου, είναι ένας σύντροφος που κατανοεί την θεραπεία του ασθενή, ενδιαφέρεται συνεχώς για την κοινή του ευχαρίστηση μαζί της και επικοινωνεί ειλικρινά μαζί της. Ο Τζον Ρόουλαντ το έθεσε πολύ όμορφα, λέγοντας πως τα ζευγάρια που επανακαθορίζουν την οικειότητα και την φροντίδα γενικώς και όχι μόνο στους σεξουαλικούς τομείς, μπορούν επιτυχώς να προσαρμοστούν στις απώλειες στο σεξουαλικό κομμάτι της σχέσης τους. Αυτός ο επανακαθορισμός πρόσθεσε, περιλαμβάνει την εκτίμηση μιας αμοιβαίας συντροφικής σχέσης σε άλλες διαστάσεις, με κοινά ενδιαφέροντα και ευχάριστες δραστηριότητες.

Αυτό το κεφάλαιο θα ασχοληθεί με την ευθύνη του επαγγελματία, να απευθυνθεί στην σεξουαλικότητα των γυναικών ασθενών, να εξερευνήσει τις σωματικές και ψυχολογικές πτυχές, την εκτίμηση της σεξουαλικής λειτουργίας και τις παρεμβάσεις σχετικές με την σεξουαλική επανένταξη των γυναικών που βίωσαν τον καρκίνο και τις συνέπειες της θεραπείας του<sup>70</sup>.

## **Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΣΤΗΝ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Η φροντίδα ρουτίνας των επιζώντων καρκινοπαθών, πρέπει να περιλαμβάνει συζήτηση της σεξουαλικής λειτουργίας οποία αποτελεί συστατικό ζωτικής σημασίας για την ποιότητα της ζωής. Ο συνδυασμός ενημέρωσης και κατάλληλης παρέμβασης,

μπορεί να ενθαρρυνθεί μέσω της επικοινωνίας ασθενή - συντρόφου και της ομάδας φροντίδας υγείας, ανεξαρτήτως ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης ή σεξουαλικού προσανατολισμού. Παρόλο που η αντιμετώπιση των επαγγελματιών έχει βελτιωθεί και πλέον είναι πιο φιλελεύθεροι και ενήμεροι για την ανθρώπινη σεξουαλικότητα, οι Μπρούνερ και Μπόιντ τονίζουν ότι οι επαγγελματίες δεν ασχολούνται επαρκώς με τα προβλήματα της σεξουαλικότητας. Συνεπώς, πρέπει να γίνουν αρκετές αλλαγές έτσι ώστε να προαχθεί η εκτίμηση της σεξουαλικότητας και η ενημέρωση των ασθενών.

Για να εφησυχάσουμε τις σεξουαλικές ανησυχίες του ζευγαριού, είναι κατάλληλο να απευθυνθούμε στην σεξουαλική λειτουργία πριν, κατά την διάρκεια και μετά την θεραπεία του καρκίνου. Μία διαπροσωπική στενή σχέση μπορεί να είναι παρηγοριά και επιβεβαίωση για ζωή για αυτές τις γυναίκες που έχουν ή εύχονται να είχαν ένα σύντροφο. Για τις γυναίκες που δεν έχουν σύντροφο, ή που απλώς έχουν αποφασίσει ότι η σεξουαλική τους δραστηριότητα δεν είναι πλέον σημαντικό κομμάτι της ζωής τους, και αυτή η επιλογή είναι μια φυσιολογική υγιής επιλογή. Ωστόσο, αυτές οι γυναίκες πιθανότατα θα συνεχίσουν να βλέπουν τον εαυτό τους σαν σεξουαλικά όντα με ανησυχίες για την θηλυκότητά τους.

Είναι επίσης απαραίτητο να θυμόμαστε πως όλες οι γυναίκες δεν έχουν συντρόφους του αντίθετου φύλου, οι επαγγελματίες κατά την παροχή συμβουλών δεν πρέπει να υποθέσουν λανθασμένα ότι όλες οι γυναίκες έχουν ετεροσεξουαλικές σχέσεις. Αυτό μπορεί να είναι επιζήμιο και για την ασθενή αλλά την σύντροφό της. Ο Φίλντς και ο Σκάουτ, θυμούνται μια ομοφυλόφιλη γυναίκα που έκανε το πρώτο ΠΑΠ τεστ της στα 42 της χρόνια, εξαιτίας κακών εμπειριών με τους γιατρούς..... το κόστος ήταν ένας μεγάλος κακοήθης όγκος του τραχήλου της μήτρας και μια διάγνωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Μια έρευνα δηλώνει ότι πάνω από το 25% των ομοφυλόφιλων γυναικών που "φανερώθηκαν" στους γιατρούς τους, ένιωσαν ότι επηρεάστηκε αρνητικά η φροντίδα της υγείας τους.

Οι γυναίκες που βιώνουν τον καρκίνο σε γηραιότερη ηλικία, αντιμετωπίζουν μερικά ειδικά προβλήματα. Έχουν συχνά χάσει κάποιον συγγενή, φίλο, σύζυγο, σύντροφο, κάτι που τους κάνει να σκέφτονται τον δικό τους θάνατο. Οι γυναίκες πρέπει να προσαρμοστούν σε πολλές σωματικές ενοχλήσεις, όπως ο πόνος της αρθρίτιδας, μειωμένη όραση και ακοή.

