

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η συμβολή του νοσηλευτή σε ασθενή με
καρκίνο τραχήλου μήτρας



Εισηγήτρια:
Σαλάτα Αποστολία **MSC**
Καθηγήτρια εφαρμογών

Επιμέλεια:
Αγγελούλου Ευθυμία
σπουδάστρια

Πάτρα 2010

*Αφιερώνω αυτή την εργασία στους
γονείς μου που με στηρίζουν και
μου δίνουν κουράγιο και δύναμη να
ξεπεράσω κάθε εμπόδιο και
δυσκολία*



*Σε όλες τις γυναίκες που
καθημερινά δίνουν μάχη και
παλεύουν να ξεφύγουν από τον
καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.*

Ευχαριστίες:

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου Σαλάτα Αποστολία για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε με τις συμβουλές της και τις κατευθυντήριες οδηγίες με σκοπό την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	
Εισαγωγή.....	9
Γενικό μέρος:	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: Ανασκόπηση γυναικείου γεννητικού συστήματος.....	10
1.1 Ανατομία του γυναικείου γεννητικού συστήματος.....	11
1.1.1 Ανατομία της μήτρας.....	13
α)Κατασκευή της μήτρας.....	15
β)Στήριξη της μήτρας.....	16
1.2 Φυσιολογία του γυναικείου γεννητικού συστήματος.....	17
1.2.1 Γεννητικός κύκλος-Μηχανισμός δράσης.....	18
1.2.2 Φυσιολογία του τραχήλου της μήτρας.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: Καρκίνος τραχήλου μήτρας. Γενική προσέγγιση της νόσου	
2.1 Γενικά χαρακτηριστικά της νόσου και επιδημιολογικά στοιχεία.....	22
2.2Παθογένεση Ca τραχήλου μήτρας. Προδιαθεσικοί παράγοντες	25
2.3Μορφολογικές και κυτταρικές ανωμαλίες πλακώδων κυττάρων. Μορφές εξέλιξης κακοήθειας.....	32
2.4 Επέκταση του όγκου.....	37
2.5 Σταδιοποίηση-επιπλοκές της νόσου.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο:Συμπτωματολογία.....	41
3.1 Σημεία και συμπτώματα.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο:διάγνωση.....	43
4.1 Κλινική εξέταση(ψηλάφηση- επισκόπηση).....	43
4.2 Αιματολογικές εξετάσεις.....	45
4.3 Ειδικές διαγνωστικές μέθοδοι τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας.....	45
4.3.1Κυτταρολογική εξέταση τραχηλικών επιχρισμάτων(Δοκιμασία κατά Παπανικολάου.....	45
4.3.2 Κολποσκόπηση.....	51
4.3.3 Βιοψία(ιστολογική εξέταση τεμαχιδίων τραχήλου).....	53
4.3.4 Δοκιμασία κατά Schiller.....	54

4.3.5 Τραχηλογραφία.....	54
4.3.6 Μικροκολπουσπεροσκόπηση.....	55
4.3.7 Λεμφάγγειο-λεμφαδενογραφία.....	56
4.3.8 Αξονική τομογραφία.....	57
4.3.9 Υπερηχογραφία.....	57
4.4 Νέες μέθοδοι απεικόνισης τραχηλικών αλλοιώσεων.....	58
4.5 Διαφορική διάγνωση.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο:Θεραπεία.....	60
5.1 Γενική προσέγγιση αντιμετώπισης καρκίνου τραχήλου μήτρας.....	60
5.2 Αντιμετώπιση της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας(CIN).....	61
5.2.1 Συντηρητική αγωγή αναμονής σε ήπια δυσπλασία.....	61
5.2.2 Μέθοδοι εξάλειψης και καταστροφής ενδοεπιθηλιακών βλαβών.....	62
5.2.2.1 Κρυοπηξία.....	62
5.2.2.2 Ηλεκτροκαυτηριασμός.....	63
5.2.2.3 Εξάχνωση με laser-Co ₂	63
5.2.2.4 Ηλεκτροχειρουργικής εξαίρεση του εξωτραχήλου (LEEP ή LLETZ).....	64
5.2.2.5 Κωνοειδής εκτομή.....	64
5.3 Αντιμετώπιση του διηθητικού καρκίνου(πλακώδων κυττάρων)του τραχήλου της μήτρας.....	65
5.3.1 Χειρουργική αντιμετώπιση.....	65
5.3.2 Χημειοθεραπεία.....	67
5.3.3 Ακτινοθεραπεία.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο:Πρόγνωση.....	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο:Καρκίνος τραχήλου μήτρας κατά την εγκυμοσύνη.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο:πρόληψη καρκίνου τραχήλου μήτρας.....	74
8.1 Πρωτογενής πρόληψη καρκίνου τραχήλου μήτρας.....	74
8.1.1 Αποφυγή των παραγόντων κινδύνου.....	74
8.1.2εμβόλιο κατά του ιού HPV.....	75
8.2 Δευτερογενής πρόληψη καρκίνου τραχήλου μήτρας	79
8.2.1 Τεστ Παπανικολάου- προγράμματα μαζικού ελέγχου.....	79
8.2.2μέθοδοι ανίχνευσης ιού HPV.....	80

Ειδικό-μέρος:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο: Ο ρόλος του νοσηλευτή σε καρκίνο τραχήλου μήτρας	84
9.1 Προσέγγιση του νοσηλευτή σε ασθενή με γυναικολογικό καρκίνο.....	84
9.2 Η συμβολή του νοσηλευτή στις διαγνωστικές εξετάσεις	87
9.3 Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	91
9.3.1 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	94
9.3.2 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	97
9.3.3 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες.....	99
9.3.4 Μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	100
9.3.5 Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο-διδασκαλία.....	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο:Νοσηλευτική φροντίδα κατά τις διάφορες θεραπευτικές μεθόδους.....	105
10.1 Η συμβολή του νοσηλευτή σε ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία.....	105
10.2 Η συμβολή του νοσηλευτή σε ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.....	107
10.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή που υποβάλλεται σε ραδιοθεραπεία.....	110
Νοσηλευτική διεργασία	
Περιστατικό 1^ο.....	113
Περιστατικό 2^ο.....	118
Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	126
Περίληψη... ..	127
Βιβλιογραφία.....	128



ΠΡΟΛΟΓΟ

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που εξαπλώνεται με όλο και πιο γρήγορους ρυθμούς και προκαλεί φόβο και αγωνία στο άτομο. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια νόσο που συνδέεται με την σεξουαλική ζωή της γυναίκας και κύριος ενοχοποιητικός παράγοντας είναι η λοίμωξη από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων,(HPV) Με τα προγράμματα μαζικού ελέγχου και ιδιαίτερα η εφαρμογή του τεστ Πάπανικολάου άνοιξε νέους ελπιδοφόρους ορίζοντες στην έγκαιρη αναγνώριση της νόσου. Αυτό το βήμα ήταν ορόσημο στον τομέα της γυναικολογίας και ανέδειξε ότι αυτό το είδος καρκίνου μπορεί να αντιμετωπιστεί πλήρως αν διαγνωστεί έγκαιρα. Τομή στην πρωτογενή πρόληψη του συγκεκριμένου καρκίνου αποτέλεσε το εμβόλιο κατά του ιού HPV το οποίο υπόσχεται ακόμα πιο ελπιδοφόρα αποτελέσματα.

Σκοπός του συγκεκριμένου συγγράμματος είναι να περιγράψει τι είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ποια η φύση της ασθένειας, τα αίτια που τον προκαλούν, αναφέρεται στις διαγνωστικές εξετάσεις καθώς και τους τρόπους θεραπείας.

Σημαντικό κομμάτι της εργασίας αναφέρεται στον ρόλο του νοσηλευτή ως συνοδοιπόρο και καθοδηγητή που θα βοηθήσει την καρκινοπαθή στην προσπάθεια της να ξεπεράσει την ασθένεια. Γίνετε αναφορά στην συμβολή του νοσηλευτή στο πλευρό του ατόμου που πρόκειται να κάνει διαγνωστικές εξετάσεις σε υποψία καρκίνου τραχήλου μήτρας καθώς και στην συμβολή του στην παροχή ολιστικής φροντίδας σε ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση καθώς και κατά την διεξαγωγή ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας. Επιπλέον ξεχωριστή σημασία δίνετε στην ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου που έχει υποστεί μεταβολή του σωματικού του ειδώλου λόγω υστερεκτομής και στην προσπάθεια του να ευαρμοσιστεί με τον καινούργιο τρόπο ζωής που του επιβάλλει αυτή η κατάσταση.

Στόχος του συγγράμματος είναι να ευαισθητοποιήσει το νοσηλευτικό προσωπικό να κατανοήσει ότι η φύση του καρκίνου οδηγεί το άτομο σε συναισθηματική κατάπτωση ιδιαίτερα όταν έχει υποστεί μεταβολή του σωματικού του ειδώλου και συγκεκριμένα κατάπτωση της γυναικείας υπόστασης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διακατέχεται από

αισθήματα συμπίεσης και κατανόησης και να βοηθάει στην ψυχολογική ανύψωση του ηθικού της καρκινοπαθούς. Ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να μένει προσκολλημένος μόνο στην εκπλήρωση των καθηκόντων του κατά την χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και την χειρουργική θεραπεία αλλά και να αντιμετωπίζει το άτομο ως μια ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα που δεν έχει μόνο σωματικές αλλά και ψυχικές και κοινωνικές καταβολές.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Προέλευση της λέξης Καρκίνος, αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις. Στην Ελληνική γλώσσα οι λέξεις αυτές αναφέρονται στα καβούρια, τα οποία θυμίζουν τον καρκίνο, αφού οι ακτινωτές μεταστάσεις των καρκινικών κυττάρων, φέρνουν αμυδρά στο μυαλό τη μορφή που έχουν τα πόδια και οι δαγκάνες του καβουριού. **Ο καρκίνος (όγκος) είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κύτταρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος.** Πολύ αργότερα ο Valsava το 1704 υποστήριξε ότι αρχικά ο καρκίνος ήταν ένα τοπικό φαινόμενο που μπορούσε να αφαιρεθεί χειρουργικά ενώ σε πιο προχωρημένο στάδιο ο καρκίνος μπορούσε μέσω των λεμφαγγείων να μεταφερθεί αλλού στο οργανισμό.

Ένα νεόπλασμα μπορεί να είναι καλοηθές ή κακοηθές. Το καλοηθές νεόπλασμα είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων τα οποία δεν είναι πολύ βλαπτικά, δεν διασπείρονται (μεταναστεύουν) σε άλλα μέρη του οργανισμού και δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς. Το κακοηθές νεόπλασμα είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, πάντοτε επιβλαβής στον οργανισμό, που διασκορπίζονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση. Τα νεοπλάσματα παίρνουν την ονομασία τους ανάλογα πάντοτε από τον ιστό από τον οποίο αναπτύσσονται.

Η **μήτρα είναι ένα εκπληκτικό όργανο**, ικανό να διατείνεται για να αντέξει ένα πλήρως ανεπτυγμένο έμβρυο και να αποβάλλει το εσωτερικό της τοίχωμα έως 500 φορές κατά τη διάρκεια της ζωής σας σε κάθε έμμηνο ρύση(Γουέστ,2000).Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί τον πιο συχνό καρκίνο του γεννητικού συστήματος της γυναίκας. Παρά της ανάπτυξη και εξέλιξη των συστηματικών ελέγχων του γενικού πληθυσμού(screening) την τελευταία 20ετία με κύριο εκπρόσωπο τον κυτταρολογικό έλεγχο κατά Παπανικολάου και την άμεση επίπτωση τους στην εμφάνιση αλλά και την θνησιμότητα της διηθητικής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας η νόσος εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική αιτία θανάτου των γυναικών(Πεκτασίδης & Δημόπουλος,2001).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

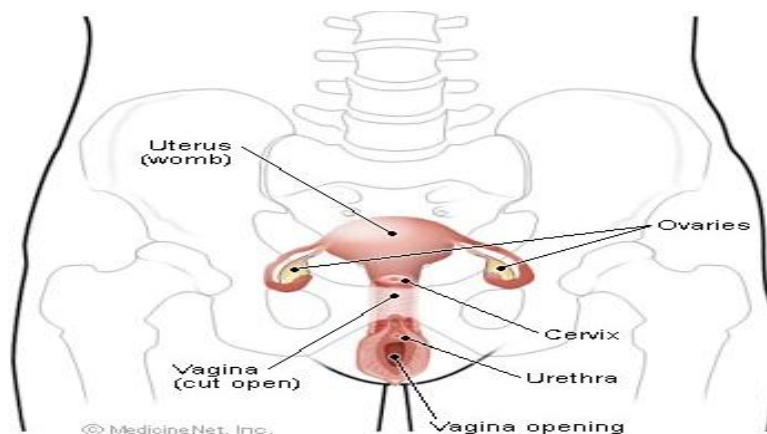
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.Ανασκόπηση γυναικείου γεννητικού συστήματος

Τα όργανα του γεννητικού συστήματος χρησιμεύουν στην αναπαραγωγή του ατόμου και κατ' επέκταση στη διαίωνιση του ανθρωπίνου είδους. Τόσο το γεννητικό σύστημα του θηλέος όσο και το γεννητικό σύστημα του αρρένος αποτελείται από τα εξής κύρια μέρη: α) τους γεννητικούς αδένες που παράγουν τα γεννητικά κύτταρα (ωάρια και σπερματοζωάρια) και τις γεννητικές ορμόνες β) τις εκφορητικές οδούς διαμέσου των οποίων διέρχονται τα γεννητικά κύτταρα μέχρι να φτάσουν στη θέση της συνάντησης τους με τα ανάλογα του άλλου φύλου γ) τα έξω γεννητικά όργανα που χρησιμεύουν στην επίτευξη της συνουσίας. Επιπλέον αυτών των οργάνων και ως προσαρτήματα των δύο τελευταίων (των εκφορητικών οδών και των έξω γεννητικών οργάνων) υπάρχουν αδένες το έκκριμα των οποίων είναι απαραίτητο για να επιτευχθεί η συνουσία και η συνάντηση των γεννητικών κυττάρων (Άγιος, 2007).

Το *γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής* έχει 4 βασικές λειτουργίες:

- Να παράγει ωοθηκικές ορμόνες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τα χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου και τις λειτουργίες της αναπαραγωγής
- Να παράγει το ωάριο καθώς και ένα ευνοϊκό περιβάλλον για να επέλθει η σύλληψη και να παραδώσει το ωάριο στη μήτρα
- Να τρέφει και να συντηρεί το αναπτυσσόμενο, γονιμοποιημένο ωάριο έως του τοκετού και
- Να εκπληρώνει την "παράδοση" του προϊόντος της σύλληψης (Shapiro, 2001).



Εικόνα 1: γυναικείο γεννητικό σύστημα

1.1 Ανατομία του γυναικείου γεννητικού συστήματος

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε *έσω* και *έξω γεννητικά όργανα*. Τα έσω γεννητικά όργανα είναι η μήτρα, οι δύο ωοθήκες, οι ωαγωγοί (σάλπιγγες) και ο κολεός (κόλπος) που βρίσκονται στην ελάσσονα πύελο. Το σύνολο των έξω γεννητικών οργάνων καλείται αιδοίο και περιλαμβάνει τα μεγάλα και μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κολεού, τους βολβούς του προδρόμου, τους αδένες του προδρόμου και το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης. Όριο μεταξύ έσω και έξω γεννητικών οργάνων αποτελεί ο παρθενικός υμένας (Ζήσης, 1999). Ο Παρθενικός υμένας αφορά ινώδες, δακτυλιοειδούς σχήματος. Μετά την πρώτη συνουσία ο παρθενικός υμένας ρήγνυται στους υμενικούς λοβούς. Μετά τον τοκετό παραμένουν υπολείμματα αυτού, τα μύρτα (Τολμακίδης, 1999).

Έξω γεννητικά όργανα



Εικόνα 2: απεικόνιση εξωτερικών γεννητικών οργάνων

Όρος της Αφροδίτης ή Εφηβαίο: μια μάζα λίπους που ευρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση (Pearce, 1992). Η ποσότητα του λίπους αυξάνεται κατά την εφηβεία και ελαττώνεται μετά την εμμηνόπαυση. Το εφηβαίο κατά τη διάρκεια της εφηβείας καλύπτεται από τριχωτό το οποίο επίσης ελαττώνεται μετά την εμμηνόπαυση (Moore, 1998).

Μεγάλα χείλη: Τα χείλη αποτελούν δύο συμμετρικές πτυχές του δέρματος οι οποίες παρέχουν προστασία στο στόμιο της ουρήθρας και του κολεού, τα οποία βρίσκονται στον πρόδρομο του κολεού (Moore, 1998). Αποτελούνται από δέρμα και λίπος και λείος μυϊκό ιστό, αιμοφόρα αγγεία και νεύρα. Τα μεγάλα χείλη έχουν μήκος περίπου 7,5εκ. (Pearce, 1995).

Μικρά χείλη: Τα μικρά χείλη αποτελούν λεπτές δερματικές πτυχές που στερούνται τριχών και λίπους και οι οποίες βρίσκονται μεταξύ των μεγάλων χειλέων. Περιέχουν έναν πυρήνα σπογγώδους ιστού, ο οποίος είναι πλούσιος σε μικρά αιμοφόρα αγγεία, αλλά δεν έχει καθόλου λίπος. Αν και η εσωτερική επιφάνεια των μικρών χειλέων αποτελείται από λεπτό δέρμα, έχει το τυπικό ρόδινο χρώμα των βλεννογόνων και φέρει πολυάριθμες αισθητικές νευρικές απολήξεις. Στις νέες γυναίκες τα μικρά χείλη καλύπτονται συνήθως από τα μεγάλα χείλη. Τα μικρά χείλη περικλείουν τον πρόδομο του κολεού και τοποθετούνται εκατέρωθεν των στομίων της ουρήθρας και του κολεού (Moore,1998).

Κλειτορίδα: Είναι δομή ανάλογη του πέους και όπως αυτό είναι όργανο της στύσης. Σε αντίθεση με το πέος η κλειτορίδα δεν διασχίζεται από την ουρήθρα και επομένως δεν περιέχει σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας. Η κλειτορίδα βρίσκεται πίσω από τον πρόσθιο σύνδεσμο των χειλέων όπου τα μικρά χείλη συνενώνονται. Είναι ένα μικρό σεξουαλικό όργανο το οποίο αποτελείται από στυτικό ιστό. Είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη και πολύ σημαντική για τη σεξουαλική διέγερση της γυναίκας. Εξαιτίας των πολυάριθμων νευρικών απολήξεων που βρίσκονται εκεί, η κλειτορίδα είναι εξαιρετικά ευαίσθητη στην αφή, την πίεση και τη θερμοκρασία (Moore,1998).

Πρόδομος του κολεού: Ευρίσκεται μεταξύ των δύο μικρών χειλέων του αιδοίου. Εμφανίζει το έξω στόμιο της ουρήθρας και το στόμιο του κολεού με τον παρθενικό υμένα (Τολμακίδης,1999).

Βολβοί του προδόμου: Είναι δύο στυτικά σώματα που έχουν σχήμα αμυγδάλου και βρίσκονται κάτω από τα μεγάλα χείλη (Γίγης & Παρασκευάς,2002).

Βαρθολίνειοι αδένες: είναι ένα ζεύγος βλεννογόνων αδένων, μεγέθους μπιζελιού που βρίσκονται βαθιά στο οπίσθιο άκρο των μικρών χειλέων και εκβάλλουν μέσω πόρου στον πρόδομο του κόλπου, εφυγραίνοντας την είσοδο του (Epstein et al. ,2000) και διευκολύνοντας την είσοδο του πέους στον κόλπο(Γίγης & Παρασκευάς,2002).

Εσω γεννητικά όργανα



εικόνα 3: Εσωτερικά γεννητικά όργανα της θηλέως

Κόλπος: Είναι ένας μυϊκός σωλήνας καλυμμένος με μεμβράνη που αποτελείται από ειδικό τύπο πλακώδους επιθηλίου, καλά τροφοδοτούμενου με αιμοφόρα αγγεία και νεύρα. Ο κόλπος εκτείνεται από τον πρόδομο μέχρι την μήτρα. Τα τοιχώματα του συνήθως εφάπτονται. Περικλείει το κάτω μέρος του τραχήλου της μήτρας και ανεβαίνει πιο ψηλά στο πίσω μέρος παρά μπροστά. Τα μικρά κολπώματα μπροστά και στις πλευρές του τραχήλου ονομάζονται ο πρόσθιος και ο πλάγιος θόλος και εκείνος πίσω από τον τράχηλο είναι ο οπίσθιος θόλος του κόλπου (Pearce,1995). Ο κόλπος χρησιμεύει στην υποδοχή του πέους κατά την συνουσία και στην εναπόθεση του σπέρματος. Διαμέσο του κολεού ρέει το αίμα της εμμήνου ρύσεως και διέρχεται το νεογνό κατά τον τοκετό, προς το αιδοίο (Άγιος,2007).

Σάλπιγγα: Κάθε σάλπιγγα με το ένα άκρο της, την μητριαία μοίρα εκβάλλει στην μήτρα, στο κέρασ αυτής και με το άλλο άκρο της, ο κώδωνος ή κροσσωτό τμήμα άπτεται της σύστοιχης ωοθήκης (Τολμακίδης,1999). Η είσοδος της σάλπιγγας περιβάλλεται από κροσσούς που καλύπτουν την ωοθήκη και βοηθούν στην σύλληψη του ωαρίου, όταν αυτό αποβάλλεται από το ωοθυλάκιο κατά το μέσο του κύκλου. Το ωάριο πορεύεται κατά μήκος του αυλού της σάλπιγγας με την βοήθεια ενός συνδυασμού περισταλτικών κινήσεων και κυματοειδής κινήσεων των μικροκροσσών των κυττάρων του καλυπτήριου επιθηλίου(Epstein et al.,2000).Οι αγωγοί χρησιμεύουν για την μεταφορά των σπερματοζωαρίων, την παραλαβή του ωαρίου, τη γονιμοποίηση, τη θρέψη του γονιμοποιημένου ωαρίου και τη μεταφορά του μέσα στη μήτρα (Γίγης & Παρασκευάς,2002).

Ωοθήκες: Αποτελούν τους γεννητικούς αδένες του θηλέος και παριστάνουν μικτούς αδένες. Την εξωκρινή μοίρα αποτελούν τα ωάρια και την ενδοκρινή τους μοίρα οι ορμόνες του θηλέος (Γίγης & Παρασκευάς,2002). Έχουν σχήμα αμυγδάλου τοποθετημένοι η κάθε μια στη κάθε πλευρά της μήτρας κάτω από τους αγωγούς προσκολλημένες στο πίσω μέρος των πλατέων συνδέσμων της μήτρας (Pearce,1995).

1.1.1Ανατομία της μήτρας

Μήτρα: Βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο, πίσω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το απευθυσμένο. Η μήτρα χωρίζεται σε 3 μέρη, τον πυθμένα που στρέφεται προς τα επάνω και στον οποίο εκβάλλει ο αγωγός, το σώμα που αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα της μήτρας και τον τράχηλο που αποτελεί το κατώτερο τμήμα της μήτρας. Χρησιμεύει για τη μετατροπή του γονιμοποιημένου ωαρίου σε

έμβρυο, για τη διατροφή και ανάπτυξη του, για τον τοκετό (με τις συσπάσεις του μυϊκού της χιτώνα) και για την έμμηνο ρύση (Γίγης & Παρασκευάς,2002). Οι κοιλότητες της μήτρας είναι σχισμοειδής και έχει διαμέτρους μεγαλύτερες στις πολύτοκες από ότι στα παιδιά και στις άτοκες γυναίκες. Το στενότερο σημείο της που ονομάζεται έσω στόμιο της μήτρας, τη διαιρεί σε δύο μέρη: στην κοιλότητα του σώματος και στην κοιλότητα του τραχήλου.

Ο πυθμένας αντιστοιχεί στο άνω ευρύ άκρο της μήτρας και χωρίζεται από το σώμα με την έκφυση στα πλάγια των ωαγωγών. Σε άτοκες γυναίκες ο πυθμένας της μήτρας αντιστοιχεί λίγο πιο πάνω από το επίπεδο της ηβικής σύμφυσης ενώ σε πολύτοκες είναι ευρύτερος και βρίσκεται ψηλότερα.

Το σώμα της μήτρας γίνεται σταδιακά στενότερο όσο πλησιάζει προς τον αυχένα και εμφανίζει δύο επιφάνειες καλυμμένες από περιτόναιο, την πρόσθια(κυστική) και την οπίσθια(εντερική) καθώς και δύο πλάγια χείλη στα οποία προσφύεται ο πλατύς σύνδεσμος. Κατά μήκος των πλαγίων χειλέων πορεύονται τα μητριαία αγγεία.

Ο αυχέννας ή τράχηλος της μήτρας είναι στενότερος και πιο στρογγυλός από το σώμα από το οποίο χωρίζεται με τον ισθμό (Μπαλτόπουλος,2003). Αποτελεί την συνέχεια της μήτρας. Έχει σχήμα κυλινδρικό και διαιρείται με το άνω άκρο του κολεού (κόλπου) σε υπερκολλικό και ενδοκολλικό τμήμα (Τολμακίδης,1999). Επίσης διαιρεί το ανώτερο άκρο του κόλπου σε πρόσθια, οπίσθια και πλάγιους θόλους (Erstein et al., 2000). Περίπου ο μισός τράχηλος προέχει μέσα στον κόλπο προσκολλημένος στους τοίχους του κόλπου (Sharigo,2001). Ο αυλός του ή ενδοτράχηλος έχει σχήμα ατράκτου, ο οποίος μεταβαίνει στην ενδομητρική κοιλότητα με το έσω στόμιο και προς τα κάτω με το έξω στόμιο του με την κοιλότητα του κόλπου (Τολμακίδης,1999). Το σχήμα του εξωτερικού στομίου μεταβάλλεται μετά από τοκετό. Στις άτεκνες γυναίκες το στόμιο του τραχήλου είναι στρογγυλό ενώ μετά από τοκετό το στόμιο μπορεί να είναι σχισμοειδές ή αστεροειδές. Η κολλική επιφάνεια του τραχήλου επαλείφεται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο. Η μήτρα καλύπτεται από περιτόναιο, το οποίο ανακάμπτει προς τα εμπρός στην ουροδόχο κύστη, προς τα πίσω στο ορθό και προς τα πλάγια σχηματίζει τους πλατείς συνδέσμου της μήτρας(Erstein et al. ,2000) .

Σε φυσιολογική **θέση** η μήτρα εμφανίζει μια προς τα εμπρός γωνίωση ως προς τον κολεό. Αυτό είναι γνωστό ως πρόσθια κλίση της μήτρας και διατηρείται με τη δράση

φράσσονται τα αγγεία, που ρήγνυται με την αποβολή του πλακούντα και η μήτρα να μικρύνει ταχύτατα (Lippert,1993).

📖 Το ενδομήτριο ενώνεται με το μυϊκό χιτώνα απευθείας και χωρίς την παρεμβολή υποβλεννογόνιας στοιβάδας. Αποτελείται από επιθήλιο και χόριο και αδένες (Μπαλτόπουλος,2003). Είναι πλούσιος σε αγγεία. Μέσα σε αυτόν εμφυτεύεται το ωάριο που έρχεται από τον ωαγωγό (Lippert,1993).

β)Στήριξη της μήτρας

Η μήτρα στηρίζεται στη θέση της, με τον κολεό και το περινέο. Εκτός αυτού έχει και τους συνδέσμους της, οι οποίοι είναι:α) ο πλατύς σύνδεσμος β) ο στρογγυλός σύνδεσμος και γ) οι δύο ευθυμητρικοί ή ιερομητρικοί σύνδεσμοι (Ζήσης,1999). Οι σύνδεσμοι αυτοί προσκολλώνται με τη σειρά τους στα οστά της πυέλου. Είναι επαρκώς ελαστικοί ώστε να μπορούν να διατείνονται σημαντικά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και να ανακτούν το φυσιολογικό τους μέγεθος μετά τον τοκετό. Σε ορισμένες γυναίκες, κυρίως σε όσες έχουν περάσει την εμμηνόπαυση και σε όσες έχουν αποκτήσει παιδιά η ελαστικότητα αυτή μειώνεται και οι σύνδεσμοι εξασθενούν, οδηγώντας σε πρόπτωση της μήτρας και του τραχήλου. Η πρόπτωση προκαλεί δυσφορία, αίσθημα έλξης προς τα κάτω και αισθητή διόγκωση του ανοίγματος του κόλπου (Γουέστ,2000).

📖 Ο πλατύς σύνδεσμος σχηματίζεται από το περιτόναιο και αποτελείται από 2 πέταλα(πρόσθιο-οπίσθιο) τα οποία ενώνονται στα πλάγια χείλη της μήτρας και εκτείνεται μέχρι τα πλάγια της μικρής πυέλου. Μεταξύ των 2πετάλων πορεύονται ο ωαγωγός ή σάλπιγγα, ο στρογγυλός σύνδεσμος της μήτρας και η μητριάια αρτηρία.

📖 Ο στρογγυλός σύνδεσμος της μήτρας αρχίζει από το όριο πυθμένα και σώματος από τα δύο πλάγια και πορεύεται μέσα στον πλάγιο σύνδεσμο και στην συνέχεια μπαίνει μέσα στο βουβωνικό πόρο και καταλήγει στα μεγάλα χείλη του αιδοίου.

📖 Οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι εκτείνονται από την οπίσθια επιφάνεια του σώματος της μήτρας και φέρεται στο τόξο στα πλάγια του ιερού ιστού(Ζήσης,1999).

1.2 Φυσιολογία γυναικείου γεννητικού συστήματος

Αρχικά γίνεται μια οριοθέτηση σε βασικές έννοιες που συνδέονται άμεσα με το γεννητικό κύκλο της γυναίκας με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της λειτουργίας του γεννητικού συστήματος της θηλέος.

Ωορρηξία και εμμηνορρυσία

Η ωορρηξία και εμμηνορρυσία συνδέονται μεταξύ τους.

Ωορρηξία είναι η διαδικασία κατά την οποία ένα ώριμο ωάριο απελευθερώνεται και η μήτρα προετοιμάζεται να δεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο.

Εμμηνορρυσία είναι η διαδικασία της αποβολής του άχρηστου ενδοθηλίου της μήτρας όταν δεν έχει επέλθει σύλληψη. Η πρώτη ημέρα της περιόδου θεωρείται η πρώτη ημέρα του κύκλου (Shapiro,2001).

Η πρώτη έμμηνος ρύση, η οποία εμφανίζεται συνήθως στο 11^ο με 12^ο έτος της ζωής με την οποία τελειώνει η παιδική ηλικία και αρχίζει η εφηβική ονομάζεται εμμηναρχή. Αντίθετα η τελευταία έμμηνος ρύση η οποία παρατηρείται γύρω στο 50^ο έτος της ζωής και κλείνει την βιολογική γονιμότητα ονομάζεται εμμηνόπαυση (Τολμακίδης,1999).

Μεταξύ της εμφάνισης της έμμηνος ρύσης και της εμμηνόπαυσης το αναπαραγωγικό σύστημα της θηλέος υφίσταται περιοδικές αλλαγές στη δομή και στη λειτουργική του δραστηριότητα. Αυτές οι τροποποιήσεις ελέγχονται από νευροχυμικούς μηχανισμούς (Μπαλτόπουλος,2003).

Κατά την ήβη όπου εμφανίζεται η έμμηνος ρύση η μήτρα και ο κόλπος μεγεθύνονται, οι μαστοί μεγαλώνουν με την αύξηση του λίπους, συνδετικού ιστού και αιμοφόρων αγγείων. Αργότερα παρουσιάζονται τα δευτερεύοντα σεξουαλικά χαρακτηριστικά αναπτύσσονται οι καμπύλες και λιπώδης ιστός στρογγυλεύει τις περιφέρειες των μελών του σώματος της, με την εμφάνιση τριχών στη μασχάλη και ηβική περιοχή. Η λεκάνη πλαταίνει. Σημαντικές αλλαγές λαμβάνουν χώρα καθώς το κορίτσι ωριμάζει πνευματικά και αισθηματικά κατά την εφηβεία προς την ενηλικίωση (Pearce,1995).

Η εμμηνόπαυση συμβαίνει όταν τελειώνει η παροχή ωαρίων από τις ωοθήκες. Μπορεί να είναι αιφνίδια ή βαθμιαία. Μερικές γυναίκες βιώνουν αυξανόμενη αστάθεια στην έμμηνο ρύση τους επί σειρά μηνών ή ακόμα και ετών που τις προετοιμάζει για την εμμηνόπαυση. Καθώς φθίνει η παροχή ωαρίων, τα επίπεδα των ορμονών αρχίζουν να μειώνονται και αυτό μπορεί να προκαλέσει εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις, κολπική ξηρότητα και διακυμάνσεις της ψυχικής διάθεσης οι οποίες ταλαιπωρούν πολλές γυναίκες (Γουέστ,2000). Ορμονική θεραπεία μπορεί να

συστηθεί από τον ιατρό για την ανακούφιση των καταστάσεων αυτών. Η ορμονική θεραπεία έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στο να μειώνει τους κινδύνους της οστεοπόρωσης και των καρδιαγγειακών νόσων και για αυτό το λόγο τη συνιστούν πολλοί γιατροί για τη διατήρηση καλής υγείας (Shapiro,2001).

1.2.1Μηχανισμός δράσης γεννητικού κύκλου:

Φαινομενικά αρχίζει με την έμμηνο ρύση και αφορά κυρίως δύο όργανα: την ωθήκη και τη μήτρα. Εν τούτοις συμμετέχει και το υπόλοιπο σώμα και η ψυχική ζωή της γυναίκας (Lippert,1993).

Η καταβολή των γεννητικών κυττάρων γίνεται στην εμβρυϊκή ζωή τα οποία ονομάζονται ωγόνια ή αρχέγονα ωάρια τα οποία είναι τοποθετημένα στις δύο ωθήκες. Στην συνέχεια υφίσταται αυτά μια εξέλιξη και διαφοροποιούνται αρχικά στα ωκύτταρα πρώτης τάξεως ακολούθως στα πρωτογενή ή άωρα ωθυλάκια και στο τέλος στα γνωστά ώριμα ωθυλάκια ή γρααφιανά θυλάκια. Κατά την διάρκεια των 35 ετών μεταξύ της εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης λαμβάνουν χώρα περίπου 400 ωθυλακιορρηξίας (Τολμακίδης,1999).

Ο γεννητικός κύκλος έχει διάρκεια γύρω στις 28 ημέρες

Έχουμε 2 φάσεις:

α) παραγωγική φάση που αρχίζει από την πρώτη μέρα της εμμηνορρυσίας και διαρκεί μέχρι την ημέρα της ωθυλακιορρηξίας. Στη φάση αυτή έχουμε ωρίμανση του ωθυλακίου και προοδευτική έκκριση των οιστρογόνων ορμονών.

β) Εκκριτική φάση που αρχίζει από τη μέρα της ωθυλακιορρηξίας και διαρκεί μέχρι την μέρα της εμμηνορρυσίας. Χαρακτηρίζεται από την έκκριση της προγεστερόνης από το ωχρο σωματίο (Μπαλτόπουλος,2003).

Κάθε φάση του κύκλου αυτορυθμίζεται από ένα σύστημα αλληλοεξαρτώμενων ορμονών και άλλων /χημικών ουσιών ,που παράγονται στον υποθάλαμο(μέρος του εγκεφάλου) στην υπόφυση και στις ωθήκες (Smith,1995).

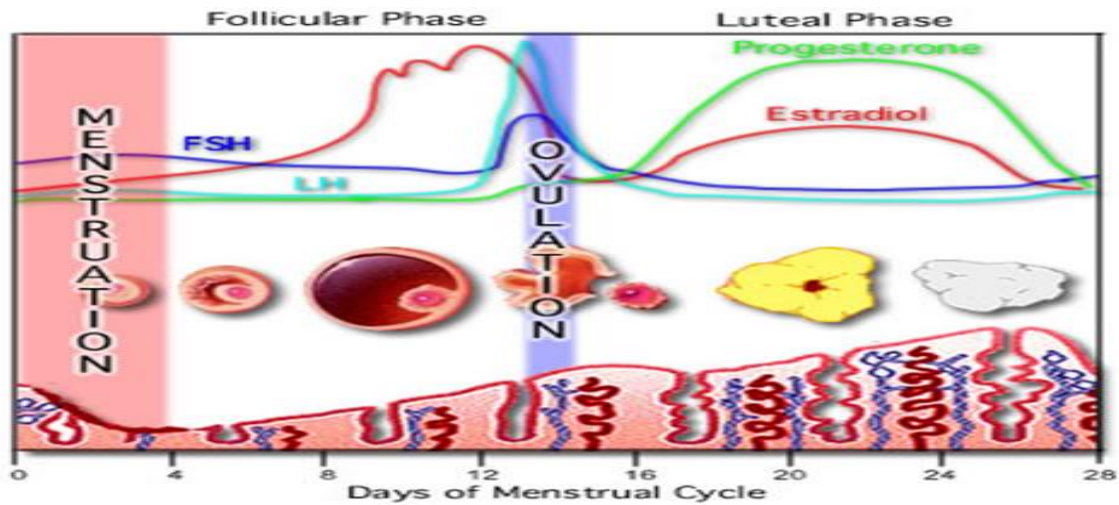
Το ορμονικό σύστημα της γυναίκας περιλαμβάνει 3 κατηγορίες ορμονών:

- Μια υποθαλαμική εκλυτική ορμόνη (την εκλυτική ορμόνη της ωχρινότροπου ορμόνης LHRH)
- Τις ορμόνες της πρόσθιας υπόφυσης: ωθυλακιότροπο(FSH) και ωχρινότροπο ορμόνη(LH) που εκκρίνονται με την επίδραση της υποθαλαμικής εκλυτικής ορμόνης(LHRH)

- Τις ορμόνες των ωοθηκών: Οιστρογόνο και προγεστερόλη(ωχρίνη) που εκκρίνονται από τις ωοθήκες με την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών της αδενουπόφυσης (FSH και LH) (Βαρσαμίδης,2001).

Όταν αρχίζει η εμμηνορρυσία οι συγκεντρώσεις της ωοθυλακιοτρόπο ορμόνης FSH και της ωχρινοτρόπο ορμόνη LH αυξάνουν. Η αύξηση αυτή επιταχύνει την ανάπτυξη 20 περίπου ωοθυλακίων το μήνα. Μετά την ανάπτυξη που διαρκεί μια εβδομάδα ένα από τα ωοθυλάκια αρχίζει να μεγαλώνει περισσότερο από τα άλλα τα οποία αρχίζουν να μικραίνουν και ονομάζονται άτρητα ωοθυλάκια. Το ένα ωοθυλάκιο που γίνεται μεγαλύτερο από τα άλλα εκκρίνει περισσότερα οιστρογόνα. Αυτό προκαλεί παλίνδρομη αναστολή της έκκρισης FSH από την πρόσθια υπόφυση. Η έλλειψη FSH δεν εμποδίζει την αύξηση του μεγαλύτερου ωοθυλακίου γιατί η μεγάλη ποσότητα οιστρογόνων την οποία εκκρίνει ασκεί διεγερτική επίδραση στην αύξηση του. Η έλλειψη όμως του ερεθίσματος της FSH προκαλεί υποστροφή των άλλων ωοθυλακίων(Βαρσαμίδης,2001). Καθώς το ωοθυλάκιο πλησιάζει πλήρη ανάπτυξη ευρίσκεται κοντά στην επιφάνεια της ωοθήκης, σταδιακά γίνεται περισσότερο και περισσότερο διογκωμένο με υγρό, μέχρι ότου προβάλει ως ένα κυστοειδές φούσκωμα από την επιφάνεια της ωοθήκης. Ένταση μετά στο θυλάκιο προκαλεί τη ρήξη του και το ωάριο δραπετεύουν μέσω της περιτοναϊκής κοιλότητας μέσα στο χωνοειδές στόμιο του ωαγωγού(Pearce,1995). Μετά την ωοθυλακιορρηξία τα υπολείμματα του ωοθυλακίου σχηματίζουν το ωχρο σωμάτιο το οποίο παράγει την ορμόνη που λέγεται προγεστερόνη ή ωχρίνη. Η προγεστερόνη προετοιμάζει με τη δράση της τον εσωτερικό φλοιό της μήτρας(ενδομήτριο) για την υποδοχή του γονιμοποιημένου ωαρίου(Παπαδημητρίου,2006). Ο βλεννογόνος της μήτρας αρχίζει να αυξάνει σε πάχος και να γεμίζει με αίμα. Έτσι είναι έτοιμος να δεχτεί το γονιμοποιημένο ωάριο που θα φτάσει στη μήτρα, θα φωλιάσει μέσα της και θα αρχίσει να αναπτύσσεται ως έμβρυο(Smith,1995). Εάν δεν γίνει γονιμοποίηση, τότε το ωάριο ευρισκόμενο στο εσωτερικό της σάλπιγγας αποπίπτει, πεθαίνει και ακολούθως μετά από λίγες ημέρες υποστρέφεται και το ωχρο σωμάτιο μετατρέπεται σε λευκό σωμάτιο. Αυτή η μετατροπή ωχρού σε λευκό σωμάτιο συνοδεύεται από ελάττωση των παραγόμενων ορμονών η οποία προκαλεί νέκρωση του ενδομητρίου και αποπίπτει με τη μορφή αιμορραγίας(Παπαδημητρίου,2006). Αν αντιθέτως το ωάριο γονιμοποιηθεί το ωχρο σωμάτιο μεγαλώνει και παράγει ορμόνες μέχρι τον 4^ο

περίπου μήνα της κύησης. Κατόπιν ο πλακούντας αναλαμβάνει την παραγωγή των ορμονών (Lippert,1993).



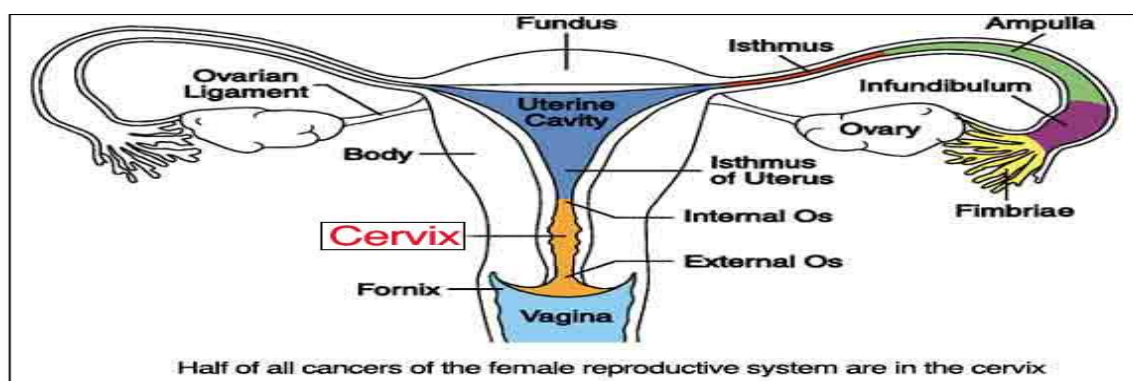
Εικόνα 5:διαγραμματική απεικόνιση γεννητικού κύκλου

1.2.2 Φυσιολογία του τραχήλου της μήτρας:

Ο τράχηλος της μήτρας μοιάζει με μια βιολογική βαλβίδα που επιτρέπει την είσοδο των σπερματοζωαρίων στη μητρική κοιλότητα σε ορισμένες φάσεις του κύκλου. Παίζει δηλαδή και παθητικό και ενεργητικό ρόλο όσον αφορά τη διείσδυση των σπερματοζωαρίων. Στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου της γυναίκας παρατηρείται βαθμιαία διάνοξη του έσω τραχηλικού στομίου με σκοπό όπως είναι ευνόητο τη διευκόλυνση της γονιμοποίησης την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας. Έτσι ενώ στην αρχή της παραγωγικής φάσης του κύκλου είναι τελείως κλειστό κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας φτάνει στο διπλάσιο της αρχικής διαμέτρου. Αυτό γίνεται γιατί κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων ο μυϊκός τόνος στο έσω τραχηλικό στόμιο προοδευτικά ελαττώνεται.

Μεταβολές όμως εμφανίζονται και στο επιθήλιο της τραχηλικής κοιλότητας που συνίσταται κυρίως σε αύξηση του ύψους των κυττάρων των ενδοτραχηλικών αδένων στην αντίστοιχη αύξηση της εκκρίσεως της τραχηλικής βλέννας. Παράλληλα με αυτή την ποσοτική επίδραση των οιστρογόνων πάνω στην παραγωγή της τραχηλικής βλέννας υπάρχει και ποιοτική μεταβολή. Πράγματι όσο πλησιάζουμε προς την στιγμή της ωοθυλακιορρηξίας αυτή γίνεται διαυγέστερη και αποκτά τελικά την χαρακτηριστική σαν φύλλα φτέρης κρυστάλλωση τη στιγμή της ρήξεως του ωοθυλακίου. Φαίνεται ότι το φαινόμενο της κρυστάλλωσης της βλέννας οφείλεται σε ανόργανα στοιχεία και πιο ειδικά στο χλωριούχο νάτριο ή δε κρυστάλλωση θεωρείται

γενικά φαινόμενο έντονης οιστρογονικής επίδρασης. Αντίστοιχα με την κρυστάλλωση επηρεάζεται και η ελαστικότητα και η εκτασιμότητα της τραχηλικής βλέννας που φτάνει ακόμα και 20-25εκ. τη μέρα της ωοθυλακιορρηξίας. Η μεταβολή αυτή την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας εξασφαλίζει τις ιδανικότερες προϋποθέσεις για τη διείσδυση των σπερματοζωαρίων μέσα από την τραχηλική βλέννα στη μητρική κοιλότητα. Μετά την 14ημέρα η βλέννα πεθαίνει και πάλι ορισμένες μεταβολές που αποδίδονται στην προγενηστερονική δράση και χαρακτηρίζονται κυρίως από καταστροφή της κρυστάλλωσης, ελάττωση της εκτασιμότητας και διήθηση από πολυμορφοπύρρηνα σε συνδυασμό με σημαντική ελάττωση της ποσότητας της, ώστε τις παραμονές της εμμηνορρυσίας να μην υπάρχει στο τραχηλικό στόμιο παρά ελάχιστη ποσότητα. Το PH της τραχηλικής βλέννας από καθαρά αλκαλικό(7,5) που είναι στη διάρκεια της πρώτης φάσης του κύκλου γίνεται λιγότερο αλκαλικό και μερικές φορές και όξινο μετά την ωοθυλακιορρηξία και ακόμα περισσότερο προς το τέλος της δεύτερης φάσης. Αλλά και η χημική σύσταση της βλέννας παρουσιάζει μεταβολές της διάρκειας του κύκλου. Βασικά η βλέννα αποτελείται από νερό, πρωτεΐνες, ανόργανα συστατικά και ένζυμα. Η περιεκτικότητα σε νερό βρίσκεται στη μεγαλύτερη αναλογία της κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας ενώ είναι ελαττωμένη στην αρχή και στο τέλος του κύκλου. Αντίστοιχες μεταβολές παρουσιάζουν και οι διάφορες οργανικές και ανόργανες ουσίες της τραχηλικής βλέννας. Πριν από την ωοθυλακιορρηξία επίσης είναι γεμάτη λευκοκύτταρα κατά την διάρκεια όμως της μεγάλης οιστρογονικής παραγωγής δεν υπάρχει κανένα κυτταρικό στοιχείο μέσα της. οι μεταβολές είναι χαρακτηριστικές και χρησιμοποιούνται σαν δείκτες για διαπίστωση της ωοθυλακιορρηξίας(Αραβαντινός, 1982).



Εικόνα 6: αναλυτική περιγραφή όλων των τμημάτων των εσωτερικών γυναικείων γεννητικών οργάνων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2. Καρκίνος τραχήλου μήτρας. Γενική προσέγγιση της νόσου

2.1 Γενικά χαρακτηριστικά της νόσου και επιδημιολογικά στοιχεία

Σύμφωνα με πρόχειρες εκτιμήσεις από τις 2000 γυναίκες ηλικίας πλέον των 30 ετών μια γυναίκα πεθαίνει από καρκίνο της μήτρας. Αυτή η απώλεια πρέπει να θεωρείται πολύ σημαντική εάν αναλογισθούμε ότι πρόκειται για γυναίκες οι οποίες ευρίσκονται σε πλήρη δραστηριότητα και με παιδιά τα οποία χρειάζονται την παρουσία της μητέρας τους. Ο καρκίνος της μήτρας ταξινομείται σε 2 μεγάλες ομάδες οι οποίες διαχωρίζονται όσον αφορά την διάγνωση, πορεία και θεραπεία τους:

- Στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας
- Στον καρκίνο του σώματος της μήτρας (Τολμακίδης, 1999).

Ο καρκίνος του τραχήλου υπήρξε κάποτε η συχνότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό θνησιμότητας έχει ελαττωθεί (Παπαδόπουλος, Γομπάκη, & Πλατανιώτης, 1998). Πλέον ο καρκίνος τραχήλου μήτρας είναι ο τρίτος πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού και του καρκίνου του παχέος εντέρου (Σπηλιώτης, 1999). Ο καρκίνος του τραχήλου εμφανίζεται συχνότερα από τον καρκίνο του σώματος (Τολμακίδης, 1999).

Αυτή η μορφή καρκίνου αναπτύσσεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων σε γυναίκες που εμφάνισαν ένα ειδικό είδος δυσπλασίας του τραχήλου για αρκετά χρόνια και που δεν υποβλήθηκαν σε θεραπεία (Smith, 1995). Η πάθηση συνίσταται στην αντικατάσταση του φυσιολογικού επιθηλίου του τραχήλου από κύτταρα με ανώμαλα και ειδικά χαρακτηριστικά (πυρήνες, διάταξη, σχέση πρωτοπλάσματος πυρήνα κ.λ.π) (Παπαδημητρίου, 2006). Η δυσπλασία του τραχήλου αποτελεί το όριο μεταξύ ενός φυσιολογικού τραχηλικού επιθηλίου και ενός καρκινικού (Κουρούνης, 2000). Η μεγάλη κακοήθεια της νόσου οφείλεται στο ότι ο τράχηλος της μήτρας συνορεύει με τα μεγάλα λεμφογάγγλια της πυέλου τα οποία εκ τούτου προσβάλλονται συντόμως. Η μεγάλη καλοήθεια του οφείλεται στο ότι το αρχικό στάδιο παραμένει επί μακρότατο χρονικό διάστημα (μέχρι και 10έτη). Επομένως στο στάδιο αυτό δυνάμεθα να τον καταικήσουμε απολύτως (Μπούτη, Παπαιωάννου, Παπαχαράλαμπου & Τριχόπουλος, 1981). Επίσης χαρακτηριστικό εύρημα της ασθένειας είναι η διαπίστωση ότι η νόσος παραμένει εντοπισμένη στην πύελο σε ποσοστό 50-60% γεγονός που σπάνια παρατηρείται σε άλλα είδη καρκίνου. Η

ιδιομορφία αυτή της νόσου ενθαρρύνει την προσπάθεια για την όσο το δυνατό δυναμικότερη αντιμετώπιση της(Αραβαντινός,1985).

Τουλάχιστον το 90% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας ξεκινούν από τα επιθηλιακά κύτταρα του τραχήλου και είναι επιθηλιακά ή πλακώδη καρκινώματα περί το 5% με 9% ξεκινούν από τον αδενικό ιστό (αδενοκαρκινώματα)(Dollinger ,Rosenbaum & Cable, 1992) και το υπόλοιπο ποσοστό είναι μικροκυτταρικό καρκίνωμα ή σάρκωμα που έχουν κακή πρόγνωση (Σπηλιώτης,1999). Η περιοχή ανάπτυξης του καρκίνου δεν έχει σχέση με τον ιστολογικό τύπο. Αυτός συνήθως ξεκινάει από το σημείο εκείνο που το πλακώδες επιθήλιο μεταπίπτει σε κυλινδρικό(συμβολή πλακώδους- κυλινδρικού επιθηλίου)- ζώνη μετάπτωσης. Αυτή δημιουργείται στην εφηβεία λόγω της ορμονικής επίδρασης και πιθανών λόγω των μεταβολών του PH του κόλπου, το πλακώδες όριο αρχίζει να επεκτείνεται προς το μονόστοιβο, βλεννοεκκριτικό επιθήλιο και δημιουργεί μια περιοχή μεταπλασίας δηλαδή την ζώνη μετάπτωσης(Schroeder, Tierney,McPhee,Papadakis & Krupp, 1993) .



εικόνα 7: απεικόνιση ζώνης μετάπτωσης

Η μέση ηλικία προσβολής της γυναίκας από διηθητικό καρκίνο του τραχήλου είναι η ηλικία των 45ετών και από προδιηθητικό των 35ετών(Παπανικολάου,1987). Η εξέλιξη του είναι αργή, έχοντας πολλά στάδια βλαβών των ιστών(Παπαδημητρίου, 2006). Σπάνια παρατηρείται καρκίνος του τραχήλου σε νέες γυναίκες και στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μετά την εμμηνόπαυση η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου ελαττώνεται, για να αυξηθεί του ενδομητρίου(Παπανικολάου,1987). Καρκίνος τραχήλου της μήτρας δεν ανιχνεύεται σε γυναίκες με άθικτο παρθενικό υμένα.

Φαίνεται ότι την τελευταία 20ετία υπάρχει μια αλλαγή στην εμφάνιση και συμπεριφορά του καρκίνου του τραχήλου. Κατ' αρχήν παρατηρείται αύξηση της

συχνότητας εμφάνισης αδενοκαρκινωμάτων σε σχέση με τους εκ πλακώδους κυττάρων, καρκίνους. Η μεν αύξηση της σχετικής συχνότητας μπορεί να υποτεθεί ότι οφείλεται στη σχετική ελάττωση των επιδερμοειδών καρκίνων λόγω μαζικών προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου με τεστ Pap και θεραπείας των προδιηθητικών μορφών του επιδερμοειδούς καρκίνου. Η απόλυτη δε αύξηση μπορεί να οφείλεται στην ευρύτερη χρήση αντισυλληπτικών και ορμονικών σκευασμάτων υποκατάστασης, στο κάπνισμα ή στον HPV. Έχει παρατηρηθεί επίσης αύξηση της ταχύτητας ανάπτυξης των επιδερμοειδών καρκίνων και συχνότερη εμφάνιση σε νεότερης ηλικίας γυναίκες στις οποίες μάλιστα η επιθετικότητα είναι αυξημένη (Λώλη, 2004).

Διαφορές στα ποσοστά συχνότητας της νόσου παρουσιάζονται ανάλογα την κοινωνική και εθνική ομάδα των γυναικών. Στις Εβραίες το ποσοστό είναι πολύ χαμηλό(3,6 ανά 100.000), ενώ για τις γυναίκες του Πουέρτο Ρίκο το ποσοστό είναι πολύ υψηλό(97,6 ανά 100.000). Οι νέγρες γυναίκες παρουσιάζουν ποσοστό αρκετά υψηλό(47,8 ανά 100.000) ενώ οι υπόλοιπες λευκές γυναίκες παρουσιάζουν ποσοστό υψηλότερο των Εβραϊκής καταγωγής (13,5 ανά 100.000) αλλά πολύ χαμηλότερο των Νέγρων και του Πουέρτο Ρίκο.

Η νόσος είναι συχνότερη στις αστικές περιοχές και στις κατώτερες οικονομικό-κοινωνικές τάξεις. Συσχετίζεται θετικά με τη συχνότητα, πολλαπλότητα και πρωιμότητα των γενετήσιων σχέσεων και εμφανίζει στενή ορό- επιδημιολογική σύνδεση με τον ιό του απλού έρπητα τύπου 2(HSV-2) και τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων(HPV) (Μπούτη κ.συν., 1981). Η πρώτη εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία, ο μεγάλος συνολικός αριθμός κυήσεων και το μικρό χρονικό διάστημα μεταξύ των κυήσεων αποτελούν σημαντικούς παράγοντες οι οποίοι αναφέρονται συχνότερα σε πληθυσμό γυναικών με παθολογικό κυτταρολογικό επίχρισμα, αν συγκριθεί με πληθυσμό γυναικών με φυσιολογικό επίχρισμα(Κουρούνης,2000).

Από το 1940 παρατηρείται ότι ελαττώνεται σταθερά η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας επειδή οι περισσότερες γυναίκες που δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα ελέγχεται περιοδικά με κυτταρολογική εξέταση των κολπικών και τραχηλικών επιχρισμάτων (test Pap). (Dollinger et al., 1992) Καθώς ο τράχηλος είναι τόσο εύκολο να εξεταστεί κι όπως η εξέταση Παπανικολάου είναι μια απλή και αποτελεσματική μέθοδος για την ανίχνευση του καρκίνου σε αυτό το σημείο είναι πραγματικά τραγικό να πεθαίνουν γυναίκες από αυτή την αρρώστια. Παρόλα αυτά όμως πάρα πολύ συχνά η απέχθεια της εξέτασης και η λαθεμένη αντίληψη ότι η

έλλειψη συμπτωμάτων σημαίνει πως δεν υπάρχει καρκίνος, εμποδίζουν την έγκαιρη εντόπιση της νόσου. Και κατά περίεργη σύμπτωση η γυναίκα που κινδυνεύει περισσότερο να προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου είναι εκείνη που συνήθως αποφεύγει τις περιοδικές εξετάσεις ακόμη κι όταν γίνονται δωρεάν (Layson, 1982). Συμπερασματικά πρέπει να κατανοήσουμε ότι όσο πρωιμότερα διαγιγνώσκεται ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας τόσο υψηλότερο καθίσταται και το ποσοστό ίασης(Μπούτη κ.συν., 1981).

2.2 Παθογένεση Ca τραχήλου μήτρας. Προδιαθεσικοί παράγοντες:

Υπό βιολογικής έννοιας το αίτιο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας όπως και όλων των καρκίνων του σώματος, είναι άγνωστο. Πάντως ορισμένες συνθήκες συνδέονται τόσο στενά με αυτόν ώστε δύναται να θεωρούνται ως αιτιολογικοί παράγοντες (Μπούτη κ.συν.,1981). Οι παράγοντες κινδύνου τόσο για την πρόδρομη μορφή καρκίνου(τραχηλική δυσπλασία) όσο και για τον τυπικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι ίδιοι. Οι συνηθέστεροι παράγοντες είναι:

- Κάπνισμα
- Περισσότεροι των 2 ερωτικών συντρόφων
- Γενετήσια πράξη σε μικρή ηλικία
- Αφροδίσια νοσήματα
- Έρπη των γεννητικών οργάνων
- Ιός κονδυλωμάτων- human papilloma virus- HPV
- Χλαμύδια
- Χαμηλό κοινωνικό οικονομικό επίπεδο της γυναίκας
- Άνδρας υψηλού κινδύνου εφόσον είναι ερωτικώς σύντροφος της γυναίκας
- Ανεπαρκής διατροφή (Αδαμόπουλος, 1998).

Ένας παράγων πολύ ουσιαστικός είναι η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής(Dollinger et al., 1992). Οι ερευνητικές μελέτες απέδειξαν επανειλημμένα ότι όσο νωρίτερα αρχίσει μια γυναίκα να κάνει έρωτα κι όσο πιο δραστήρια σεξουαλική ζωή έχει, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος να προσβληθεί από καρκίνο στον τράχηλο και σε ηλικία μικρότερη από ότι συνήθως. Η νεαρή κοπέλα που αρχίζει να έχει συχνές σεξουαλικές σχέσεις από τα 15 ή τα 16, ιδιαίτερα μάλιστα όταν οι σχέσεις αυτές είναι με διαφορετικούς συντρόφους, έχει μεγάλες πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο του τραχήλου μέσα σε 20-25χρόνια. Αντίθετα η γυναίκα που έχει την πρώτη

της σεξουαλική επαφή μετά τα 20 και περιορίζεται σε ένα μόνο σύντροφο, μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες να προσβληθεί κάποτε από αυτή την αρρώστια. Παρόλο ότι καμία γυναίκες δεν έχει ανοσία κατά του καρκίνου, ο καρκίνος του τραχήλου δεν παρατηρείται κατά κανόνα στις καλόγριες(Layson,1982). Επίσης το καρκίνωμα του τραχήλου δεν εμφανίζεται σχεδόν ποτέ σε γυναίκες με άθικτο παρθενικό υμένα(Schroeder et al., 1993).

Μεταξύ του 1947 και του 1971 η διαιθυλοστιβεστρόλη (DES) χρησιμοποιείτο ευρέως στις ΗΠΑ για τις διαβητικές γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και για την αντιμετώπιση επαπειλούμενη έκτρωση. Αργότερα ανακαλύφθηκε η ύπαρξη σχέσης μεταξύ της έκθεσης του εμβρύου σε διαιθυλοστιβεστρόλης και καρκινώματος γεννητικού συστήματος(Schroeder et al.,1993). Η χορήγηση διαιθυλοστιβεστρόλης σε έγκυες γυναίκες είναι δυνατό να προκαλέσει καρκίνο στα κορίτσια που θα γεννηθούν, όταν αυτά βρίσκονται στην εφηβεία ή είναι μεγαλύτερα(Σπηλιώτης, 1999). Η επίπτωση της τραχηλικής και κολπικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (δυσπλασία και in situ καρκινώματος) είναι διπλάσια από όσο στις μη εκτεθείσες γυναίκες (Schroeder et al., 1993)

Κληρονομικότητα: Αδερφές γυναικών με τραχηλικό καρκίνωμα έχουν ένα σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου 1.93 σε σχέση με τις άλλες γυναίκες. Οι μητέρες γυναικών με τραχηλικό καρκίνο έχουν σχετικό κίνδυνο 1.83 ενώ συγγενείς δευτέρου βαθμού έχουν σχετικό κίνδυνο 1.45. Το γεγονός ότι ο κίνδυνος μειώνεται, όσο ή συγγένεια γίνεται πιο μακρινή, φανερώνει ότι ή αιτία της οικογενειακής προτίμησης του καρκίνου είναι γεννητική(Κουρούνης, 2004).

Τη φυλή στην οποία ανήκει η γυναίκα, γιατί βρέθηκε πως στις Εβραίες δεν είναι τόσο πολύ συχνός. Αυτό αποδόθηκε σε κληρονομική ανοσολογική συμπεριφορά ή στην εκτέλεση της περιτομής των ανδρών, που δεν επιτρέπει την ανάπτυξη σμήγματος στη βαλανοποσθική αύλακα, που πιστεύεται, πως μέσα σε αυτό υπάρχει κάποιος καρκινογόνος παράγοντας που μπορεί να είναι ιός (Παπανικολάου, 1987).

Όσον αφορά στο χαρακτηρισμό του ερωτικού συντρόφου της γυναίκας ως άνδρα υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, τέτοιος είναι όταν έχει:

- Ατομικό αναμνηστικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας προηγούμενης συζύγου του
- Κονδυλώματα πέους
- Πολλαπλές ερωτικές συντρόφους
- Χαμηλό κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο(Αδαμόπουλος, 1998).

Μια άλλη θεωρία σχετικά με την αιτιολογία του τραχηλικού καρκινώματος υποστήριζε σαν σημαντικό παράγοντα το ανδρικό σπέρμα. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή το DNA του πυρήνα των σπερματοζωαρίων μπορεί να είναι καρκινογόνο. Το DNA αυτό όταν ενσωματωθεί στους πυρήνες των πλακωδώς μεταπλασθέντων κυττάρων αποκτά μια ειδική σχέση με τα οξέα του πυρήνα παρόμοια με αυτή των καρκινογόνων ιών. Σήμερα δεν υπάρχουν πειστικές ενδείξεις για την καρκινογόνο ικανότητα του σπερματικού DNA(Κουρούνης, 2000).

Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν από το στόμα αντισυλληπτικά για μεγάλο χρονικό διάστημα εμφανίζουν περισσότερες δυσπλασίες και καρκινώματα του τραχήλου από εκείνες που εφαρμόζουν άλλες μεθόδους αντισύλληψης(Schroeder et al.,1993). Ο μέσος όρος για ανάπτυξη διηθητικού καρκινώματος στις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικό δισκίο είναι πολύ ανεβασμένος, από ότι ο μέσος όρος για ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία. Επιπλέον, άλλες μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει διπλάσιος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου μετά από 5ετή χρήση και 4πλάσιος κίνδυνος μετά από 10ετή χρήση(Κουρούνης, 2004).Η χρήση διαφράγματος ή προφυλακτικού έχει συσχετιστεί με προστατευτικά δράση (Schroeder et al.,1993).

Την κοινωνικό- οικονομική κατάσταση της γυναίκας, γιατί βρέθηκε συχνότερος στις φτωχότερες τάξεις, στις οποίες οι συνθήκες διατροφής και καθαριότητας δεν είναι καλές(Παπανικολάου, 1987).

Η γενικευμένη ανοσοκαταστολή του οργανισμού έχειδειχθεί ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυξημένη συχνότητα εμφάνισης τόσο ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας όσο και διηθητικού καρκίνου. Γυναίκες με μεταμόσχευση νεφρού έχουν πολλαπλάσια πιθανότητα εμφάνισης CIN3 ενώ γυναίκες με AIDS έχουν επίσης αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης CIN όταν υπάρχει ανοσοκαταστολή(Λώλη, 2004).

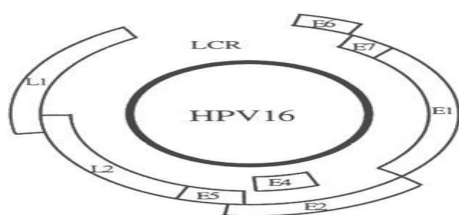
Κύηση: μελέτες αποκαλύπτουν μια επίμονη επίδραση της πολυτοκίας στον κίνδυνο δυσπλασίας και καρκινογένεσης. Έχει προταθεί ότι η κύηση μπορεί να επηρεάσει την κυτταρική αύξηση, άμεσα ή έμμεσα μέσω ανοσολογικών ή ορμονοεξαρτώμενων επιδράσεων στον ιό HPV. Θα μπορούσα όμως να αποτελέσουν και 2 ανεξάρτητους παράγοντες. Δυνητικά η επίδραση της κύησης ίσως αντιστοιχεί σε τραυματισμό του τραχήλου κατά τον τοκετό ληφθέντων υπόψην μελετών που συσχετίζουν αρνητικά την καρκινογένεση με την καισαρική τομή(Πεκτασίδης & Δημόπουλος,2001).

Όσον αφορά το κάπνισμα και την τραχηλική δυσπλασία θα μπορούσε να εξηγηθεί από το ότι κάποια ουσία που περιέχεται στον καπνό του τσιγάρου καταστέλλει τον ανοσοποιητικό μηχανισμό και έτσι επιτρέπει σε μια σεξουαλική μεταδιδόμενη ουσία να προκαλέσει ανώμαλη κυτταρική ανάπτυξη που καταλήγει στην αρχή της τραχηλικής δυσπλασίας. (Κουρούνης,2000) Ερευνητές παραδέχονται ότι οι υψηλού κινδύνου τύποι HPV και το κάπνισμα συνεργούν στην ανάπτυξη καρκινώματος στον τράχηλο. Η νικοτίνη και η κυτινίνη που προέρχονται από τον καπνό του τσιγάρου, ανιχνεύεται στην τραχηλική βλέννα των καπνιστριών και μπορούν να προκαλέσουν πολλαπλασιασμό των HPV-επηρεασμένων κυττάρων. Ο κίνδυνος για τις παθητικές καπνίστριες φαίνεται μεγαλύτερος σε εκείνες που δεν είναι ενεργές καπνίστριες, συγκριτικά με εκείνες που είναι παράλληλα ενεργές καπνίστριες(Κουρούνης,2004).

Καμιά σαφής συσχέτιση δεν έχει βρεθεί μεταξύ σύφιλης, γονόρροιας, βακτηριακής λοίμωξης και καρκινογένεσης. Εξετάζεται όμως η υπόθεση αν η χρόνια κολποτραχηλική φλεγμονή δυνητικά αυξάνει την ογκογενετική δράση του HPV(Πεκτασίδης & Δημόπουλος, 2001).

HPV λοίμωξη Η αιτιολογική συσχέτιση του HPV με τον καρκίνο του τραχήλου έχει εδραιωθεί ακλόνητα (Κουρούνης,2004).

Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων γνωστός επίσης και ως ακροχορδώνες των γεννητικών οργάνων(Stanhope &



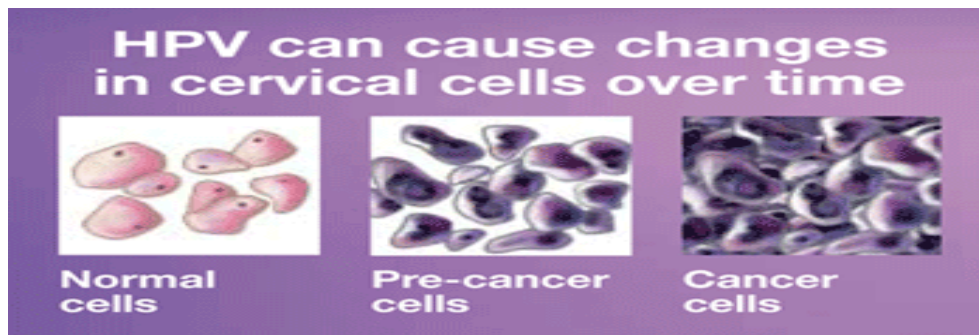
Εικόνα 8:ιός HPV

Lancaster, 2009) είναι ένας μικρός σε μέγεθος ιός με διπλή αλυσίδα DNA. Έχει ένα κυκλικό γένωμα, 8000 ζεύγη βάσεων και διαιρείται σε 3 περιοχές. Την μακρά



ελεγχόμενη περιοχή, την πρώιμη περιοχή(E1 έως E8) και την όψιμη περιοχή(L1 και L2).Από τις πρωτεΐνες της πρώιμης περιοχής οι πρωτεΐνες E6 και E7 αναστέλλου τη δράση ογκοκατασταλτικών γονιδίων με τελικό αποτέλεσμα την καρκινική μετάλλαξη των κυττάρων, ενώ οι περιοχές L1 και L2 είναι υπεύθυνες για τις κύριες καψιδιακές πρωτεΐνες(Διακομανώλης,2009).Ο ιός σχετίζεται με τη μεγάλη συχνότητα εμφάνισης λοιμώξεων στον τράχηλο της μήτρας (ειδικά σε νεαρές γυναίκες). Το DNA του ιού HPV μπορεί να επηρεάσει την κυτταρική συμπεριφορά. Προφανώς εφόσον η λοίμωξη γίνεται στην εφηβική ηλικία που ο τράχηλος της μήτρας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος σε ορμονικές και άλλες επιδράσεις, η επίδραση του ιού είναι πιθανότατα πιο επιβλαβής (Πεκτασίδης & Δημόπουλος,2001)Είναι λοίμωξη σεξουαλικά μεταδιδόμενη(Παπαδημητρίου, 2006).Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων μεταδίδεται εύκολα με άμεση επαφή επιθηλίων, δέρματος και βλεννογόνων κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής και έχει μια ιδιαίτερη εξειδίκευση για συγκεκριμένες ανατομικές περιοχές που προσβάλλει(Διακομανώλης,2009). Πιθανολογείται και μετάδοση μέσω εσωρούχων ή γυναικολογικού εξοπλισμού που έχει εντοπιστεί HPV DNA(Αβραμόπουλος,2009).Σχετίζεται με την εμφάνιση κονδυλωμάτων στον τράχηλο καθώς και με την εμφάνιση δυσπλασιών (CA) τραχήλου(Παπαδημητρίου, 2006). Κονδυλώματα στα πρώτα χρόνια της ζωής οφείλονται κυρίως σε μόλυνση από τη μητέρα κατά τον τοκετό ή διαπλακουντιακή (Αβραμόπουλος,2009) με αποτέλεσμα την εμφάνιση θηλωμάτων στο λάρυγγα, τα οποία αποφράσσουν την αναπνευστική οδό του βρέφους (Stanhope & Lancaster, 2009)ενώ σε μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να υποκρύπτει σεξουαλική κακοποίηση (Αβραμόπουλος,2009).Η ενοχή του ιού στην καρκινογένεση του τραχηλικού επιθηλίου στηρίζεται στις παρατηρήσεις, που έδειξαν ότι γονίδια και νουκλειδικά οξέα των ιών ενσωματώνονται με κύτταρα του ξενιστή και προκαλούν αποκλίσεις που αφορούν τον έλεγχο του φυσιολογικού πολλαπλασιασμού των κυττάρων(Μιχαλάς,2000). Σε ελαφρού βαθμού δυσπλασία το ιικό DNA ευρίσκεται σε μορφή επισώματος, δηλαδή εξωχρωματικού, κυκλικού και αυτόματου πολλαπλασιαζόμενου DNA. Αντίθετα σε καρκινώματα και σοβαρού βαθμού δυσπλασίες τραχήλου το DNA των υψηλού κινδύνου HPV ενσωματώνεται γραμμικά στο ανθρώπινο χρωμοσωμικό DNA και χάνει πλέον τη δυνατότητα αυτόνομου πολλαπλασιασμού(Καπράνος & Κοτρόνιας,2009). Υπάρχουν πολλοί τύποι (ερευνητές μιλούν για 118 υπότυπους). Οι ογκογόνοι τύποι μπορούν δυνητικά να προκαλέσουν καρκίνο και σε άλλες περιοχές του ανθρώπινου σώματος, όπως ο

πρωκτός, το αιδοίο και η στοματοφαρυγγική κοιλότητα(Διακομανώλης,2009).Ο τύπος 16 ευθύνεται κατά 99% για τις πιθανές δυσπλασίες τραχήλου(Παπαδημητρίου, 2006). Στο 70% περίπου των περιπτώσεων CIN αλλά και διηθητικού καρκινώματος τα επιθηλιακά κύτταρα περιέχουν το γένωμα ιών HPV και μάλιστα των τύπων 6,11 και 16. Χαρακτηριστικά οι δύο πρώτοι τύποι επικρατούν στις ήπιες και μέσου βαθμού δυσπλασίας ενώ ο HPV16 επικρατεί στις αλλοιώσεις CIN και στο διηθητικό καρκίνωμα. Θετικότητα στο HPV16 αποτελούν σαφή ένδειξη υψηλού κινδύνου μετάπτωσης αλλοιώσεων CIN σε διηθητικό καρκίνωμα(Παπαδημητρίου,1990). Πρόσφατα μελέτη σε παγκόσμια κλίμακα, έδειξε ότι το 87% των καρκινωμάτων του πλακώδους επιθηλίου περιέχει έναν αναγνωρισμένο(γένωμα) HPV σχετιζόμενο με όγκο, σε σύγκριση με το 76% των αδενοκαρκινωμάτων (Παπαδημητρίου, 2006).

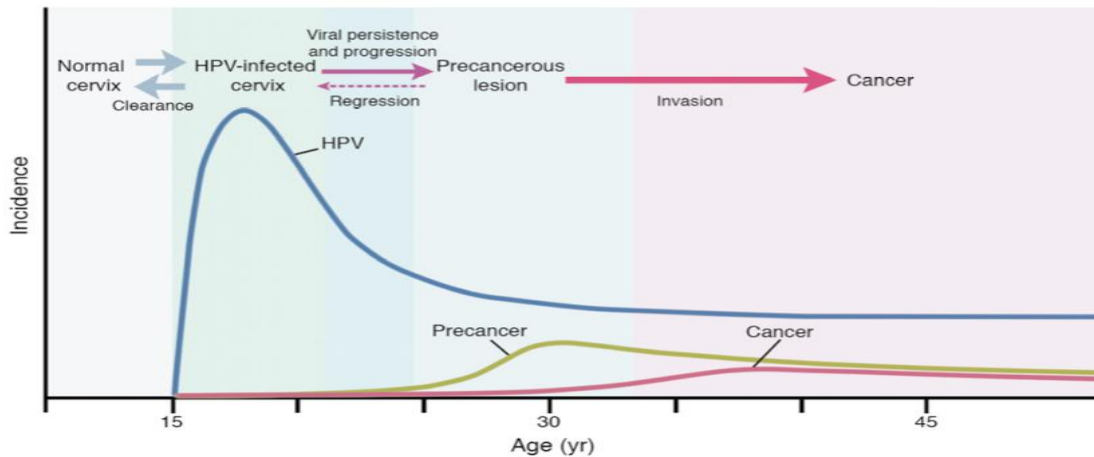


Εικόνα 9:μεταβολές στη δομή των κυττάρων εξαιτίας της επίδρασης του HPV

Η κακοήθης εξαλλαγή μιας HPV λοίμωξης φαίνεται να εξαρτάται από έναν αριθμό διαφόρων παραγόντων που περιλαμβάνουν:

- 1.την προσβολή από συγκεκριμένους τύπους ιών(HPV 16, 18)
- 2.τη μείωση της κυτταρικής ανοσίας έναντι των αντιγόνων που σχετίζονται με την HPV λοίμωξη και
- 3.την αλληλεπίδραση με άλλους συνεργικούς παράγοντες όπως το κάπνισμα και πιθανόν η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων(Μιχαλάς,2000).

Πολλές γυναίκες θα μολυνθούν με τον ιό HPV κάποια στιγμή στη ζωή τους, αλλά στην πλειοψηφία αυτών η λοίμωξη υποχωρεί αυτόματα. Η επίμονη λοίμωξη από τον HPV για διάστημα 2ετών, παρά το αρνητικό τεστ Pap έχει ποσοστό 44% για ανάπτυξη CIN. Γυναίκες που ήταν HPV θετικές και αποβάλλουν τον ιό ύστερα από μια σύντομη περίοδο, είναι σε χαμηλό κίνδυνο για την δημιουργία σημαντικής νόσου(Κουρούνης,2004).



Εικόνα 10: διαγραμματική απεικόνιση συσχέτισης εμφάνισης HPV περιστατικών ανά ηλικία.

Απλός Ερπητικός ιός τύπου 2: Ο καρκίνος τραχήλου μήτρας ενδέχεται να προκαλείται από έναν ιό που μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή, τον απλό ερπητικό ιό τύπου 2. Το ότι οι γυναίκες που έχουν στο αίμα τους υψηλά επίπεδα αντισωμάτων κατά του ιού αυτού εμφανίζουν πράγματι πιο συχνά καρκίνο του τραχήλου σε σχέση με τις άλλες γυναίκες, συνηγορεί υπέρ αυτής της θεωρίας (Layson, 1982).

Πάντως πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τόσο ο έρπητας των γεννητικών οργάνων όσο και οι λοιμώξεις από ιό HPV συμβαίνουν πολύ συχνά στις γυναίκες. Εξ' άλλου στο 12% των <<φυσιολογικών >> τραχήλων μήτρας ανιχνεύεται στα επιθηλιακά κύτταρα ιός HPV. Επομένως θα πρέπει να γίνει δεκτό ότι για την καρκινογόνο αποτελεσματικότητα των πιο πάνω ιών απαιτούνται και άλλοι παράγοντες που να πυροδοτούν ή να προωθούν την νεοπλασματική διεργασία (χρόνιοι ερεθισμοί, χρόνια τραχηλίτιδα, μεταπλαστικές και αναγεννητικές αλλοιώσεις κ.λ.π)(Παπαδημητρίου, 1990).

Οι γυναίκες που δεν έκαναν ποτέ τεστ Παπανικολάου ή δεν το κάνουν όσο θα έπρεπε, έχουν ψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο τραχήλου μήτρας. Σε πολλές περιπτώσεις το τεστ μπορεί να ανιχνεύσει προκαρκινικές αλλοιώσεις. Οι γυναίκες πρέπει τουλάχιστον κάθε 2 χρόνια από την ηλικία των 20 μέχρι τα 65 να κάνουν ένα τεστ Pap το οποίο μπορεί να ανιχνεύσει τις αλλαγές του επιθηλίου και να προλάβει ένα διάχυτο καρκίνο τραχήλου μήτρας (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=437).

Διατροφή: Αυξημένος κίνδυνος δυσπλασίας παρατηρείται σε γυναίκες με πεσμένα επίπεδα βιταμίνης A ή βιταμίνης C. Αναφέρονται σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα προδρόμου βιταμίνης A(βήτα καρωτίνης και βιταμίνης C σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου. Τα επίπεδα του φυλλικού οξέος είναι επίσης χαμηλά σε ασθενής με καρκίνο του τραχήλου και η χορήγηση φυλλικού οξέος έχει αναφερθεί ότι αναστρέφει τις προκακοηθείς τραχηλικές αλλαγές. Σε έρευνα διαπιστώθηκε ότι γυναίκες που καταλάωναν πράσινα και κίτρινα λαχανικά και χυμούς φρούτων είχαν μικρότερο κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου. Επίσης η σε μεγάλης ποσότητας διαιτητική λήψη καρωτίνης, σχετίστηκε με μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου, ιδιαίτερα του πλακώδους τύπου. Υπήρξε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης βιταμίνης C και του τραχηλικού καρκίνου. Η υψηλή κατανάλωση επίσης της βιταμίνης E συνδυάστηκε με ελαττωμένο κίνδυνο(Κουρούνης,2004).