Παράλληλα με μια νέα διάγνωση καρκίνου, μια μεγαλύτερη σε ηλικία γυναίκα μπορεί να αντιμετωπίζει την συνταξιοδότηση και το μειωμένο εισόδημα, τον θάνατο του συζύγου της, μείωση της σωματικής αντοχής της και γενικά φθορά της υγείας της

και ίσως την πρόκληση του να ζήσει μια ικανοποιητική ζωή είτε με τα παιδιά της ή σε ένα κοινωνικό ίδρυμα. Ένας χρόνια επανεμφανιζόμενος καρκίνος μπορεί να περιπλέκει τα προβλήματά της, ειδικά αν είναι απαραίτητη πολύπλευρη αγωγή. Αυτές οι ασχολίες μπορεί να αντλήσουν την ενέργεια που συνήθως σπαταλάται στο ενδιαφέρον για την ερωτική συνεύρεση και στην προσωπική επαφή. Επειδή η σεξουαλικότητα μιας γυναίκας και η αίσθηση της θηλυκότητας της παραμένουν καθ' όλη την διάρκεια της ζωής της και είναι αλληλένδετα με τον αυτοσεβασμό της, είναι πολύ σημαντικό οι νοσηλεύτές να γνωρίζουν τις αντιδράσεις κατά τα διαφορετικά στάδια της ζωής, τα οποία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην σεξουαλική επανένταξη.

## **ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΩΣΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ**

### **ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

- Αυξημένος σεβασμός για το πόσο σημαντικές είναι οι προσπάθειες των νοσηλευτών να αυξήσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και των συντρόφων τους.

### **ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥΣ ΤΟΥΣ**

- εξάσκηση στην εξέλιξη των ικανοτήτων να δίνουν συμβουλές και να συζητούν με τους ασθενείς και τους συντρόφους τους.
- Επίγνωση των φυσιολογικών σεξουαλικών ανησυχιών, που σχετίζονται με τον καρκίνο και την θεραπεία του.
- Αύξηση της ικανότητας είτε να ξεκινούν μια συζήτηση, ή να ενθαρρύνουν την πρωτοβουλία του ασθενή να ξεκινήσει την συζήτηση<sup>71</sup>.

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Αμηχανία με το θέμα της σεξουαλικότητας, η έλλειψη χρόνου και επιμόρφωσης και ο φόβος της αδιακρίσιας είναι ανάμεσα στους λόγους που κάνουν τον επαγγελματία γιατρό ή νοσηλευτή, να τείνει να ντρέπεται να θίξει το θέμα σεξουαλικότητα. Πόσο μάλλον όταν μία ασθενής είναι ελεύθερη , χήρα, πολύ νέα ή ηλικιωμένη. Οι νοσηλευτές μπορεί να υποθέσουν πως αφού η ασθενής έχει παραμείνει σιωπηλή και δεν έχει κάνει κάποια ερώτηση, δεν ενδιαφέρεται για την σεξουαλική της λειτουργία. Συνήθως, νιώθει ευγνώμων που έχει επιζήσει παρά την διάγνωση και την αγωγή και μπορεί να σκέφτεται ότι οι σεξουαλικές ανησυχίες της είναι ασήμαντες, ειδικά αν δεν έχει θιχτεί αυτό το θέμα ποτέ από τον νοσηλευτή ή τον γιατρό ποτέ.

Μόλις το επιτρέψει ο χρόνος , πρέπει να ολοκληρωθεί μια σεξουαλική αποτίμηση, κατά προτίμηση μαζί με το ιατρικό ιστορικό του ασθενή. Επειδή ο χρόνος είναι συνήθως περιορισμένος, μερικές σύντομες ερωτήσεις μπορούν να γίνουν για να πληροφορηθεί ο γιατρός, για το αν υπάρχουν άμεσες ανησυχίας. Μια εις βάθος βέβαια εκτίμηση, θα δώσει εκτενείς πληροφορίες, όπως η προειδοποιητική μέθοδος εκτίμησης (**ALARM**) τα αρχικά της οποίας σημαίνουν δραστηριότητα- **A**ctivity, επιθυμία- **L**ibido, ερεθισμός- **A**rousal , επίλυση- **R**esolution, ιατρικό ιστορικό- **M**edical history, που μπορεί να βοηθήσει τον νοσοκόμο σε αυτήν την προσπάθεια.

Οι νοσηλευτές και οι γιατροί πρέπει να είναι προσεκτικοί, ώστε να μην είναι πολύ πιεστικοί στην προσπάθειά τους να εξαλείψουν τις σεξουαλικές παρενέργειες του καρκίνου και της θεραπείας του. Παρόλο που είναι σημαντικό να θιχτεί και να εκτιμηθεί το θέμα, αν η ασθενής δεν επιθυμεί να συζητήσει την σεξουαλικότητα της, η επιθυμία της πρέπει να γίνει σεβαστή. Το ιατρικό προσωπικό ωστόσο, μπορεί να εφησυχάσει γνωρίζοντας πως στην ασθενή δόθηκε η ευκαιρία και ότι η ίδια γνωρίζει πως αν θελήσει το θέμα μπορεί να συζητηθεί και αργότερα. Οι ασθενείς θα έχουν διάφορες συναισθηματικές και λεκτικές αντιδράσεις, αναλογιζόμενοι τις αλλαγές στην σεξουαλικότητα τους λόγω του καρκίνου. Επίσης, η συζήτηση για τις πιο προσωπικές πτυχές της ζωής τους , θα πρέπει να φανεί σαν ευκαιρία και όχι σαν ενόχληση η ντροπή.