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και αιτιολογία του γυναικολογικού καρκίνου

Κατά τα τελευταία χρόνια ερευνάται η πιθανότητα σχέσης ψυχοκοινωνικών παραγόντων και ειδικά αυτών προσωπικότητας και των αγχογόνων περιβαλλοντολογικών με την έναρξη και την εξέλιξη καρκίνου. Η καταπίεση επώδυνων συναισθημάτων και η δυσκολία αντιμετώπισης άγχους που προκαλούν αισθήματα απόγνωσης και κατάθλιψη προδιαθέτουν σε καρκίνο. Σε πρόσφατη έρευνα διαπιστώθηκε ότι αισθήματα απόγνωσης και έλλειψη ελπίδας, όπως και κοινωνικής απομόνωσης, απαισιοδοξίας σχετίζονται με καρκίνο του τραχήλου. Βέβαια οι άνθρωποι ποικίλουν τεράστια όσο αφορά την έκταση με την οποία τα ψυχοπνευματικά γεγονότα επηρεάζουν την ζωή τους. Πολλοί παράγοντες που συμπεριλαμβάνουν τη σημασία του συμβάντος, τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικών αμυντικών στρατηγικών, την κοινωνική υποστήριξη, καθώς και στοιχεία της προσωπικότητας όπως η συναισθηματικότητα καθορίζουν σημαντικά την έκταση που ένα συμβάν ζωής θεωρείται απειλητικό και αγχογόνο(Λώλη, 2004).

2.3Μορφές εξέλιξης κακοήθειας:

Τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία(CIN):

Τις τραχηλικές επιθηλιακές αλλαγές μπορούμε να τις κατατάξουμε σε 2ομάδες:

1) καλοηθείς και συνήθως φυσιολογικές αλλαγές. Σε αυτή την κατηγορία των καλοηθών αλλαγών υπάγονται η κυτταρική υπερπλασία, η ανώριμη και ώριμη

πλακώδης μεταπλασία, η υπερπλασία βασικού κυττάρου και η εκ γενετής ζώνη μετασχηματισμού.

2) Στη δεύτερη ομάδα ανήκουν εκείνες οι αλλαγές που θεωρούνται ότι έχουν λιγότερη ή περισσότερη κακοηθή δυνατότητα. Η ονοματολογία που χρησιμοποιήθηκε για αυτές τις ανωμαλίες είναι η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN). Μολονότι το CIN χωρίζεται σε κατηγορίες πρέπει να γίνει κατανοητό ότι είναι μια νεοπλασματική συνέχεια(Κουρούνης,2004).

Προδιηθητικές ενδοεπιθηλιακές και μικροσκοπικά αναγνωρισμένες κυτταρικές αλλοιώσεις προηγούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα(μέχρι και 10 χρόνια) της εμφάνισης του σαφούς διηθητικού καρκινώματος. Σ' αυτές τις προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις ανήκουν οι δυσπλασίες του επιθηλίου (ελαφρές, μέση βαρύτητα και βαριές δυσπλασίες ή ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες 1^{ου}, 2^{ου} και 3^{ου} βαθμού) (Παπαλουκάς,1988) που αφορά αντιστοίχως στις 3 στιβάδες του επιθηλίου: την επίπολη, τη μέση και την εν τον βάθει (Αδαμόπουλος,1998) και το ενδοεπιθηλιακό καρκίνο(ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία 3^{ου} βαθμού- βαριά δυσπλασία- Ca in situ) (Παπαλουκάς,1988). Πιο αναλυτικά σε αυτή τη φάση λαμβάνεται υπόψη το πάχος του πλακώδους επιθηλίου που καταλαμβάνεται από τα άτυπα κύτταρα, όταν καταλαμβάνεται λιγότερο από το 1/3 του πάχους του επιθηλίου CIN1, όταν καταλαμβάνεται από 1/3 έως 2/3 CIN2, όταν καταλαμβάνεται όλο το πάχος CIN3(Μανταλενάκης,1985).

In situ καρκίνωμα:

Στο καρκίνωμα in situ τα καρκινικά κύτταρα περιορίζονται στην επιφάνεια του τραχήλου(Dollinger et al.,1992).Όταν τα αδιαφοροποίητα δυσπλαστικά κύτταρα καταλαμβάνουν όλο το πάχος του επιθηλίου τότε υπάρχει πρόβλημα μετάπτωσης σε καρκίνωμα in situ.Εξ' ορισμού θεωρείται ως μη αναστρέψιμη επεξεργασία που με την πάροδο ορισμένου χρόνου μεταπίπτουν σε διηθητικό καρκίνωμα. Η διεργασία αυτή φαίνεται ότι είναι μακροχρόνια όπως συνάγεται από το γεγονός ότι μεταξύ μέγιστης συχνότητας καρκινώματος in situ και μέγιστης συχνότητας διηθητικού καρκινώματος υπάρχει μια χρονική διαφορά 10-15ετών. Συγκεκριμένα το πρώτο ανευρίσκεται μεταξύ 30-35ετών και το δεύτερο μεταξύ 40 και 45ετών(Παπαδημητρίου, 1990).

Όλοι οι τύποι δυσπλασίας πρέπει να παρακολουθηθούν και να θεραπευτούν αν επιμένουν ή γίνουν βαρύτεροι. Η δυνητική κακοήθεια μιας συγκεκριμένης βλάβης δεν μπορεί να προβλεφθεί. Μερικές βλάβες παραμένουν για μεγάλες χρονικές περιόδους, μερικές υποστρέφουν και άλλες προχωρούν(Schroeder et al.,1993).

Εκτιμάται ότι το 50% των δυσπλαστικών βλαβών εξαφανίζονται χωρίς θεραπεία (Govan, McMayHart & Callander, 1993). Οι χαμηλόβαθμες βλάβες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστρέψουν ενώ οι υψηλόβαθμες (CIN3-καρκίνωμα in situ) μεγαλύτερη δυνητική κακοήθεια (Πεκτασίδης & Δημόπουλος, 2001). Η θεωρία ότι το CIN αναπτύσσεται βαθμιδωτά ξεκινώντας από το CIN1 και προχωρά στο CINIII μέσω του CINII δεν στηρίζεται σε επιστημονικά κριτήρια. Εξετάζοντας κυτταρικά τον τράχηλο βλέπουμε ότι η ζώνη μετάπτωσης σπανίως είναι ομοιόμορφη και μπορούμε να βρούμε διαφορετικές βαθμίδες CIN. Αυτό το γεγονός μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι δεν έχουμε μια σταδιακή εξέλιξη από μια ελαφρά δυσπλασία σε μια βαριά (Κουρούνης, 2004). Επίσης έχουν περιγραφεί διαπιστωμένα περιπτώσεις απ' ευθείας μετάπτωσης ήπιας ή μέσου βαθμού δυσπλασίας σε διηθητικό καρκίνωμα χωρίς την μεσολάβηση σταδίου καρκινώματος in situ. Για αυτό το λόγο πολλοί δεν κάνουν διάκριση μεταξύ δυσπλασίας και καρκινώματος in situ. Και τα δύο τα τοποθετούν στο πλαίσιο μιας συνεχιζόμενης παθολογικής εξεργασίας την οποία αποκαλούν τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN=cervical intraepithelial neoplasia). Τα ποσοστά κακοήθους εξαλλαγής υπολογίζονται στις δυσπλασίες διαφόρων βαθμών μικρότερα από το καρκίνωμα in situ. Επί καρκινώματος in situ πρέπει να υπολογίζει κανείς με πιθανότητα 75% στην ανάπτυξη διηθητικού καρκινώματος (Παπαλουκάς, 1988).

Το 1988 προτάθηκε το δυαδικό σύστημα (Bethesda) στην κυτταρολογική διάγνωση των τραχηλικών βλαβών. Σύμφωνα με αυτό οι ενδοεπιθηλιακές βλάβες διακρίνονται σε χαμηλής (low grade, squamous intraepithelial lesion- LGSIL) και υψηλής κακοήθειας (high grade squamous intraepithelial lesion- HGSIL). Οι πρώτες περιλαμβάνουν τη λοίμωξη από HPV και το CIN1 βλάβες ακαθόριστης εξέλιξης. Οι δεύτερες αντιστοιχούν στο CIN2 και CIN3 και θεωρούνται πρόδρομες μορφές καρκίνου. Χαρακτηριστικό των προκαρκινικών αυτών βλαβών είναι η δυνητική πιθανότητα μετάπτωσης σε σοβαρότερη μορφή (Πεκτασίδης & Δημόπουλος, 2001).

Μικροδιηθητικό καρκίνωμα:

Σε αυτό εκτός από τις ατυπίες των κυττάρων ολόκληρου του πάχους του πλακώδους επιθηλίου, υπάρχουν και σε μικρή έκταση ατυπίες στην ακύτταρη βασική μεμβράνη και μικροδιηθήσεις με τη μορφή βελόνων ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο (Παπανικολάου, 1987). Συγκεκριμένα ως μικροδιηθητικό καρκίνωμα τράχηλου μήτρας θεωρείται η τραχηλική εκείνη βλάβη που το νεοπλασματικό επιθήλιο διηθεί το

στρώμα σε βάθος μικρότερο 3mm από τη βασική μεμβράνη και δεν υπάρχει διήθηση αγγείων και λεμφαγγείων(Μιχαλάς, 2000). Συνήθως η αρχόμενη αυτή κατά βάθος διηθητική ανάπτυξη νοείται σε έδαφος in situ και η αντιμετώπιση του είναι όμοια με αυτού(Παπαδημητρίου,1990).

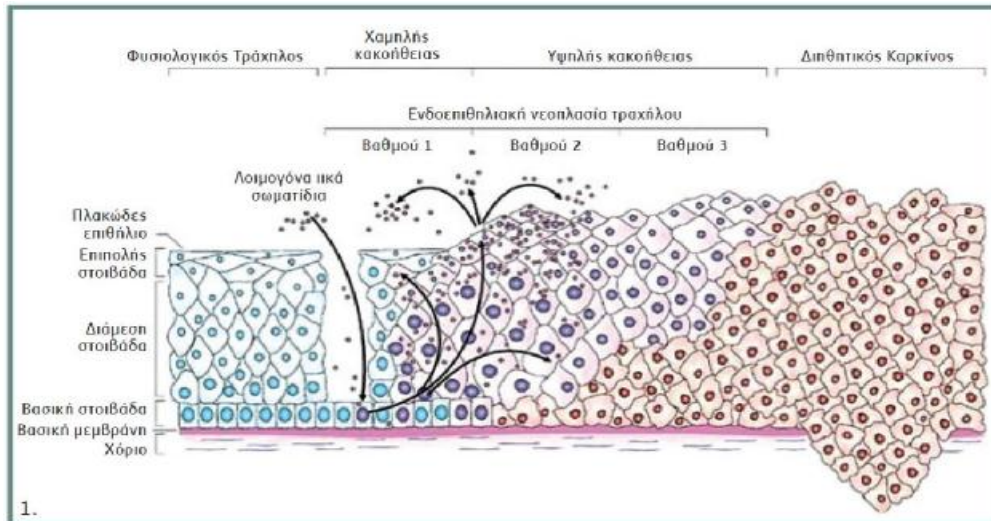
Διηθητικό καρκίνωμα:

Συνήθως αναπτύσσεται στις ηλικίες μεταξύ 40 και 55 ετών και λόγω της φυσικής του εξέλιξης, είναι δυνατόν να διαγνωστεί σε πρώιμα στάδια μέσω της απολεπιστικής κυτταρολογίας. Συνήθως πρωτοεμφανίζεται ως μια επιθηλιακή δυσπλασία και αποδιαφοροποιείται έως όταν καταστεί ένα in situ καρκίνωμα(Παπαδημητρίου, 2006).Μετά τη διάσπαση της βασικής στιβάδας αρχίζει ο διηθητικός καρκίνος (Αδαμόπουλος, 1998). Εάν δεν αντιμετωπισθεί προχωρά σε διήθηση του στρώματος ή του υποκείμενου στρώματος και ακολούθως συνεχίζει την περιοχική και τη λέμφο-αιματογενή διήθηση(Παπαδημητρίου,2006).Έτσι διαμορφώνεται ένας όγκος ικανός να προκαλέσει απομακρυσμένες μεταστάσεις, η έκταση και η φύση των οποίων βέβαια εξαρτάται από την ανοσολογική αμυντική ικανότητα του οργανισμού, την ιστολογική μορφή του όγκου και από άλλους παράγοντες(Παπαλουκάς,1988).

Στο διηθητικό καρκίνωμα ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησης του διακρίνουμε τα κύτταρα του σε:

1. Καλά διαφοροποιημένα, δηλαδή κύτταρα που ανήκουν στον πρώτο βαθμό διαφοροποίησης και που εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία, μεσοκυττάριας γέφυρες, σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις λιγότερες από δύο.
2. Μέτρια διαφοροποιημένα, δηλαδή κύτταρα που ανήκουν στο δεύτερο βαθμό διαφοροποίησης και που εμφανίζουν μέτρια ποικιλομορφία, λίγες μεσοκυττάριας γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και 2-4 μιτώσεις.
3. Χαμηλής διαφοροποίησης, δηλαδή κύτταρα που ανήκουν στον τρίτο βαθμό διαφοροποίησης και που είναι βαθυχρωματικά, δεν έχουν μεσοκυττάριας και σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις παραπάνω από 4(Παπανικολάου, 1987).

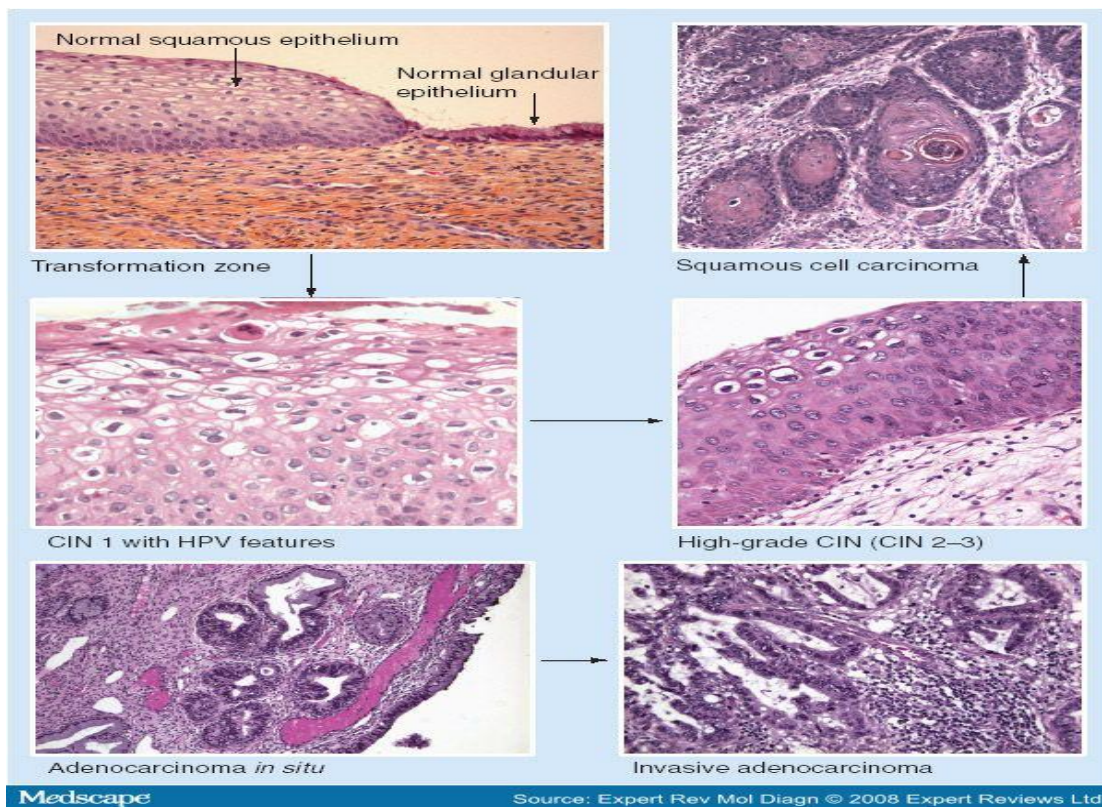
Μακροσκοπικά το διηθητικό καρκίνωμα εμφανίζεται με 2 μορφές την εξωφυτική μορφή ή ανθοκραμβοειδή που μοιάζει σαν κουνουπίδι και την ελκώδη μορφή με μορφή συνήθως ανώμαλου έλκους που μοιάζει σαν κρατήρας(Μανταλενάκης,1985).



Εικόνα 11: μεταβολές επιθηλίου ανάλογα το βαθμό δυσπλασίας

Αδενοκαρκίνωμα:

Ένα ποσοστό περίπου 5% ανήκει στα αδενοκαρκινώματα που προέρχονται από τα αδενικά στοιχεία του ενδοτραχήλου. Αιτιοπαθογενετικά τα τραχηλικά αδενοκαρκινώματα σχετίζονται με την μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων. Δείκτη κακοήθειας αποτελεί η παρουσία του CEA που απουσιάζει από τα καλοήγη αδενικά στοιχεία (Παπαδημητρίου, 1990). Τα αδενοκαρκινώματα διαγιγνώσκονται δυσκολότερα αλλά αντιμετωπίζονται όπως και τα επιθηλιακά (Dollinger et al., 1992). Η πρόγνωση τους σε γενικές γραμμές είναι χειρότερη των επιδερμοειδών (Παπαδημητρίου, 1990). Η κακή αυτή πρόγνωση αποδίδεται στο γεγονός ότι το αδενοκαρκίνωμα είναι περισσότερο ακτινοάντοχο αλλά πιθανόν να οφείλεται στην τάση που έχει το είδος αυτής της νεοπλασίας να αναπτύσσεται ενδοφυτικά και να μην γίνεται αντιληπτό εύκολα με τους διάφορους τρόπους ελέγχου, μέχρι ότου το μέγεθος του όγκου αποκτήσει μεγαλύτερες διαστάσεις, από ότι στο επιδερμοειδές καρκίνωμα (Μιχαλάς, 2000). Όταν το καρκίνωμα έχει χαρακτηρες τόσο αδενοκαρκινώματος όσο και επιδερμοειδούς καρκινώματος ονομάζεται αδενοπλακώδες καρκίνωμα (Παπαδημητρίου, 1990).



Εικόνα 12: μικροσκοπική απεικόνιση διαφόρων μορφών εξέλιξης κακοήθειας

2.4 Επέκταση του όγκου:

■ Κατά συνεχεία ιστού:

Η πρώτη άμεση επέκταση του όγκου γίνεται όταν το ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα (καρκίνωμα *in situ*) διηθήσει τη βασική μεμβράνη του επιθηλίου και διεισδύσει σε ελάχιστο βάθος στους υποκείμενους ιστούς. Ο όγκος εισδύει στη συνέχεια σε βαθύτερα στρώματα του τραχηλικού τοιχώματος και σε μεταγενέστερα στάδια επεκτείνεται στον παρακείμενο κολπικό θόλο και στο κολπικό τοίχωμα, από το οποίο εμπλέκεται βραδύτερα η ουροδόχος κύστη και το ορθό (Καλογερόπουλος, 1996).

■ Λεμφική διασπορά:

Τα καρκινικά κύτταρα του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προσβάλουν το λεμφικό σύστημα και να διασπαρθούν στους λεμφαδένες της πυέλου, τους αορτικούς λεμφαδένες. Ορισμένες φορές διασπείρονται και στους υπερκλειδίους και βουβωνικούς λεμφαδένες (Dollinger et al., 1992). Λόγω της πυκνής διάταξης λεμφαγγείων στην περιοχή μπορεί να προσβληθούν λεμφαδένες και σε περιπτώσεις μικρού σε μέγεθος καρκινώματος (Παπαλουκάς, 1988).

Βρέθηκε πως στα Ια και Ιβ στάδια οι λεμφαδενικές μεταστάσεις φτάνουν το 12-15% στα ΙΙα και ΙΙβ στάδια στο 25-30%, στο στάδιο ΙΙΙ στο 35-45% και στο στάδιο ΙV στο 80%(Παπανικολάου,1987).

■ *Αιματογενής διασπορά:*

Μεταστάσεις ενδέχεται να υπάρξουν και δια της αιματικής οδού στο εξωτερικό τμήμα του κόλπου, το αιδοίο, τους πνεύμονες, το ήπαρ και τον εγκέφαλο(Dollinger et al.,1992).

Οι μεταστάσεις ακολουθούν την λεμφική οδό ακόμη και από τα πρώτα στάδια. Αντιθέτως οι μεταστάσεις με την αιματική οδό συμβαίνουν από διάβρωση των αιμοφόρων αγγείων σε προχωρημένα στάδια(Τολμακίδης,1999).

■ Σε προχωρημένες καταστάσεις είναι συχνή η *διήθηση των πυελικών νεύρων*. Επίσης είναι πιθανό να γίνει *διασπορά μέσα στην κοιλία* όταν ο όγκος έχει διηθήσει όλο το τοίχωμα του τραχήλου της μήτρας(Dollinger et al.,1992).

Για την εκτίμηση της έκτασης της πάθησης και των μεταστάσεων χρησιμοποιούνται μέθοδοι όπως είναι ο βαθμός της κινητικότητας της μήτρας, ο υπερηχογραφικός έλεγχος και η αξονική τομογραφία της περιοχής. Προκειμένου να ελέγξουμε μεταστάσεις σε άλλα όργανα χρησιμοποιούμε την ορθοσκόπηση, κυστεοσκόπηση, λεμφογραφία και ακτινογραφικό έλεγχο του θώρακα και τις σπονδυλικής στήλης(Τολμακίδης, 1999).

2.5Σταδιοποίηση της νόσου:

Ταξινόμηση:

Το βάθος διείσδυσης των κακοηθών κυττάρων πέραν της βασικής μεμβράνης αποτελεί αξιόλογο κλινικό οδηγό της έκτασης του πρωτοπαθούς καρκινώματος μέσα στον τράχηλο και της πιθανότητας δευτεροπαθούς ή μεταστατικού καρκινώματος. Τα καρκινώματα του τραχήλου συνηθίζεται να σταδιοποιούνται υπό αναισθησία(Schroeder et al.,1993). Οι περισσότεροι ογκολόγοι χρησιμοποιούν την κατάταξη κατά FIGO (Διεθνής Ομοσπονδία Μαιευτικής και Γυναικολογίας), σύμφωνα με την οποία η νόσος χωρίζεται σε πέντε στάδια, ενώ το κάθε στάδιο διαιρείται σε περαιτέρω υποκατηγορίες(Dollinger et al.,1992).Ο σκοπός της σταδιοποίησης πέραν της προγνωστικής σημασίας, στοχεύει στην επιλογή των κατάλληλων ασθενών για την κάθε μορφή θεραπευτικής επιλογής(Λώλη, 2004). Θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η κλινική σταδιοποίηση των ασθενών θα πρέπει να γίνεται από ομάδα έμπειρων ιατρών

που απαρτίζουν το ογκολογικό κέντρο και περιλαμβάνουν τους γυναικολόγους ογκολόγους, τους ογκολόγους ακτινοθεραπευτές και τους παθολόγους ογκολόγους(Μιχαλάς,2000).

Στάδιο 0: ο καρκίνος περιορίζεται εντός του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας, in situ.

Διηθητικός καρκίνος

Στάδιο I: Εντόπιση του καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας διηθητικός καρκίνος, δηλαδή διηθεί το στρώμα του τραχήλου της μήτρας χωρίς να επεκτείνεται πέραν αυτού

- **Ia:** Προκλινική μορφή καρκίνου όπου η διάγνωση λαμβάνει χώρα με την κολποσκόπηση και τη βιοψία, μικροδιηθητικός καρκίνος
- **Ia1:** Περιορισμένη έκταση εντός του επιθηλίου
- **Ia2:** Καρκινικές βλάβες που μικροσκοπικός δύναται να μετρηθούν. Η έκταση τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 5χιλιοστά από τη βάση του επιθηλίου. Η οριζόντια έκταση να μην υπερβαίνει τα 7χιλιοστά του μέτρου.
- **Iβ:** Μεγαλύτερη από τις βλάβης του σταδίου Ia2

Στάδιο II: Ο καρκίνος εκτείνεται πέραν του τραχήλου της μήτρας .

Προσβάλλει τον κόλπο, αλλά όχι το κάτω τριτημόριο του και το τοίχωμα της πυέλου

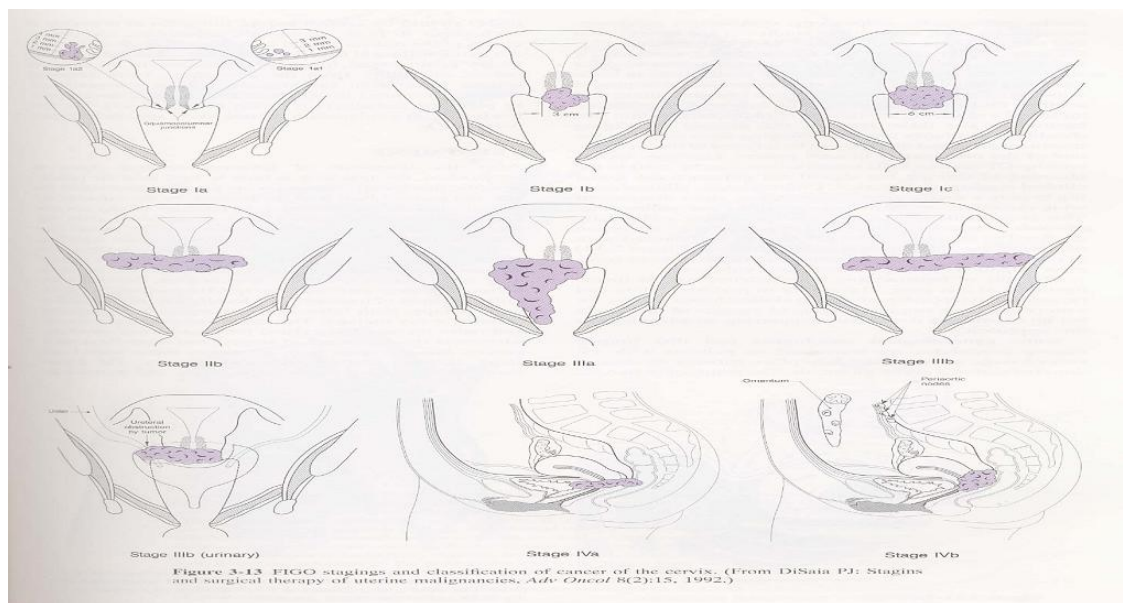
- **IIa:** Δεν έχει προσβάλει το παραμήτριο και το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου
- **IIβ:** Έχει προσβάλει το παραμήτριο

Στάδιο III: Δεν έχει προσβάλει το τοίχωμα της λεκάνης, ενώ έχει επεκταθεί και στο κατώτερο τριτημόριο του κόλπου. Έχει επηρεαστεί η νεφρική λειτουργία.

- **IIIa:** Ανιχνεύεται στο κάτω τριτημόριο του κόλπου αλλά όχι στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα
- **IIIβ:** Έχει προσβάλλει το πλάγιο τοίχωμα της πυέλου και συνυπάρχει υδρονέφρωση ή η λειτουργία του νεφρού είναι καταργημένη λόγω της απόφραξης του ουρητήρα.

Στάδιο IV: Ο καρκίνος επεκτείνεται στο βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης και του ορθού.

- **IVa:** Ο καρκίνος εντοπίζεται μόνο στα γειτονικά όργανα ουροδόχο κύστη, ορθό
- **IVβ:** Ο καρκίνος παρουσιάζει μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα(Αδαμόπουλος,1998).



εικόνα 13: Σταδιοποίηση κατά κλίμακα FIGO

Επιπλοκές της νόσου:

Συχνότερα εμφανίζονται πιεστικά φαινόμενα στον ουρητήρα, τα οποία δημιουργούν υδρονέφρωση ή λοίμωξη των ουροφόρων οδών. Η ασθενής πεθαίνει από μια σηπτική πυελίτιδα ή πυελονεφρίτιδα. Μια άλλη επιπλοκή είναι από την πίεση των ουρητήρων να έχουμε μια πλήρη ανουρία και θάνατο από ουραιμία(Τολμακίδης,1999).Τα δύο τρίτα σχεδόν των ασθενών με καρκίνωμα του τραχήλου πεθαίνουν από ουραιμία, όταν η απόφραξη των ουρητήρων είναι αμφοτερόπλευρη. Ο πόνος στη πλάτη και τη κατανομή του οσφυοιερού πλέγματος είναι συχνά ενδεικτικό νευρολογικής προσβολής. Το μακροσκοπικό οίδημα των ποδιών μπορεί να είναι ενδεικτικό αγγειακής και λεμφικής στάσης εξαιτίας του όγκου. Η ακράτεια ούρων και κοπράνων αποτελεί μείζον όψιμη επιπλοκή, κυρίως σε εξασθενημένα άτομα. Η αιμορραγία αποτελεί αιτία θανάτου στο 10-20% των ασθενών με εκτεταμένο διηθητικό καρκίνωμα(Schroeder et al.,1993). Άλλη επιπλοκή είναι το καρκίνωμα, το οποίο από την νέκρωση υφίσταται μια διαπύηση, να διαβρώνει αγγείο και να προκαλέσει μια γενική σήψη, η οποία οδηγεί την ασθενή στο θάνατο. Μεταστάσεις στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο και στα οστά ,συμβαίνουν σε προχωρημένο στάδιο, οι οποίες οδηγούν σε καχεξία και στο θάνατο(Τολμακίδης,1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3. Συμπτωματολογία:

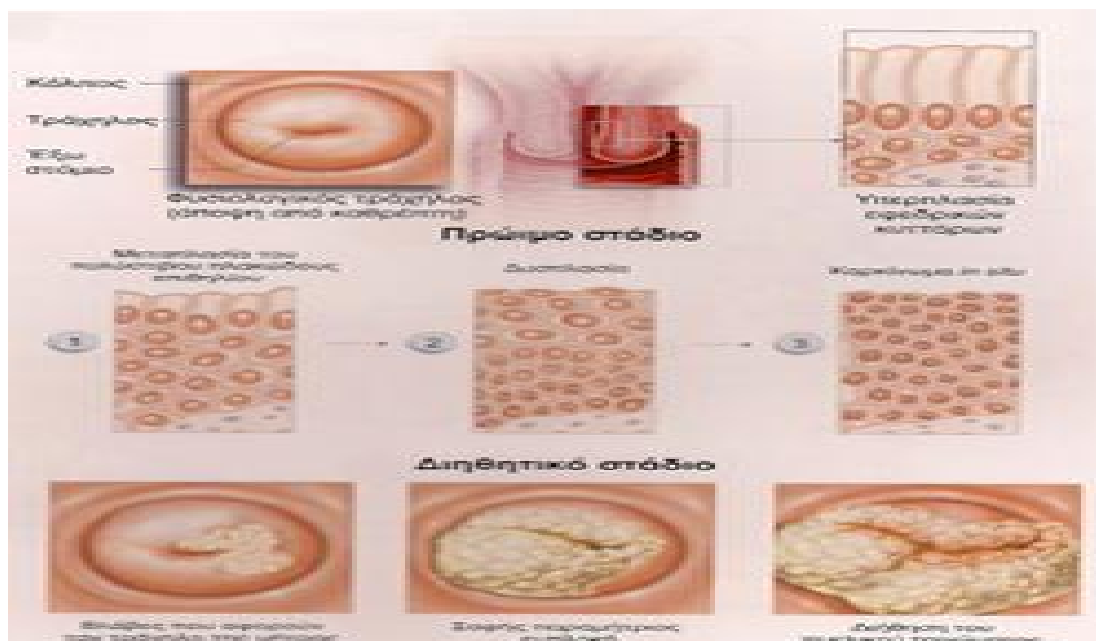
3. Σημεία -συμπτώματα

Υπέρ του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συνηγορούν:

- Μητρορραγία
- Δύσοσμα αιματηρά ή πυώδη εκκρίματα από τον κόλπο
- Δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης και του εντέρου σε προχωρημένα στάδια
- Εξέλκωση του τραχήλου της μήτρας. (Αδαμόπουλος, 1998)

Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχει κανένα σύμπτωμα ή σημείο αφού ο καρκίνος ανακαλύπτεται *in situ* και είναι ασυμπτωματική(Σπηλιώτης,1999).Σε προχωρημένα στάδια η μητρορραγία αποτελεί σύνηθες σύμπτωμα. Οι πρώτες αιμορραγίες παρατηρούνται μετά από ένα μηχανικό ερεθισμό όπως μετά από συνουσία, αφόδευση, κολπική πλύση. Ενώ αναφέρονται από την γυναίκα οι αιμορραγίες κατά την αφόδευση, πληροφορείται ο ιατρός για τις αιμορραγίες μετά από συνουσία μόνο όταν υποβάλλει ανάλογη ερώτηση(Τολμακίδης,1999).Το νεοπλαστικό επιθήλιο είναι συνήθως εύθρυπτο ή και ελκωτικό προκαλώντας συχνά αιμόρροια ανάμεσα στις περιόδους ή και μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία εφόσον η γυναίκα έχει εισέλθει στην εμμηνόπαυση. Περιστασιακά η ανώμαλη κολπική αιμόρροια μπορεί να θεωρηθεί από την ασθενή ως έμμηνος ρύση και μπορεί να προσέλθει λόγω ανωμαλιών περιόδου(Λώλη,2004).Μπορεί να παρουσιαστεί φλεγμονή. Το νεόπλασμα γρήγορα μολύνεται από τον κόλπο και συχνά εμφανίζεται υπερέκκριση(Govan et al.,1993).Η κολπική υπερέκκριση στα αρχικά στάδια είναι ελαφρού βαθμού και το έκκριμα είναι δυνατόν να είναι λεπτόρρευστο χωρίς ιδιαίτερα δυσάρεστη οσμή. Το χρώμα του μπορεί να είναι κιτρινωπό ή καφέ ανάλογα με την πρόσμιξη ή όχι αίματος. Σε σπάνιες περιπτώσεις η υπερέκκριση προηγείται της αιμόρροιας ενώ συνήθως συνυπάρχει με αυτή στα 2/3 των περιπτώσεων(Αραβαντινός,1985). Άλλοτε πάλι, η φλεγμονή από τον αναπτυσσόμενο όγκο προκαλεί μια διαλειπούσα δύσοσμη κολπική έκκριση, ανακατεμένη με αίμα. Με την κατάλληλη θεραπεία ακόμα και σε αυτό το στάδιο σώζονται οι τέσσερις στις πέντε γυναίκες(Layson, 1982). Αν μια γυναίκα έχει οποιοδήποτε από τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν, πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό της. Είναι πολύ πιθανό η αιτία των συμπτωμάτων να είναι μια σχετικά ασήμαντη ανωμαλία όπως οι πολύποδες του

τραχήλου που εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα αλλά δεν είναι φρόνιμο να το ριψοκινδυνέψει κανείς. Αν ο γιατρός υποπτευθεί καρκίνο, θα παραπέμψει τη γυναίκα σε γυναικολόγο, για εξέταση, λήψη τραχηλικού επιχρίσματος και βιοψία του τραχήλου που θα δείξει αν υπάρχει καρκίνος(Smith,1995). Σε προχωρημένο στάδιο ο καρκίνος τραχήλου μήτρας εκτός από τα δύσοσμα εκκρίματα, αιματηρά ή πυώδη υπάρχουν δυσλειτουργία του εντέρου και της ουροδόχου κύστης, εκδηλώσεις αποφρακτικής ουροπάθειας, άλγος στην πύελο, οιδήματα των κάτω άκρων, ορθοκολπικά συρίγγια. Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώνεται εξέλκωση του τραχήλου της μήτρας(Αδαμόπουλος,1998).Σπάνια μπορεί να εμφανισθεί ως διόγκωση των βουβωνικών λεμφαδένων(Σπηλιώτης,1999). Ο πόνος ενώ στα αρχικά στάδια είναι ασυνήθιστος, σχεδόν πάντα συνυπάρχει σε προχωρημένα στάδια, και συνήθως οφείλεται σε πίεση περιφερικών νεύρων(Λώλη,2004). Πόνος κατά την συνουσία(δυσπαρεούνια) μπορεί να προκαλείται είτε από ψυχολογικούς είτε από οργανικές διαταραχές. Ο γιατρός πρέπει να εκτιμήσει αν ο πόνος είναι επιφανειακός πράγμα που υποδηλώνει ένα τοπικό αίτιο στο αιδοίο ή ψυχολογικό σπασμό ή εν τω βάθει που υποδηλώνει φλεγμονώδη ή κακοηθή πάθηση του τραχήλου ή των εξαρτημάτων(Erstein et al.,2000). Η ασθενής εμφανίζει και τα γενικά συμπτώματα της καρκινικής νόσου, όπως καχεξία(Παπαλουκάς,1988) που οφείλεται στην παρατεταμένη λοίμωξη. Υπάρχει ήπιος αλλά επίμονος πυρετός, αναιμία(Govan et al.,1993) έντονο αίσθημα κακουχίας, αδυναμία, απώλεια βάρους(Παπαλουκάς,1988).



εικόνα 14:εξέλκωση του τραχηλικού στομίου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4.Διάγνωση:

Η γυναικολογική εξέταση περιλαμβάνει 3κυρίως μέρη:

A) το ιστορικό της ασθενούς

B) τη φυσική εξέταση

Γ) τις διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις(Παπαλουκάς,1985).

Ιστορικό:

Αρχικά η ασθενής μπορεί να αποφεύγει να συζητήσει για προβλήματα που αφορούν το γεννητικό της σύστημα και τη σεξουαλική της ζωή αλλά με ευγενικό τρόπο προσέγγισης συνήθως θα μπορέσουμε να καθοδηγήσουμε την ασθενή σε μια ειλικρινή περιγραφή του(Epstein et al.,2000). Στο γυναικολογικό Ιστορικό πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία:

- ◆ Στο παρόν σύμπτωμα
- ◆ Στο προηγούμενο γυναικολογικό ιστορικό και κυήσεις
- ◆ Στο ιστορικό εμμήνου ρύσεως
- ◆ Σεξουαλικό ιστορικό/ αντισύλληψη
- ◆ Στο ιατρικό ιστορικό
- ◆ Στο κοινωνικό ιστορικό
- ◆ Στην ημερομηνία του τελευταίου pap-test (Λώλη, 2004).

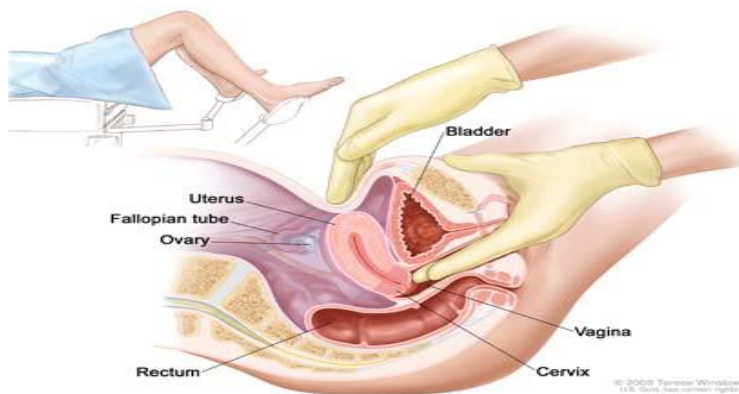
4.1Κλινική εξέταση:

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας μπορεί να επισκοπηθούν διαμέσου του κόλπου. Ο τράχηλος μπορεί να ψηλαφηθεί άμεσα ή διαμέσου του πρόσθιου τοιχώματος του ορθού. Η μήτρα μπορεί να εξεταστεί με την τεχνική της αμφίχειρη ψηλάφησης(Epstein et al.,2000).

Επειδή τα τοιχώματα του κόλπου βρίσκονται φυσιολογικά σε σύμπτυξη η επισκόπηση γίνεται μόνο μετά την απομάκρυνση του ενός από το άλλο τοίχωμα. Αυτό πραγματοποιείται με τη χρησιμοποίηση των κολποδιαστολέων. Οι κολποδιαστολές είναι 2μεταλλικά όργανα σε σχήμα Γ και διακρίνονται σε πρόσθιο και οπίσθιο. Το σκέλος του πρόσθιο κολποδιαστολέα που μπαίνει μέσα στον κόλπο είναι επίπεδο ενώ του οπίσθιου έχει μικρή κοίλανση(Λώλη, 2004).

Ψηλάφηση: Όσο αφορά στα φυσικά σημεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά τα αρχικά στάδια της νόσου αυτά είναι ελάχιστα ή και ελλείπουν. Το πρώτο φυσικό σημείο συνήθως είναι η μεταβολή της υφής του τραχήλου ο οποίος ψηλαφάτε ιδιαίτερα σκληρός και ταυτόχρονα συχνά αιμορραγεί κατά την επαφή με τα δάχτυλα που εξετάζουν. Αργότερα βέβαια εξελκώνεται ο τράχηλος και γίνεται εύθρυπτος. Σε προχωρημένες καταστάσεις όταν πλέον και οι κολπικοί θόλοι έχουν εξελκωθεί τα δάχτυλα που εξετάζουν μπορούν να αποσπάσουν τμήματα καρκινικών μαζών με κίνδυνο να προκληθεί μεγάλη και ακατάσχετη αιμορραγία(Παπαλουκάς,1988).

Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση:



Εικόνα 15: αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση

Ο ιατρός όρθιος μπροστά στην άρρωστη εισαγάγει τον δείκτη και το μεσαίο δάκτυλο του γαντοφορεμένου και απολυμασμένου του χεριού στον κόλπο, ασκώντας την πίεση προς τα κάτω και πίσω. Φέρνει το άλλο του χέρι στην κοιλία της άρρωστης, στο μέσο περίπου του ομφαλού και της ηβικής σύμφυσης και πιέζει προς τα κάτω, προς την κατεύθυνση του χεριού που βρίσκεται στον κόλπο. Το χέρι που βρίσκεται στον κόλπο θα πρέπει να είναι σε ευθεία γραμμή με το αντιβράχιο. Πιέζει προς τα μέσα στο περινέο με τα λυγισμένα του δάχτυλα. Στηρίζει και σταθεροποιεί το αντιβράχιο ακουμπώντας τον αγκώνα του στο γοφό ή στο γόνατο του, το οποίο θα πρέπει να έχει τοποθετηθεί ψηλότερα, πάνω σε ένα σκαμνί. Εξετάζει την μήτρα ανάμεσα στα δύο χέρια του (Bates, 1988).Πραγματοποιείται:

- 1.Ψηλάφηση του τραχήλου για τη διαπίστωση πιθανής ανωμαλίας ή σκληρότητας.
- 2.Ψηλάφηση ολόκληρης της μήτρας και καθορισμός του σχήματος, του μεγέθους, της θέσης, της κινητικότητας και της ευαισθησίας.
- 3.Ψηλάφηση του πλάγιου πυελικού τοιχώματος για την ανακάλυψη πιθανής διόγκωσης.

4.Μερικές φορές η ορθοκολπική εξέταση είναι χρήσιμη αν ο κόλπος δεν επιτρέπει την είσοδο των δύο δακτύλων ή αν πρέπει παράλληλα να εξεταστεί και το ορθοκολπικό διάφραγμα(Govan et al.,1993).

Επισκόπηση: Μεταστάσεις του όγκου προκαλεί διογκώσεις των βουβωνικών λεμφαδένων. Συνήθως οι λεμφαδένες είναι σκληροί ως πολύ σκληροί, κατά κανόνα ανώδυνοι, συμφύονται με τους γύρω ιστούς και δεν είναι δυνατό να μετακινηθούν(Τσουρουτσογλου,1993).

4.2Αιματολογικές εξετάσεις:

- Γενική αίματος
- Βιοχημικός έλεγχος ηπατικής λειτουργίας
- Βιοχημικός έλεγχος νεφρικής λειτουργίας
- Πρέπει να μετράμε τα επίπεδα στον ορό του αντιγόνου για το επιθηλιακό καρκίνωμα(SCCA) καθώς και τα επίπεδα του καρκινοεμβρυικού αντιγόνου(CEA). Το SCCA βρίσκεται αυξημένο στο 50% όλων των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το CEA είναι αυξημένο στο 20% των αντίστοιχων περιπτώσεων. Αν και το CEA και το SCCA δεν είναι αρκετά ακριβείς μέθοδοι ώστε να χρησιμοποιούνται για πληθυσμιακό έλεγχο, εντούτοις είναι χρήσιμα για να παρακολουθούμε την ανταπόκριση στη θεραπεία και να ανευρίσκεται ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου(Dollinger et al.,1992).Ο προσδιορισμός του TA4 στην κυκλοφορία μπορεί να αποκαλύψει την ύπαρξη καρκινώματος από πλακώδη επιθήλια. Παρατηρείτε στενή σχέση ανάμεσα στις μεταβολές της ποσότητας του αντιγόνου και την πορεία της νόσου(Μανταλενάκης,1985).

4.3. Ειδικές διαγνωστικές μέθοδοι τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας.:

4.3.1 Κυτταρολογική εξέταση τραχηλικών επιχρισμάτων(Δοκιμασία κατά Παπανικολάου)

Η αποφολιδωτική κυτταρολογία βασίζεται στη φυσιολογική αποφολίδωση των κυττάρων από τα επιθήλια των διαφόρων ιστών, που έχουν επικοινωνία με κοιλότητες του σώματος(Λώλη, 2004). Η κυτταρολογία βασίζεται στο γεγονός ότι τα μεμονωμένα κύτταρα διατηρούν τους χαρακτήρες των ιστών από τους οποίους προέρχονται(Αραβαντινού,1982).Ως μέθοδος ελέγχου παθολογικών κυττάρων κυρίως καρκινικών, οφείλει την εφαρμογή της στον Έλληνα, διακεκριμένο επιστήμονα Γεώργιο Παπανικολάου που φέρει το όνομα του διεθνώς. Έτσι είναι γνωστή σαν

Papanikolaou test ή Pap test. Στην γυναικολογία έχει ευρεία χρήση ως μέθοδος μαζικού ελέγχου για την έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινικών αλλοιώσεων(Λώλη,2004).



<<Το ιδανικό μου δεν είναι να πλουτίσω ούτε να ζήσω ευτυχής, αλλά να εργαστώ , να δράσω, να δημιουργήσω, να κάνω κάτι τι αντάξιο ενός ανθρώπου ηθικού και δυνατού >>

Γεώργιος Παπανικολάου

Εικόνα 16:φωτογραφία Γεωργίου Παπανικολάου

Τα επιχειρήματα για την κυτταρολογική εξέταση των τραχηλικών επιχρισμάτων βασίζονται σε 2 υποθέσεις οι οποίες είναι σχεδόν γεγονότα.

- Ο διηθητικός καρκίνος μπορεί να ανιχνευθεί έγκαιρα στο προκαρκινωματώδες στάδιο του και να καταστραφεί με εξαιρέσεις
- Η διάρκεια του προκαρκινωματώδους σταδίου υπερβαίνει τη δεκαετία(Govan,McMayHart,Callander, 1993)

Η κυτταροδιαγνωστική ως μια ορθή διαγνωστική μέθοδος προϋποθέτει:

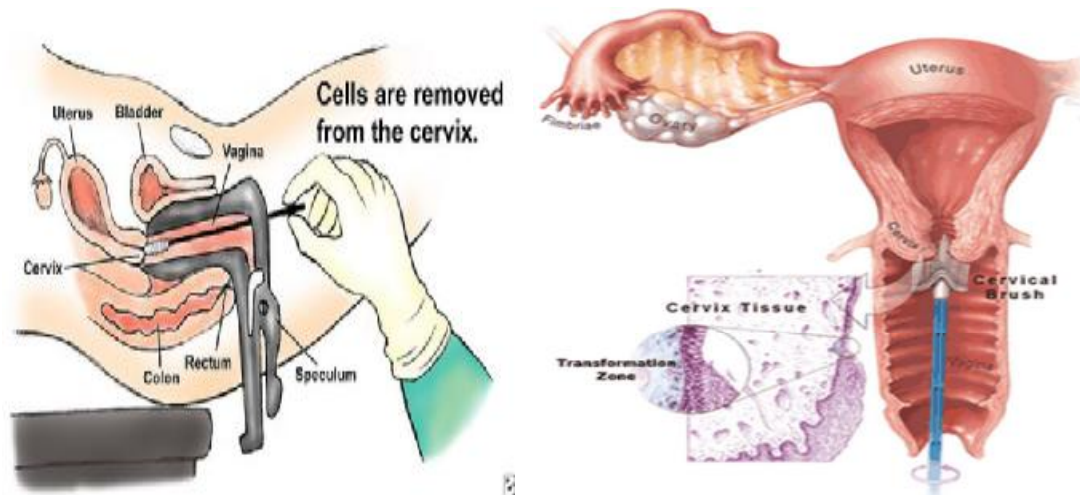
1. Την σωστή ένδειξη για την κυτταροδιαγνωστική
2. Από πλευράς τεχνικής την σωστή λήψη από την ενδεδειγμένη θέση
3. Την μονιμοποίηση του επιχρίσματος σύμφωνα με τις προδιαγραφές
4. Την αποστολή του πλακιδίου(αντικειμενοφόρου) κατάλληλων προστατευμένου από τυχόν καταστροφή κατά την αποστολή του και την λεπτομερή συμπλήρωση του συνοδού σημειώματος-εγγράφου
5. Το κατάλληλο εξοπλισμό κυτταρολογικό εργαστήριο
6. Την χρώση από έμπειρο προσωπικό
7. Την λεπτομερή καταγραφή των ευρημάτων και την ταχεία ενημέρωση του ιατρού γυναικολόγου
8. Από μέρος του γυναικολόγου την σωστή αξιολόγηση των κυτταρολογικών ευρημάτων (Τολμακίδης, 1999).

Για ακριβέστερο διαγνωστικό αποτέλεσμα παίρνουμε τρία επιχρίσματα:

- **Κολπικό:** από τον οπίσθιο θόλο του κόλπου, με τη βοήθεια πιπέτας

- **Εξωτραχηλικό:** από το μέρος της ενδοκολπικής μούρας του τραχήλου, που αντιστοιχεί στο εξωτερικό του στόμιο, με την βοήθεια ξύλινης σπάτουλας
- **Ενδοτραχηλικό:** από την ενδοτραχηλική κοιλότητα, με τη βοήθεια βαμβακοφόρου στείλιου(Παπανικολάου,1987).

Λήψη του κυτταρολογικού υλικού



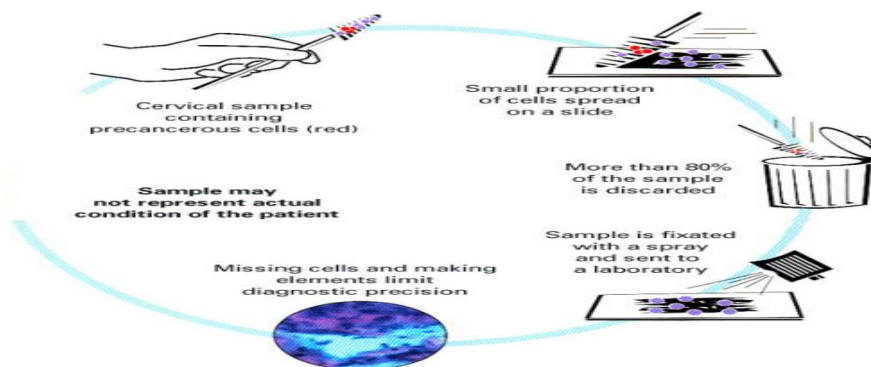
Εικόνα 17: απεικόνιση διαδικασίας λήψης τραχηλικού επιχρίσματος

Περιγράψτε η τεχνική με ξύλινη σπάτουλα. Η τεχνική με πιπέτα και βαμβακοφόρο στείλιο είναι παρόμοια.

Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούμε μια ειδικά σχεδιασμένη ξύλινη σπάτουλα μιας χρήσης με το ένα άκρο δισχίδες και το άλλο στρογγυλό. Το δισχίδες άκρο χρησιμοποιείται για την συλλογή των κυττάρων από τον τράχηλο. Ο γιατρός εισάγει τη σπάτουλα διαμέσου του κολποσκοπίου και τοποθετήστε το δισχίδες άκρο στο στόμιο. Τα αποφολιδούμενα κύτταρα συλλέγονται με κυκλική κίνηση της σπάτουλας γύρω από την περιφέρεια του στομίου και των χειλέων του τραχήλου. Αποσύρει τη σπάτουλα και απλώνει το υλικό από τον τράχηλο πάνω στο αντίστοιχο πλακίδιο, σύροντας και τις δύο πλευρές του δισχίδους άκρου της σπάτουλας κατά μήκος των πλακιδίων(Erstein et al.,2000).Η επίστρωση πρέπει να είναι λεπτή. Όταν η επίστρωση είναι παχιά εκτός από το ότι το ένα κύτταρο καλύπτει το άλλο, δεν γίνεται και μονιμοποίηση όλων των στοιχείων με αποτέλεσμα να αλλοιώνονται οι χαρακτήρες των κυττάρων(Αραβαντινός,1987).Επάνω στο γυαλί πρέπει να προσκολληθούν τραχηλικά κύτταρα και βλέννα. Ψεκάζει αμέσως τα πλακίδια με

μονιμοποιητικό υγρό ή τα μονιμοποιεί εμβαπτίζοντας τα σε οινόπνευμα 95%(Epstein et al.,2000).Εάν η μονιμοποίηση δεν γίνει αμέσως μπορεί να προκύψουν αλλοιώσεις λόγω ξηρότητας στα κύτταρα, οι οποίες μοιάζουν με τις δημιουργούμενες σε παθολογικές καταστάσεις(Λώλη,2004).

Στα πλακίδια πρέπει απαραίτητα να αναγράφεται το όνομα της γυναίκας, καθώς και ο τόπος προέλευσης του επιχρίσματος. Τέλος στο παραπεμπτικό σημείωμα προς το κυτταρολογικό εργαστήριο, πρέπει επίσης, εκτός από την ημερομηνία λήψεως του επιχρίσματος, το όνομα και την ηλικία της γυναίκας, να αναγράφεται και ημερομηνία της τελευταίας της περιόδου, ο ρυθμός του κύκλου της, κλινικά συμπτώματα, μακροσκοπικά ευρήματα από τον τράχηλο και κόλπο, ιδιαιτερότητες από το ιστορικό και λήψη διαφόρων φαρμάκων(Παπαλουκάς,1988).



Εικόνα 18:αναλυτική περιγραφή επίστρωσης και μονιμοποίησης του υλικού

Ευρήματα

Τα κύτταρα ταξινομούνται σε 5 κατηγορίες, που διεθνώς αναφέρονται με την λέξη CLASS και λατινικούς αριθμούς(I ,Π,Ψ,ΙV) ανάλογα με το χαρακτηρισμό των κυττάρων ως σαφώς φυσιολογικά, σαφώς παθολογικά(καρκινικά) και υπόπτων για κακοήθεια.

Οι κατηγορίες αυτές είναι:

Κατηγορία I:Όλα τα κύτταρα είναι φυσιολογικά **Άε**πανάληψη της εξέτασης σε 1χρόνο

Κατηγορία II: Κύτταρα χωρίς χαρακτήρες κακοήθειας, αλλά μερικά με άτυπους χαρακτήρες ή κύτταρα σαφώς φυσιολογικά, αλλά με την ύπαρξη φλεγμονωδών στοιχείων **Άε**πανάληψη της εξέτασης σε 3-6μήνες μετά από αντιφλεγμονώδη θεραπεία.

Κατηγορία III: Κύτταρα με άτυπους χαρακτήρες, που είναι ύποπτοι για ύπαρξη κακοήθειας, αλλά όχι διαγνωστικοί κακοήθεια Άάμεση επανάληψη της εξέτασης - πιθανόν βιοψία

Κατηγορία IV: Λίγα σε αριθμό κύτταρα με σαφείς χαρακτήρες κακοήθειας Άβιοψία

Κατηγορία V: Μεγάλος σε αριθμό κυττάρων με χαρακτήρες κακοήθειας Άβιοψία (Λώλη,2004).

Το τεστ λέγεται ότι είναι αρνητικό αν τα κύτταρα είναι φυσιολογικά και θετικό αν τα κύτταρα είναι παθολογικά. Αν τα αποτελέσματα δεν είναι βέβαια, το τεστ επαναλαμβάνεται αρκετούς μήνες αργότερα μέχρι ότου τα αποτελέσματα να γίνουν σαφή. Ο γιατρός σας θα κανονίσει να κάνετε την απαιτούμενη θεραπεία, αν τα αποτελέσματα είναι θετικά(Smith,1995). Στην περίπτωση κατά την οποία το πόρισμα του κυτταρολογικού ελέγχου είναι κατηγορίας III και άνω είμαστε υποχρεωμένη να προβούμε σε βιοψία και ιστολογική εξέταση αυτής, διότι ο κυτταρολογικός έλεγχος αποτελεί μέθοδο ανιχνεύσεως και όχι διαγνώσεως καρκίνου(Τολμακίδης,1999).Οι δύο αυτές διαγνωστικές ,εργαστηριακές μέθοδοι(κυτταρολογική και παθολογοανατομική) δεν θα πρέπει να θεωρούνται ανταγωνιστικές αλλά εξαιρετικά συμπληρωματικές μέθοδοι(Μπούτη κ.συν.,1981).

Τι κρύβεται πίσω από ένα μη-φυσιολογικό τεστ Pap:

- Διηθητικός καρκίνος ■ Φλεγμονές(τριχομονάδες κλπ)
 - CIN ■ Κολπικός καρκίνος
 - Ατροφικές αλλαγές ■ Αιδοϊκός καρκίνος
 - Επίπεδο κονδύλωμο ■ Αναγέννηση μετά από τραυματισμό(μεταπλασία)
- Καρκίνος άνω γεννητικής περιοχής(ενδομητρίου, σάλπιγγες,ωοθήκες)

Πόσο σίγουρο είναι το Pap-test στη διάγνωση του πρώιμου καρκίνου του τραχήλου:

Αν έχετε έναν πρώιμο καρκίνο στον τράχηλο υπάρχουν 95 πιθανότητες στις 100 να βρεθεί με το Pap-test. Όσον αφορά αυτό το 1-5% που μένει ανεντόπιστο έχει αποδειχτεί ερευνητικά ότι στο σύνολο σχεδόν αυτών των περιπτώσεων η ανωμαλία επισημαίνεται στο επόμενο Pap-test. Και κάτι ακόμα, το ίδιο σημαντικό και πολύ καθησυχαστικό: 12 μήνες από το προηγούμενο Pap-test ο καρκίνος εξακολουθεί να είναι αρκετά πρώιμος κι απόλυτα θεραπεύσιμος(Layson,1982).

Δυσκολίες που προκύπτουν κατά την εξέταση:

Ο παθολογοανατόμος που εξετάζει τα κύτταρα ενδέχεται να κάνει λάθος, ο λήπτης μπορεί να μην πάρει ικανοποιητικό δείγμα τραχηλικού επιχρίσματος ή ακόμα, είναι πιθανό κάποια λοίμωξη να τροποποιήσει τα αποτελέσματα. Το εκτιμώμενο ποσοστό

των ψευδών αρνητικών απαντήσεων ανέρχεται σε 20% και περίπου οι μισές οφείλονται σε κακή τεχνική δειγματοληψίας.

Τα αδenoκαρκινώματα και τα αδenoεπιθηλιακά καρκινώματα αποκαλύπτονται δυσκολότερα με το τεστ Παπανικολάου επειδή εξορμούν από βαθύτερα στρώματα του τραχήλου της μήτρας και μπορεί να μην αποκαλυφθούν καρκινικά κύτταρα στο επίχρισμα. Ακριβώς λοιπόν επειδή υπάρχουν πολλά ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα, συνίσταται επίμονα ο ετήσιος έλεγχος, ώστε να ελαττωθεί κατά το δυνατό η πιθανότητα να διαφύγουν της προσοχής κονδυλώματα, δυσπλασίες ή καρκίνος.

Πότε γίνεται το Τεστ Παπανικολάου:

Η Αμερικάνικη Σχολή Μαιευτήρων και Γυναικολόγων συνιστά τον τακτικό έλεγχο κολπικών και τραχηλικών επιχρισμάτων(τεστ Παπανικολάου) για όλες τις γυναίκες μετά την ηλικία των 18ετών ή για όσες έχουν σεξουαλική δραστηριότητα ανεξαρτήτως ηλικίας(Dollinger et al.,1992).

Η ασθενής δεν θα πρέπει να έχει πλυθεί ενδοκολπικά ή να έχει σεξουαλική επαφή 24ώρες πριν τη λήψη των επιχρισμάτων(Πεκτασίδης & Δημόπουλος,2001).Η λήψη των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων τις μέρες της εμμήνου ρύσης καλό είναι να αποφεύγεται, επειδή καλύπτεται το οπτικό πεδίο από τα ερυθρά αιμοσφαίρια και είναι δύσκολη μια σωστή διάγνωση. Η καλύτερη φάση του κύκλου για τη λήψη κυτταρολογικού υλικού είναι το διάστημα μεταξύ 10^{ης} και 20^{ης} ημέρας Όταν όμως η αιμορραγία δεν είναι έμμηνη ρύση τότε επιβάλλεται η λήψη των επιχρισμάτων, γιατί υπάρχει η πιθανότητα να υποκρύπτεται μια κακοήθεια(Λώλη, 2004). Επίσης το Pap test δεν θα πρέπει να λαμβάνεται σε διάστημα μικρότερο της μιας εβδομάδας από τη διακοπή ενδοκολπικών αντιβιοτικών ή αντιμυκητιασικών παραγόντων(Πεκτασίδης & Δημόπουλος,2001).

Πότε σταματάει η λήψη των τραχηλικών επιχρισμάτων για κυτταρολογική εξέταση:

Οι θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου παρατηρούνται και σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και δεν υπάρχει κάποιος ιδιαίτερος λόγος που να επιβάλλει τη διακοπή της εξέτασης εκτός αν η ασθενής δεν επιθυμεί πια τον έλεγχο. Το πρώτο τραχηλικό επίχρισμα θα πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται από κάθε σεξουαλικά ενεργό γυναίκα ανεξάρτητα από την ηλικία της.

Πόσο συχνά πρέπει να γίνεται η λήψη του επιχρίσματος.

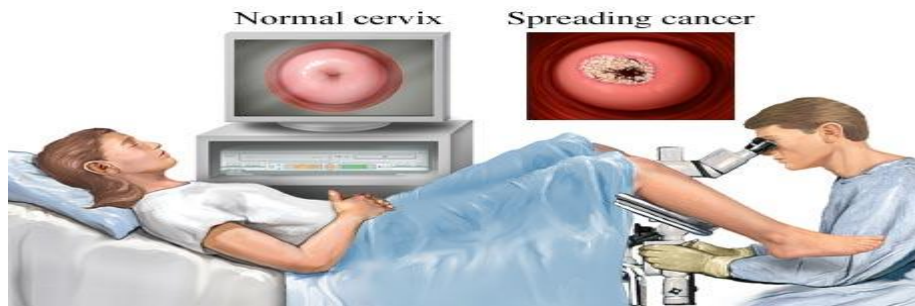
Για τις γυναίκες που η προηγούμενη εξέταση τους ήταν φυσιολογική, το μεσοδιάστημα των 3 χρόνων θεωρείται ικανοποιητικό. Στις γυναίκες ηλικίας 35-45

ετών, συστήνεται μια φορά το χρόνο για την προστασία της από τα ψευδώς αρνητικά επιχρίσματα(Govan et al.,1993).

Το τεστ δεν μπορεί να διαγνώσει όλους τους καρκίνους των γεννητικών οργάνων:

Κάθε χρόνο μαζί με το τεστ Pap πρέπει η γυναίκα να εξετάζεται και από γυναικολόγο. Με τη γυναικολογική εξέταση είναι δυνατόν να διαγνωστούν άλλοι αρχόμενοι καρκίνοι των γεννητικών οργάνων όπως του αιδοίου και των ωθηκών πριν να προλάβουν να δώσουν συμπτώματα. Επίσης με τη γυναικολογική εξέταση διαπιστώνονται και πολλές καλοήθειες παθήσεις των γεννητικών οργάνων όπως κολπίτιδες, ινομυώματα και κύστες ωθηκών(Ρηγοπούλου,Ρούγκαλα, Χριστογιαννοπούλου,2010).

4.3.2 Κολποσκόπηση:



Εικόνα 19: απεικόνιση τεχνικής κολποσκοπικής διερεύνησης

Το κολποσκόπιο είναι μια οπτική συσκευή που επιτρέπει την παρατήρηση σε μεγέθυνση της επιφάνειας του τραχήλου της μήτρας. Αυτή αποτελείται από ένα στερεοσκοπικό διοφθάλμιο μικροσκόπιο μικρής μεγέθυνσης και είναι προσαρμοσμένη φωτιστική πηγή που επικεντρώνει τη δέσμη της στο πεδίο παρατηρήσεως. Επιπλέον η συσκευή διαθέτει πράσινο φίλτρο για τη μελέτη της μορφής και της διατάξεως στο χώρο των αγγείων(Αραβαντινός,1982).

Η κυτταρολογία μπορεί να αναγνωρίσει τις γυναίκες που βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν διηθητικό καρκίνο και να επιλέξει τις περιπτώσεις εκείνες που θα πρέπει να υποβληθούν σε κολποσκοπικό έλεγχο, δεν μπορεί όμως εύκολα να αναγνωρίσει τις πρώιμες διηθητικές μορφές γιατί ο κυτταρολόγος στο τραχηλικό επίχρισμα βλέπει συνήθως κύτταρα που προέρχονται μόνον από τις επιφανειακές στιβάδες του τραχηλικού επιθηλίου. Αντίθετα με την κολποσκόπηση μπορεί να καθοριστεί η τοπογραφία και η έκταση της τραχηλικής βλάβης και να επιβεβαιωθεί ιστολογικά ο βαθμός της τραχηλικής εξεργασίας, στοιχείο απαραίτητο για τη σωστή επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών(Μιχαλάς,2000).

Η κολποσκοπηση γίνεται όταν:

- ◆ Ο τράχηλος της μήτρας είναι ύποπτο για κακοήθεια, κατά την επισκόπηση
- ◆ Η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου δείχνει ατυπία των κυττάρων
- ◆ Για την καλύτερη παρακολούθηση γυναικών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική θεραπεία ή ακτινοθεραπεία καρκίνου της μήτρας(Λώλη, 2004).

Μετά τον καθαρισμό των εκκρίσεων με τολύπιο και τον εστιασμό του κολποσκοπίου, ο τράχηλος εξετάζεται πρώτα με το συνήθη φωτισμό και κατόπιν με ένα φίλτρο το οποίο επιτρέπει την καλύτερη παρατήρηση των αγγείων όπως προαναφέρθηκε. Ο καθαρισμός του επιθηλίου με διάλυμα οξεικού οξέος κάνει έκδηλες τις λεπτομέρειες της εικόνας(Αραβαντινός,1985).

Μηχανισμός δράσης οξεικού οξέος:

Εφαρμόζεται στον τράχηλο οξεικό οξύ 3%ή 5% που επιτρέπει το διαχωρισμό του φυσιολογικού από το παθολογικό επιθήλιο. Τα φυσιολογικά κύτταρα όπως είναι γνωστό περιέχουν λίγη πρωτεΐνη και στο κυτταρόπλασμα τους κυριαρχεί το γλυκογόνο, ενώ τα παθολογικά κύτταρα έχουν μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες. Το οξεικό οξύ προκαλεί πήξη των πρωτεϊνών του πυρήνα, του κυτταροπλάσματος και των κυτταρικών μεμβρανών και έτσι το φως εμποδίζεται να περάσει διαμέσου του επιθηλίου, που εμφανίζεται λευκό. Όσο μεγαλύτερη είναι η περιεκτικότητα των κυττάρων σε πρωτεΐνες τόσο λευκότερο γίνεται το επιθήλιο και τόσο πιο σοβαρός είναι ο βαθμός της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας. Η δράση του οξεικού οξέος διαρκεί 30-40δευτερόλεπτα(Πεκτασιδης & Δημόπουλος,2001).

Κολποσκοπικά παθολογικά ευρήματα στη ζώνη μεταπτώσεως είναι η ανεύρεση ενός ή περισσοτέρων από τα παρακάτω στοιχεία 1)λευκωπές περιοχές, χωρίς εμφανή αγγεία που προβάλλουν σε σχέση με την υπόλοιπη επιφάνεια του τραχήλου(λευκοπλακία) 2)λευκωπές περιοχές με λεπτά και πυκνά ερυθρά στίγματα(διάσιξη) 3)μικρές λευκωπές περιοχές σαν πλακόστρωμα(μωσαϊκό) 4)αγγεία με ακανόνιστες διακλαδώσεις και ανώμαλες διαδρομές(άτυπα αγγεία). Η έκταση, η ένταση και ο συνδυασμός των παρακάτω ευρήματα προσδιορίζουν το βαθμό της βλάβης(Αραβαντινός,1982).

Η κολποσκοπηση δεν πρέπει να γίνεται κατά την διάρκεια της περιόδους καθώς και 3-4ημέρες μετά από αυτή. Καλύτερες ημέρες είναι από την 8^η έως την12η ημέρα του κύκλου περιόδου στα μέσα του κύκλου κατά την οποία η τραχηλική βλέννα είναι άφθονη, διαυγής και παίζει τον ρόλο του διαθλαστικού μέσου που διευκολύνει την

εξέταση του έσω τραχηλικού στομίου το δε έξω τραχηλικό στόμιο είναι ανοικτό(Κουρούνης,2004).

4.3.3 Βιοψία(ιστολογική εξέταση τεμαχιδίων τραχήλου)

Στη βιοψία γίνεται εξέταση μικρού τμήματος ιστού για να διαπιστωθεί αν αυτό έχει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και περιέχει τους τύπους των κυττάρων που καθορίζουν έναν καρκίνο(Dollinger et al.,1992).

Η βιοψία είναι απαραίτητη για την ιστολογική επιβεβαίωση της πάθησης. Αν ο όγκος βρίσκεται στα αρχικά του στάδια θα πρέπει να αφαιρείται μαζί με τμήμα φυσιολογικού ιστού και να συνοδεύεται από σχεδιάγραμμα, το οποίο θα δείχνει στον παθολογοανατόμο το σημείο που έγινε η βιοψία(Govan et al.,1993).Αν υπάρχει κάποιο εμφανές εξέλκωμα, κάποιο άλγος ή κάτι το ύποπτο στον τράχηλο, η αφαίρεση ιστών για βιοψία γίνεται από αυτό το σημείο. Στις περιπτώσεις όμως που ο τράχηλος δείχνει απόλυτα φυσιολογικός η χρώση του με ένα ιωδιούχο διάλυμα υπογραμμίζει τα σημεία με τα ανώμαλα κύτταρα(Layson,1982).

Η βιοψία είναι διαφόρων ειδών:

- αφαίρεση μικρού τεμαχιδίου από την παρατηρούμενη βλάβη. Είναι χωρίς πόνο και σχετικά χωρίς αιμορραγία.
- εκτομή: το κομμάτι που παίρνουμε έτσι είναι μεγαλύτερο και συνεπώς υπάρχει αιμορραγία που θα απαιτήσει συρραφή του τραύματος
- σφηνοειδής: εδώ η αφαίρεση ιστού είναι ακόμα μεγαλύτερη και μπορεί να είναι αρκετή και σαν θεραπεία αφού περιλαμβάνει και υγιή ιστό
- ενδοτραχηλική απόξεση: συνίσταται στις περιπτώσεις που τα τραχηλικά επιχρίσματα είναι ύποπτα αλλά η κολποσκόπηση είναι αρνητική. Πρέπει να συνοδεύεται και από απόξεση του ενδομητρίου. Γίνετε και χωρίς αναισθησία με ένα μικρό ξέστρο. αν τα αποτελέσματα είναι αρνητικά οι ασθενής παρακολουθούνται με επιχρίσματα ενώ αν είναι θετικά ακολουθεί κωνοειδής βιοψία.
- κωνοειδής: συστήνεται σαν θεραπεία στις περισσότερες γυναίκες με έντονη δυσπλασία ή ενδοεπιθηλιακό καρκίνο. Για να προλάβουμε την αιμορραγία καλή είναι η τοποθέτηση 2ραμμάτων στα πλάγια του τραχήλου πριν την επέμβαση και ένα τοπικό αναισθητικό με αγγειοσυσταλτική ουσία.
- κυκλική βιοψία: βγάζουμε μια φέτα ιστού έως 5mm πάχους και έως 10mm μήκους(Κουρούνης,2000).

Η βιοψία τίθεται όταν τα αποτελέσματα της κυτταρολογικής εξέτασης κατά Παπανικολάου ανήκουν στην κλάση IV ή V ή και πάνω από τρεις διαδοχικές φορές στην κλάση III. Επίσης όταν παρατηρηθούν αμφίβολα ή μη φυσιολογικά κολποσκοπικά ευρήματα. Αν συμβεί αιμορραγία κατά την εκτέλεση της ιστοληψίας, προβαίνουμε σε ηλεκτροκαυτηρίαση της αιμορραγούσας επιφάνειας ή τη ράβουμε με ζωικά ράμματα. Τα τεμάχια του τραχήλου τοποθετούνται σε διάλυμα φορμόλης και αποστέλλονται για ιστολογική έλεγχο(Παπαλουκάς,1988).

4.3.4 Τι είναι η δοκιμασία κατά Schiller:

Δοκιμασία Schiller είναι η διαγνωστική μέθοδος με την οποία εντοπίζεται σημείο παθολογικής βλάβης του τραχήλου, προκειμένου να προβούμε σε ιστολογικό του έλεγχο, και στηρίζεται στην ιδιότητα των παθολογικών κυττάρων να μην ανασυνθέτουν το γαλακτικό οξύ σε γλυκογόνο. Για την εκτέλεση της δοκιμασίας χρησιμοποιούμε διάλυμα Lugol(1% ιώδιο και 2% ιωδιούχο κάλιο)(Παπανικολάου,1987). Το ομαλό πλακώδες επιθήλιο που περιέχει γλυκογόνο προσλαμβάνει το ιώδιο και χρωματίζεται καφέ(Schiller θετικό) ενώ το επιθήλιο χωρίς γλυκογόνο(παθολογικό) δεν το προσλαμβάνει και δεν χρωματίζεται(Schiller αρνητικό)(Κουρούνης,2000).Η επάλειψη του τραχήλου γίνεται μετά διάνοιξη του κόλπου με μητροσκόπιο ή κολποδιαστολείς και μετά από καθαρισμό της ενδοκολπικής μοίρας(Παπανικολάου,1987). Σύμφωνα με ορισμένες στατιστικές έρευνες, μόνο σε ποσοστό 5% των <<αρνητικών κατά Schiller>>περιοχών μπορεί να αναμένει κανείς την ύπαρξη διηθητικού καρκινώματος. Έτσι η δοκιμασία Schiller δεν ενδείκνυται για την αναζήτηση καρκινωμάτων αλλοιώσεων αλλά μόνο ως βοηθητική μέθοδος κατά την κολποσκόπηση ή την λήψη βιοψίας λόγω του ότι με αυτήν εντοπίζονται καλύτερα οι πιθανές προκαρκινοματώδεις αλλοιώσεις του τραχήλου(Παπαλουκάς,1988).Το ιώδιο δεν πρέπει να τοποθετείται στις πρώτες φάσεις της κολποσκόπησης γιατί σκοτεινιάζει την εξεταζόμενη περιοχή. Αντίθετα όταν τοποθετηθεί τελευταίο χρησιμεύει σαν μέτρο σύγκρισης των ευρημάτων μετά την τοποθέτηση του οξεικού οξέως(Κουρούνης,2000).

4.3.5 Τραχηλογραφία:

Το τραχηλοσκόπιο είναι ένα είδος φωτογραφικής μηχανής που επιτρέπει την αποτύπωση ολόκληρου του τραχήλου, αφού τοποθετήσουμε οξεικό οξύ 5%. Το τραχηλοσκόπιο κρατείται στο ένα χέρι και ο εστιασμός επιτυγχάνεται μετακινώντας ολόκληρο το οπτικό σύστημα πλησιέστερα ή μακρύτερα από τον τράχηλο μέχρι όταν

η απεικόνιση του τραχήλου μέσω του φακού παρατήρησης να είναι τέλεια οπότε και λαμβάνεται η φωτογραφία.

Η τραχηλογραφία πρέπει πάντα να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την κυτταρολογία και τότε η ανίχνευση του τραχηλικού καρκίνου θα μπορούσε να φτάσει στο 100%. Η τραχηλογραφία δεν θα αντικαταστήσει την κυτταρολογία ή την κολποσκόπηση. Αν βρεθεί μια βλάβη, χρειάζεται στη συνέχεια κολποσκόπηση από πεπειραμένο κολποσκόπο και κολποσκοπικά κατευθυνόμενη βιοψία. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η τραχηλογραφία μπορεί αποτελεσματικά να ανιχνεύσει περιπτώσεις προκαρκινικές και καρκινικές, που δεν ανιχνεύθηκαν με την κυτταρολογία και έτσι παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην ανίχνευση του τραχηλικού καρκίνου (Κουρούνης, 2000).

Στην τραχηλογραφία έχουμε τις εξής κατηγορίες:

1.αρνητική 2.άτυπη 3.θετική 4.τεχνική ελαττωματική

- Στην πρώτη κατηγορία είναι ορατή η ζώνη συνένωσης πλακώδους- κυλινδρικού επιθηλίου χωρίς βλάβη. Χωρίς να αποκλείεται βέβαια μια βλάβη στον ενδοτράχηλο, για αυτό και συνίσταται η παρακολούθηση των γυναικών με λήψη επιχρίσματος από τον ενδοτράχηλο με βουρτσάκι (τεστ Pap). Η δε παρακολούθηση με τραχηλογραφία να γίνεται κάθε 4 χρόνια.
- Στην 2^η κατηγορία μια άτυπη εκτίμηση σημαίνει ότι η βλάβη είναι ορατή, αλλά είναι αμφίβολης σημασίας. Η κολποσκόπηση σε αυτή την κατηγορία δεν συνίσταται εκτός εάν το επίχρισμα είναι υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή δυσπλασία.
- Στην 3^η κατηγορία η θετική εκτίμηση σημαίνει ότι μια βλάβη είναι ορατή και η κολποσκόπηση είναι απαραίτητη.
- Τεχνικά ελαττωματική εκτίμηση σημαίνει ότι υπάρχουν προβλήματα στην λήψη της τραχηλογραφίας λόγω φυσικών ή τεχνικών προβλημάτων που δεν απεικονίζουν σωστά τις βλάβες του τραχήλου και για αυτό συνιστανται επανάληψη της τραχηλογραφίας. Η τεχνικά ελαττωματική τραχηλογραφία είναι γύρω στο 2% (Κουρούνης, 2004).

4.3.6 Μικροκολπουστεροσκόπηση:

Είναι η μέθοδος με την οποία μας δίδεται η ικανότητα να παρακολουθούμε τις επιφανειακές επιθηλιακές στοιβάδες δια μέσου ειδικού οργάνου και ειδικής χρωματικής τεχνικής. Η χρώση γίνεται με διάλυμα Lugol ή μπλε του Watermann. Με

αυτή τη μέθοδο είναι δυνατόν να παρατηρήσουμε τα κύτταρα των επιφανειακών στοιβάδων του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Δεν απαιτείται διαστολή του τραχήλου ή αναισθησία. Αέριο CO₂ εμφυσάτε συνεχώς δια μέσου ενός συστήματος σωλήνων που βρίσκεται παράλληλα με το κύριο σώμα της συσκευής και αυτό έχει σαν σκοπό να προκαλέσει διαστολή και απομάκρυνση των τοιχωμάτων του ενδοτραχήλου και της ενδομητρικής κοιλότητας.

Στις μικρές μεγενθύσεις η εικόνα που παίρνουμε είναι όμοια με εκείνη της κολποσκόπησης. Αντίθετα σε μεγάλες μεγενθύσεις παίρνουμε λεπτομερείς κυτταρικές πληροφορίες. Η μικροκολποστεροσκόπηση επιτρέπει την με υψηλή ακρίβεια διερεύνηση της CIN και την ακριβή εντόπιση της βλάβης. Η μέθοδος αυτή μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη σε μερικές περιπτώσεις διηθητικών νεοπλασιών του τραχήλου όπως σε μικρού όγκου καρκινώματα με σκοπό να βελτιώσουμε τα χειρουργικά ή ακτινοθεραπευτικά αποτελέσματα(Κουρούνης,2004).

4.3.7 Λεμφαγγείο-λεμφαδενογραφία:

Είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία ελέγχεται ακτινολογικά τα λεμφαγγεία και τους λεμφαδένες της πυέλου. Για την εκτέλεση της χρησιμοποιούμε ιωδιούχες σκιαγραφικές ουσίες όπως είναι λιπιοδόλη στις οποίες είναι δυνατό να προσθέσουμε χλωροφύλλη για να χρωματιστούν πράσινοι οι λεμφαδένες και να διακρίνονται καλύτερα μέσα στο χειρουργικό πεδίο. Τη λεμφαδενογραφία της πυέλου τη συστήνουμε στις παρακάτω περιπτώσεις:

- Να βρούμε αν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες από τη χαρακτηριστικά όψη που παίρνουν αυτοί, όταν διηθηθούν από τον καρκίνο
- Να εκτιμήσουμε την έκταση των μεταστάσεων, για να κρίνουμε αν είναι σκόπιμη ή όχι η εγχείρηση
- Να εκτιμήσουμε πόσο πρέπει να προχωρήσουμε κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, δηλαδή το βάθος της ριζικότητας
- Να διακρίνουμε τους χρωματισμένους με χλωροφύλλη λεμφαδένες μέσα στο χειρουργικό πεδίο
- Να καθορίσουμε το πεδίο ακτινοβολίας όταν ο καρκίνος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο
- Να παρακολουθήσουμε την αποτελεσματικότητα της ακτινοθεραπείας ή της χημειοθεραπείας γιατί η λιπιοδόλη παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα μέσα στους λεμφαδένες(Παπαλουκάς,1988).