Υπάρχουν αρκετές ερευνητικές μέθοδοι εκτίμησης, που μπορούν να προσαρμοστούν στο ιατρικό περιβάλλον και οι πληροφορίες που θα συλλέξουν μπορούν να αναλυθούν. Η Συνέντευξη για την Σεξουαλική Λειτουργία Derogatis (DISF), η οποία έχει και το στοιχείο της αυτοεξέτασης, είναι ένα μέσο που μετράει την ποιότητα της σεξουαλικής λειτουργίας σε πέντε τομείς : σεξουαλική φαντασία, οργασμό, σεξουαλική συμπεριφορά /εμπειρία, σεξουαλικό ερεθισμό, κίνητρο/ διάθεση και σχέση. Η μέθοδος (DISF) παραλληλίζει τον σεξουαλικό κύκλο αντίδρασης, έχει ανδρική και γυναικεία έκδοση και παίρνει λιγότερο από 15 λεπτά για να ολοκληρωθεί. Αυτή η σύντομη μέθοδος χρησιμοποιήθηκε σε μελέτες σχετικά με την σεξουαλική λειτουργία ασθενών με καρκίνο του προστάτη, στους πνεύμονες, στο κεφάλι και στον λαιμό.

## **ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (ALARM)**

**A**-Activity : συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας

**L**-Libido/ desire : αλλαγές στην επιθυμία ή στο ενδιαφέρον για σεξουαλική δραστηριότητα

**A**-Arousal/ orgasm : αλλαγές στον σεξουαλικό ερεθισμό.

**R**-Resolution : αλλαγές στην απελευθέρωση της έντασης ή της σεξουαλικής ευχαρίστησης μετά την σεξουαλική πράξη

**M**-Medical history : περιγραφή του ιστορικού σχετικά με την διακοπή της σεξουαλικής δραστηριότητας<sup>72</sup>.

# **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ**

## **ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

- Η σεξουαλική επαφή μπορεί να επιτραπεί 6 με 8 εβδομάδες μετά την γυναικολογική επέμβαση (υστερεκτομή, εκτομή αιδοίου, απόξεση λεκάνης). Αυτός ο χρόνος αναμονής θα επιταχύνει την ανάρρωση και η επανένταξη στην σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να είναι και απαραίτητη αν χρειάστηκε επιδιόρθωση του κόλπου ή δημιουργήθηκε ένας νέος κόλπος.
- Εναλλακτικές μέθοδοι για επαφή πρέπει να δοθούν και να ενθαρρυνθούν, ακόμα και αν η συνουσία είναι πιθανή.
- Μια επιλογή είναι προϊόντα είναι τα κολπικά οιστρογόνα που καταπολεμούν την ενόχληση και την ξηρότητα του κόλπου.
- Οι ασκήσεις Κέγκελ (τόνωση και χαλάρωση των μυών της λεκάνης) βοηθούν στην ανακούφιση της έντασης, στην αύξηση της ελαστικότητας, στην μείωση της ακράτειας και την μείωση της επώδυνης συνουσίας ή δυσπαρευνία.
- Κατά την διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας οι γοφοί μπορούν να ανυψωθούν έτσι ώστε να βελτιωθεί η διέγερση.

## **ΑΝ Η ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΕΧΕΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΕΙ ΣΤΗΝ ΠΥΕΛΟ ΟΙ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ :**

- Ενθάρρυνση της γυναίκας να συνεχίσει την συνουσία κατά την διάρκεια της θεραπείας μέχρι να γίνει δυσάρεστη και να ξεκινήσει ξανά όταν ο κόλπος έχει επουλωθεί, κάτι το οποίο βοηθά στην πρόληψη δημιουργίας κυστών και την σμίκρυνση του κόλπου.
- Αν η γυναίκα δεν έχει σύντροφο, πρέπει να ενθαρρυνθεί να χρησιμοποιήσει διαστολέα, σε καθημερινή βάση. Ακόμα πρέπει να χρησιμοποιείται κατά την περίοδο που η γυναίκα δεν μπορεί να ανεχθεί την σεξουαλική πράξη. Πρέπει να γίνει χρήση της κατανόησης και της ευαισθησίας των επαγγελματιών όταν κληθούν να εξηγήσουν την χρήση του διαστολέα.

- Καθώς η ικανότητα του κόλπου να υγρανθεί θα έχει καταστραφεί από την ακτινοβολία, πρέπει κατά την συνουσία και την χρήση διαστολέα , να χρησιμοποιείται λιπαντικό με βάση το νερό. Η εφαρμογή του μπορεί να είναι και προσωπική .Τα λιπαντικά είναι προσβάσιμα και διαθέσιμα σε οποιοδήποτε φαρμακείο ή σουπερμαρκετ<sup>73</sup>.