4.3.8 Αξονική τομογραφία:

Η συμβολή της αξονικής τομογραφίας ως μεθόδους συμπληρωματικής στη διαγνωστική διερεύνηση των όγκων της πυέλου, θεωρείται σήμερα σημαντική. Παρέχει ακριβείς πληροφορίες σε ένα μεγάλο ποσοστό, όσον αφορά τον καθορισμό της υφής, του μεγέθους και της έκτασης του όγκου καθώς και της ανατομικής τους εντοπίσεως και συσχετίσεως με τα παρακείμενα όργανα. (Αραβαντινός,1982) Η αξονική τομογραφία μας δίνει περισσότερες πληροφορίες για την αξιολόγηση μεταστάσεων στους λεμφαδένες αλλά και για την τυχόν επέκταση στους ουρητήρες και την πιθανή απόφραξη τους. Η μελέτη για υδρονέφρωση που δεν είναι σπάνια στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, όπως ξέρουμε μπορεί ευκολότερα να γίνει με την αξονική τομογραφία. Η αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται για την καθοδήγηση της βιοψίας λεμφαδένων ή για την ανίχνευση μεταστάσεων στην πύελο μετά από προηγούμενη θεραπεία(Χριστοφορίδης, 2000).

4.3.9 Υπερηχογραφία:

Οι υπέρηχοι αποτελούν σημαντική διαγνωστική μέθοδος στη γυναικολογία δεδομένου ότι βοηθούν στη διάγνωση διαφόρων βλαβών της μήτρας (Παπαλουκάς,1985).Οι διαφορική διάγνωση καλοηθών και κακοηθών όγκων δεν είναι δυνατόν να γίνει υπερηχογραφικά αφού οι εικόνες που παράγονται δεν είναι παθολογικές. Είναι δυνατόν όμως να αξιολογηθούν στοιχεία ύποπτα για κακοήθεια όπως:

- ταχεία αύξηση του όγκου
- αύξηση της μάζας της μήτρας μετά την εμμηνόπαυση
- επέκταση της μάζας έξω από τη μήτρα
- απομακρυσμένες μεταστάσεις με συνύπαρξη όγκου στη μήτρα.(Ασημακόπουλος & Μαντολενάκης, 1989)

Η ασθενής που πρόκειται να εξεταστεί τοποθετείται στο εξεταστικό κρεβάτι σε ύπτια θέση χωρίς να έχει προηγηθεί καμία προετοιμασία. Το δέρμα της κοιλίας επαλείφεται με υδατική αλοιφή ή με ελαιώδη ουσία με σκοπό τη λήψη καλύτερου ηχητικού αποτελέσματος. Η ουροδόχος κύστη πρέπει να είναι γεμάτη για αυτό συνίσταται η λήψη 2-4ποτηριών νερού πριν την εξέταση. Η ηχητική εικόνα ερμηνεύεται απ' ευθείας από τον εξετάζοντα γυναικολόγο και μπορεί να καταγραφεί σε μαγνητοταινία(Αραβαντινός,1982).

Εξέταση των ανδρών συντρόφων: Οι άνδρες σύντροφοι των γυναικών με δυσπλασίες ή καρκίνωμα τραχήλου θα πρέπει να εξετάζονται. Τα 70% περίπου από αυτούς θα έχουν κονδυλώματα στο στέλεχος του πέους ή μέσα στην ουρήθρα. Η διάγνωση γίνεται με εφαρμογή οξεικού οξέος 4% και εξέταση υπό μεγέθυνση (Schroeder et al., 1993).

4.4 Νέες μέθοδοι απεικόνισης τραχηλικών αλλοιώσεων:

Speculoscopy: Απεικονίζεται με μικρή μεγέθυνση το μετά εφαρμογή οξεικού οξέος λευκό τραχηλικό επιθήλιο. Η φωτεινή πηγή είναι μια κάψουλα με ειδική χημική ουσία που τοποθετείται στην άκρη της εσωτερικής επιφάνειας του πρόσθιου σκέλους του κολποδιαστολέα . η μέθοδος αυτή είναι απλή, φθηνή χωρίς επιπλοκές. Δεν Υπάρχουν όμως επιστημονικά δεδομένα για την αξία της σαν εξέταση ρουτίνας ενώ εμφανίζει πολλά ψευδώς θετικά αποτελέσματα.

Φασματογραφία φθορισμού: ο τράχηλος φθορίζει εκπέμποντας χαρακτηριστικά μήκη κύματος, όταν κατευθύνεται πάνω του φωτεινή πηγή Laser χαμηλής ισχύος. Αυτά τα μήκη κύματος καταγράφονται από έναν υπολογιστή και αναλύονται. Μεγάλα μήκη κύματος αντιστοιχούσαν σε μη φυσιολογικές ιστολογικές αλλοιώσεις του τραχήλου, ενώ μικρά μήκη κύματος φανερώνουν φυσιολογικό τραχηλικό ιστό.

Πολικός δείκτης: η μέθοδος βασίζεται στις διαφορετικές αντιδράσεις του τραχηλικού επιθηλίου σε φωτεινά και ηλεκτρικά ερεθίσματα. Τα ερεθίσματα κατευθύνονται στον τράχηλο μέσω ενός ευαίσθητου ηλεκτροδίου που κινείται πάνω στον τράχηλο. Το φυσιολογικό και το μη φυσιολογικό τραχηλικό επιθήλιο απαντούν στα ερεθίσματα κατά διαφορετικό τρόπο και δημιουργούν χαρακτηριστικές καμπύλες που αναλύονται σε ηλεκτρονικό υπολογιστή(Πεκτασίδης & Δημόπουλος,2001).

4.5 Διαφορική διάγνωση

Πρέπει να αποτελεί απαραίτητο κανόνα για το γυναικολόγο ο έλεγχος κάθε ανώμαλης αιμορραγίας και σε οποιαδήποτε ηλικία της γυναίκας. Επίσης ποτέ δεν πρέπει να παραλείπεται η δακτυλική εξέταση του τραχήλου και η επισκόπηση του με τους κολποδιαστολείς. Κάθε ύποπτη στη θέα ή αιμορραγούσα εστία του τραχήλου πρέπει να ελέγχεται προσεκτικά με κυτταρολογικές εξετάσεις επιχρισμάτων και με ιστολογικές εξετάσεις. Κλινικά ο καρκινωματώδης όγκος είναι εύθρυπτος με την αφή του δακτύλου. Διαφορική διάγνωση αυτού του τύπου του καρκίνου θα γίνει από έναν εξαχθέντα πολύποδα ο οποίος όμως είναι σκληρός στη σύσταση και καθόλου

εύθρυπτος. Επίσης διαφορικής διάγνωση πρέπει να γίνει από μια σηπτική ατελή έκτρωση. η προσεκτική όμως εξέταση θα δείξει ότι τα υπολείμματα της κύησης προβάλλουν μέσα από το διεσταλμένο τραχηλικό στόμιο. Αυτά προέρχονται από την κοιλότητα της μήτρας και δεν συνδέονται με τον τράχηλο. Επίσης διαφορική διάγνωση απαιτεί και οποιαδήποτε τραχηλίτιδα που δίνει αιμόρροιες άσχετες με την εμμηνορρυσία όπως μετά από συνουσία. Η διαβρωμένη όμως επιφάνεια του τραχήλου παρουσιάζεται με βελούδινη όψη και αφή, έχει σταθερό υπόβαθρο, δηλαδή η επιφάνεια της δεν είναι εύθρυπτη το δε τρίψιμο με το δάκτυλο ή το σπόγγισμα με τη γάζα προκαλεί διάχυτη αιμόρροια ενώ το καρκίνωμα αιμορραγεί από ένα συγκεκριμένο σημείο. Άλλες σπάνιες κλινικές εικόνες που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση είναι η φυματίωση και το συφιλιδικό έλκος που όμως εύκολα ξεχωρίζουν με τις ανάλογες για κάθε μια εργαστηριακές εξετάσεις(Κουτηφάνης,1982).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5. Θεραπεία:

5.1 Γενική προσέγγιση αντιμετώπισης καρκίνου τραχήλου μήτρας

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

- 1.Την έγκαιρη διάγνωση
- 2.Τη μη συμμετοχή των λεμφαγγείων και των λεμφαδένων
- 3.Την αντιμετώπιση που θα πρέπει να γίνεται σε ογκολογικά κέντρα τα οποία είναι στελεχωμένα από άτομα με μεγάλη εμπειρία στις κακοήθεις καταστάσεις και είναι εξοπλισμένο με τα πιο σύγχρονα μέσα, προσφέροντας υψηλού επιπέδου ιατρική περίθαλψη(Govan et al.,1993).

Η σωστότερη προσέγγιση είναι εκείνη που βλέπει την κάθε περίπτωση του καρκίνου του τραχήλου διαφορετική. Δηλαδή η αντιμετώπιση του είναι εξατομικευμένη. Και πρέπει να είναι εξατομικευμένη, γιατί δεν έχει σχέση μόνο με την έκταση της βλάβης και την ηλικία της γυναίκας αλλά και με τη γενική κατάσταση του οργανισμού της, με την επιθυμία της να διατηρήσει όργανα του γεννητικού της συστήματος με τα οποία έχει συνδέσει τη θηλυκότητα της, με την πείρα και εγχειρητική δεξιότητα του γιατρού, που θα εκτελέσει την εγχείρηση και με την οργάνωση του χώρου μέσα στον οποίο θα την επιχειρήσει(Παπαλουκάς,1988).

Η θεραπεία συνίσταται στην χειρουργική και συντηρητική ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου και την γενική κατάσταση της γυναίκας.

Χειρουργική:Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει την *κωνοειδή εκτομή*, την *κρυοθεραπεία(κρυοπληξία)*, την *απλή υστερεκτομή*, την *ριζική κοιλιακή*, την *ριζική κοιλιακή υστερεκτομή* και την *εξεντέρωση*.

Συντηρητική: Εφαρμόζεται στην περίπτωση που για έναν οποιοδήποτε λόγο δεν μπορεί η ασθενής να χειρουργηθεί. Αυτή συνίσταται σε :α) *Ακτινοθεραπεία* β)*Χημειοθεραπεία* (Τολμακίδης,1999).

Η χειρουργική θεραπεία μόνη ή σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται μόνο στις περιπτώσεις σταδίων I και IIa. Σπάνια σε ορισμένες περιπτώσεις σταδίου IIβ ,η εγχείρηση προσφέρει θετικά αποτελέσματα Σε ασθενείς τέλος όπου η ακτινική θεραπεία έχει αποτύχει είτε ή νόσος ευρίσκεται στο στάδιο IVa και υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις είναι δυνατό να επιχειρηθεί κάποια χειρουργική αντιμετώπιση. Γενικά τα αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής έχουν κάνει σαφές

ότι η χειρουργική θεραπεία πλεονεκτεί στις περιπτώσεις που η νόσος είναι αρχόμενη και περιορίζεται στον τράχηλο ενώ οι αντιρρήσεις για την επιλογή της ως μεθόδου εκλογής αυξάνονται όσο ο όγκος στον τράχηλο είναι μεγαλύτερος και οι μακροσκοπικοί και μικροσκοπικοί χαρακτήρες του κάνουν πιθανή τη διήθηση των λεμφαδένων(Αραβαντινός,1985).

5.2 Αντιμετώπιση της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας(CIN):

Πολλά πρωτόκολλα θεραπείας έχουν κατά καιρούς προταθεί για την ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας. Όλοι συμφωνούν ότι γυναίκες με υψηλής βαθμίδας αλλοίωση πρέπει να θεραπεύονται επειδή είναι σε κίνδυνο για λανθάνοντα διηθητικό καρκίνο

5.2.1 Συντηρητική αγωγή αναμονής σε ήπια δυσπλασία Διαφωνίες υπάρχουν αν θα πρέπει να θεραπεύονται γυναίκες με μικρότερου βαθμού ανωμαλίες. Εδώ είναι χρήσιμο να γίνετε η εύρεση του τύπου HPV που έχει η γυναίκα. Για τις γυναίκες άνω των 30ετών που δεν είχαν ογκογόνο τύπο HPV φαίνεται πολύ μακριά η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου. Σε αυτή την περίπτωση η απλή παρακολούθηση μπορεί να συστηθεί. Υπάρχουν επίσης ασθενείς με τόσο μικρή βλάβη που αυτή αφαιρέθηκε με τη λαβίδα βιοψίας(Κουρούνης,2004). Συγκεκριμένα:

- Η δυσπλασία ελαφρού βαθμού μπορεί να αντιμετωπιστεί με προσεκτική παρακολούθηση που συνίσταται βασικά στην κυτταρολογική εξέταση κάθε 6μήνες. Αρκετά συχνά η δυσπλασία αυτή παρουσιάζει αυτόματη υποχώρηση.
- Η μέτρια δυσπλασία θεραπεύεται με ηλεκτροκαυτηρίαση, κρυοπηξία ή ακτίνες Laser αλλά αφού προηγουμένα έχει απαραίτητα γίνει κολποσκοπική διερεύνηση και απόξεση του ενδοτραχήλου κι έχει απόλυτα βεβαιωθεί ότι η βλάβη βρίσκεται στην ορατή περιοχή του τραχηλικού στομίου(Αραβαντινού,1985).
- Η βαρεία δυσπλασία και ο ενδοεπιθηλιακός καρκίνος : Σε νέες γυναίκες μικρότερες 40 ετών οι οποίες θέλουν να διατηρήσουν τη μήτρα, πραγματοποιείται κωνοειδής εκτομή του τραχήλου και εν συνεχεία συνίσταται κυτταρολογική εξέταση ανά 6μήνο. Σε μεγαλύτερη ηλικία η αγωγή εκλογής είναι χειρουργική, ολική υστερεκτομή(Αδαμόπουλος, 1998).

5.2.2 Μέθοδοι εξάλειψης και καταστροφής ενδοεπιθηλιακών βλαβών:

Έχουν αναπτυχθεί αρκετές συσκευές για την καταστροφή του ενδομητρίου. Καθεμία από τις συσκευές χρησιμοποιεί διαφορετικό τρόπο και μέσω για την καταστροφή του: θερμαινόμενο υγρό εντός της ενδομητρικής κοιλότητας, laser, μικροκύματα, διπολικό ρεύμα, υπέρηχους, θερμαινόμενα μπαλόνια, ψύχος (Αθάνατος, Πάντος, Νικολακόπουλος, Ταρλατζής, 2010).

5.2.2.1 Κρυοπηξία:

Κρυοπηξία είναι η καταστροφή των ανώμαλων ιστών με την εφαρμογή της ψύξης. Η επέμβαση γίνεται στο ιατρείο του γυναικολόγου και δεν χρειάζεται νάρκωση. Η συσκευή μοιάζει κάπως σαν φλογοβόλο όπλο στο οποίο είναι προσαρμοσμένες ένας καθετήρας και μια λεπτή μεταλλική ακίδα από την οποία τρέχει ένα ψυκτικό υγρό. Η μεταλλική ακίδα κατευθύνεται πάνω στους αλλοιωμένους ιστούς και διοχετεύεται μέσα από τη συσκευή ένα ψυκτικό (συνήθως διοξείδιο του άνθρακα ή υποξείδιο του αζώτου). Μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα η θερμοκρασία της μεταλλικής ακίδας πέφτει κάτω από το μηδέν και μαζί της παγώνουν οι ιστοί που έρχονται σε επαφή μαζί της, καθώς και εκείνοι που την περιβάλλουν. Μια τέτοια απότομη ψύξη της κυτταρικής πρωτεΐνης καταστρέφει τους μη φυσιολογικούς ιστούς και τα κύτταρα. Η διαδικασία επαναλαμβάνετε σε όλα τα σημεία των αλλοιώσεων (Layson, 1982). Η θεραπεία πρέπει να γίνεται μεταξύ 6^{ης} και 10^{ης} ημέρας του κύκλου με κολποσκοπικό έλεγχο. Αυτό εξασφαλίζει αφενός να επουλωθεί ο τράχηλος μέχρι την επόμενη περίοδο αφετέρου τον αποκλεισμό εγκυμοσύνης (Κουρούνης, 2004). Πέρα από μερικούς επώδυνους, μυικούς σπασμούς που καμιά φορά παρατηρούνται, η επέμβαση είναι σχετικά ανώδυνη. Η ίδια η ψύξη είναι η ίδια ένα καλό αναισθητικό. Για 2 με 3 εβδομάδες μετά την κρυοπηξία παρατηρείται μια άφθονη υδαρή έκκριση από τον κόλπο, που προκαλείται από την αποφολίωση των νεκρωμένων τραχηλικών ιστών. Στην συνέχεια σχηματίζεται γρήγορα καινούργιος φυσιολογικών ιστών και η επούλωση ολοκληρώνεται συνήθως μέσα σε 6-8 εβδομάδες. Οι μεταψυκτικές επιπλοκές είναι ασήμαντες, με μικρή ή καθόλου αιμορραγία και ουλοποίηση. Στις γυναίκες που υποβάλλονται σε αυτή την επέμβαση δεν επηρεάζεται η γονιμότητα τους (Layson, 1982).

5.2.2.2 Ηλεκτροκαυτηριασμός:

Με την εισαγωγή του κολποδιαστολέα στον κόλπο εύκολα αποκαλύπτεται ο προβάλλων εντός του κόλπου τραχήλος. Ολόκληρη η πάσχουσα έκταση του τραχήλου καυτηριάζεται με ηλεκτροκαυτήρα. Προ του καυτηριασμού πρέπει να γίνεται διαστολή του τραχήλου και διαγνωστική απόξεση και βιοψία του τραχήλου και ιστολική εξέταση των ξεσμάτων. Ο καυτηριασμός πραγματοποιείται σε βάθος 2χιλ. και σε όλη την έκταση της βλάβης. Στη γυναίκα πρέπει να γνωστοποιείται ότι μετά τη θερμοπηξία αυξάνουν τα κολπικά υγρά τις προσεχείς 2-3εβδομάδες μέχρι να αποπέσουν οι νεκρωμένοι από την θερμοκαυτηρίαση ιστοί και καλυφθεί η καυτηριασμένη επιφάνεια με υγιές επιθήλιο.(Κουτήφαρης,1982) Η ηλεκτροκαυτηρίαση είναι επώδυνη εάν ο ιστός καεί βαθιά. Παρόλο που αναφέρονται τόσο καλά αποτελέσματα και η μέθοδος αυτή προηγήθηκε της θεραπείας με κρυοπηξία και Laser έχει χάσει τη δημοτικότητα της και έχει εγκαταλειφθεί(Κουρούνης,2004).

5.2.2.3 Εξάχνωση με laser-Co₂:

Η μέθοδος με ακτίνες λέιζερ διοξειδίου του άνθρακα είναι η πιο καινούργια μέθοδος θεραπείας της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου. Το λέιζερ διοξειδίου του άνθρακα είναι ένα μίγμα από διοξείδιο του άνθρακα ,άζωτο και ήλιο με το διοξείδιο του άνθρακα σαν ενεργό παράγοντα. Το μίγμα αυτό των αερίων περιέχεται σε ένα ειδικό σωλήνα και διεγείρεται από μια ηλεκτρική εκφόρτιση ανάμεσα στα ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στο τέλος του σωλήνα. Το κολποσκόπιο χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το λέιζερ για να βοηθήσει να βλέπουμε καλύτερα τους ιστούς που υποβάλλουμε σε θεραπεία. Η διάρκεια της ακτινοβολίας ελέγχεται συνεχώς με ένα διακόπτη και έτσι το βάθος των ιστών που καταστρέφεται ελέγχεται με απόλυτη ακρίβεια. Το αποτέλεσμα της ακτίνας λέιζερ στους ιστούς σχετίζεται με τον βρασμό του ενδοκυττάριου και εξωκυττάριου υγρού και στον σχηματισμό ατμού που διαδίδεται καταστρέφοντας έτσι την αρχιτεκτονική των ιστών.

Πλεονεκτήματα: παρουσιάζει λιγότερη νέκρωση ιστών από άλλες μεθόδους, η επούλωση γίνεται γρήγορα και δεν έχει τις επιπλοκές της κωνοειδούς

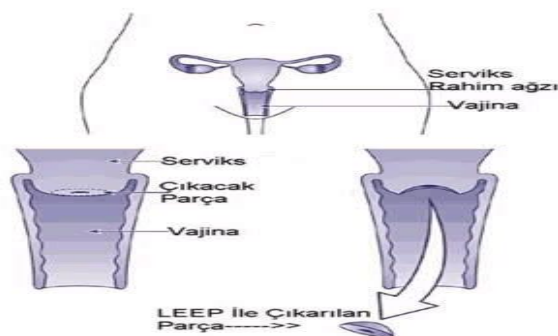
Μειονέκτημα: μεγάλο κόστος(Κουρούνης,2000).

5.2.2.4 Ηλεκτροχειρουργικής εξαίρεση του εξωτραχήλου (LEEP ή LLETZ):

Πρόκειται για μια νέα τεχνική που μπορεί να εφαρμοστεί στο ιατρείο. Οι ηλεκτροχειρουργικές γεννήτριες συνδυάζουν τα ρεύματα τομής και πήξης που τα διοχετεύουν μέσω ενός λεπτού συρμάτινου βρόγχου ελαπώνοντας έτσι την αιμορραγία. Η συνήθης διάμετρος των βρόγχων είναι 2cm και το βάθος 8mm. Πριν εφαρμοστεί η μέθοδος γίνεται η απαραίτητη προετοιμασία υπό κολποσκοπική παρατήρηση όπως και στην εξαχνωση με Laser. Με πολλαπλά περάσματα του βρόγχου εξαιρείται η βλάβη. Στην συνέχεια εφαρμόζεται το σφαιρικό ηλεκτρόδιο για την καυτηρίαση του στρώματος με τη χρήση αμιγούς ρεύματος πήξης(Αβραμόπουλος,2009).

5.2.2.5 Κωνοειδής εκτομή :

◆ Κωνοειδή εκτομή με μαχαίρι



Παλαιότερα η μέθοδος του τραχήλου με μαχαίρι ήταν δημοφιλής για τις CINβλάβες. Με την εμφάνιση των Laser σχεδόν εγκαταλείφθηκε. Σχεδόν πάντα η επέμβαση αυτή πραγματοποιείται σε χειρουργείο για τον κίνδυνο της αιμορραγίας.

Εικόνα 20: κωνοειδής εκτομή του τραχήλου

Μέσω του κολποσκοπίου διαπιστώνεται η έκταση της προσβολής του επιθηλίου του εξωτραχήλου. Τότε γίνεται μια κυκλωτήρη τομή στην περιφέρεια της ζώνης μετάπτωσης. Η τομή συνεχίζεται βαθύτερα παίρνοντας βαθμιαία κωνοειδές σχήμα προς τον ενδοτραχηλικό σωλήνα, μέχρι να απομακρυνθεί το δείγμα. Το βάθος της εκτομής θα είναι ανάλογο με το μήκος του τραχηλικού καναλιού και το βάθος της διήθησης. Η αιμορραγία από την κωνοειδή εκτομή μπορεί σχεδόν πάντα να ελεγχθεί με ηλεκτροκαυτηρίαση(Κουρούνης,2004).

◆ Laser CO2

Η μικροχειρουργική κωνοειδής εκτομή του τραχήλου της μήτρας με LASER CO2 κάτω από συνεχή μικροσκοπικό έλεγχο, έχει το πλεονέκτημα του ακριβούς σχεδιασμού του κώνου που χρειάζεται να αφαιρεθεί, προσφέρει μεγάλη ακρίβεια στη χειρουργική εκτέλεση και παρουσιάζει μικρό ποσοστό επιπλοκών, ενώ η επούλωση του ιστικού ελλείμματος είναι ταχεία. Η επέμβαση μπορεί να γίνει στα εξωτερικά

ιατρεία με τοπική μόνο αναισθησία. Η δέσμη των LASER CO2 χρησιμοποιείται ως χειρουργικό νυστέρι κινούμενο σε συγκεκριμένη γραμμική κατεύθυνση. Καταρχάς γίνεται κυκλωτερής διατομή τη βάσης του κώνου που τελικά θα αφαιρεθεί, ενώ χρησιμοποιούνται ειδικά εργαλεία που καθιστούν δυνατή τη σύλληψη και έλξη του κώνου προς διάφορες κατευθύνσεις, βοηθώντας με αυτό τον τρόπο στην κυκλωτερή διατομή της περιφέρειας του κώνου σε βαθύτερα στρώματα μέχρι της τελικής αφαιρέσεως αυτού. Η επούλωση του τραχήλου είναι πλήρης ένα μήνα μετά τη χειρουργική επέμβαση. Τα αποτελέσματα της εφαρμογής των ακτίνων LASER στη θεραπεία των τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών είναι πολύ καλά και ξεπερνούν το 90%-95%, ανάλογα με την τεχνική και την εμπειρία του χειρουργού(Μιχαλάς,2000).

5.3 Αντιμετώπιση του διηθητικού καρκίνου(πλακώδων κυττάρων)του τραχήλου της μήτρας:

- ✚ Σε όγκους του σταδίου Ια η απλή ολική υστερεκτομή θεωρείται επαρκής θεραπεία εάν η βλάβη δεν έχει εισδύσει σε βάθος μεγαλύτερο των 3mm(από τη βασική μεμβράνη) και δεν έχει επέλθει λεμφική ή αιματική μετάσταση. Οι ωοθήκες στην απλή υστερεκτομή μπορούν να διατηρηθούν χωρίς να επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
- ✚ Σε όγκους των σταδίων Ιβ και Ια επιλέγεται η ριζική ολική υστερεκτομή κατά την οποία γίνεται εξαίρεση ιστών σε ευρεία περιοχή γύρω από τον όγκο περιλαμβανομένων των ιερομητρικών και εγκάρσιων συνδέσμων της μήτρας, τον κόλπο και των πυελικών λεμφογαγγλίων.
- ✚ Σε όγκους των σταδίων ΙΙβ έως ΙV δεν αντιμετωπίζεται το ενδεχόμενο χειρουργικής αγωγής. Εφαρμόζονται όμως διάφορα θεραπευτικά σχήματα με κυτταροτοξικά φάρμακα σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία(Καλογερόπουλος,1996).

5.3.1Υπάρχουν διάφοροι τύποι υστερεκτομή:

1. Απλή (σύνολο) υστερεκτομή
2. Ριζική υστερεκτομή
3. Πυελική exenteration

1. **Απλή (συνολικά) υστερεκτομή** χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του καρκίνου μικροσκοπική όταν δεν έχει εξαπλωθεί πέρα από τη μήτρα, καθώς επίσης και σε μερικές περιπτώσεις στο καρκίνωμα in situ. Σε απλή υστερεκτομή:

- Ø Η μήτρα (συμπεριλαμβανομένου του τραχήλου της μήτρας) απομακρύνεται.
- Ø Του κόλπου παραμένει ανέπαφη.
- Ø Στις ωθήκες (οι δύο αναπαραγωγική αδένες)καθώς και των σαλπίνγγων (οι οποίες οδηγούν το ωάριο στη μήτρα) είναι επίσης ανέπαφοι. Θα αφαιρεθούν μόνο αν επηρεάζονται από κάποια άλλη ασθένεια.
- Ø Πυελική λεμφαδένες, το parametrium (ιστός που περιβάλλει τη μήτρα), καθώς και των συνδέσμων στην πύελο δεν καταργούνται.

Μια απλή υστερεκτομή μπορεί να γίνει με δύο τρόπους:

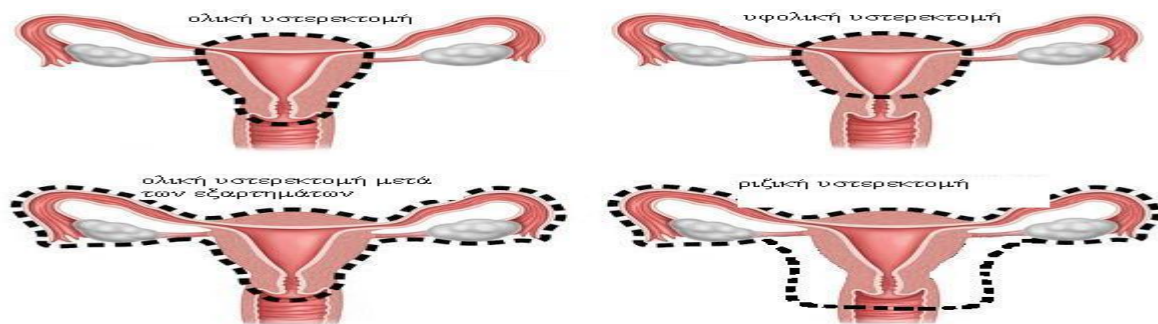
- ✓ Η κολπική υστερεκτομή περιλαμβάνει την αφαίρεση των οργάνων μέσω του κόλπου.
- ✓ Μια κοιλιακή υστερεκτομή περιλαμβάνει την αφαίρεση των οργάνων μέσω μιας τομής στην κοιλιά.

Αν και αυτή η πράξη συνήθως δεν επηρεάζει τη σεξουαλική επιθυμία ή τη δυνατότητα να έχουν σεξουαλική επαφή, μια γυναίκα που είχε μια συνολική υστερεκτομή δεν είναι πλέον menstruates (έχει περιόδους) και δεν μπορεί να μείνει έγκυος. Ωστόσο, επειδή παραμένουν οι ωθήκες, αυτή θα έχει την εμπειρία της πρόωρης εμμηνόπαυσης, που είναι το τέλος της εμμήνου ρύσεως (<http://www.ehealthmd.com/library/cervical/cc-pregnancy.html>).

2 Ριζική υστερεκτομή :

Αυτή θα την εκτελέσουμε στα στάδια I και II ,όταν η άρρωστη έχει ελεύθερη από μεταστάσεις την ουροδόχο κύστη, ελεύθερο το ορθό, ελεύθερους τους ουρητήρες και τους πνεύμονες και όταν η γενική της κατάσταση το επιτρέπει. Όταν όμως εμφανίζει επιβάρυνση από άλλη πάθηση (καρδιοπάθεια, διαβήτη)ή είναι παχύσαρκη τότε δεν συστήνεται και προτιμάται η ακτινοθεραπεία. Η ριζική υστερεκτομία είναι κοιλιακή ή κολπική και αποβλέπει στην εξαίρεση της μήτρας μαζί με τους παραμήτριους ιστούς, χωρίς όμως ευρύτερη λεμφαδεκτομία. Σε νέες γυναίκες μπορούμε να διατηρηθούν οι

ωοθήκες γιατί ο καρκίνος του τραχήλου σπάνια κάνει μεταστάσεις σε αυτά τα στάδια(Παπανικολάου, 1987).



Εικόνα 21: διάφορες μορφές υστερεκτομής

3 Εξεντερωτική επέμβαση:

Η επέμβαση περιλαμβάνει αφαίρεση της μήτρας, του κόλπου, της ουροδόχου κύστης και του ορθού με τις ανάλογες ανακατασκευές και δημιουργία ουρητηροστομίας και κολοστομίας. Οι επεμβάσεις παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά διεγχειρητικής θνησιμότητας, που ανάλογα με την εμπειρία του κέντρου κυμαίνεται περίπου στο 10%. Δεδομένο είναι ότι απαιτείται υψηλό επίπεδο μετεγχειρητικής εντατικής νοσηλείας, για τις περιπτώσεις αυτές. Τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης κυμαίνονται από 20% έως και 50%(Λώλη, 2004).

5.3.2 Χημειοθεραπεία:

Το κυτταροτοξικά φάρμακα χορηγούνται σε περιπτώσεις καρκινώματος του τραχήλου για να επιτευχθεί ο έλεγχος των μεταστάσεων και να συρρικνωθεί ο πρωτοπαθής όγκος πριν από την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία.(Καλογερόπουλος,1996) Ο σημαντικότερος κυτταροτοξικός παράγοντας φαίνεται ότι είναι η Cisplatin η οποία χορηγούμενη ως μονοθεραπεία παρουσιάζει καλύτερα ή τα ίδια αποτελέσματα από ότι σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες(Λώλη,2004). Σε θεωρητικό επίπεδο πιθανολογείται ότι η χημειοθεραπεία ευαισθητοποιεί τα καρκινικά κύτταρα στην ακτινοθεραπεία, φαινόμενο που έχει αντίστοιχα παρατηρηθεί και στον καρκίνο του παγκρέατος και του στομάχου, ενώ είναι πιθανό ότι εμποδίζει την ανάταξη των κυτταρικών βλαβών που προκαλούνται από την ακτινοθεραπεία(Σπηλιώτης,1999).

5.3.3 Ακτινοθεραπεία:

Η ακτινική θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλα τα στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και εφαρμόζεται μόνη ή σε συνδυασμό με την εγχείρηση στα στάδια I και IIa ενώ για τα περισσότερα προχωρημένα στάδια αποτελεί τη μοναδική σχεδόν μορφή θεραπείας (Αραβαντινός, 1985). Οι γιατροί στη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας χρησιμοποιούν εξωτερική ακτινοβολία δέσμης, ραδιενεργά εμφυτεύματα, ή συνδυασμό αυτών των θεραπειών. Εξωτερική ακτινοβολία δέσμης δίνεται συνήθως πέντε φορές την εβδομάδα για πέντε ή έξι εβδομάδες, με μια επιπλέον ώθηση της ακτινοβολίας κατά τη λήξη της περιόδου αυτής. Οι γυναίκες ενθαρρύνονται να παραμείνουν ως δραστικές όσο το δυνατόν κατά τη διάρκεια αυτής της θεραπείας, αλλά μπορεί να δοκιμάσουν τις παρενέργειες στην περιοχή-στόχο, όπως η απώλεια μαλλιών, ξηρό ή ερεθισμένο δέρμα, ή μόνιμα το σκούρο χρώμα του δέρματος. Ως εκ τούτου, οι γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία με ακτινοβολία θα πρέπει: πρακτική καλή προσωπική υγιεινή, λοσιόν και κρέμες χρήση μόνο με την έγκριση ενός παθολόγου, να φοράτε φαρδιά ρούχα, και εκθέτουν την περιοχή του στόχου στον αέρα όποτε είναι δυνατόν. *Εμφύτευμα ακτινοβολία (βραχυθεραπεία)* βάζει τον καρκίνο θανάτωση ακτινοβολία όσο πιο κοντά στον όγκο του δυνατού, αλλά αποφεύγει τον υγιή ιστό γύρω του. Το ραδιενεργό υλικό είναι είτε τοποθετείται σε κάψα και εισήγαγε στον τράχηλο της μήτρας, ή να τοποθετηθούν σε λεπτές βελόνες που εισάγονται κατευθείαν στον όγκο. Η γυναίκα παραμένει στο νοσοκομείο για μία έως τρεις ημέρες, ενώ τα εμφυτεύματα παραμένουν στη θέση τους. (<http://www.ehealthmd.com/library/cervical/cc-pregnancy.html>).

Αν δεν είχε πραγματοποιηθεί υστερεκτομή και ακολουθήσει ακτινοθεραπεία, η θεραπεία αυτή θα εμποδίσει τη γυναίκα από το να κάνει παιδί. Ακόμα και αν δεν αφαιρεθούν οι ωοθήκες θα σταματήσουν να λειτουργούν ως αποτέλεσμα της ακτινοθεραπείας. Σε νεότερες γυναίκες η θεραπεία μπορεί να προκαλέσει ορισμένα από τα συμπτώματα της εμμηνοπαύσεως που μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπιστούν (Smith, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

6 Πρόγνωση:

Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπ' όψη στην πρόγνωση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι οι πιο κάτω:

- Ηλικία της άρρωστης
- Γενική φυσική κατάσταση
- Κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- Μακροσκοπικοί χαρακτήρες του καρκίνου
- Κυτταρολογική εικόνα
- Ιστολογικοί χαρακτήρες
- Ικανότητα του θεραπευτή
- Στάδιο στο οποίο έγινε η διάγνωση(έκταση της νόσου και προσβολή των λεμφαδένων)

Η ηλικία: είναι σημαντικός παράγοντας διότι σε νέες γυναίκες παρουσιάζονται πιο συχνά αναπλαστικοί όγκοι με ταχύτερη εξέλιξη ενώ αντίθετα σε ηλικιωμένες γυναίκες συναντώνται με βραδύτατη εξέλιξη.

Γενική φυσική κατάσταση: επηρεάζει την εξέλιξη της κακοήθειας και αυξάνει τη θνησιμότητα και από άλλες χρόνιες αρρώστιες όπως ο διαβήτης, οι καρδιοπάθειες και οι νεφροπάθειες. Η παχυσαρκία αποτελεί επίσης έναν επιβαρυντικό παράγοντα, γιατί δυσκολεύει την εγχείρηση, αλλά και την ακτινοβολία. Επίσης συνυπάρχουσες πνευλικές φλεγμονές χειροτερεύουν την πρόγνωση.

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση: ασθενείς χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων βρίσκονται συνήθως σε πιο προχωρημένο στάδια της αρρώστιας, όταν τίθεται η αρχική διάγνωση κι αυτό χειροτερεύει πολύ την πρόγνωση.

Ικανότητα των θεραπευτών: η πείρα , η εξειδίκευση, η οργανωμένη διερεύνηση και η τήρηση των απαραίτητων κανόνων στην αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου, είναι βασικής σημασίας παράγοντες για την πρόγνωση. Χρειάζεται ακρίβεια και εξατομίκευση κάθε περίπτωσης προκειμένου να αντιμετωπισθεί με επιτυχία η νόσος.

Προσβολή των επιχώριων λεμφαδένων: παίζει μεγάλο ρόλο στην πρόγνωση. Μικρής έκτασης καρκίνοι δηλαδή διαμέτρου μικρότερης του ενός εκατοστού σπάνια παρουσιάζουν λεμφικές μεταστάσεις. Εξωφυτική όγκοι παρουσιάζουν μεταστάσεις συχνότερα από τους ελκωτικούς. Καλά διαφοροποιημένοι κακοήθεις όγκοι μεθίσταται συχνότερα από τους αδιαφοροποίητους(Αραβαντινός,1985).

Το συνολικό 5ετές ποσοστό επιβίωσης είναι αντιστρόφως ανάλογο με το στάδιο του καρκίνου(Schroeder et al.,1993).

5ετής επιβίωση σε σχέση με το στάδιο και την παρουσία θετικών λεμφαδένων:

Στάδιο	Ολική	Χωρίς προσβολή λεμφαδένων	Με λεμφαδενική προσβολή
In situ	100%	-	-
Ia	95%	98%	70%
Ib	80%	90%	40%
IIa	80%	90%	40%
IIb	50%	70%	30%
IIIa	50%	60%	20%
IIIb	30%	-	-
IVa	25%	30%	10%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

7 Εγκυμοσύνη και καρκίνος τραχήλου μήτρας:

Μια εγκυμοσύνη δεν αποκλείει έναν καρκίνο του τραχήλου, ο καρκίνος εξελίσσεται με γοργό ρυθμό και ειδικά στο στάδιο της λοχειάς(Τολμακίδης,1999). Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι το πιο συχνό νεόπλασμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες ενώ είναι εξαιρετικά σπάνιο στις αναπτυγμένες χώρες(Παπανικολάου,1994).Αυτό αποδίδεται στον κυτταρολογικό έλεγχο ρουτίνας του κολπικού επιχρίσματος στα πλαίσια του προγεννητικού προληπτικού ελέγχου που αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά έγκαιρης διάγνωσης πρώιμων μορφών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας(Πεκτασίδης & Δημόπουλος,2001).Πιστεύεται πως η εγκυμοσύνη δεν επιδεινώνει τον καρκίνο του τραχήλου αλλά ο τοκετός προκαλεί διασπορά της πάθησης η οποία εξελίσσεται.

Μέση ηλικία εμφάνισης της συνύπαρξης του είναι 32-34χρόνια της γυναίκας ενώ στον υπόλοιπο πληθυσμό η μέση ηλικία ανέρχεται στα 40-45χρόνια. Συχνότερα εμφανίζεται σε γυναίκες που γέννησαν περισσότερα από 4 παιδιά. Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου του τραχήλου που συνοδεύει την εγκυμοσύνη σε συχνότητα 96% είναι επιθηλιακός , σε συχνότητα 3,5% αδενοκαρκίνωμα και σε συχνότητα 0,5 αφορά σε άλλους τύπους(Παπανικολάου, 1994).

Σε κάθε αιμορραγία στην εγκυμοσύνη πρέπει να διενεργηθεί μια επισκόπηση του τραχήλου, προκειμένου να αποκλείσουμε την υποψία του καρκίνου, ενός πολύποδα, μιας επαπειλούμενης έκτρωσης ή ενός πρόδρομου πλακούντα(Τολμακίδης,1999).

Η κολποσκόπηση κατά τη διάρκεια της κύησης είναι ασφαλής μέθοδος. Επιπλέον οι φυσιολογικές μεταβολές του τραχήλου της μήτρας στη διάρκεια της κύησης επιτρέπουν την ευχερή επισκόπηση ειδικά της περιοχής μετάπτωσης του πλακώδους επιθηλίου(Πεκτασίδης & Δημόπουλος, 2001).

Μόνο με ιστολογικό έλεγχο του τραχήλου θα διαγνώσουμε την πάθηση και όχι με κυτταρολογικό, γιατί οι ορμονικές επιδράσεις της εγκυμοσύνης αλλάζουν τα κύτταρα του επιχρίσματος τόσο που και ο πλέον έμπειρος κυτταρολόγος να δυσκολεύεται στη διάγνωση(Παπανικολάου,1994). Η εκτέλεση κωνοειδούς εκτομής κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συνοδεύεται από ένα υψηλό ποσοστό επιπλοκών και πρέπει να αποφεύγεται εκτός ίσως από τις περιπτώσεις που υπάρχει μεγάλη υποψία διηθητικής νόσου(Μιχαλάς,2000). Για λόγους ασφαλείας του εμβρύου η βιοψία του τραχήλου της

μήτρας στην έγκυο γυναίκα απαιτεί άμεσης πρόσβασης σε κέντρο αιμοδοσίας λόγω του αυξημένου κινδύνου αιμορραγίας(Πεκτασίδης & Δημόπουλος, 2001).

Για τις γυναίκες που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο της μήτρας, ενώ ήδη έγκυος, η σωστή πορεία δράσης θα εξαρτηθεί από πόσο μακριά είναι κατά μήκος της εγκυμοσύνης . Αν είστε άνω των τριών μηνών έγκυος, τότε οι περισσότεροι γιατροί θα σας επιτρέψει να συνεχιστεί η εγκυμοσύνη μέχρι να ολοκληρωθεί χωρίς θεραπεία. Η θεραπεία θα ξεκινήσει αμέσως μόλις το μωρό γεννιέται. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό επιλογών θεραπείας, όπως το πόσο γρήγορα ο καρκίνος θα εξαπλωθεί. Είναι πολύ πιθανό ο γιατρός θα συστήσει πρόωρη καισαρική τομή και να ολοκληρώσει την αφαίρεση της μήτρας. Αν είστε λιγότερο από τρεις μήνες μετά την έναρξη της εγκυμοσύνης σας, τότε οι περισσότεροι γιατροί θα θέλουν να αρχίσουν θεραπεία αμέσως. Αυτό οφείλεται στο ότι οι γιατροί θεωρούν ότι περισσότερο από έξι μήνες είναι πολύ μεγάλο για να περιμένετε για θεραπεία. Η καθυστέρηση της θεραπείας για περισσότερο από έξι μήνες δίνει το χρόνο του καρκίνου να εξαπλωθεί σε όλο το σώμα. Ξεκινώντας μεταχείριση θα λήξει κανονικά η εγκυμοσύνη(<http://www.cervicalcancer.org/pregnancy.html>).

Αντιμετώπιση ανάλογα της διήθησης:

Μιροδιθητικό καρκίνωμα Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει υποψία διήθησης κυτταρολογικά και κολποσκοπικά η ασθενής μπορεί να συνεχίσει την εγκυμοσύνη χωρίς καμία θεραπεία ακόμα και σε περιπτώσεις σοβαρής ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης υπό την προϋπόθεση η εκτίμηση της βλάβης να έχει γίνει από ειδικό και η διάγνωση με κολποσκοπικά κατευθυνόμενες βιοψίες να είναι ακριβής. Αντίθετα όταν υπάρχει σοβαρή υποψία διήθησης, η ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε κωνοειδή εκτομή ιδιαίτερα κατά το πρώτο 3μηνο της εγκυμοσύνης για να τεθεί ακριβής διάγνωση.

Βάθος διήθησης 3-5mm: επιτρέπεται η συνέχιση της εγκυμοσύνης μετά την κωνοειδή εκτομή και η εκτέλεση τροποποιημένης ριζικής υστερεκτομής μετά τον τοκετό του εμβρύου με καισαρική τομή.

Βάθος διήθησης μεγαλύτερο του 5mm: η αντιμετώπιση εξαρτάται από την περίοδο της εγκυμοσύνης και την επιθυμία της ασθενούς. Αν και η αναβολή της θεραπείας περισσότερο από 4 εβδομάδες θεωρείται γενικά επικίνδυνη τα τελευταία χρόνια προτείνεται μια συντηρητικότερη προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων για συνέχιση ή μη της εγκυμοσύνης και αναβολή της θεραπείας μέχρι όταν μπορέσουμε να έχουμε

ένα βιώσιμο νεογνό. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να γίνει μια πλήρης ενημέρωση της ασθενούς και του συζύγου σχετικά με τους κινδύνους που εγκυμονεί μια τέτοια σοβαρή απόφαση αναβολής της θεραπείας(Μιχαλάς,2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

8 Πρόληψη και καρκίνος τραχήλου μήτρας:

Η βελτίωση της επιβίωσης που έχει επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια στο γυναικολογικό καρκίνο αντανακλά περισσότερο την πρόοδο στην έγκαιρη διάγνωση παρά στους θεραπευτικούς χειρισμούς. Η μεγάλη πλειονότητα των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας μπορούν να προληφθούν λόγω του ότι η πιο συχνή μορφή της τραχηλικής νεοπλασίας αναδύεται με προκαρκινικές βλάβες που μπορούν εύκολα να διαγνωστούν(Πεκτασίδης & Δημόπουλος,2001).Η πρόληψη αποτελεί σήμερα τη μεγαλύτερη πρόκληση της ιατρικής επιστήμης. Οι στρατηγικές πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που εφαρμόζονταν μέχρι πρότινος στηρίζονταν στην δευτερογενή πρόληψη της νόσου η οποία συνίσταται 1.στο τεστ Παπανικολάου 2.στην κολποσκοπική διερεύνηση των παθολογικών κυτταρολογικών αποτελεσμάτων 3.στην αποτελεσματική θεραπεία των προκαρκινικών αλλοιώσεων προτού αυτές εξελιχθούν σε διηθητικό καρκίνο. Τα τελευταία χρόνια η μάχη εναντίον του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας φαίνεται να μεταφέρεται από την δευτερογενή προφύλαξη με τα προγράμματα κυτταρολογίας στην πρωτογενή πρόληψη με την παρασκευή εμβολίων εναντίον του ιού HPV(Διακομανώλης,2009).

8.1 Πρωτογενής πρόληψη:

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες. Η πρωτογενής παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα Η αγωγή υγείας στο επίπεδο αυτό σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις σχετικά με την απόκτηση υγιεινών συνηθειών και ενημέρωση σχετικά με τους δυσμενείς για την υγεία παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην υγεία (Μπακάλης,2000).

8.1.1Αποφυγή των παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου μήτρας.

Τα προληπτικά μέτρα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Οι γυναίκες πρέπει να περιορίζουν τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων
- Η χρήση διαφράγματος ή προφυλακτικού από τον άνδρα προστατεύει τον τράχηλο
- Οι γυναίκες πρέπει να σταματήσουν το κάπνισμα

- Οι γυναίκες πρέπει να σταματήσουν τη χρήση αντισυλληπτικών από το στόμα ή άλλων αντισυλληπτικών μεθόδων που αφήνουν τον τράχηλο εκτεθειμένο και πρέπει να χρησιμοποιεί διάφραγμα ή να ζητήσει από τον άνδρα σύντροφο της να χρησιμοποιεί προφυλακτικό
- Συνίσταται η άμεση θεραπεία των ακροχορδόνων των γεννητικών οργάνων για άνδρες και γυναίκες(Schroeder et al.,1993).Οι ακροχόρδονες των γεννητικών οργάνων θεραπεύονται με ποδοφυλλίνη, μια τοξική ουσία με την οποία γίνεται επάλειψη των βλαβών για το λόγω αυτό δεν πρέπει να χρησιμοποιείται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Κατά την εγκυμοσύνη είναι δυνατόν να αυξηθούν σε μέγεθος και η υφή τους να γίνει εύθρυπτη για το λόγω αυτό συνίσταται η χειρουργική αφαίρεση τους(Stanhope & Lancaster,2009).Τα κονδυλώματα μπορούν να υποβληθούν σε κρυοπηξία, ηλεκτροκαυτηρίαση και τελευταία σε ακτίνες Laser (Δετοράκης,2003).
- Όσον αφορά την λοίμωξη από HPV περιλαμβάνει τις εξής ενέργειες:
 - Εκπαιδευτικά προγράμματα σε εφήβους όπου θα τονίζεται η ισχυρή συσχέτιση του HPV ως σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος, με την ανάπτυξη καρκίνου
 - Η ενθάρρυνση καθυστερημένης έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας
 - Ενημέρωση σχετικά με την προστατευτική δράση του εμβολίου για τον HPV
 - Η ανάπτυξη αποτελεσματικών κολπικών μικροβιοκτόνων
 - Η σύσταση χρήσης προφυλακτικού που θα συντελέσει στη μείωση της συχνότητας μετάδοσης του HPV(Πεκτασίδης & Δημόπουλος,2001).
- Υποστηρίζεται ότι διατροφή πλούσια σε καροτίνη, βιταμίνη C και B συσχετίζεται με περιορισμό της δυσπλασίας του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας αν και η σχέση αυτή δεν είναι πλήρως τεκμηριωμένη και ως εκ τούτου έχει ανάγκη περαιτέρω έρευνα(Αδαμόπουλος,1998).

8.1.2Εμβόλιο κατά του HPV:



Εικόνα 22:εκτέλεση εμβολίου κατά του ιού HPV στον δελτοειδή μυ.

Λαμβανομένων υπόψιν όλων των συνεπειών που έχει η λοίμωξη με τον ιό HPV στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας και ειδικά στον τράχηλο της μήτρας, καταβάλλονται σημαντικές προσπάθειες για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Η πιο σημαντική έως τώρα ξεκίνησε τέλος του 2004 αρχή του 2005 και είναι αυτή του εμβολίου για τον ιό HPV. Αυτό το εμβόλιο, επιφέρει έντονη χημική ανοσία από εξουδετερωτικά αντισώματα(Παπαδημητρίου,2006). Το εμβόλιο έναντι του HPV που κυκλοφορεί είναι ένα ανασυνδυασμένο εμβόλιο, που περιέχει μόνο πρωτεΐνες του περιβλήματος του ιού και όχι DNA, και κατά συνέπεια δεν μπορεί να προκαλέσει νόσο (ούτε σε ήπια μορφή όπως συμβαίνει με άλλα εμβόλια που περιέχουν εξασθενημένα στελέχη μικροβίων). Παρέχει προστασία έναντι 4 στελεχών του ιού HPV και συγκεκριμένα: των στελεχών 6 και 11 που ευθύνονται για το 90% των κονδυλωμάτων και των στελεχών 16 και 18 που ευθύνονται για το 70% των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Επομένως, με τον εμβολιασμό δεν αντικαθίσταται ο προληπτικός έλεγχος, αλλά οι πιθανότητες να προσβληθεί μια γυναίκα είναι κατά πολύ ελαττωμένες. Η προστασία που παρέχει το εμβόλιο φαίνεται πως είναι μακράς διάρκειας, αλλά μέχρι αυτή τη στιγμή, τα δεδομένα παρέχουν στοιχεία για προστασία 5 ετών. Το εάν θα χρειαστεί μια αναμνηστική δόση σε 5 ή 10 χρόνια μετά τον αρχικό εμβολιασμό ερευνάται ακόμη(http://www.gyn.gr/artman/publish/article_160.asp).

Ωστόσο δεν προστατεύει από τους άλλους τύπους του ιού. Για το λόγω αυτό είναι απαραίτητο για τις γυναίκες που έχουν λάβει το εμβόλιο όπως και για τις υπόλοιπες να κάνουν όπως συστήνεται το τεστ Pap (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2743).Κυκλοφόρησε και ένα άλλο διδύναμο εμβόλιο έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) που απευθύνεται σε κορίτσια και γυναίκες 10-25 ετών για την πρόληψη των προκαρκινικών βλαβών και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που προκαλούνται από τους τύπους HPV 16 και 18. Βέβαια τα στελέχη αυτά είναι επικίνδυνα και για τους άντρες, (καρκίνος ουροδόχου κύστεως κ.α.) σε ορισμένες χώρες εμβολιάζουν και τα αγόρια. Στην χώρα μας εμβολιάζουμε μόνο τα κορίτσια (από 9 ετών περίπου) και νεαρές γυναίκες.

Προτεινόμενη ηλικία εμβολιασμού, 12 -15 έτη. Για την περίπτωση γυναικών ηλικίας άνω των 15 ετών προτείνεται ο εμβολιασμός τους μέχρι την ηλικία των 26 ετών. Για χρήση μετά την ηλικία των 26 ετών δεν υπάρχει ακόμη έγκριση από τις αρμόδιες αρχές. Υπάρχουν όμως στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων και για αυτές τις ηλικίες.

Οι βασικοί λόγοι για την επιλογή του ηλικιακού εύρους των 12 – 15 ετών είναι:

- Α) Η καλύτερη ανοσιακή απάντηση.
- Β) Η χαμηλή πιθανότητα ήδη εγκατεστημένης λοίμωξης από τους τύπους HPV που περιέχονται στο εμβόλιο, καθώς οι περισσότερες έφηβες αυτής της ηλικίας δεν έχουν ξεκινήσει τη σεξουαλική τους δραστηριότητα. Επισημαίνεται ότι το εμβόλιο είναι προφυλακτικό και όχι θεραπευτικό έναντι μιας ήδη εγκατεστημένης λοίμωξης από τους HPV τύπους που καλύπτει. Ωστόσο αν μια νεαρή γυναίκα ηλικίας 16 έως 26 ετών έχει σεξουαλική δραστηριότητα, αυτό δεν αποτελεί αντένδειξη χορήγησης του εμβολίου(Παρασκευαΐδης,2007).Ακόμη και εάν μια γυναίκα έχει ήδη έλθει σε επαφή με κάποιον ογκογόνο τύπο του ιού HPV, ο εμβολιασμός μπορεί να την ωφελήσει, καθώς είναι πολύ σπάνιο μια γυναίκα να έχει προσβληθεί ταυτόχρονα από όλους τους τύπους που καλύπτει το εμβόλιο(<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=105036>).

Ο έλεγχος των γυναικών αυτών προ του εμβολιασμού με ειδικές εξετάσεις που θα μπορούσαν να ανιχνεύσουν μια παρούσα ή παρελθούσα λοίμωξη από τους HPV τύπους 16 και 18αποτελεί προς το παρόν αντικείμενο διχογνωμίας για τους εξής λόγους:

■ Οι εξετάσεις που στηρίζονται στην ανίχνευση του HPV DNA προσδιορίζουν μόνο τη μόλυνση κατά τη στιγμή της εξέτασης και δεν μπορούν να διακρίνουν μεταξύ παροδικής ή εμμένουσας λοίμωξης. Η διάκριση αυτών των τύπων λοίμωξης είναι σημαντική γιατί στις παροδικές λοιμώξεις το εμβόλιο ενδεχομένως είναι ωφέλιμο αυξάνοντας τους τίτλους αντισωμάτων άνω των επιπέδων της φυσικής ανοσίας ενώ στην εμμένουσα αναμένεται να μην έχει κανένα αποτέλεσμα

■ Ο προ τον εμβολιασμό έλεγχος για ταυτοποίηση ιών HPV16,18 θα αύξανε κατά πολύ το κόστος του εμβολιασμού ιδιαίτερα εάν αυτό αφορούσε ευρύτερα κοινωνικά στρώματα(Διακομανώλης,2009).

Πως χορηγούνται τα υπάρχοντα εμβόλια HPV;

- Το τετραδύναμο εμβόλιο γίνεται σε 3 δόσεις (0,2 και 6 μήνες)
1η δόση, 2η δόση: 2 μήνες μετά την πρώτη δόση και 3η δόση: 6 μήνες μετά την 1η δόση.

Χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση κατά προτίμηση στο βραχίονα ή εναλλακτικά στην προσθιοπλάγια περιοχή του μηρού. Ο εμβολιασμός δεν ενδείκνυται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης όμως αποφεύγεται.

- Το διδύναμο εμβόλιο γίνεται σε 3 δόσεις (0,1 και 6 μήνες)
Χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση στην περιοχή του δελτοειδή μυός
(<http://angeir.wordpress.com/2009/01/15/cervical-cancer/>).

Πόσο διάστημα απαιτείται προκειμένου να αναπτυχθούν αντισώματα;

Απαιτούνται περίπου 3 εβδομάδες μετά τη χορήγηση της πρώτης δόσης για την ανάπτυξη αντισωμάτων, 2 εβδομάδες μετά τη χορήγηση της δεύτερης και περίπου 5 ημέρες μετά τη χορήγηση της τρίτης. Ένα κορίτσι μπορεί να ξεκινήσει σεξουαλικές επαφές περίπου ένα μήνα μετά τη χορήγηση της πρώτης δόσης του εμβολίου. Ωστόσο, είναι σημαντικό να γνωρίζει ότι το ποσοστό προστασίας αυξάνεται μόνο ως ένα βαθμό μετά τη χορήγηση της πρώτης δόσης. Ασφαλές θεωρείται το διάστημα για την έναρξη των σεξουαλικών επαφών μετά και τη χορήγηση της δεύτερης δόσης.

Ανεπιθύμητες ενέργειες:

Οι κλινικές δοκιμές σε χιλιάδες γυναίκες έχουν δείξει πως το εμβόλιο δεν προκαλεί παρενέργειες πέραν κάποιων τοπικών ερεθισμών και ελαφρού πυρετού (συμπτώματα με τα οποία συνδέονται όλα τα εμβόλια)
(<http://www.womenonly.gr/article.asp?catid=13333&subid=2&pubid=1464299>).τα

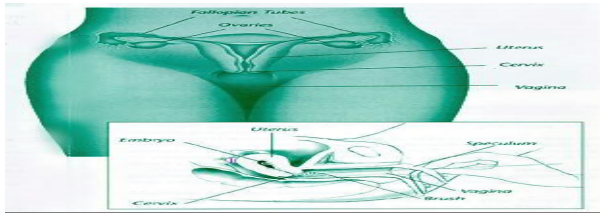
συχνότερα προβλήματα είναι ήπια και υποχωρούν γρήγορα. Περιλαμβάνουν πόνο στο σημείο που γίνεται το εμβόλιο(συνήθως στο βραχίονα), χαμηλό πυρετό, αδιαθεσία, πονοκέφαλο, μυαλγίες, ζαλάδες, διάρροια και εξάνθημα. Τέτοιου είδους παρενέργειες είναι συνήθεις και σε άλλα εμβόλια
(http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2743).Η ασφάλεια όπως και η ανοσογονικότητα έχουν μελετηθεί και σε εφήβους των δύο φύλων ηλικίας 9-15 ετών. Πέρα όμως από το κλινικό πρόγραμμα ανάπτυξης του εμβολίου, τα εμβόλια διαθέτουν σήμερα κλινική εμπειρία από εκατομμύρια δόσεις που έχουν χορηγηθεί μέχρι στιγμής σε όλο τον κόσμο. Και εδώ πρέπει να τονιστεί ότι η αναφορά μιας ανεπιθύμητης ενέργειας δεν σημαίνει ότι υπάρχει αιτιολογική σχέση μεταξύ του εμβολίου και αυτής της ανεπιθύμητης ενέργειας, καθώς η χρονική συσχέτιση μπορεί να είναι συμπτωματική. Το ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών που καταγράφονται μετά τη χορήγηση των άλλων εμβολίων (συμπεριλαμβανομένων των εμβολίων του βρεφικού εμβολιασμού) είναι το διπλάσιο από το ποσοστό που καταγράφηκε μετά τη χορήγηση των δυο συγκεκριμένων εμβολίων(<http://www.womenonly.gr/article.asp?catid=13333&subid=2&pubid=1464299>).

8.2 δευτερογενής πρόληψη:

Η δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για την δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου πριν ακόμα το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα(Μπακάλης,2000.)

8.2.1 Test Pap

Επειδή δεν υπάρχει απόλυτος τρόπος να προφυλαχθούμε από τον καρκίνο της μήτρας σκόπιμο είναι να προβαίνουμε στον προληπτικό έλεγχο για την έγκαιρη διάγνωση αυτού του καρκίνου. Στην περίπτωση της έγκαιρης διάγνωσης οι προοπτικές μιας πλήρους θεραπείας είναι ευοίωνες(Τολμακίδης,1999).



Εικόνα 23: τεστ Pap

Έτσι το Test Pap επιτυγχάνει τη διάγνωση προκαρκινικών βλαβών ή διηθητικού καρκίνου σε αρχικό στάδιο με αποτέλεσμα μείωσης της επίπτωσης και της θνησιμότητας από τη συγκεκριμένη νόσου(Πεκτασίδης & Δημόπουλος,2001). Το τεστ Παπανικολάου είναι μια απλή και χαμηλού κόστους εξέταση εφαρμόζεται όμως στην χώρα μας κατά τρόπο ευκαιριακό, βασίζεται δηλαδή στην πρωτοβουλία είτε της ίδιας της γυναίκας, εάν είναι ευαισθητοποιημένη, είτε του μαιευτήρα-γυναικολόγου στον οποίο θα αποταθεί για κάποιο μη σχετιζόμενο θέμα(κύηση). Έχει όμως αποδειχθεί ότι ο ευκαιριακός αυτός έλεγχος είναι σαφέστατα λιγότερο αποδοτικός από τον οργανωμένο έλεγχο που εφαρμόζεται σε άλλες χώρες όπου οι γυναίκες προσκαλούνται προσωπικά κάθε 3έτη για την λήψη ενός τεστ Pap (Διακομανώλης,2009).Ενθαρρυντικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι οι γυναίκες συνειδητοποίησαν τα τελευταία χρόνια την αξία του προληπτικού ελέγχου και διενεργούν συχνότερα τον προληπτικό αυτό έλεγχο σε σύγκριση με το παρελθόν(Τολμακίδης,1999).

Με σκοπό την βελτίωση της μεθόδου το ενδιαφέρον στρέφεται προς νέες μεθόδους συλλογής και επεξεργασίας του κυτταρικού υλικού:

◆ Κυτταρολογία υγρής φάσης

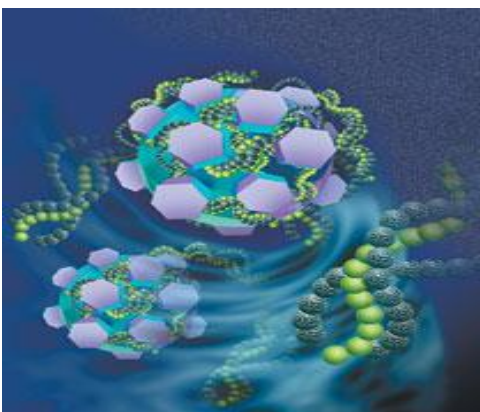
Η συλλογή κυτταρικού υλικού μπορεί να βελτιωθεί με την τεχνολογία της υγρής κυτταρολογίας και της μονοεπίπεδης επίστρωσης του κυτταρικού υλικού. Με την



τεχνολογία της λεπτής επίστρωσης το τραχηλικό κυτταρικό δείγμα συλλέγεται με μια μαλακή βούρτσα και ξεπλένεται μέσα σε ειδικό υγρό μεταφοράς. Με τον τρόπο αυτό όλα τα κύτταρα διατηρούνται σε ιδεώδεις συνθήκες μεταφοράς και όλο το κυτταρικό υλικό αποστέλλεται προς εξέταση. Το αίμα, η βλέννα, τα φλεγμονώδη στοιχεία και όλα τα άλλα υλικά, αφαιρούνται πριν από τη μονιμοποίηση του δείγματος. Με την νέα τεχνολογία επιτυγχάνονται 1) όλα τα παθολογικά κύτταρα μεταφέρονται στην αντικειμενοφόρο πλάκα και δεν επικαλύπτονται από φυσιολογικά κύτταρα 2) τα ανεπαρκή δείγματα μειώνονται σημαντικά 3) η ερμηνεία των μικροσκοπικών ευρημάτων γίνεται ευκολότερη, γρηγορότερη και αποτελεσματικότερη. Επίσης πλεονέκτημα αποτελεί η αξιοπιστία του κυτταρικού δείγματος το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την τυποποίηση του ιού(HPV DNA testing)

◆ *Αυτοματοποιημένη κυτταρολογία*

Η ερμηνεία των κυτταρολογικών ευρημάτων μπορεί να βελτιωθεί με τη βοήθεια των αυτόματων μηχανών σάρωσης. Οι μηχανές αυτές δεν υποφέρουν από κακές διαγνωστικές συνήθειες και μπορούν να προσφέρουν μια πιο αντικειμενική και ποσοτική εκτίμηση του DNA και τις αρχιτεκτονικής του πυρήνα που θα βοηθήσει στην αναγνώριση μιας νεοπλασίας σε πρωιμότερο στάδιο. Προς το παρόν οι μηχανές αυτές έχουν εγκριθεί για ποιοτικό έλεγχο, πιστεύεται όμως ότι στο μέλλον θα παίξουν σημαντικό ρόλο στον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας(Μιχαλάς, 2000).



8.2.2Τεχνικές ανίχνευσης HPV:

Οι HPV ταυτοποιούνται με μοριακή ανίχνευση του γενετικού τους υλικού. Οι σπουδαιότερες τεχνικές ανίχνευσης των HPV

ιός HPV και τρόποι ανίχνευσης ιικού DNA

στην κλινική πρακτική είναι η αλυσιδωτή **Εικόνα 24:** αντίδραση πολυμεράσης(PCR) και η τεχνική

του in situ υβριδισμού(Καπράνος, & Κοτρόνιας,2009).

HPV DNA TEST:

Ο συνδυασμός της επαναληπτικής κυτταρολογίας και του ποσοτικού προσδιορισμού του DNA του HPV16 με την PCR θα επιτρέψει σε μαζική εφαρμογή την αναγνώριση γυναικών με ήπιες δυσκαρυωτικές αλλοιώσεις που έχουν ή πρόκειται να εμφανίσουν σοβαρές αλλοιώσεις ή και καρκίνο στο μέλλον, ώστε αυτές οι γυναίκες να διερευνούνται και να θεραπεύονται σύντομα(Λώλη, 2004).

Μια δοκιμή HPV γίνεται για να:

- Ελέγξτε για υψηλού κινδύνου τύπους του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) σε γυναίκες που είχαν ένα τεστ Παπανικολάου που έδειξε ανωμαλίες του τραχήλου της μήτρας κυττάρων που ονομάζεται άτυπα πλακώδη κύτταρα (ASC) . Μια δοκιμή του HPV μπορεί να συμβάλει στην αναζήτηση μιας ή περισσότερων υψηλού κινδύνου τύπους του HPV. Εάν μια δοκιμή δείχνει ότι οι HPV υψηλού κινδύνου τύπους του HPV είναι παρόντες, περαιτέρω δοκιμές, όπως η κολποσκόπηση ή του τραχήλου της μήτρας βιοψία , μπορεί να προταθεί.
- Ελέγξτε για HPV σε γυναίκες ηλικίας άνω των 30 ετών, στο πλαίσιο του προσυμπτωματικού ελέγχου για ανώμαλα τραχηλικά κύτταρα.
- Για να βοηθήσει ελέγξτε για ανώμαλα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας μετά τη θεραπεία του υψηλού κινδύνου HPV λοίμωξη

Πριν από την δοκιμασία του HPV, δεν douche, ταμπόν χρήση, ή χρήση κολπική φάρμακα για τουλάχιστον 48 ώρες. Θα σας ζητηθεί να αδειάσετε την κύστη σας λίγο πριν από τη δοκιμή, τόσο για την άνεσή σας τη δική και να βοηθήσει με την εξέταση. (<http://www.webmd.com/sexyal-conditions/hpv-genital-warts/human-papillomavirus-hpv-test>).

Πώς-γίνεται;

Το τεστ γίνεται με απλό και ανώδυνο τρόπο, όπως και το τεστ Παπανικολάου, δηλαδή με τη λήψη δείγματος από επίχρισμα του τραχήλου. Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση DNA του δείγματος σε ειδικά εργαστήρια. Όσο για την ακρίβεια των αποτελεσμάτων του, φτάνει το 99,4%,

Σε-ποια-ηλικία-πρέπει-να-γίνεται;

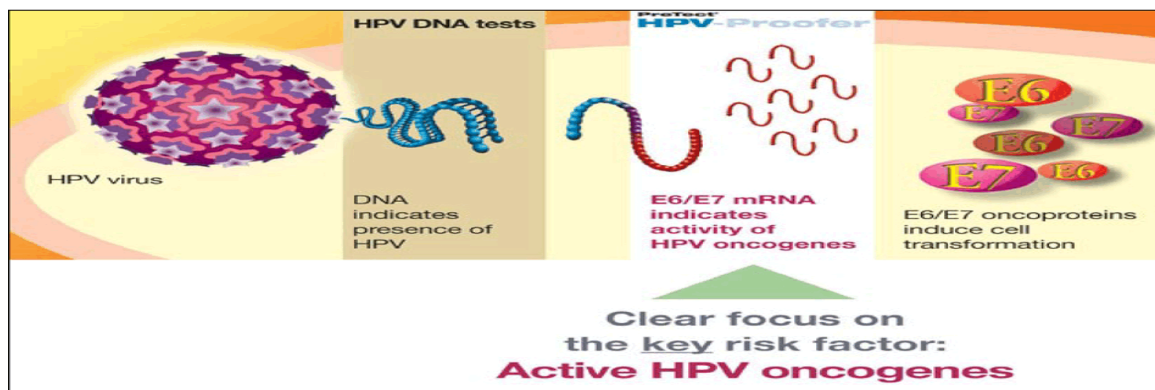
«Η ιδανική ηλικία για να κάνει μια γυναίκα το HPV DNA τεστ είναι μετά τα 30, καθώς μετά την ηλικία αυτή έχουν την τάση πιθανές λοιμώξεις να επιμένουν. Το τεστ αυτό δεν χρειάζεται να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο, όπως το τεστ Παπανικολάου. «Πάντως δεν χρειάζεται να πανικοβάλλονται οι γυναίκες, μόνο μικρό ποσοστό από όσες έχουν μολυνθεί με HPV θα αναπτύξει καρκίνο, αλλά ούτε και να εφησυχάζουν.

Η πρόληψη, εξάλλου, σώζει ζωές».

(<http://www.womenonly.gr/article.asp?catid=13333&subid=2&pubid=1851487>).

IN SITU ΥΒΡΙΔΙΣΜΟΣ:

Ο in situ υβριδισμός εφαρμόζεται σε βιοψίες και κωνοειδείς εκτομές καθώς και σε επιχρίσματα κυττάρων τραχήλου. Η τεχνική του in situ υβριδισμού είναι η μόνη η οποία εντοπίζει τον ιό μέσα στο κύτταρο στο οποίο βρίσκεται και για το λόγω αυτό παρέχει σημαντικές μορφολογικές πληροφορίες, όπως ποια και πόσα κύτταρα εμφανίζουν λοίμωξη από τον ιό σε ποιο υποκυτταρικό διαμέρισμα (πυρήνα ή κυτταρόπλασμα) ευρίσκεται ο ιός και τι είδους ανωμαλίες συνοδεύουν την παρουσία του ιού (δυσπλασία). Τέλος ο in situ υβριδισμός είναι η μοναδική τεχνική που μπορεί να μας πληροφορήσει αξιόπιστα σε ποια κατάσταση ευρίσκεται το ιικό DNA. Αν ευρίσκεται σε επισωματική (εξωχρωματική) μορφή και επομένως πολλαπλασιάζετε ανεξάρτητα του κυτταρικού DNA ή αν ευρίσκεται σε ενσωματωμένη μορφή στο DNA. Η παρουσία ενσωματωμένου ιού έχει ως συνέπεια υψηλότερο κίνδυνο εξέλιξης της δυσπλασίας σε διηθητικό καρκίνωμα για το λόγω αυτό απαιτείται άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση (Καπράνος & Κοτρόνιας, 2009).



Εικόνα 25: μηχανισμός δράσης HPV DNA TEST.

Μερικές διαγνωστικές εξετάσεις δεν χρησιμοποιούνται σαν μέθοδοι μαζικού ελέγχου για διάφορους λόγους:

Η Μικροστεροσκόπηση δεν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδος screening τουλάχιστον για 3 λόγους:

- Η εκπαίδευση στη συσκευή αυτή απαιτεί κάποιο χρόνο και βασικές γνώσεις κυτταρολογίας, ιστολογίας και παθολογίας
- Η βιοψία είναι πάντα απαραίτητα για να προσδιορίσει το βαθμό των παρατηρούμενων ανωμαλιών

- Η κυτταρολογία έχει πετύχει ένα μεγάλο βαθμό αξιοπιστίας σαν μέθοδοι screening για τη διάγνωση τραχηλικού καρκίνου σε αρχικά στάδια.

Η κολποσκόπηση σπάνια χρησιμοποιείται για screening για 2 λόγους: α) ο πρώτος είναι ότι το κολποσκόπιο είναι ακριβό όργανο και δεν είναι εύκολο κάθε γυναικολογικό ιατρείο να είναι εφοδιασμένο με αυτό β) και ίσως πιο σημαντικό είναι το γεγονός ότι υπάρχουν λίγοι γυναικολόγοι που είναι καλά εκπαιδευμένοι στην κολποσκόπηση και μπορούν να τη χρησιμοποιήσουν για το screening του τραχήλου της μήτρας (Κουρούνης, 2004).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

9: Ο ρόλος του νοσηλευτή σε καρκίνο τραχήλου μήτρας

9.1 Προσέγγιση του νοσηλευτή σε ασθενή με γυναικολογικό καρκίνο:

Ο καρκινοπαθής αποτελεί ειδική περίπτωση αρρώστου. Θεωρείται από πολλούς ότι ο καρκινοπαθής δεν έχει πια κανένα μέλλον και παραμένει στη ζωή μόνο και μόνο για να ταλαιπωρείται και να ταλαιπωρεί(Τσίκος,Καραγεωργοπούλου,Γραβάνη,1999).Το γεγονός του καρκίνου από μόνο του είναι ένα μεγάλο ψυχοπρεστικό γεγονός που αλλάζει άρδην την προοπτική της γυναίκας για το μέλλον της και προκαλεί συναισθηματικές αντιδράσεις. Έτσι όταν η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με τη διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου είτε της έχει γνωστοποιηθεί από το θεράποντα, είτε το έχει συνειδητοποιήσει από άλλες πηγές, με το φόβο απώλειας της ζωής, την προοπτική επώδυνων θεραπειών ή ακρωτηριαστικών επεμβάσεων που θα αλλάξουν τη ζωή με τρόπο που θα πάψει να είναι επιθυμητό και ελκυστικό άτομο απειλείται με συναισθηματική αναστάτωση(Πεκτασίδης & Δημόπουλος,2001).Ο γυναικολογικός καρκίνος δεν έχει τις ίδιες ψυχολογικές συνέπειες με οποιοδήποτε άλλο. Επηρεάζει τη φυσική και την ψυχική ιδιοσυγκρασία της γυναίκας Επηρεάζει την ιδέα της για την ζωή, την αναπαραγωγή, την οικογένεια, τη θέση της στον εξελικτικό ρυθμό της κοινωνίας. Έτσι έχουμε να κάνουμε με μια γυναίκα που διακατέχεται από φόβο, πεσιμισμό, αδιαφορία για την υγεία της, με εναλλαγές με υπερβολικό ενδιαφέρον. Σε πολλές γυναίκες εμφανίζονται παροδικές αυτοκτονικές τάσεις, κατάθλιψη, ψυχώσεις με ορισμένες πτυχές της νόσου, της θεραπείας, του κοινωνικού-οικογενειακού περιβάλλοντος(Παπαδημητρίου, 2006).

Σήμερα πιστεύεται ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις στη διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου και η προσαρμογή είναι ίδιες με εκείνες άλλων έντονα απειλητικών γεγονότων. Υπάρχουν μεν σταθερά πρότυπα αντίδρασης καθώς επιτυγχάνεται η προσαρμογή αλλά ταυτόχρονα υπάρχει μεγάλη ποικιλία στο βαθμό δυσφορίας και οι αντιδράσεις διαμορφώνονται σε σχέση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης, τη διαθέσιμη υποστήριξη και το νόημα που δίνει η κάθε γυναίκα στη διάγνωση του καρκίνου. *Δυσπιστία και παροδική άρνηση* είναι οι αντιδράσεις της ασθενούς στην κρίση της διάγνωσης που επιτρέπουν όμως μια παροδική συναισθηματική απόσταση για τη μείωση της εμπλοκής στη συναισθηματική κρίση.

Μετά από λίγες ημέρες ακολουθεί περίοδος με *συναισθηματική αναστάτωση και δυσφορία, άγχος, φόβους και αναβίωση δυσάρεστων σκέψεων* όπως επίσης παρατηρείται δυσκολία στον ύπνο και στη συγκέντρωση. Στη συνέχεια μετά από μια έως 2 εβδομάδες η γυναίκα αναπτύσσει τους αμυντικούς της μηχανισμούς και επανέρχεται σε προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας. Σε έλλειψη υποστήριξης ή επί αδυναμίας ανάπτυξης ευπροσάρμοστων μηχανισμών όπως επί υπάρξεως προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού μετά την πρώτη αναμενόμενη αντίδραση η γυναίκα δεν ξαναγυρίζει σε φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση, αλλά αναπτύσσει κάποια ψυχιατρική διαταραχή με συνηθέστερη την *κατάθλιψη* (Πεκτασίδης & Δημόπουλος, 2001).

Η νοσηλεύτρια καλείται να παίξει σημαντικό ρόλο, μαζί με όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, να βοηθήσει τον καρκινοπαθή να ξεπεράσει τα σοβαρά ψυχολογικά κυρίως και άλλα προβλήματα που προκαλεί η φύση της πάθησης του και να διατηρήσει όλες τις ηθικές και σωματικές δυνάμεις του στο ακέραιο, έτσι ώστε να είναι σε θέση να δεχτεί οποιασδήποτε θεραπευτική αγωγή του ορισθεί και να συντελέσει στην επιτυχία της. Η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει θάρρος, ελπίδα για να παλέψει για καλύτερη ποιότητα ζωής (Τσίκος κ.συν., 1999).

Ο ασθενής διαισθάνεται τη στάση της νοσηλεύτριας. Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια έχει θετική στάση στην αρρώστια του είναι σημαντικό σαν πρώτο βήμα στην εργασία της με τον ασθενή. Για αυτό ο νοσηλευτή οφείλει:

- Να δείξει κατανόηση στον άρρωστο και να παρουσιάσει την ευχάριστη όψη της ζωής
- Να διατηρήσει της αξιοπρέπεια και την υπόληψη του ασθενή. Ίσως σε καμιά άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του ατόμου όπως υπάρχει στον καρκίνο. Πολλοί άρρωστοι που γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο, λένε ότι δεν φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο ή κάποια ειδική άποψη της ασθένειας όσο φοβούνται μη χάσουν τον αυτοέλεγχο και την αξιοπρέπεια στα τελευταία στάδια της νόσου.
- Να προσπαθήσει να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του
- Να φροντίσει να μην εκτίθεται ο άρρωστος κατά την νοσηλεία
- Να φροντίσει για την συμμετοχή του στον προγραμματισμό φροντίδας του. Αυτό θα την βοηθήσει να διατηρήσει την αξιοπρέπεια της
- Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας
- Να ενθαρρύνει της ασθενή να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό της

- Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας μην παραλείπετε εφόσον η κατάσταση το επιτρέπει την εργασιοθεραπεία , επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματα(Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου,2005).

Ζωτικό ερώτημα που υπάρχει και σήμερα μεταξύ των ανθρώπων και που απασχολεί την Εκκλησία, τους ψυχιάτρους και όλους όσους βρίσκονται κοντά στον καρκινοπαθή είναι αν πρέπει να λέγεται η διάγνωση της ασθένειας στον καρκινοπαθή(Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου,2005).Ο κώδικας δικαιωμάτων του ασθενούς προβλέπει ότι ο ασθενής έχει δικαίωμα και ο γιατρός οφείλει να του παράσχει όλη την αλήθεια με όλες τις λεπτομέρειες σχετικά με τη νόσο, τη θεραπεία της και την πρόγνωση. Η σχέση εμπιστοσύνης θεραπευτή και ασθενούς εγκαθίσταται μόνο με τη βοήθεια της ειλικρίνειας και της αλήθειας. Η ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου εμπεριέχει σημαντικό φορτίο τρόμου. Ισοδυναμεί με το ρίγος που φέρνει το <<κοίταγμα κατάματα του θανάτου >> (Αρδαβάνης,2007).Ο τρόπος με τον οποίο ένας ασθενής δέχεται την πληροφορία εξαρτάται από τη φιλοσοφία και τις απόψεις του για την ζωή και το θάνατο. Άλλοι ασθενείς γνωρίζοντας τη σοβαρότητα της νόσου εγκατέλειψαν τελείως τον εαυτό τους ,άλλοι αισθάνθηκαν να παραλύουν άλλοι βοήθησαν θετικά και πίστεψαν στη θεραπεία και άλλοι επιδόθηκαν στην προετοιμασία για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου. Από τις διαφορετικές αντιδράσεις του κάθε ατόμου διαπιστώνουμε ότι το πλέον σωστό είναι να εξατομικεύεται η ανάγκη της ενημέρωσης αλλά και του τρόπου της ενημέρωσης του αρρώστου ότι πάσχει από καρκίνο(Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου,2005).Όλη η αλήθεια πρέπει να είναι δοσμένη με τον κατάλληλο τρόπο στον κατάλληλο χώρο. Κάθε ασθενής δικαιούνται όση αλήθεια μπορεί να αντέξει. Πόση αλήθεια είναι καθήκον του θεραπευτή ογκολόγου να το διερευνήσει και να το προσδιορίσει. Η αρχική ενημέρωση του ασθενούς με καρκίνο αποτελεί τον δυσκολότερο θεραπευτικό χειρισμό που εξ'ορισμού πέφτει στους ώμους του κλινικού ογκολόγου το ίδιο ισχύει με τις επακόλουθες ενδιάμεσες συνεδρίες κατά την πορεία της νόσου και της θεραπείας. ο ογκολόγος και όλα τα μέλη της ομάδας υγείας οφείλουν να εξηγήσουν χωρίς να συντρίψουν, να καθησυχάσουν χωρίς να αποκοιμίσουν. Έχει καθήκον να διατηρήσουν την επαφή του ασθενή με την ελπίδα προστατεύοντας παράλληλα από την παραπλανητική πληροφόρηση, τις υποσχέσεις χωρίς αντίκρισμα την άθλια προώθηση φαρμάκων(Αρδαβάνης,2007).