## **ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ-ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Παρά την πλούσια βιβλιογραφία και ολοένα αυξανόμενο αριθμό των ερευνών για τον καρκίνο και τη σεξουαλικότητα, είναι αξιοπερίεργο ότι το θέμα της σεξουαλικότητας αποφεύγεται από τους επαγγελματίες υγείας<sup>74</sup>. Η σεξουαλικότητα περικλείει την έννοια της υπόστασής μας σε σχέση με το σώμα μας, το πνεύμα και την κοινωνία μας. Σχετίζεται στενά με την εικόνα που έχουμε για το σώμα μας, την αυτοεκτίμησή μας, αλλά και πως θέλουμε οι άλλοι άνθρωποι γύρω μας να μας βλέπουν. Περικλείει περισσότερα πράγματα από την έννοια της σεξουαλικής επιθυμίας, της δράσης και του σεξουαλικού προσανατολισμού, ενώ περικλείει το άγγιγμα, την οικειότητα και τη σωματική επαφή με τους άλλους γύρω μας<sup>75</sup>. Αντανακλά την προσωπικότητα και το ρόλο μας μέσα στην οικογένεια, στις σχέσεις μας, στη δουλειά μας και στην κοινωνία. Στην φροντίδα των ασθενών με καρκίνο αναγνωρίζεται η σημασία της σεξουαλικότητας στην ποιότητα ζωής<sup>76</sup>.

Παρ' όλα αυτά, πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν έχουν διδαχθεί πώς να διασχίζουν τα εμπόδια και να συζητούν για τη σεξουαλικότητα ή δεν έχουν προετοιμαστεί να αντιμετωπίσουν και να καταλάβουν τον εσωτερικό εαυτό τους και τη σεξουαλικότητά τους σε σχέση με τη ζωή τους και τις ζωές των ασθενών τους. Κατά την περίοδο της διάγνωσης και της θεραπείας το άγχος και ο φόβος μπορούν όχι μόνο να μειώσουν την επιθυμία για ερωτική συνεύρεση, αλλά και να επηρεάσουν γενικότερα τη σεξουαλικότητα του ατόμου. Όλες οι σεξουαλικές λειτουργίες μπορεί να ανασταλούν ενώ το άτομο βιώνει την απειλή της διάγνωσης<sup>77</sup>.

Πιθανόν να υπάρχουν αμφιβολίες για το μέλλον, απειλή για στειρότητα και αλλαγή του σωματικού ειδώλου, πόνος και ακρωτηριασμό. Η ντροπή και η ενοχή για τις πιθανές αιτίες, τα αισθήματα απελπισίας και απομόνωσης πιθανά να επιδεινώσουν τα αισθήματα του άγχους και της κατάθλιψης<sup>78</sup>.

Η αλλαγή της αυτοαντίληψης, τα συμπτώματα και η σεξουαλικότητα απεικονίζονται στην απώλεια της σεξουαλικής εμπιστοσύνης στον εαυτό αυτής της γυναίκας, καθώς και στην αλλαγή του σωματικού της ειδώλου από τη χειρουργική επέμβαση, την αλωπεκία και την κόπωση τα οποία επηρεάζουν και τη σεξουαλική λειτουργικότητα του ζευγαριού.

Ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας κατά την εμπειρία της ασθένειας. Το να αισθάνεσαι σεξουαλικά μη επιθυμητός εξαιτίας της αλωπεκίας, της ναυτίας, του εμέτου και των δυσμορφιών από τις χειρουργικές επεμβάσεις είναι σύνηθες. Οι γυναίκες μπορεί να βιώσουν διάφορα συμπτώματα λόγω της πρώιμης εμμηνόπαυσης όπως για παράδειγμα εξάψεις και ξηρότητα στον κόλπο. Οι επιπτώσεις της ακτινοθεραπείας μπορεί να είναι η στένωση του κόλπου, η ίνωση και οι αλλαγές στην αισθητικότητα του μαστού<sup>79</sup>.

Η ψυχολογική και σεξουαλική προσαρμογή μετά την αντικαρκινική θεραπεία εξαρτάται από έναν αριθμό παραγόντων όπως: το νόημα της απώλειας (π.χ. ο μαστός ή το μέλος του σώματος), η πριν από την ασθένεια ψυχολογική και σεξουαλική λειτουργικότητα, η συγκεκριμένη θεραπεία, η εντόπιση του καρκίνου και οι διαπροσωπικές σχέσεις<sup>80</sup>.

Αυτή η μελέτη περιγράφει τις ψυχοσεξουαλικές εκβάσεις σε 83 γυναίκες που θεραπεύτηκαν επιτυχώς με υστερεκτομή τύπου Wertheim ή ακτινοθεραπεία για στάδιο IB καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι αξιολογήσεις συμπληρώθηκαν σε έναν μέσο όρο 97 εβδομάδων μετά το πέρας των θεραπειών όπου συμπληρώθηκαν ατομικά ερωτηματολόγια και λήφθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις.