9.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διαγνωστικές εξετάσεις:

Γυναικολογική εξέταση:

Η χαλάρωση της άρρωστης είναι βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα αυτής της εξέτασης. Για να επιτευχθεί, θα πρέπει:

- Η άρρωστη να έχει ουρήσει πριν από την εξέταση για να είναι η κύστη άδεια
- Να καλυφθεί κατάλληλη η άρρωστη. Μερικές γυναίκες αισθάνονται πιο άνετα όταν έχουν σκεπασμένους τους μηρούς και τα γόνατα, άλλες πάλι προτιμούν να παρακολουθούν το γιατρό και την εξέταση και απορρίπτει το σκέπασμα που κρύβει τη θέα. Ο νοσηλευτής πρέπει να ρωτήσει την άρρωστη ποια μέθοδος προτιμά.
- Τα χέρια της άρρωστης θα πρέπει να είναι στο πλάι ή σταυρωμένα μπροστά στο θώρακα της
- Εξηγήστε προκαταβολικά το κάθε τι σχετικά με την εξέταση. Έτσι θα αποφύγετε ξαφνικές και απότομες κινήσεις.
- Φροντίστε κάθε όργανο που χρησιμοποιείται στην εξέταση να μην είναι κρύο.
- Παρατηρούμε την έκφραση της ασθενούς κατά την διάρκεια της εξέτασης(Bates,1988).

Κολποσκόπηση:

Πριν την εξέταση:

- Ο νοσηλευτής αξιολογεί τις γνώσεις της ασθενούς όσον αφορά την εξέταση.
- Εξηγούνται στην ασθενή οι πληροφορίες που λαμβάνονται με την κολποσκόπηση: 1.άμεση οπτική εικόνα της βλάβης 2.έκταση της βλάβης 3.βιοψία για ιστολογική εξέταση
- Δίδονται στην ασθενή οι αναγκαίες οδηγίες για την ειδική αυτή εξέταση. Η παροχή των κατάλληλων πληροφοριών καθιστά την ασθενή πιο συνεργάσιμη και περιορίζει το φόβο.
 - 1.συνήθως γίνεται στο ιατρείο
 - 2.απαγορεύεται το ντους για 24ώρες προ της εξετάσεως. Το ντους μπορεί να απομακρύνει τις κολπικές εκκρίσεις και να προκληθεί έτσι αλλοίωση της εικόνας.
 - 3.λαμβάνεται ελαφρύ μόνο φαγητό 2-3ώρες προ της εξετάσεως. Αυτό ελαττώνει τον κίνδυνο ναυτίας και εμετού.
 - 4.αναλγητικά αν είναι ανάγκη, χορηγούνται 30-60λεπτά προ της εξετάσεως για την ελάττωση της δυσφορίας.
 5. η ασθενής συνήθως τοποθετείται σε θέση λιθοτομίας

6. η ασθενής αναχωρεί για το σπίτι μετά από βραχεία περίοδο παρατήρησης.

- Καθορίζονται οι παράγοντες που συμβάλλουν στη δυσφορία του ασθενούς, και γίνεται προσπάθεια περιορισμού ή ελαττώσεως τους.

1. η ασθενής πρέπει να ουρήσει προ της εξετάσεως. Αυτή ελαττώνει τη δυσφορία από τη διάταση της ουροδόχου κύστεως.

2. βοηθιέται η ασθενής να λάβει την θέση λιθοτομίας. Η κατάλληλη θέση ελαττώνει την μυϊκή τάση

3. εξασφαλίζεται η διακριτικότητα στην εξέταση

4. ενθαρρύνεται η χρήση μεθόδων χαλαρώσεως και τεχνικών αποσπάσεων της προσοχής, προκειμένου να βοηθηθεί η ασθενής να μη συγκεντρώνεται στο άλγος :

Ä διδάσκεται η βραδεία- ρυθμική θωρακική αναπνοή

Ä διδάσκεται η χρήση των ειδικών εικόνων

Ä εμπλέκεται η ασθενής σε συνομιλία

5. συνίσταται στην ασθενή να λάβει τα συσταθέντα αναλγητικά αν παρουσιαστεί κράμπα ή ερεθισμός ως επακόλουθο της εξετάσεως

μετά την εξέταση:

- συνίσταται στην ασθενή να αποφεύγει τη συνουσία ή να μην τοποθετήσει τίποτα στον κόλπο για 7-14ημέρες μετά την εξέταση. Αυτό έχει την σημασία της αποφυγής εισαγωγής παθογόνων μικροοργανισμών κατά τη διάρκεια επουλώσεως του τραχήλου.

- Ενθαρρύνεται και συνίσταται η ασθενής να λάβει τα προφυλακτικά αντιβιοτικά

- Συνιστώνται στην ασθενή τα ακόλουθα:

1. έλεγχος για παρατεταμένη αυξημένη θερμοκρασία, η οποία είναι ένδειξη λοίμωξης

2. να αναφέρει την παρουσία δύσοσμης κολπικής εκκρίσεως, ή κιτρινοπράσινης έκκρισης η οποία μπορεί να είναι ένδειξη λοίμωξης στο σημείο της βιοψίας

3. να αναφέρει την εμφάνιση, εντόπιση, διάρκεια του κοιλιακού άλγους που μπορεί να είναι ενδεικτικά πυελικής φλεγμονής. Η λοίμωξη είναι σπάνια επιπλοκή της μεθόδου αλλά έχει αναφερθεί.

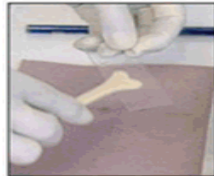
4. να αναφέρει όλα τα σημεία και συμπτώματα της λοιμώξεως(Gulanick,Puzas,Gradishar,2003).

τεστ Παπανικολάου:

- πλύντε τα χέρια σας, βάλτε το χαρτί πάνω στην τράπεζα εξέτασης, καλύψτε το δίσκο με μια πετσέτα, μαζέψτε όλα τα αντικείμενα στο δίσκο
- φέρτε την ασθενή μέσα και ζητήστε δείγμα ούρων εάν έχετε τέτοια εντολή ή να αδειάσει την κύστη
- ζητήστε πληροφορίες και συμπληρώστε το έντυπο της κυτταρολογικής εξέτασης
- εξηγήστε τη διαδικασία, πώς να ξεντυθεί και βοηθήστε την εάν χρειάζεται
- βοηθήστε την στη γυναικολογική θέση και στερεώστε τα πόδια της στους βατήρες
- φωνάξτε τον γιατρό όταν είστε έτοιμη και βοηθήστε στην εξέταση
- ο γιατρός θα καθίσει στο σκαμπό στην άκρη του τραπεζιού και θα φέρει κοντά του την λάμπα, για εξέταση του κόλπου και των ιστών του ορθού. Δώστε του τα γάντια. Βάλτε πάνω από το κολποσκόπιο ζεστό νερό να τρέχει και δώστε την ειδική σπάτουλα στο γιατρό για να πάρει το δείγμα Παπανικολάου. Κρατάτε προσεκτικά το πλακίδιο. Η ενδοτραχηλική βούρτσα χρησιμοποιείται μετά για να πάρουμε επίχρισμα από το εσωτερικό του τραχήλου. Τα πλακίδια για τη συγκεκριμένη περιοχή πρέπει να σημειώνονται ανάλογα σαν κολπικά, τραχηλικά, ενδοτραχηλικά
- αμέσως βάλτε το ειδικό σπρέι στα πλακίδια ή βάλτε διάλυμα αιθέρα ή οινόπνευμα για τη μεταφορά στο εργαστήριο
- δώστε χαρτί στην ασθενή. Πετάξτε όλα τα αντικείμενα μιας χρήσεως που χρησιμοποιήσατε. Αν χρησιμοποιήσατε μεταλλική σπάτουλα βάλτε τη σε κρύο νερό για να μουλιάσει μέχρι που να πλυθεί σωστά και να μπει στον κλίβανο
- βγάλτε τα γάντια και πλύντε τα χέρια σας
- βοηθήστε την ασθενή να καθίσει και να βρεί την ισορροπία της
- πέστε στην ασθενή τότε θα πάρει τα αποτελέσματα και κανονίστε το επόμενο ραντεβού
- Τοποθετήστε τα δείγματα σε ειδική θέση για αποστολή στο εργαστήριο. Καθαρίστε το δωμάτιο και ετοιμάστε το για την επόμενη εξέταση(Keir,Wise,Krebs,1999).



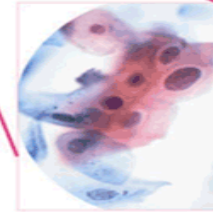
A doctor, nurse or gynaecologist takes a sample of cells from the cervix



The sample is spread on a glass slide and fixed



In a laboratory, it is processed and stained for microscopic analysis by a technician



The Pap smear process

εικόνα 26: νοσηλευτικά παρέμβαση στη διαδικασία λήψη τραχηλικού επιχρίσματος

Βιοψία τραχήλου:

Είναι προτιμότερο να γίνεται σε χρόνο που ο τράχηλος έχει τη λιγότερη αιμάτωση (συνήθως μια εβδομάδα μετά το τέλος της έμμηνης ρύσης)

Πρίν την βιοψία γίνετε ενημέρωση της ασθενούς. Εξηγείται στην άρρωστη η φύση της διαδικασίας. Τοποθετείται σε θέση λιθεκτομής και καλύπτεται και ενημερώνεται ότι δεν θα γίνει καμία αναισθησία γιατί ο τράχηλος δεν έχει υποδοχείς πόνου.

Μετά την βιοψία προτού φύγει η άρρωστη είναι απαραίτητο να ξεκουραστεί για λίγο μετά τη διαδικασία. Δίνονται στην άρρωστη επίσης σχετικές οδηγίες:

- Να αποφεύγει να σηκώνει βαριά αντικείμενα για 24ώρες
- Ο πωματισμός μπορεί να μείνει στη θέση του για 12-24ώρες, ανάλογα με την οδηγία του γιατρού
- Ενδέχεται να παρατηρηθεί αιμορραγία. Αν η αιμορραγία αυτή είναι περισσότερη από ότι σε μια φυσιολογική έμμηνο ρύση, πρέπει να αναφερθεί αμέσως στο γιατρό
- Να πάρει οδηγίες από το γιατρό σχετικά με τις πλύσεις και τις σεξουαλικές της επαφές(αποφεύγονται για αρκετές εβδομάδες μετά τη βιοψία)(Σαχίνη & Πανου,1997).

9.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική θεραπεία:

Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα:

Η τεράστια πρόοδος στη χειρουργική, την αναισθησιολογία και τη τεχνολογία, βελτίωση συσκευών ,εργαλείων που χρησιμοποιούνται στη χειρουργική καθώς και ο έλεγχος των λοιμώξεων και η συμπληρωματικές θεραπείες όπως η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία έκαναν τη φροντίδα του χειρουργημένου αρρώστου περισσότερο πολύπλοκη αλλά και αποτελεσματική. Για τους παραπάνω λόγους σήμερα μπορεί να εξασφαλιστεί στον άρρωστο υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα σε όλες τις φάσεις από την προεγχειρητική περίοδο μέχρι και την πλήρη αποκατάσταση του(Αθανάτου,2004).

Εάν κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας αυτός που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα. Ο φόβος και η ανησυχία του ασθενούς μπορεί να οφείλεται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση , επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης της κατάστασης του καθώς και σε οικονομικά προβλήματα

Μετά τη λεπτομερή λήψη του ιστορικού και τη γυναικολογική εξέταση, ο γυναικολόγος πρέπει να εξηγήσει με κάθε λεπτομέρεια, παρουσία και των δύο συζύγων, τα ευρήματα της εξέτασης, τη φύση της ασθένειας και τους σκοπούς της χειρουργικής επέμβασης και να απαντήσει σε τυχόν ερωτήσεις τους με σκοπό την εξάλειψη του φόβου και του άγχους. Θα πρέπει να ενημερωθούν όχι μόνο για την τρέχουσα βιβλιογραφία, αλλά και για τα αναμενόμενα οφέλη από την επέμβαση, τους κινδύνους και τις επιπλοκές της χειρουργικής επέμβασης, τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας και τι μπορεί να γίνει αν αποτύχει η επέμβαση(Λώλη,2004).

Η νοσηλεύτρια με την λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της, καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα(Μαλαγαρινού & Κωνσταντινίδου,1986).

Σε εγχειρήσεις όπως εγκεφάλου, ακρωτηριασμός άκρου, παρά φύσιν έδρα, υστερεκτομή ο ιατρός επικοινωνεί με τον ασθενή και με τους συγγενείς του. Προκειμένου να γίνει η χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητη η γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς ή των οικείων για τον κίνδυνο να προκύψουν νομικά προβλήματα(Μαλαγαρινού & Κωνσταντινίδου,1986).

Αν η προ χειρουργείο γυναίκα πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, υπέρ ή υποθυρεοειδισμό, καρδιαγγειακά προβλήματα, υπέρταση, αιματολογικές διαταραχές όπως αναιμία, διαταραχή παραγόντων πήξης θα πρέπει να γίνει πρώτα ρύθμιση των ανώτερων παθήσεων και μετά να οδηγηθεί η γυναίκα στο χειρουργείο. Αιματοκρίτης κάτω του 30% πρέπει να βελτιωθεί πριν την εγχείρηση(Λώλη,2004).Όλα αυτά πραγματοποιούνται με σκοπό την μείωση του εγχειρητικού κινδύνου.

Ο εγχειρητικός κίνδυνος είναι η πιθανότητα ανάπτυξης επιπλοκών ή θανάτου που σχετίζεται με την επέμβαση ή την αναισθησία. Η εκτίμηση του εγχειρητικού κινδύνου βασίζεται στην προεγχειρητική εκτίμηση της ασθενούς που περιλαμβάνει την πραγματοποίηση εξετάσεων για την εκτίμηση της λειτουργίας των οργάνων και των συστημάτων της ασθενούς.

Οι παράγοντες που καθορίζουν τον περιεγχειρητικό κίνδυνο είναι οι εξής:

- ◆ Παράγοντες που σχετίζονται με την ασθενή: η ηλικία, η φυλή, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το είδος της χειρουργικής νόσου, τα σύννοδα προβλήματα υγείας, η λήψη φαρμάκων, η γενική φυσική κατάσταση και η κατάσταση θρέψης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που δρουν είτε ανεξάρτητα είτε σε συνδυασμό στη δημιουργία του εγχειρητικού κινδύνου.
- ◆ Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το είδος της εγχείρησης: ο κίνδυνος που σχετίζεται με το είδος της εγχείρησης αναφέρεται στο πόσο επεμβατική είναι η χειρουργική τεχνική και από την ποσότητα του απολεσθέντος αίματος. η ολική υστερεκτομή που ανήκει στην ομάδα μετρίου εγχειρητικού κινδύνου ακολουθείται από θνητότητα <5% επειδή χαρακτηρίζεται από απώλεια αίματος 500-1500κ.ε και επειδή η τεχνική της είναι μέτρια επεμβατική.
- ◆ Μεθοδολογικοί παράγοντες διαφορών περιεγχειρητικής θνητότητας: οι μεγάλες διαφορές στην περιεγχειρητική θνητότητα μεταξύ διαφορετικών κέντρων ανακλούν τα διάφορα χαρακτηριστικά των ασθενών, τις διαφορετικές τεχνικές ,τη διαφορετική αντιμετώπιση από τους χειρουργούς
- ◆ Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την αναισθησία: η εμπειρία και η γνώση του αναισθησιολόγου για τα μυοχαλαρωτικά και άλλα φάρμακα επηρεάζουν σημαντικά τον εγχειρητικό κίνδυνο.
- ◆ Επείγουσα ή προγραμματισμένη επέμβαση: η επείγουσα επέμβαση έχει εγχειρητικό κίνδυνο 2-5φορές μεγαλύτερο σε σχέση με την προγραμματισμένη. Αυτό γιατί οι ασθενείς είναι συχνά υποογκαιμικοί και οι νεφροί, ο εγκέφαλος και

η καρδιά τους κινδυνεύει από υποάρδευση, έχουν συχνά γεμάτο στομάχι και κατά συνέπεια αυξημένο κίνδυνο για εισρόφηση και τέλος παρουσιάζουν ηλεκτρολυτικές και οξεοβασικές διαταραχές(Πεκτασίδης & Δημόπουλος,2001).

Προεγχειρητική μελέτη του αρρώστου:

Ηλικία: τα ηλικιωμένα άτομα αντιδρούν με βραδύτερο ρυθμό στις τραυματικές βλάβες και αυτές είναι λιγότερο εμφανείς. Χρόνια νοσήματα όπως αναπνευστικά επιβραδύνουν την μετεγχειρητική κατάσταση του αρρώστου και πρέπει να αντιμετωπιστούν έγκαιρα.

Παχυσαρκία: προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως διαπύηση τραύματος, εκσπλάχνωση, θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονικές επιπλοκές. Τα άτομα αυτά δεν αντέχουν στην αφυδάτωση και παρουσιάζουν ευκολότερα shock.

Θρέψη-υδατοηλεκτρολυτική ισορροπία: η καλή θρέψη και ενυδάτωση στην προεγχειρητική περίοδο είναι απόλυτα αναγκαία., διότι βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο του αζώτου και την ελλιπή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών χωρίς σοβαρές επιπτώσεις. Οι άρρωστοι με κακή θρέψη έχουν μειωμένη αντοχή στο χειρουργικό stress και είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις διότι μειώνεται η αντίσταση του οργανισμού, ευκολότερα παρουσιάζουν shock και αιμορραγία λόγω της υποπρωτεϊναιμίας. Καθυστερεί επίσης η επούλωση του τραύματος από την ελάττωση της πρωτεΐνης και της βιταμίνης C. Για αυτό η αναπλήρωση τους θεωρείται αναγκαία. Ο έλεγχος των ηλεκτρολυτών, η ανάταξη υπάρχουσας αναιμίας και η διόρθωση τους είναι από τα σοβαρότερα που πρέπει να προηγούνται της επέμβασης.

Φάρμακα: αν ο άρρωστος παίρνει φάρμακα όπως κορτικοειδή, διουρητικά αντιβιοτικά κρίνεται αν πρέπει ή όχι να συνεχιστούν ή μειωθούν ανάλογα με την περίπτωση για την πρόληψη συνέργειας ή παρενέργειας(Αθανάτου, 2004).

Η φροντίδα του χειρουργικού ασθενούς, ή περιεγχειρητική φροντίδα όπως τη λέμε μπορεί να διαιρεθεί σε 3 μέρη:

- Προεγχειρητική (πριν τη χειρουργική επέμβαση)
- Διεγχειρητική (κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβαση μέσα στο χειρουργείο)
- Μετεγχειρητική (μετά το χειρουργείο) (Hegner,Caldwell,Needham,1999).

9.3.1 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η προεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που σχεδιάζεται η χειρουργική επέμβαση για τον ασθενή. Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας αρχίζουν από την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο (Hegner et al., 1999).

Σκοπός της είναι:

- Η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του αρρώστου
- Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με τη μείωση των πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού του αρρώστου
- Η πρόληψη επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσης (Αθανάτου, 2004).

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

Την τόνωση του ηθικού: Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ξοδέψει αρκετό χρόνο βοηθώντας τον ασθενή να αντιμετωπίσει το συναισθηματικό στρες. Όλα τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας πρέπει να είναι ευαίσθητα και να ανταποκρίνονται στις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς (Hegner et al., 1999).

Σε περίπτωση που πρόκειται η ασθενής να υποβληθεί σε υστερεκτομή η ασθενής και ο σύντροφος της πρέπει να πληροφορηθεί σχετικά με την απώλεια της ικανότητας αναπαραγωγής. Σε ορισμένες γυναίκες η ανάγκη για υστερεκτομή θα παρουσιαστεί αφού έχουν ήδη αποκτήσει παιδιά. Υπάρχει όμως και αντίθετη της ανώτερης περίπτωσης. Εδώ έχει μεγάλη σημασία να συζητήσει η γυναίκα με το σύντροφο της για την αδυναμία τους να αποκτήσουν παιδιά και να αναζητήσουν άλλο τρόπο δημιουργίας οικογένειας. Ο θυμός, η σύγχυση και η θλίψη για την στειρότητα μπορεί να διαταράξει τις σχέσεις με το σύντροφο, τους φίλους, την οικογένεια και τις πηγές υποστήριξης. Για τους λόγους αυτούς η ασθενής παραπέμπεται στον κατάλληλο θεραπευτή (Gulanick et al., 2003).

Σημαντικό ρόλο παίζει η υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων. Μερικές γυναίκες είναι ικανές να αποδεχτούν την υστερεκτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου τους και τις σεξουαλικές τους ανάγκες. Άλλες διατηρούν αμφιβολίες για την απώλεια και η προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψη τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Άλλες πάλι μπορεί να παρουσιάζουν κατάθλιψη και άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια αν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη (Σαχίνη & Πάνου, 1997).

Τόνωση σωματική: Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα ,άλατα, βιταμίνες και φτωχή σε λίπη. Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού, σε εξασθενημένα άτομα καθώς και σε άτομα που θα υποστούν μεγάλη χειρουργική επέμβαση , ή εγχείρηση κατά την οποία ο ασθενής για μεγάλο χρονικό διάστημα δε θα τρέφεται από το στόμα, γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού(αίματος, ηλεκτρολυτών)

Ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους εμετούς. Για αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι ο ασθενής βοηθιέται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως shock,ναυτία,δίψα(Μαλαγαρινού & Κωνσταντινίδου,1986).

Ιατρικές εξετάσεις: η συνήθης προεγχειρητική εργαστηριακή εκτίμηση περιλαμβάνει τη γενική εξέταση αίματος, γενική εξέταση ούρων, Η.Κ.Γ(αν το άτομο είναι μεγαλύτερο των 60 ετών) και μελέτες της πήκτικότητας του αίματος (αν ο κίνδυνος για αιμορραγία είναι υψηλός)(Engram,2001).Επίσης πρέπει να στέλνεται στην αιμοδοσία διασταύρωση αίματος, μήπως απαιτηθεί μετάγγιση κατά την διάρκεια της εγχείρησης. Ο γυναικολόγος πρέπει με πολλή περίσκεψη να αποφασίσει τη μετάγγιση, λαμβάνοντας υπόψη τους κινδύνους μετάδοσης ασθενειών όπως ηπατίτιδα, AIDS, ελονοσία μολονότι σήμερα οι έλεγχοι είναι σχολαστική(Λώλη,2004).Για την πρόληψη μετεγχειρητικών λοιμώξεων, μπορεί να χορηγηθεί λίγο πριν την εγχείρηση Ε.Φ αντιβιοτικά(Engram,2001).Μερικοί άνθρωποι είναι αλλεργικοί σε ορισμένα αντιβιοτικά και για αυτό είναι σημαντικό να λέγετε εκ των προτέρων στον γιατρό αν έχει η ασθενής αλλεργία σε κάποιο φάρμακα(Γουέστ,2000).Πραγματοποιείται εξέταση αιμοσφαιρίνης και αντιμετώπιση αναιμίας αν υπάρχει, ενδοφλέβια πνευλογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί), διακοπή αντισυλληπτικών δισκίων και ακτινογραφία θώρακος(Σαχίνη & Πάνου,1997).

Καθαριότητα του ασθενούς:

■ Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

Με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα δε συνιστάται η λήψη καθαρτικών γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου.

Με καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχείρησης. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέος εντέρου(Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου,1986).Διαφορετικά είναι δυνατόν με τη νάρκωση η οποία προκαλεί μυϊκή χάλαση να έχει η άρρωστη ακούσια κένωση πάνω στο χειρουργικό τραπέζι με δυσμενή επακόλουθα. Επίσης προλαμβάνεται η συλλογή αερίων και επομένως η μετεγχειρητική διάταση του εντέρου(Αθανάτου,2004).Επίσης κολπική πλύση με αντισηπτικό σε κολπική υστερεκτομή(σπάνια σε κοιλιακή υστερεκτομή) γίνεται συνήθως το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης(μετά από ιατρική οδηγία)(Σαχίνη & Πάνου,1997).

■ Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς

Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθατο δέρμα.

Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου: Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Για την αποφυγή αύπνιας και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγούνται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικά και υπνωτικά φάρμακα. Προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών(Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου,1986).Η βαθιά αναπνοή και ο βήχας καθαρίζουν τις αεροφόρους οδούς, Έτσι μπορεί να προληφθούν αναπνευστικές επιπλοκές όπως πνευμονία, ατελεκτασία. Οι ασκήσεις των ποδιών εκτελούνται μετά τη χειρουργική επέμβαση και διευκολύνουν την καλή κυκλοφορία. Αυτό βοηθά στο να προληφθούν άλλες σοβαρές επιπλοκές της μετεγχειρητικής περιόδου όπως η δημιουργία θρόμβων αίματος(Hegner et al.,1999).

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία: είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις (Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου,1986).

Πριν την χειρουργική επέμβαση ο νοσηλευτής:

- Καταγράφει τα ζωτικά σημεία
- Φυλάει τα πολύτιμα αντικείμενα της ασθενούς σύμφωνα με την πολιτική του νοσοκομείου.
- Αφαιρεί την οδοντοστοιχία της ασθενούς και οποιοδήποτε άλλο τεχνητό μέλος όπως γυαλιά. Ελέγχει ότι αυτά είναι ασφαλισμένα και σημειωμένα με το όνομα της ασθενούς(Hegner et al.,1999). Η οδοντοστοιχία λόγω της μυικής χάλασης από την νάρκωση είναι δυνατόν να μετακινηθεί και να αποφράξει την αναπνευστική οδό με σοβαρές συνέπειες ασφυξίας και θανάτου ενώ τα γυαλιά και οι φακοί μπορεί να σπάσουν και να τραυματίσουν την άρρωστη και επίσης αφαιρούνται για τον εύκολο έλεγχο της κόρης του ματιού κατά την νάρκωση
- Αφαιρεί τη βαφή των νυχιών, το μαικ απ, τσιμπιδάκια για τα μαλλιά , κοσμήματα. Γίνετε έλεγχος από τα σημεία αυτά για τη καλή ή κακή οξυγόνωση της αρρώστου. Η κυάνωση των νυχιών και των χειλέων είναι κριτήριο κακής οξυγόνωσης. Τα κοσμήματα αφαιρούνται γιατί μπορεί να έρθουν σε επαφή με το μεταλλικό πλαίσιο της χειρουργικής τράπεζας και να προκληθεί έγκαυμα από τη διαθερμία. Τα τσιμπιδάκια αφαιρούνται για την πρόληψη τραυματισμού(Αθανάτου,2004).
- Ντύνει την ασθενή με ρόμπα και καλύπτει τα μαλλιά της με το χειρουργικό κάλυμμα κεφαλής.
- Βλέπει αν η ασθενής έχει ουρήσει και μετράει τα ούρα της. (Hegner et al.,1999).Σε γυναικολογικές επεμβάσεις τοποθετείται προεγχειρητικά καθετήρας για τον κίνδυνο τρώσης της κύστης κατά την εγχείρηση γειτονικών οργάνων.

9.3.2Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Κατά τη διάρκεια της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου ο ασθενής ανανήπτει από την αναισθησία. Σε αυτή την περίοδο η ασθενής τοποθετείται σε ειδικό χώρο που ονομάζεται αίθουσα ανάνηψης(Hegner et al.,1999).Οι νοσηλεύτρια και ο αναισθησιολόγος θα ελέγξουν για να βεβαιωθούν ότι αναπνέει καλά. Μετά την εγχείρηση θα συνεχιστεί για λίγη ώρα η χορήγηση οξυγόνου, διότι τα αναισθητικά και τα αναλγητικά τείνουν να μειώνουν τα φυσιολογικά επίπεδα οξυγόνου στο αίμα. Ο καθετήρας που τοποθετήθηκε στην ουροδόχο κύστη κατά τη διάρκεια της επέμβασης για να τη διατηρεί άδεια, μπορεί να παραμείνει σε περίπτωση που δυσκολεύεται να

ουρήσει μόνη της. Στην πληγή μπορεί να έχει τοποθετηθεί μια παροχέτευση ώστε να μετράτε η ποσότητα του αίματος που τυχόν χάνετε μετά την εγχείρηση και να εμποδίζεται η συσσώρευση του στην πύελο της ασθενούς(Γουέστ,2000).

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που η ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάσταση της

Σκοπός της είναι:

- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο
- Τη διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών
- Την πρόληψη κατακλίσεων και παραμορφώσεων
- Τη βοήθεια να ανεξαρτητοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων το

συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του(Αθανάτου,2004).

Αυτή συγκεκριμένα περιλαμβάνει:

- 1.Την προφύλαξη της ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά της από το χειρουργείο στο θάλαμο.
- 2.Την κατάλληλη τοποθέτηση της αρρώστου στο κρεβάτι. Η θέση της ασθενούς στο κρεβάτι καθορίζεται από το είδος της εγχειρήσεως την οποία έκανε, καθώς και από το είδος της ναρκώσεως που πήρε. Η πιο συνήθης θέση της ασθενούς αμέσως μετά την εγχείρηση είναι η ύπτια με το κεφάλι στραμμένο πλαγίως
- 3.Τον έλεγχο της καταστάσεως του τραύματος και την παρακολούθηση του
- 4.Την παρακολούθηση της ασθενούς μέχρι την αφύπνιση της. Εδώ η προφύλαξη ή η προστασία της αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων αποτελεί καθήκον της νοσηλεύτριας.
- 5.Τη σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα εάν η ασθενής φέρει κάποιο από αυτά.
- 6.Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- 7.Την ανακούφιση του αρρώστου με την καλή νοσηλευτική φροντίδα από τον πόνο και άλλες δυσκολίες από τις οποίες υποφέρει κυρίως τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.
- 8.Τη φροντίδα του τραύματος(Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου,1986).

9.3.3Μετεγχειρητικές δυσχέρειες:

Πόνος

- Ελέγξτε την περιοχή για ερυθρότητα, οίδημα, αυξημένη θερμοκρασία, υπερβολική πίεση της περιόδου.
- Ελέγξτε τις παροχετεύσεις μήπως ασκούν πίεση στο τραύμα.
- Συστήστε την άρρωστη να αλλάζει συχνά θέση και κάνετε ελαφρό μασάζ σε περιοχές που πιέζονται.
- Χορηγήστε αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με της ιατρικές οδηγίες.

Ναυτία-έμετοι

- Έχετε κοντά της νεφροειδές και χαρτοβάμβακο. Απομακρύνεται έγκαιρα τον εμετό, φροντίστε το στόμα της και τις μαξιλαροθήκες ή τα σεντόνια αν έχουν λερωθεί.
- Γυρίστε το κεφάλι πλάγια όταν είναι σε ύπτια θέση, για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων και απόφραξης της αναπνευστικής οδού.
- Συστήστε στην άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές για να αποβληθεί το αναισθητικό φάρμακο.
- Χορηγείστε αντιεμετικά με ιατρική οδηγία.

Δίψα

- Χορηγείστε υγρά παρεντερικά, είδος ,ποσόν, ρυθμός σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Δώστε να φροντίσει το στόμα της και να κάνει γαργάρες με αντισηπτικό διάλυμα.

Διάταση εντέρου

- Συστήστε στην άρρωστο να σηκωθεί από το κρεβάτι για την υποβοήθηση κινητικότητας του εντέρου.
- Με την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα προεγχειρητικά συνήθως προλαμβάνεται το πρόβλημα(Αθανάτου,2004).
- Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται μέχρι ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.
- Ακρόαση της κοιλίας για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού
- Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός(Σαχίνη & Πάνου,1997).

Διάταση κύστεως

- Φυσικά μέσα: άνοιγμα της βρύσης. Ο θόρυβος του νερού επηρεάζει αντανακλαστικά την ουρήθρα. Το χύσιμο χλιαρού νερού στο περίνεο , προκαλεί μυική χάλαση
- Εάν η επίσχεση επιτείνεται τότε γίνεται καθετηριασμός κύστεως(Αθανάτου 2004).
- τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα αν δόθηκε εντολή γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Δύνατο να τοποθετηθεί υπερηβικός καθετήρας. Ο καθετήρας αφαιρείται με οδηγία του γιατρού μετά από 5ημέρες. Ο καθετηριασμός της κύστης γίνεται αν η άρρωση δεν έχει καθετήρα και δεν ουρήσει για 8ώρες ή αισθάνεται δυσφορία σε διαπίστωση υπολείμματος η άρρωση καθετηριάζετε μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη(Σαχίνη & Πάνου,1997).

Λόξυγκας

- Αντιμετωπίζεται με πολύ κρύο ή ζεστό νερό ή άλλο πώμα με προσοχή να μην πνιγεί η άρρωση την ώρα του λόξυγκας καθώς και με φάρμακα

Δυσκοιλιότητα

- Έγκαιρη έγερση για την αύξηση περισταλισμού του εντέρου
- Λήψη υγρών που ενυδατώνει την άρρωση και διατηρεί το περιεχόμενο του εντέρου μαλακό
- Χορήγηση τροφής προοδευτικά που αυξάνει τον περισταλισμό όπως τροφές που αφήνουν υπόλειμμα

Ανησυχία-δυσφορία

- Ελέγχετε τη λειτουργία των παροχετεύσεων και το τραύμα.
- Βοηθήστε την να εκφράσει τις ανησυχίες της.
- Διατηρείστε τον άρρωστο στεγνό και καθαρό.
- Εξασφαλίστε ήρεμο περιβάλλον περιορίστε τους θορύβους(Αθανάτου,2004).

9.3.4Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Shock ή καταπληξία: Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

- Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι της άρρωστης και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.

- Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από εντολή ιατρού.

Αιμορραγία:

- Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική η νοσηλεύτρια τοποθετεί αν είναι δυνατό, πιεστικό επίδεσμο στο μέλος του σώματος που αιμορραγεί.
- Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική κάνει ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα για τον ασθενή που αιμορραγεί.
- Αν η αιμορραγία είναι υπερβολική ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση. Ορισμένες φορές η άρρωστη παρακολουθείται στενά γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μην χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.

Πνευμονία, ατελεκτασία: Αυτές οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα της ασθενούς από τις βλεννώδης εκκρίσεις κατά τη νάρκωση και απονάρκωση του.

- Έγκαιρη τοποθέτηση της ασθενούς σε ανάρροπη θέση.
- Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει.
- Περιποίηση στόματος και αντισηψία στοματοφάρυγγα.

Θρομβοφλεβίτιδα:

- Παρακολουθείται η κυκλοφορία των κάτω άκρων, χρώμα και θερμοκρασία.
- Εφαρμόζεται αντιεμβολικός επίδεσμος . Αφαιρείται δύο φορές ημερησίως για την επιθεώρηση του δέρματος και εφαρμογή λοσιόν.

Διάνοιξη τραύματος:

- Παρακολουθούνται η εμφάνιση των χειλέων του τραύματος κατά τη διάρκεια της κάθε αλλαγής.
- Αν παρατηρηθεί διάνοιξη καλύπτεται η τομή με αποστειρωμένη γάζα εμποτισμένη με διάλυμα φυσιολογικού ορού προκειμένου να προστατευθεί η περιοχή. Ενημερώνεται ο ιατρός

Λοίμωξη:

- Ενημερώνεται ο ιατρός αν παρατηρηθούν τα ακόλουθα: Το τραύμα γίνεται ερυθρό με πυώδες έκκριμα, έντονος ερεθισμός του τραύματος και αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων πέραν του φυσιολογικού. Λαμβάνεται δείγμα υλικού από το τραύμα για καλλιέργεια και δοκιμασία ευαισθησίας στα αντιβιοτικά.
- Αν ο πυρετός είναι υψηλός χορηγούνται αντιπυρετικά.

- Χορηγούνται αντιβιοτικά.
- Συχνή αλλαγή των επιδέσμων του τραύματος.

Παραλυτικός ειλεός: Παρατεταμένη διάταση του εντέρου εξαιτίας συγκεντρώσεως σε αυτό υγρών και αερίων.

- Ενημερώνεται ο ιατρός αν παρατηρηθούν αναστολή των ήχων του παχέος εντέρου συνοδευόμενη από προοδευτική διάταση της κοιλίας, ναυτία, έμετο ή αυξημένη δυσφορία.
- Η γαστρική αποσυμπίεση με το ρινογαστρικό σωλήνα διευκολύνει την ανάπαυση του παχέος εντέρου(Engram,2001).

9.3.5 Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο-διδασκαλία:

Εφόσον η γυναίκα έχει υποστεί υστερεκτομή η νοσηλεύτρια πρέπει να την ενημερώσει σχετικά με κάποια θέματα με την έξοδο της από το νοσοκομείο.

Συνιστώνται τα εξής:

- ❌ Αποφυγή της σεξουαλικής πράξεως μέχρι ότου επιτραπεί από τον ιατρό, συνήθως δεβδομάδες. Τούτο είναι απαραίτητο για την επούλωση του κόλπου.
- ❌ Αποφεύγονται το ντους και το αφρώδες μπάνιο. Γίνεται πλύσιμο σαν βροχή για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου κολπικής λοιμώξεως.
- ❌ Αποφεύγονται επίπονες δραστηριότητες, παρατεταμένη ορθοστασία και κάθισμα ή οδήγηση και η ανύψωση για δεβδομάδες προς αποφυγή συμφορήσεως της πυέλου
- ❌ Ενημερώνεται ο ιατρός αν παρατηρηθούν εκδηλώσεις λοιμώξεως : πυρετός, δύσοσμο κολπικό έκκριμα, ερεθισμός και πυώδες κολπικό έκκριμα
- ❌ Χορηγείται δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες
- ❌ Για την πρόληψη της οστεοπορώσεως χορηγούνται τροφές πλούσιες σε ασβέστιο ή συμπληρωματικώς ασβέστιο με βιταμίνη D
- ❌ Βραδεία επάνοδος στις δραστηριότητες
- ❌ Αν υπάρχουν συμπτώματα εμμηνοπαύσεως χορηγούνται οιστρογόνα. Τα οιστρογόνα ελέγχουν τα συμπτώματα(Engram,2001).
- ❌ Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κολπική έκκριση που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητα της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει

- ❌ Βοήθεια της άρρωστης στο σχεδιασμό ενός προγράμματος δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σε ένα μήνα. Μετά από 2μήνες 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
- ❌ Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα κατά την περίοδο της ανάρρωσης αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά αλλά δεν διαρκούν πολύ.
- ❌ Παρακολούθηση του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινοεργαστηριακού ελέγχου για 5χρόνια(Σαχίνη & Πάνου,1997).

Ενημέρωση σχετικά με ειδικά θέματα σε ασθενή που έχει υποβληθεί σε υστερεκτομή:

Σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάσταση μπορεί να επιβάλλει και αφαίρεση ωοθηκών: ορμονική θεραπεία υποκατάστασης. Ανέφερε και επεξηγεί τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της θεραπείας υποκατάστασης:

Πλεονεκτήματα:

Προστασία από:

- 🌍 Οστεοπόρωση και καρδιακή νόσο(οι γυναίκες με εμμηνόπαυση προκαλούμενη εκ της εγχειρήσεως μπορεί να έχουν υψηλότερο κίνδυνο για οστεοπόρωση από ότι η γυναίκες με φυσική εμμηνόπαυση)
- 🌍 Της απώλεια μαστικού ιστού
- 🌍 Την απώλεια μυϊκού τόνου(ειδικότερα την υποστήριξη της ουροδόχου κύστεως από τον κόλπο)
- 🌍 Την απώλεια της ακεραιότητας του δέρματος
- 🌍 Την ανάπτυξη τριχώσεων του προσώπου
- 🌍 Τις απότομες αλλαγές διάθεσης και την πρόληψη ή ανακούφιση από την αϋπνία και την ατροφία του κόλπου

Μειονεκτήματα:

- 🌍 Φουσκώματα
- 🌍 Ακμή
- 🌍 Πιθανότητα για αύξηση της αρτηριακής πίεσης και διαταραχής της πήκτικότητας του αίματος.