61 γυναίκες ήταν σεξουαλικά ενεργές στη φάση της αξιολόγησης και από αυτές το 50% ανέφεραν χειροτέρευση των σεξουαλικών λειτουργιών τους σε σύγκριση με την πριν τη θεραπεία λειτουργικότητά τους. Οι ασθενείς υπό ακτινοθεραπεία ανέφεραν απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας και πόνο κατά τη συνουσία. Σε 83% των ασθενών είχε προσφέρει η λύση του διαστολέα και όλοι οι ασθενείς ανέφεραν συμμόρφωση. Πάνω από το 40% των ασθενών ανέφεραν επίμονη κόπωση, απώλεια ενεργητικότητας και καταθλιπτική διάθεση. Καμία γυναίκα δεν ένιωθε απελευθερωμένη από το φόβο του καρκίνου του τραχήλου και την

πιθανότητα υποτροπής. Πάνω από το ένα τρίτο των γυναικών κατηγορούσαν τον εαυτό τους για την ασθένεια αυτή και για τον ίδιο λόγο είχαν χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Πάνω από το 25% αισθάνονταν μη ελκυστικές και γηραιότερες. Οι ψυχολογικοί παράγοντες συσχετίζονταν άμεσα με τα υποκειμενικά σωματικά παράπονα. Πάνω από το 40% των γυναικών εξέφρασαν την επιθυμία της περισσότερης ενημέρωσης και συμβουλευτικής. Το ίδιο ποσοστό δεν ήθελε τον σύντροφο τους να είναι παρών στη διαδικασία της συμβουλευτικής. Το 44% δεν ένιωθε ικανό να συζητήσει το πρόβλημα επαρκώς με τον σύντροφό του.

### **Περιορισμοί:**

Ο σχεδιασμός της θεραπείας δεν ήταν τυχαιοποιημένος, οπότε μόνο με περιορισμένα συμπεράσματα μπορούν να διεξαχθούν αναφορικά με τη σχετική νοσηρότητα από τη διαδικασία της θεραπείας στην οποία συμμετείχαν. Η έρευνα αυτή επισημαίνει το μέγεθος των ψυχολογικών και φυσικών παραγόντων στην έκβαση των γυναικών και τη σεξουαλική λειτουργικότητα. Επίσης, τονίζει ότι οι γυναίκες και οι σύντροφοί τους χρειάζονται περισσότερη πληροφόρηση και υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εμπειρίας της ασθένειας και της θεραπείας<sup>81</sup>.

## **ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Ο Γέγκερ αξιολόγησε ένα χαρακτηριστικό δείγμα 369 ενήλικων πρώην ασθενών με καρκίνο, με βάση τις γνώσεις τους για τον πόνο και την καταπολέμησή του, 200 από τους οποίους βίωσαν πόνους εξαιτίας του καρκίνου ενώ οι 169 κανέναν. προέκυψε ότι οι ασθενείς που είχαν βιώσει πόνο ήξεραν περισσότερα για αυτόν και την καταπράυνση του. Αλλά ακόμα και αυτοί οι ασθενείς είχαν σκορ κάτω από 60% στα τεστ γνώσεων. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς είχαν λιγότερες γνώσεις από τους νεότερους ασθενείς. Οι ασθενείς με περισσότερη μόρφωση και εντονότερους πόνους είχαν περισσότερες γνώσεις για τον πόνο και την

καταπράυνση του. Οι γυναίκες είχαν περισσότερες γνώσεις για τον πόνο από ότι οι άνδρες.

Μια μελέτη για την ανακούφιση του πόνου των ασθενών σε μικρές κοινότητες, ρίχνει φως στο τι περιμένουν από την ασθένειά τους οι ασθενείς και οι ιατρικοί τους σύμβουλοι, από την άποψη της αντιμετώπισης του πόνου τους. Και οι 114 ασθενείς μελετήθηκαν με γνώμονα τον πόνο τους λόγω του καρκίνου και την ικανοποίησή τους από την αντιμετώπισή του. Ενδιαφέρον είναι το ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν (68) ήταν κυρίως γυναίκες και κυρίως κάτω από 60 ετών, ενώ αυτοί που δεν νοσηλεύονταν ήταν άνδρες και πάνω από 60. Παρόλο που οι ασθενείς δήλωσαν ικανοποίηση με την αντιμετώπιση του πόνου τους, ταυτόχρονα δήλωσαν εντονότερους πόνους. Συγκεκριμένα, 90% των νοσηλευόμενων ασθενών δήλωσαν μετεγχειρητικούς πόνους και 100% των μη νοσηλευόμενων είχαν πόνους σχετιζόμενους με τον καρκίνο. Οι κλινήρεις περίμεναν και είχαν εντονότερους πόνους αλλά περίμεναν και μεγαλύτερη ανακούφιση του πόνου από τους μη νοσηλευόμενους. Οι μη νοσηλευόμενοι ανησυχούσαν περισσότερο για το κόστος και την έκφραση του πόνου τους. Και οι δύο ομάδες περίμεναν εντονότερους πόνους από αυτούς που θα μπορούσαν να αντέξουν. Επίσης, οι προσδοκίες για ανακούφιση του πόνου τους ήταν μεγαλύτερες από αυτές που βίωσαν.

Σε μια έρευνα τονίζοντας την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών ιατρών και νοσηλευτών, ο καθηγητής Γκρίν εξέτασε τυχαία 368 ιατρούς με άδεια εξάσκησης του επαγγέλματος τους στο Μίσιγκαν, οι οποίοι παρέχουν κλινική φροντίδα σε ασθενείς με οξείς μετεγχειρητικούς πόνους και με πόνους σχετιζόμενους με την νόσο. Πάνω από το 50% που ερωτήθηκαν ανέφεραν ότι παρείχαν ανακούφιση για μετεγχειρητικούς πόνους, ενώ λιγότερο από το 20% για πόνους προκαλούμενους από την νόσο. Πάνω από το 75% δήλωσε ότι ο στόχος τους ήταν να παρέχουν τουλάχιστον επαρκή ανακούφιση και στους δυο τύπους πόνου. Οι ερωτηθέντες αντιμετώπισαν διάφορα υποθετικά ιατρικά σενάρια. Οι θεράποντες ιατροί διάλεξαν συχνότερα την βέλτιστη θεραπευτική αγωγή για τους άνδρες με αφαίρεση προστάτη από ότι για τις γυναίκες με αφαίρεση ινομυώματος. Επίσης, διάλεξαν την βέλτιστη θεραπευτική αγωγή για περιπτώσεις μετάστασης καρκίνου του προστάτη, συχνότερα από ότι για μεταστάσεις καρκίνου στο στήθος. Οι συγγραφείς υπέθεσαν, ότι η ποικιλομορφία στην θεραπεία συμβάλλει στην αγωγή για την αντιμετώπιση του πόνου και ότι ο βαθμός της αγωγής μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ασθενή, συμπεριλαμβανομένου βεβαίως του

φύλου του. Οι περισσότεροι γιατροί πιστεύουν ότι είναι καταλληλότερο να απευθυνθούν σε ειδικούς, και οι περισσότεροι αναφέρθηκαν σε άνδρα παρά σε γυναίκα. Οι θεράποντες ιατροί που ήταν νεότεροι ή με μεγαλύτερη επιμόρφωση στην αντιμετώπιση του πόνου, παρείχαν καλύτερη θεραπευτική αγωγή<sup>82</sup>.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

1. Παπανικολάου Α. Ν. «Γυναικολογία». Επίτομος. Εκδόσεις Παρισιάνος, Έκδοση 1<sup>η</sup>. Αθήνα 1994. Σελ.25-34.
2. Καρακατσανίδου Α. «Καρκίνος τραχήλου μήτρας και νοσηλευτική παρέμβαση». Πτυχιακή εργασία. Πάτρα 2008. Σελ.4 -10.
3. Πέτρου Α. «Τα γυναικεία εσωτερικά γεννητικά όργανα». 26/3/2008. <http://www.Medlook.net/article.asp?item id=687>. 12/6/2010.
4. Σιώρου Μ. «Ο τράχηλος της μήτρας». 2/5/2004. <http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/types of cancer/cervical cancer/?nid=1387>. 12/6/2010.
5. Αθανασίου Π. «Υφή του τραχήλου της μήτρας». 30/7/2005. <http://www.Medlook.net?article.asp?item id=2848>. 17/7/2010.
6. Γουέστ Κ. «Η μήτρα, Πιθανές επιπλοκές». Στο Βρετανική Ιατρική Εταιρεία, Οικολογικός Οδηγός, Υστερεκτομή & Εναλλακτικές Λύσεις, Ρ. Τσουλέα (μετάφραση). Επίτομος. Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Έκδοση 1<sup>η</sup>. Αθήνα 2000. Σελ.30.
7. Tiffany R. and Pritchard P, (eds.) (1989). «*Oncology for Nurses and Health Care Professionals*», Vol 1. Pathology Diagnosis and Treatment, 2<sup>nd</sup> edition. Beaconsfield: Harper and Row, pg.85 – 93.
8. Donovan M. I. and Girton S.E. (1984). «*Cancer Care Nursing*», 2<sup>nd</sup> edition. Norwalk, CT: Appleton Century Crofts, pg.15.
9. Cancer Research Campaign (1998). Factsheet 1.1. Incidence – UK.



10. Weinberg R.A. (1997). «*How cancer arises. In What You Need to Know About Cancer*». Scientific American, special issue.
11. Yarnold J.R. (1996). «*What are cancer genes and how do they upset cell behaviour?*» In Yarnold J.R., Stratton M. and McMillan T.J. (eds.). *Molecular Biology for Oncologists*, 2<sup>nd</sup> edition. London: Chapman and Hall, pg.58 – 69.
12. Carr A.M. (1996). «*Cell cycle control and cancer*». In Yarnold J.R., Stratton M. and Mc Millan T.J. (eds.). *Molecular Biology for Oncologists*, 2<sup>nd</sup> edition. London: Chapman and Hall, pg.12-19.
13. Χριστόπουλος Χ. «*Καρκίνος και μητρότητα*». Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Πάτρα 2009.Σελ.2 - 6,43 – 48.
14. Φιλιππίδης Η. «*Συμπτώματα και διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας*». 7/3/2010. [http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/types\\_of\\_cancer/cervicalcancer/?nid=1333](http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/types_of_cancer/cervicalcancer/?nid=1333). 20/9/2010.
15. Frankenberg A. (1993). «*Time. Health and Medicine*». London: Sage, pg.3
16. [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=10602](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=10602).17/8/2010. 20/9/2010.
17. Alliance for global cancer control: June 3, 2003 Meeting summary,- Joint Report, World Health Organization and International Union Against Cancer. World Health Organization, Geneva, and the International Union Against Cancer, Lyon, France.pg.3-15.
18. Halldorsdottir S. and Harmin E.(1996). «*Experience of having cancer*». *Cancer Nursing*, pg. 19, 29 – 31.
19. Χηνιάδης Χ. «*Test Pap and Thin Prep Pap Test*». 20/8/2009. [http://www.gyn.gr/artman/publish/article\\_160asp](http://www.gyn.gr/artman/publish/article_160asp). 11/4/2010.

20. Πατηράκη Ε. «*Νοσηλευτική ογκολογία και το πλαίσιο φροντίδας*». Επίτομος. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Έκδοση 1<sup>η</sup>. Αθήνα 2006. Σελ. 35 – 36.
21. Hassey Dow K. «*Nursing care of women with cancer*». Επίτομος. Εκδόσεις Mosby Elsevier. Έκδοση 1<sup>η</sup>. St. Louis 2006. σελ. 313 – 315.
22. C. Wittekind, F.L. Greene et ol. «*TNM Άτλας*». Επίτομος. Εκδόσεις Παρισιάνου. Ελληνική Έκδοση 5<sup>η</sup>. Αθήνα 2006. Σελ.1, 241 – 249.
23. Sackett D.L., Rosenberg W. M., Gray J. A., Haynes R. B. and Richardson W. S. (1996). «*Evidence based medicine: what it is and what it isn't*». British Medical Journal 312, pg. 71 – 72.
24. Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (1998). «*Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomized trials*». Lancet 351, pg. 1451 – 1467.
25. Cummings S. R., Norton L., Eckert S. et al. (1998). «*Raloxifene reduces the risk of endometrial cancer in post – menopausal women*». Proceedings of the Annual Meeting of the American Society for Clinical Oncology 17, 2a (abstract).
26. Wilson J. M. and Jungner Y.G. (2000). «*Principles and Practice of Screening for Disease*». WHO: Public Health Papers 34.
27. Levin B. (1996). «*Screening for colorectal cancer*». Cancer Control 3, 21.
28. Cancer Research Campaign (2000). Factsheet 3.1. Mortality – UK. London: Cancer Research Campaign, pg.65 – 78.
29. Pisani P., Parkin D. M. and Ferlay J. (2001). Estimates of the worldwide mortality from eighteen major cancers in 1992. «*Implications for prevention and projections for future burden*». International Journal of Cancer 55, pg. 891 – 903.

30. [http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art\\_id=3268](http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=3268). 24/9/2007. 11/4/2010.
31. Καραγιώργος Δ. «Νέο εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας». 24/9/2007. [http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art\\_id=252](http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=252). 11/4/2010.
32. Νέτα Σ. «Εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας». 9/10/2007. [http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art\\_id=2860](http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=2860). 11/4/2010.
33. Admin D. «Παρενέργειες ή ανεπιθύμητες αντιδράσεις από το HPV – εμβολιασμό». 12/6/2007. <http://www.hpv-info.gr/articles.asp?id=3&page=9>. 11/4/2010.
34. Bosch FX. «*Human papillomavirus and cervical cancer – burden and assessment of causality*». J Natl Cancer Inst Monogr 2003. pg. 3 – 13.
35. Schiffman M. Chapter 2: «*Natural history of anogenital human papillomavirus infection and neoplasia*». J. Natl Cancer Inst Monogr 2003. pg. 14 – 19.
36. Burd E. «*Human papillomavirus and cervical cancer*». Clin Microbiol Rev 2003. pg. 1 – 17.
37. Glifford GM, Smith JS, Plummer M, Munoz N. «*Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a metanalysis*». Br J Cancer. Jan 13 2003. pg. 63 – 73.
38. Walboomers JMM. «*Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide*». J Pathol 1999. pg. 12 – 19.
39. Longe L. J. «*Gale encyclopedia of medicine*». Second edition. Gale group 2002. pg.32 - 34.

40. Shapiro S. «*Cancer causes and control*». June 2003. pg. 485 – 495.
41. Garland SM. «*Quadrivalent Vaccine Against Human Papillomavirus to Prevent Anogenital Diseases*» NEJM 2007 pg. 1928 – 1943.
42. Bosch FX. «*The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer*». J Clin Pathol 2002. pg. 244 – 265.
43. Γιαννακόπουλος Δ. «*Γυναικολογία*». Επίτομος. Εκδόσεις Γιαννακόπουλος. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Αθήνα 1993. Σελ. 82.
44. Μορτάκης Α. «*Ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του κατώτερου γεννητικού συστήματος της γυναίκας*». Επίτομος. Εκδόσεις Λίτσας. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Αθήνα 1992. Σελ. 35 – 37.
45. Turek L. «*The genetic program of genital Human Papillomavirus in infection and cancer onset*». Gynecological Clinical N. America 1996. pg. 735 – 758.
46. Μόσχου – Κάκκου Α. «*Ογκολογική νοσηλευτική*». Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Πάτρα 1999. Σελ.9,15,18 – 19.
47. Perry M. C. (ed.) (1992). «*The Chemotherapy Source Book*». Baltimore, CT: Williams & Wilkins.
48. Speechley V. (2000). «*Nursing patients having chemotherapy*». In Tiffany R. and Borley D. (eds.). *Oncology for Nurses and Health Care Professionals*, Vol. 3 (Cancer Nursing). London: Harper and Row, Chapter 13, pg. 74 – 121.
49. Gillon R. (1999). «*Philosophical Medical Ethics*». Chichester: John Wiley.
50. Holmes S. (2000). «*Nutritional problems in the cancer patient*». Nursing 3, 733-735.

51. Bentzen S. M., Overgard M. and Overgard J. (1993). «*Clinical correlations between late normal tissue endpoints after radiotherapy: implications for predictive assays of radiosensitivity*». European Journal of Cancer 29A. pg. 1373 – 1376.
52. Burnet N. G., Nyman J. and Turesson I. (1999). «*Prediction of normal tissue tolerance to radiotherapy from in-vitro cellural radiation sensitivity*». Lancet 399, pg.1570 – 1571.
53. Haylock P. and Hart L. (2000) «*Fatigue in patients receiving localised radiation*». Cancer Nursing 2, pg. 461 – 467.
54. Foley K. M. (1999). «*The treatment of cancer pain*». New England Journal of Medicine. Pg. 84 – 95.
55. Merskey H. (2000). «*Psychiatric aspects of the control of pain*». In Bonica J.J and Albe – Fessard D. (eds.) Advances in Pain Research and Therapy, Vol. 1. New York: Raven Press, pg. 711 – 716.
56. Kleinman A. (1988). «*The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*». New York: Basic Books.
57. Twycross R. (1998). «*The management of pain in cancer: a guide to drugs and dosages*». Oncology 2. pg. 35 – 44.
58. Lanceley A. (2001). «*Wider issues in pain management*». European Journal of Cancer Care 4. pg. 153 – 157.
59. Mc Caffrey M. (1999). «*Nursing the Patient in pain*». London: Harper and Row. pg. 13 – 14.
60. Munoz N. «*Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer*». N. England. J. Med 2003. pg. 518 – 527.

61. Μορτάκης Α. «Μόλυνση από τον HPV». Επίτομος, Εκδόσεις Λίτσας. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Αθήνα 2004. Σελ. 35 – 40.
62. Αθανασοπούλου Π. «Νοσολογία» Τομέας Υγείας και Πρόνοιας των ΤΕΕ, Τάξη Α, Κύκλος Β. Αθήνα 1999.
63. Σουλιώτης Μ. «Η αλήθεια για το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας». Επίτομος. Εκδόσεις Λίτσας. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Αθήνα 2007. Σελ. 12 – 20.
64. Block SL. «*Comparison of the Immunogenicity and Reactivity of a Prophylactic Quadrivalent Human Papillomavirus*» (Types 6, 11, 16 and 18) L1 Virus – Like Particle Vaccine in male and female adolescents and young adult women pediatrics 2003. pg. 2135 – 2145.
65. Muzon N. «*Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence*». J Clin Virol. Oct 2000 pg. 1 – 5.
66. Greenle RT. «*Cancer statistics*». 2000. CA Cancer J Clin 2000. pg. 7 – 33.
67. Αναδημοσίευση με άδεια της Stacey J. (1997). «*Teratologies: A Cultural Study of Cancer*». London: Routledge, pg. 181 – 183.
68. Weber J. A. «*Controlled trial of a human papillomavirus type vaccine*». The new England Journal of Medicine, 2002. pg. 1645 – 1651.
69. Anderson BL: «*How cancer affects sexual functioning*». Ongology, 1990. pg.81 – 94.
70. Schover LR: «*Sexuality and cancer: For the woman who has cancer and her partner*», Atlanta, GA, 2001 American Cancer Society.
71. Meirow D, Nugent D: «*The effects of radiotherapy and chemotherapy on female reproduction*», Human Reproduction Update. 2001. pg. 81 – 95.

- 72.** Ovesen L and others: «*Effect of dietary counselling on food intake, body weight, response rate, survival, and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy: a prospective, randomized study*», J Clin Oncol 11. 1993. pg. 35 – 42.
- 73.** Shizgal HM: «*Body composition of patients with malnutrition and cancer*». Summary of methods of assessment, Cancer 55. 1999. pg. 250 – 253.
- 74.** Jenkins B.(1998). «*Patients reports of sexual changes after treatment for gynaecological cancer*». Oncology Nursing Forum 15. pg.349 – 354.
- 75.** MacElveen – Hoehn P. and McCorkle R. (1995). «*Understanding sexuality in progressive cancer*». Seminars in Oncology Nursing 1, pg.56 – 62.
- 76.** Webb C. (ed.) (1994). «*Living Sexuality: Issues of Nursing and Health*», London: Scutari Press.
- 77.** Lamb M.A. and Sheldon T.A. (1994). «*The sexual adaptation of women treated for endometrial cancer*». Cancer Practice 2. pg.103 – 113.
- 78.** Smith D.B. (2000). «*Sexual rehabilitation of the cancer patient*». Cancer Nursing 12. pg. 10 – 15.
- 79.** Jones L. and Webb C. (1994). «*Young men's experiences of testicular cancer*». In Webb C. (ed.) Living Sexuality: Issues For Nursing and Health. London: Scutari Press, pg. 32 – 49.
- 80.** Cull A., Cowie V.J., Farquharson D. I. M., Livingstone J.R.B., Smart G. E. and Elton R. A. (1993). «*Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment*». British Journal of Cancer 68, pg. 1216 – 1220.

- 81.** Maguire G. P. (1996) «*The psychological and social consequences of breast cancer*». *Nursing Mirror* 140. pg. 540 – 547.
- 82.** Lind D., Souba W, Copeland E: «*Weight Loss and cachexia*». In Abeloff M. and others. Editors: *Clinical oncology*. New York, 1995, Churchill Livingstone.