Συζητούνται οι πιθανές αλλαγές στη σεξουαλική ανταπόκριση μετά την υστερεκτομή. Σπουδαίο ρόλο παίζει η ασθενής να συζητήσει τις επιδράσεις που μπορεί να έχει η υστερεκτομή στην προσωπική εμφάνιση και σεξουαλική ζωή. Μετά την αφαίρεση της μήτρας μπορεί να μεταβληθεί η αντίληψη της σεξουαλικής απολαύσεως. Αυτό όμως δεν συνεπάγεται απώλεια της σεξουαλικής λειτουργίας, αλλά μόνο την μεταβολή της. Με άλλα λόγια για τις γυναίκες που παρουσιάζουν άλγος κατά την συνουσία, μεγάλη αιμορραγία ή άλλα προβλήματα τα οποία επηρεάζουν την σεξουαλική ανταπόκριση πρέπει να τονιστεί ότι η σεξουαλική λειτουργία μπορεί να βελτιωθεί μετά την υστερεκτομή(Gulanick et al.,2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο

10:Νοσηλευτική φροντίδα κατά τις διάφορες θεραπευτικές μεθόδους.

10.1 Ο ρόλος του ασθενή σε ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία:

Η αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο είναι τόσο οξεία ώστε χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη στο στρες της διάγνωσης και στο στρες της θεραπείας. Οι επιπλοκές της θεραπείας είναι πολύ διαφορετικές από αυτές της διάγνωσης.

Η χειρουργική επέμβαση συνήθως φαίνεται σαν αναγκαίο κακό και η σκέψη ότι ο καρκίνος θα αφαιρεθεί είναι συχνά μια ανακούφιση αλλά η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν έχουν πάντα τέτοια καλά αποτελέσματα παρ' όλο που το εισιτήριο για ένα κρεβάτι στο Ακτινοθεραπευτικό τμήμα , η πράξη της συνταγογραφίας της χημειοθεραπείας μπορεί να λειτουργήσει σαν ένα μήνυμα ότι υπάρχει ακόμα ελπίδα και ότι ο άρρωστος δεν έχει εγκαταλειφθεί(Μπερμπέας,1991).

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλασματος. Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών όπως ο μυελός των οστών που είναι πολύ δραστήρια είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά (Μαγαρινού & Κωνσταντινίδου,2005).

Η χημειοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με χειρουργική θεραπεία και ακτινοθεραπεία ή και με τις 2 με σκοπό α) να μειώσει το μέγεθος όγκου προεγχειρητικά και β) να καταστρέψει κακοήθη κύτταρα που απέμειναν μετά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου.

Τα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα μέσα σε έναν όγκο κύτταρα είναι τα πιο ευαίσθητα στα χημειοθεραπευτικά μέσα. Τα λιγότερο ευαίσθητα και επομένως τα δυνητικά επικίνδυνα είναι τα κύτταρα που δεν διαιρούνται είναι όμως ικανά για μελλοντική ανάπτυξη. Σε αυτά χρησιμοποιούνται επαναλαμβανόμενοι κύκλοι χημειοθεραπείας ώστε να θανατώνονται αυτά τα κύτταρα όταν εισέρχονται σε φάση ενεργού αύξησης (Σαχίνη & Πάνου,1997).

Για να εφαρμοστεί η χημειοθεραπεία πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις κυρίως:

1. Να έχει ελεγχθεί η κατάσταση του μυελού των οστών

2. Να μην υπάρχουν λοιμώξεις (η καταπολέμηση τους πρέπει να προηγηθεί)
3. Να είναι καλή η λειτουργία των νεφρών και του ήπατος.

ΑΠΟΛΥΤΗ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ είναι η κύηση.

Και πάνω από όλα να δεχθεί ο άρρωστος να του γίνει η χημειοθεραπεία(Μπερμπέας,1991).

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να χορηγηθούν:

- Από το στόμα
- Ενδοαγγειακά (ενδοφλέβια, ενδαρτηριακά)
- Ενδομυικά
- Με έγχυση στο νεόπλασμα
- Με έγχυση σε κοιλότητα (ενδοπεριτοναϊκή, ενδοπεριτοναϊκή, ενδορραχιαία) (Μαλαγρινού & Κωνσταντινίδου,2005).

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παρουσιάζουν αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες δεν είναι τίποτα άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

Συνηθέστερες παρενέργειες είναι ναυτία, έμετοι, διάρροιες, ανορεξία, στοματίτιδα, αλωπεκία (τριχόπτωση), αύξηση θερμοκρασίας. Ιδιαίτερα αναφέρεται η μυελοτοξικότητα (καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών) που εκδηλώνεται με λευκοπενία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση (Αθανάτου2004).

Νοσηλευτική φροντίδα

Σημαντικό ρόλο παίζει ο νοσηλευτής πριν της χημειοθεραπείας. Η πληροφόρηση-εκπαίδευση που ο νοσηλευτής μέσω του ρόλου του θα δώσει πληροφορίες για τη χημειοθεραπεία και τα αποτελέσματα της και θα δώσει το χρόνο στον άρρωστο να συνηθίσει στην ιδέα της χημειοθεραπείας και της σημασίας της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη και άγχος του(Μπερμπέας,1991).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Αντιμετωπίζετε τους εμετούς και την διάρροια με αντιεμετικά, αντιδιαρροϊκά φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Εκτιμάτε τις απώλειες υγρών και ηλεκτρολυτών και φροντίστε για την αντικατάστασή τους.

- Ελέγχετε την κατάσταση της στοματικής κοιλότητας γιατί οι άρρωστοι αυτοί παρουσιάζουν στοματίτιδα.
- Μην παραμελείτε τη φροντίδα του στόματος ιδιαίτερα μετά από έμετο και σε στοματίτιδα. Ενημερώνετε τον άρρωστο για τη σημασία της φροντίδας του στόματος με μαλακή οδοντόβουρτσα για την πρόληψη τραυματισμού και αιμορραγίας.
- Μετράτε τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος παίρνει διουρητικά φάρμακα.
- Παρακολουθείτε το χρώμα των ούρων και των κοπράνων για πιθανή αιμορραγία ή μέλαινα κένωση.
- Χορηγείτε δίαιτα πλούσια σε υδαάνθρακες και λευκώματα
- Προστατεύετε τον άρρωστο από τραυματισμούς και μολύνσεις κατά τη νοσηλεία και γενικά από λοιμώξεις. Είναι επιρρεπής σε αυτά λόγω μειωμένης αντίστασης του οργανισμού.
- Εξασφαλίζετε στην άρρωστη ανάπαυση, ψυχική ηρεμία και άνεση περιβάλλοντος.
- Προετοιμάζετε την ψυχολογικά όταν με το θεραπευτικό σχήμα που πρόκειται να κάνει θα έχει το πρόβλημα της αλωπεκίας. Βεβαιώστε την ότι το τριχωτό της κεφαλής θα επανέλθει στο φυσιολογικό με την πάροδο του χρόνου. Υποδείξτε τρόπους αντιμετώπισης π.χ χρήση περούκας(Αθανάτου, 2004).

10.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία:

Η ακτινοβολία χρησιμοποιείται για την οριστική ή ανακουφιστική θεραπεία των καρκινοπαθών(Engram,2001). Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό της σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως(Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου,2005).Η ανακουφιστική θεραπεία εφαρμόζεται σε περιπτώσεις μη χειρουργήσιμων όγκων για την ανακούφιση από το άλγος και για την σμίκρυνση του όγκου προκειμένου να ανακουφισθούν τα συμπτειζόμενα παρακείμενα όργανα.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί εσωτερικώς ή εξωτερικώς γεγονός το οποίο εξαρτάται από τον τύπο και τη θέση εντοπίσεως του καρκίνου(Σαχίνη & Πάνου,1997).

Μέθοδοι εφαρμογής της ακτινοθεραπείας:

Ως τηλεθεραπεία: Το είδος της τηλεθεραπείας που επιλέγεται εξαρτάται από το βάθος του όγκου που ακτινοβολείται. Τα μηχανήματα χιλιοτάσης ελευθερώνουν τη μέγιστη δόση ακτινοβολίας σε επιφανειακούς όγκους όπως δέρματος, μαστού.

Εξωτερική: Τα ραδιοϊσότοπα μέσα σε θήκη εφαρμόζεται απευθείας πάνω σε επιφάνεια δέρματος ή βλεννογόνου.

Ενδοκοιλοτικά: Το ραδιοϊσότοπο εισάγεται μέσα σε κοίλο όργανο ή σε υπάρχουσες κοιλότητες του σώματος .

Με εμφύτευση: Ραδιοϊσότοπα μέσα σε προστατευτικές θήκες που μπορεί να έχουν μορφή κάψουλας εμφυτεύονται μέσα σε ορισμένους όγκους. Μένουν μόνιμα μέσα στον ιστό ή αφαιρούνται μετά ορισμένο χρόνο.

Με ένεση κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσότοπου μέσα στο νεοπλασματικό ιστό.

Εσωτερική από το στόμα ή ενδοφλέβια(Σαχίνη & Πάνου,1997).

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και των τεχνικών, που εφαρμόζονται δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων. Αυτή η βλάβη εκδηλώνεται με τις ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσιάζονται κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας. Οι συστηματικές ανεπιθύμητες αντιδράσεις μπορεί να παρατηρηθούν μακράν της ακτινοβολούμενης περιοχής και περιλαμβάνει ναυτία, έμετο, κακουχία και κόπωση. Οι τοπικές ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να προκληθούν από την ακτινοβολία και αφορούν στα όργανα και στους ιστούς που βρίσκεται εντός του θεραπευτικού πεδίου (Engram,2001).

Πιο συγκεκριμένα οι ανεπιθύμητες ενέργειες διακρίνονται σε *πρώιμες* και *όψιμες*.

Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες:

Ακτινοδερματίτιδα: Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Οι μορφές της είναι 1)ερυθηματώδης (ερυθρότητα, το δέρμα ξηραίνεται γίνεται στεγνό και μπορεί να παρουσιάσει ρωγμές.2)Φυσαλιδώδης (σε έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας) 3)Εσχαροποίηση (επώδυνη ερυθρότητα, οίδημα δέρματος, φυσαλίδες που σπάζουν)

Καταστολή του μυελού των οστών: με αποτέλεσμα την ελάττωση λεμφοκυττάρων, πολυμορφοπύρηνων, ερυθρών,αιμοπεταλίων.

Βλάβη του βλενογόνου των οργάνων

Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες :

Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος

Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών

Βλάβη γεννητικών αδένων(στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους

Αλωπεκία

Αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού(καταρράκτης) (Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου,2005).

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Ενημέρωση μέσα σε λογικά όρια του αρρώστου για τη φύση , το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
- Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανές ανάγκες για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρηση του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία,
- Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπιση τους όταν εκδηλωθούν(Σαχίνη & Πάνου,1997).

Νοσηλευτική παρέμβαση:

Σε ακτινοδερματίτιδα:

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολεί
- Απαγορεύεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών
- Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό
- Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

Καταστολή μυελού των οστών:

- Επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγηση του γιατί είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς.

Ναυτία, έμετοι, απώλεια βάρους ,ανορεξία:

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου

- Φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου όταν ο άρρωστος έχει περιορισμένες δυνατότητες να τις καλύψει μόνος του.

- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του

Διάρροια:

- Χορηγούνται αντιδιαρροϊκα φαρμακα

- Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν την διάρροια

- Χορηγείται ειδική δίαιτα(τροφές χωρίς υπολλείματα)(Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου,2005).

10.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή που υποβάλλεται σε ραδιοθεραπεία:

Ακτινοβολία εκπέμπουν και τα ραδιενεργά ισότοπα τα οποία όταν εισέρχονται στον οργανισμό δημιουργούν φαινόμενα ιονισμού. Τα φαινόμενα του ιονισμού προκαλούν χημικές και βιολογικές αντιδράσεις οι οποίες καταστέλλουν ή και καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα επειδή αυτά είναι πολύ περισσότερο ευαίσθητα στις ακτινοβολίες αυτές από τα λοιπά υγιή κύτταρα.(Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου,1986).

Τα ραδιενεργά που χρησιμοποιούνται στην ενδοτραχηλική ακτινοβολία είναι το ράδιο και το καίσιο.

Στο χειρουργείο κάτω από γενική αναισθησία γίνεται εξέταση της άρρωστης και εισάγονται ειδικοί υποδοχείς (κεντρικοί σωλήνες και ωοειδής θήκες) χωρίς τη ραδιενεργή ουσία. Μετά ακτινολογικό έλεγχο, για να προσδιοριστεί η ακριβής σχέση των υποδοχέων με τη φυσιολογική πυελική ανατομία και τον όγκο, ο ακτινοθεραπευτής φορτίζει τους υποδοχείς με την προκαθορισμένη ποσότητα ραδιενεργού. Η όλη διαδικασία ονομάζεται μεταφόρτωση και επιτρέπει τον ακριβή έλεγχο έκθεσης στην ακτινοβολία που δέχεται η άρρωστη και ελαχιστοποιεί την έκθεση στην ακτινοβολία του προσωπικού φροντίδας υγείας(Σαχίνη & Πάνου,1997).

Η επίδραση της ακτινοβολίας στα ζώντα κύτταρα ονομάζεται ακτινοπάθεια και δημιουργείται ως εξής:

Η ακτινοβολία καθώς διέρχεται από το κύτταρο προκαλεί διάσπαση των στοιχείων του(νερό, λεύκωμα)δια της οποίας επιβραδύνεται ή αναστέλλεται η διαίρεση του ή προκαλείται βλάβη και έτσι αυτό εμφανίζει γενετικές διαφορές από το μητρικό κύτταρο.

Η επιβλαβής επίδραση της ακτινοβολίας στους ιστούς δεν είναι ομοιογενής αλλά εξαρτάται από το βαθμό αναπτύξεώς τους. Οι πλήρως αναπτυγμένη ιστοί είναι λιγότερο ευαίσθητοι από αυτούς που βρίσκονται σε εξέλιξη. Τα αποτελέσματα της ακτινοβολίας δεν είναι πάντοτε άμεσα.

Ο βαθμός των παθολογικών εκδηλώσεων των διαφόρων συστημάτων εξαρτάται από τη δόση και το χρόνο επιδράσεως της ακτινοβολίας στους ιστούς (Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου, 1986).

Νοσηλευτική φροντίδα:

Πριν την τοποθέτηση του ραδιοϊσότοπου:

- Ο γιατρός εξηγεί στην άρρωστη τους λόγους που καθιστούν απαραίτητη αυτή τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής επεξηγεί ή απαντά σε κάθε ερώτηση της άρρωστης.
- Η άρρωστη ετοιμάζεται για διάφορες προκαταρκτικές εξετάσεις όπως εξετάσεις αίματος, βιοψίες (ενδομητρική και τραχηλική), ακτινογραφία θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Ετοιμασία άρρωστης για διαδικασία προφόρτισης

Μετά την τοποθέτηση του ραδιενεργού:

Όλα τα νοσηλευτικά μέτρα αποβλέπουν στην διατήρηση των υποδοχέων στη θέση τους και την λήψη μέτρων για πρόληψη παρεκτόπισης.

- Δίαιτα μικρού υπολείμματος, για αποφυγή κινήσεων του εντέρου, που μπορεί να παρεκτοπίσουν τους υποδοχείς
- Συχνή επιθεώρηση καθετήρα, για εξασφάλιση συνεχούς λειτουργίας του. Μια διαταμμένη κύστη πλησιάζει την περιοχή ραδιενέργειας, με αποτέλεσμα ακτινικό έγκαυμα βαριάς μορφής
- Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση του οργανισμού στη ραδιενέργεια όπως ναυτία, έμετοι, αύξηση θερμοκρασίας
- Ενθάρρυνση της άρρωστης να τρώει. Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσια σε λεύκωμα
- Χορήγηση χυμών και βιταμίνης C, για προαγωγή της επιδιόρθωσης των ιστών
- Τοποθέτηση της άρρωστης σε ύπτια θέση με το άνω μέρος του κρεβατιού ανυψωμένο κατά 30°
- Παραμονή του νοσηλευτή κοντά στην άρρωστη για όσο το δυνατόν λιγότερο χρόνο, κατά την παροχή φροντίδας σε αυτή

- Απασχόληση της άρρωστης σε ωφέλιμη συζήτηση προς ανακούφιση από το άγχος
- Προσοχή κατά την παροχή φροντίδας ώστε να μην εκτοπιστούν οι υποδοχείς
Αφαίρεση ραδιοϊσότοπου
- Ειδοποίηση ακτινοθεραπευτικού τμήματος όταν είναι ώρα να αφαιρεθεί
- Εξασφάλιση αποστειρωμένων γαντιών, ειδικών λαβίδων με μακρά σκέλη και μεγάλης λεκάνης
- Έλεγχος του διαγράμματος για τον αριθμό υποδοχέων που εφαρμόστηκαν, ώστε να συμφωνούν με τους υποδοχείς που θα αφαιρεθούν
- Εφαρμογή όλων των προφυλακτικών μέτρων
- Λήψη δείγματος ούρων πριν από την αφαίρεση του καθετήρα. Χορήγηση καθαρτικού υποκλυσμού μετά την αφαίρεση και πριν από την έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι(Σαχίνη & Πάνου,1997).

Νοσηλευτική διεργασία:

Περιστατικό 1^ο:

Η κα. Α.Λ ετών 45 εισήχθη στη γυναικολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στις 21/6/2010.

Η ασθενής είναι περιπατητική και η γενική της κατάσταση είναι καλή. Κατά την εισαγωγή της στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και εκτίμηση της γενικής της κατάστασης. Τα ζωτικά της σημεία ήταν ως εξής: αρτηριακή πίεση:100/60mmHg, σφίξεις:97.λεπτό, θερμοκρασία:37,1^οC και αναπνοές 22.λεπτό και το επίπεδο συνείδησης της άριστο.

Τα συμπτώματα που ανέφερε ήταν έντονος πόνος κατά την συνουσία ο οποίος συνοδεύεται από αιμορραγία κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής και μετά από κολπική πλύση. Επίσης με ανάλογη ερώτηση του γιατρού αναφέρει ότι αιμορραγία παρουσιάζεται και κατά την αφόδευση. Κατά την λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού συλλέγονται η εξής πληροφορίες: η ασθενής είναι έγγαμη, μητέρα ενός παιδιού, ιδιωτική υπάλληλος και μόνιμη κάτοικος Πατρών. Σχετικά με το ιστορικό υγείας πάσχει από υποθυρεοειδισμό ο οποίος αντιμετωπίζεται με θυρεορμονική αγωγή. Δεν αναφέρει άλλα χρόνια προβλήματα υγείας. Δεν αναφέρει κάποια αλλεργία απλά αναφέρεται ότι έχει έλλειψη ενζύμου G6PD και φέρει την αντίστοιχη κάρτα με τα φάρμακα που δεν πρέπει να της χορηγηθούν. Σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό αναφέρει ότι η μητέρα της πέθανε από καρκίνο παχέος εντέρου σε ηλικία 60ετών και ο πατέρας της από εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο σε ηλικία 72ετών.

Όσον αφορά το γυναικολογικό της ιστορικό αναφέρει ότι η πρώτη έμμηνος ρύση παρουσιάστηκε σε ηλικία 13ετών με φυσιολογική διάρκεια 28ημερών. Η πρώτη της σεξουαλική επαφή πραγματοποιήθηκε σε ηλικία 18ετών. η τελευταία έμμηνος ρύση ήταν πρίν 2χρόνια. Η εγκυμοσύνη της πραγματοποιήθηκε σε ηλικία 23ετών με καισαρική τομή ενώ είχε προηγηθεί 1τεχνητή έκτρωση. Υποβάλλεται τακτικά στον περιοδικό έλεγχο των τραχηλικών επιχρισμάτων(τεστ Pap).

Στις 12/3/2010 επισκέφτηκε τα εξωτερικά γυναικολογικά ιατρεία όπου υποβλήθηκε στον καθορισμένο περιοδικό έλεγχο όπου τα ευρήματα της εξέτασης ανέδειξαν έντονα φλεγμονώδη στοιχεία. Επομένως συστήθηκε αντιφλεγμονώδη θεραπεία και επανάληψη της εξέτασης μετά από 3μήνες.στο επόμενο τεστ Παπανικολάου μετά την θεραπεία διαπιστώθηκαν ευρήματα κατηγορίαςIII δηλαδή κύτταρα με άτυπους

χαρακτήρες που είναι ύποπτα για κακοήθεια. Κατόπιν πραγματοποιήθηκε κολποσκοπική διερεύνηση και λήψη τεμαχίου για βιοψία ώστε να καθοριστεί η διάγνωση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ενδοεπιθηλιακή δυσπλασία μετρίου βαθμού. Προγραμματίστηκε κρυοπληξία στις 23/6/2010.στις 22/6/2010 πραγματοποιήθηκαν διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις, αιματολογικές εξετάσεις καθώς και αξονική τομογραφία. Το μόνο εύρημα που παρουσιάστηκε ήταν μετρίου βαθμού σιδεροπενική αναιμία καθώς και έντονη απώλεια βάρους ως επακόλουθο της αναιμίας.

Αξιολόγηση προβλημάτων-αναγκών ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση-εκτίμηση αποτελεσμάτων
1.φόβος και αγωνία της ασθενούς για την όλη διαδικασία της κρυοπληξίας	Η ασθενής να απαλλαχθεί από αισθήματα φόβου και ανησυχίας τα οποία δυσχεραίνουν την όλη διαδικασία και προδιαθέτουν σε επιπλοκές μετά την κρυοπληξία	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής να αφιερώσει χρόνο για να συζητήσει με την ασθενή τους φόβους και της ανησυχίες και να προσπαθήσει να εξαλείψει τα δυσάρεστα συναισθήματα • Να εξηγήσει στην ασθενή την όλη διαδικασία και ότι δεν πραγματοποιείτε αναισθησία με σκοπό να εξασφάλιση την συνεργασία της. Επίσης να την ενημερώσει σχετικά με τις πιθανές επιπλοκές μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας καθώς και τους 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ενημερώθηκε με λεπτομέρειες σχετικά με την όλη διαδικασία και τις πιθανές επιπλοκές • Ενημερώθηκε το νοσηλευτικό προσωπικό με σκοπό την ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς • Χορηγήθηκε ήπιο ηρεμιστικό σύμφωνα με ιατρική εντολή(Tanor 1x1) 	Η ασθενής φαίνεται ήσυχη. Παρατηρείται μείωση του stress και αντιληφθεί την σημασία και τα οφέλη της κρυοπληξίας. Έχει διάθεση να συνεργαστεί. Η εξέταση πραγματοποιήθηκε χωρίς αναισθησία με την άριστη συνεργασία της ασθενούς.

		<p>τρόπους αντιμετώπισης τους.</p> <ul style="list-style-type: none">• Να χορηγηθεί ηρεμιστικό με ιατρική οδηγία για μείωση του συναισθηματικού stress πριν την θεραπεία• Ο νοσηλευτής να εξηγήσει αναλυτικά την σπουδαιότητα και την αναγκαιότητα της θεραπείας καθώς και τα οφέλη που προσφέρει στην πρόληψη εξέλιξης καρκίνου τραχήλου μήτρας		
--	--	---	--	--

Αξιολόγηση προβλημάτων-αναγκών ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση-εκτίμηση αποτελεσμάτων
2.αδυναμία και απώλεια βάρους λόγω σιδηροπενικής αναιμίας	Να αντιμετωπιστεί η υπάρχουσα αναιμία λόγω της απώλειας αίματος	<ul style="list-style-type: none"> • Να συσταθεί δίαιτα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά τα οποία θα ενδυναμώσουν τον οργανισμό της ασθενούς • Να διορθωθεί τυχόν ανισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών και να γίνει μετάγγιση αίματος αν το απαιτεί η κατάσταση • Να φροντίσει ο νοσηλευτής για την ατομική υγιεινή της ασθενούς αν νοιώθει αδύναμη να καλύψει από μόνη της τις προσωπικές της ανάγκες 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής σιτίστηκε με τροφή ελαφριά αλλά πλούσιας θερμιδικής αξίας • Χορηγήθηκε ορός L/R για αναπλήρωση ηλεκτρολυτών και μία μονάδα αίματος • Πραγματοποιήθηκε ατομική υγιεινή με τη βοήθεια νοσηλευτικού προσωπικού. 	Η ασθενής νοιώθει οργανικά και συναισθηματικά καλύτερα. Συστήθηκε ειδικό διαιτολόγιο και φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της αναιμίας.

Περιστατικό 2^ο:

Η κ.α Β.Α. ετών 49 εισήχθη στις 27/7/2010 στη γυναικολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου.

Η ασθενής είναι περιπατητική υποβοηθούμενη από τον σύζυγο της και η γενική της κατάσταση είναι σχετικά καλή. Κατά την εισαγωγή της στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και εκτίμηση της γενικής της κατάστασης. Τα ζωτικά της σημεία ήταν ως εξής: αρτηριακή πίεση:120/70mmHg, σφίξεις:92.λεπτό, θερμοκρασία:36,8°C και αναπνοές 16/λεπτό και το επίπεδο συνείδησης της καλό.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει είναι υπερέκκριση με δύσοσμα εκκρίματα, αιματηρά και έντονο πόνο στο υπογάστριο

Κατά την λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού καταγράφηκαν τα εξής στοιχεία: είναι έγγαμη, μητέρα 3 παιδιών και μόνιμη κάτοικος Πύργου. Δεν αναφέρει χρόνια προβλήματα υγείας μόνο αλλεργία στην παρακεταμόλη. Όσον αφορά το οικογενειακό ιστορικό η μητέρα της πέθανε από καρκίνο ωοθηκών σε ηλικία 64ετών ενώ ο πατέρας της πάσχει από γεροντική άνοια. Η γυναίκα καπνίζει περίπου 1 πακέτο την ημέρα. Επισημαίνεται ότι ο σύζυγος της ήταν πριν παντρεμένος με γυναίκα που έπασχε και απεβίωσε από καρκίνο τραχήλου μήτρας.

Στο γυναικολογικό ιστορικό παρουσιάζεται η έναρξη της εμμηναρχής σε ηλικία 12ετών όπου παρουσιάζονται ανωμαλίες περιόδου κατά την διάρκεια του γεννητικού κύκλου. Η πρώτη σεξουαλική επαφή πραγματοποιείται σε ηλικία 16ετών. Το πρώτο της παιδί γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό ενώ οι δύο άλλες εγκυμοσύνες με καισαρική τομή. Ακολούθησαν 2αποβολές. Κάνει χρόνια χρήση αντισυλληπτικών δισκίων. Πραγματοποίησε το πρώτο τεστ Παπανικολάου σε ηλικία 45ετών.

Κατά την πραγματοποίηση του τεστ Pap μετά από 2χρόνια μετά την πρώτη λήψη τραχηλικού επιχρίσματος διαπιστώθηκαν ευρήματα με σαφώς κακοηθή κύτταρα. Ακολούθησε κολποσκοπικός έλεγχος καθώς και βιοψία τραχήλου για να τεθεί η τελική διάγνωση. Η διαγνωστικές εξετάσεις ανέδειξαν διηθητικό καρκίνο τραχήλου μήτρας σταδίου III .επίσης κατά την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση πριν το τεστ Pap παρουσιάστηκε διόγκωση της μήτρας και ψηλάφηση μάζας που αιμοραγούσε με την αφή και διαπιστώθηκε διόγκωση των βουβωνικών λεμφαδένων.

Μετά από μια πλήρη ενημέρωση της ασθενούς και του συζύγου της σχετικά με το πρόβλημα υγείας αποφασίστηκε σε συνεννόηση με αυτούς η πραγματοποίηση ριζικής υστερεκτομής με των εξαρτημάτων εφόσον η γυναίκα έχει ήδη τεκνοποιήσει

Το χειρουργείο ορίστηκε στις 2/8/2010 ενώ η γυναίκα εισίχθει στην κλινική μία μέρα νωρίτερα με σκοπό πλήρη προεγχειρητική ετοιμασία. πριν προηγούμενη του χειρουργείου έγινε υποκλυσμός και κολπική πλύση με αντιβιοτικά ενώ την ίδια μέρα η τοπική προετοιμασία της περιοχής. Η εγχείρηση πραγματοποιήθηκε με επιτυχία χωρίς σοβαρές επιπλοκές. Συστήθηκε παραμονή της ασθενούς στο νοσοκομείο για 2ημέρες με σκοπό την πλήρη μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Αξιολόγηση προβλημάτων-αναγκών ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση-εκτίμηση αποτελεσμάτων
---	-----------------------	---	------------------------------------	--------------------------------------

<p>Ανησυχία και ψυχική αναστάτωση της ασθενούς λόγω της επικείμενης χειρουργικής επέμβασης</p>	<p>Η ασθενής να ηρεμήσει ώστε να προληφθούν και πιθανές επιπλοκές</p>	<ul style="list-style-type: none"> • να ενημερωθεί για το τι ακριβώς είναι η υστερεκτομή και για την αλλαγή που θα επέλθει στην λειτουργία του γεννητικού της συστήματος καθώς και για τις πιθανές επιπλοκές μετά την θεραπεία • ενημέρωση ότι η υστερεκτομή είναι ο καταλληλότερος τρόπος θεραπείας της ασθένειας • Πρόταση να επικοινωνήσει με γυναίκα που έχει πραγματοποιήσει υστερεκτομή και ζει αρμονικά έχοντας αποδεχτεί την απώλεια της μήτρας της 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής αφιέρωσε χρόνο στο να ενημερώσει με λεπτομέρειες την ασθενή σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση, τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης • Αναλύθηκαν τα πλεονεκτήματα της υστερεκτομής έναντι άλλων θεραπευτικών χειρισμών για την υπάρχουσα κατάσταση • Η ασθενής ήρθε σε επαφή με υστερεκτομηθέντα γυναίκα και ενημερώθηκε σχετικά με θέματα της 	<p>η ασθενής δείχνει να κατανόησε τι είναι υστερεκτομή και η σπουδαιότητα της στην ασθένεια. Φαίνεται πιο ήρεμη ιδιαίτερα μετά την επικοινωνία με την υστερεκτομηθέντα γυναίκα καθώς και την ψυχολογική υποστήριξη του συζύγου. Παρόλα αυτά όμως συνεχίζει να διακατέχεται ελαφρώς από σημάδια άγχους</p>
--	---	--	--	---

		<p>βοηθώντας και την ασθενή να κάνει το ίδιο και ενημέρωση ότι δεν θα αλλάξει τίποτα στην καθημερινότητα της</p> <ul style="list-style-type: none">• επικοινωνία με το σύζυγο της ασθενούς ώστε να την βοηθήσει στην αντιμετώπιση του stress και να ενισχυθεί η αυτοπεποίθησή της.	<p>καθημερινότητας όπως ότι δεν θα αλλάξει η σεξουαλική ζωή λόγω της υστερεκτομής καθώς και το ότι δεν επηρεάζεται η γυναικεία υπόσταση. Σπουδαίο ρόλο έπαιξε και η ψυχολογική υποστήριξη του συζύγου της.</p>	
--	--	--	--	--

Αξιολόγηση προβλημάτων-αναγκών ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση-εκτίμηση αποτελεσμάτων
Αϋπνία της ασθενούς λόγω άγχους για την εγχείρηση	Να απαλλαγεί η ασθενής από το άγχος και την Αϋπνία	<p>-δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος για ύπνο</p> <p>-ενθάρρυνση της ασθενούς να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα και τους φόβους της για την εγχείρηση, καθυσύχαση και απάντηση σε τυχόν απορίες που έχει</p> <p>-χορήγηση ηρεμιστικού σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες (Tanor 1x1).</p>	<p>-Δημιουργήθηκε κατάλληλο περιβάλλον απαλλαγμένο από τυχόν θορύβους και έντονο φωτισμό</p> <p>-η ασθενής είχε καλή συνεργασία με τον νοσηλευτή ο οποίος την ενημέρωσε πλήρως για την χειρουργική επέμβαση</p> <p>-χορηγήθηκε ήπιο ηρεμιστικό σύμφωνα με ιατρική εντολή</p>	η ασθενής φαίνεται να ηρέμησε μετά την συνεργασία και επικοινωνία της με τον νοσηλευτή. Το κατάλληλο περιβάλλον μαζί με την χορήγηση του ηρεμιστικού φαρμάκου ήταν τα στοιχεία που βοήθησαν την ασθενή να κοιμηθεί

Αξιολόγηση προβλημάτων-αναγκών ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση-εκτίμηση αποτελεσμάτων
Ναυτία και έμετοι	Πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων και απαλλαγεί από την ναυτία	<p>-σωστή τοποθέτηση της ασθενούς αμέσως μετά από την εγχείρηση</p> <p>-χορήγηση αντιεμετικών σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες</p> <p>-αμέσως μετά τον έμετο απομάκρυνση του νεφροειδούς γιατί προκαλείται αντανακλαστικός εμετός</p> <p>-φροντίδα της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τον έμετο.</p>	<p>-η ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι με σκοπό την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων</p> <p>-Χορηγήθηκε αντιεμετικό φάρμακο Primperan IV 1x3 σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού</p> <p>-αμέσως μετά τον εμετό έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με αντισηπτική διάλυση</p>	<p>Η σωστή τοποθέτηση της ασθενούς σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι βοήθησε σημαντικά στον κίνδυνο επιπλοκών όπως εισρόφηση και ατελεκτασία</p> <p>Η ναυτία και η έμετοι περιορίστηκαν σημαντικά μετά από την φαρμακευτική αγωγή και την νοσηλευτική παρέμβαση.</p>

Αξιολόγηση προβλημάτων-αναγκών ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση-εκτίμηση αποτελεσμάτων
Κίνδυνος θρομβοφλεβίτιδας λόγω παρατεταμένου διαστήματος στο κρεβάτι	Πρόληψη φλεβικής στάσης και σχηματισμού θρόμβων στα κάτω άκρα	<ul style="list-style-type: none"> -ενθάρρυνση της ασθενούς για έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι -συχνά να εκτελεί τις ασκήσεις άκρων που διδάχτηκε προεγχειρητικά -χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής -τοποθέτηση αντιθρομβωτικών καλτσών 	<ul style="list-style-type: none"> -η ασθενής σηκώθηκε από το κρεβάτι σε σύντομο χρονικό διάστημα -σε τακτά χρονικά διαστήματα έκανε τις ασκήσεις κάτω άκρων -της τοποθετήθηκαν ειδικές αντιθρομβωτικές κάλτσες και αντιπηκτική αγωγή (Innohep 0,7 1x2 υποδόρια.) 	Μειώθηκε σε μεγάλο ποσοστό ο κίνδυνος θρομβοφλεβίτιδας γιατί εξασφαλίστηκε καλή κυκλοφορία κάτω άκρων. Αυτό επιτεύχθηκε με την κινητικότητα του ατόμου καθώς και με την αντιπηκτική αγωγή

Αξιολόγηση προβλημάτων-αναγκών ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση-εκτίμηση αποτελεσμάτων
Πόνος που εντοπίζεται στο χειρουργικό τραύμα	Αντιμετώπιση του πόνου και μείωση αυτού	Αναζήτηση αιτιών που προκαλούν τον πόνο Μείωση του βάρους των κλινοσκεπασμάτων Συχνή αλλαγή της θέσεως της ασθενούς Μείωση παραγόντων του περιβάλλοντος που δημιουργούν τον πόνο Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με ιατρική εντολή Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος	Μειώθηκε το βάρος των κλινοσκεπασμάτων τα οποία ασκούσαν πίεση στο τραύμα Δόθηκε στην ασθενή κατάλληλη θέση στο κρεβάτι Μείωση του αριθμού των επισκέψεων και των θορύβων Συχνή αλλαγή της θέσης της ασθενούς ώστε να αποφευχθεί η άσκηση πίεσης σε ορισμένα μόνο σημεία Μετά από εντολή γιατρού χορηγήθηκε αναλγητικό Amp. Apotel επί πόνου.	Μειώθηκε ο πόνος με την εξασφάλιση κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, θέση στο κρεβάτι καθώς και το κατάλληλο περιβάλλον.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ:

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μείζον πρόβλημα σε παγκόσμιο επίπεδο. Είναι άμεσα συνδεδεμένος με την σεξουαλική ζωή της γυναίκας και κύριος ενοχοποιητικός παράγοντας είναι η λοίμωξη από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων. Η έγκαιρη διάγνωση σε πρώιμο στάδιο της νόσου οδηγεί στην πλήρη ίαση. Η πρόληψη είναι η λέξη κλειδί στο συγκεκριμένο καρκίνο. Τόσο η δευτερογενής πρόληψη μέσω του τεστ Παπανικολάου όσο και η πρωτογενής μέσω του εμβολιασμού κατά του HPV δείχνει ενθαρρυντικά αποτελέσματα στη μείωση επίπτωσης της νόσου στο γενικό πληθυσμό.

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένες προτάσεις με σκοπό να μειωθούν τα ποσοστά ατόμων που αντιμετωπίζουν κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου τραχήλου μήτρας

- ✓ Ενημέρωση του κοινού μέσω σεμιναρίων αλλά και διαμέσω των Μ.Μ.Ε σχετικά με τους παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνιση καρκίνου τραχήλου μήτρας
- ✓ Επισκέψεις νοσηλευτών σε σχολεία με σκοπό την διαπαιδαγώγηση των εφήβων σχετικά με την σωστή διαχείριση της σεξουαλικής τους ζωής και ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους αντισύλληψης και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- ✓ Ενθάρρυνση των γυναικών να προβαίνουν στον τακτικό έλεγχο τραχηλικού επιχρίσματος (test Pap) με σκοπό την πρώιμη ανίχνευση δυσπλασιών και την πρόληψη εξέλιξης της νόσου. Επισημαίνεται ότι ο συγκεκριμένος καρκίνος αν διαγνωστεί σε πρώιμη μορφή μπορεί να πιαθεί πλήρως,
- ✓ Ενημέρωση των γυναικών να επισκέπτονται τακτικά τον γυναικολόγο τους και να μην καθυστερούν να αναζητήσουν ιατρική καθοδήγηση σε κάθε ανώμαλη κολπική έκκριση.
- ✓ Ενθάρρυνση των γυναικών να συζητούν ελεύθερα θέματα της σεξουαλικής τους ζωής με το γυναικολόγο με σκοπό την καλύτερη διερεύνηση των παραγόντων που οδήγησαν στην νόσο
- ✓ Ενίσχυση και υποστήριξη του κράτους όσον αφορά στον εμβολιασμό έναντι του HPV ώστε να μπορούν να εμβολιαστούν και η ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εξακολουθεί να κατέχει υψηλό ποσοστό εμφάνισης παρόλο τα προγράμματα μαζικού ελέγχου. Είναι άμεσα συνηφασμένος με την σεξουαλική ζωή της γυναίκας. Υπάρχει μια πληθώρα παραγόντων που προδιαθέτουν στην εμφάνιση της νόσου με κύριο ενοχοποιητικό παράγοντα την λοίμωξη από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων. Χαρακτηριστικό της νόσου αποτελεί η εμφάνιση προκαρκινωματώδων αλλοιώσεων του τραχήλου πριν την εμφάνιση του σαφώς διηθητικού καρκινώματος. Αυτό δίνει το περιθώριο στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της δυσπλασίας με σκοπό την πρόληψη του καρκίνου καθώς η εξέλιξη της αλλοίωσης είναι αργή. Η πρόληψη παίζει τον πρωταρχικό ρόλο στην μείωση του ποσοστού θνησιμότητας. Τα προγράμματα μαζικού ελέγχου μέσω της πρωτογενής πρόληψης με το εμβόλιο κατά του ιού HPV καθώς και η δευτερογενής με το τεστ Παπανικολάου γίνουν ελπιδοφόρα αποτελέσματα Τα συμπτώματα που προδιαθέτουν στην νόσο είναι αιμορραγίες μετά από μηχανικό ερεθισμό όπως συνουσία , κολπική υπερέκκριση καθώς και προβλήματα από το ουροποιητικό όπου φανερώνουν εκτεταμένη κατάσταση.απαραίτητη είναι η πλήρης γυναικολογική εξέταση, η λήψη τραχηλικού επιχρίσματος και συνεχίζεται με κολποσκοπικό έλεγχο και βιοψία τραχήλου που θα θέσουν την τελική διάγνωση. Μπορεί να συστηθούν και ειδικές εξετάσεις όπως κολποτραχηλοσκόπηση κτλ. Η θεραπεία στα πρώιμα στάδια γίνεται κυρίως με καταστροφή του επιθηλίου ενώ σε προχωρημένα στάδια απαιτείτε υστερεκτομή, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Η πρόγνωση εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και την εξάπλωση της ή όχι σε άλλα όργανα ή λεμφαδένες.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός σε όλη τη διάρκεια της νόσου. Από την στιγμή που θα τεθεί η διάγνωση μέχρι την προσπάθεια πλήρης ίασης. Στην χειρουργική θεραπεία ο ρόλος του είναι να παρέχει ολιστική φροντίδα προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά καθώς και η νοσηλευτική του παρέμβαση σε μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές. Στην ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία εκτός από την διαρκή ψυχολογική υποστήριξη που προσφέρει βοηθάει το άτομο να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες παρενέργειες που δημιουργούνται από αυτές. Ο νοσηλευτής έχει καθήκον να ανυψώσει το ηθικό αυτού του ατόμου και να τον διδάξει πώς να προσαρμοστεί με τον καινούργιο τρόπο ζωής ο οποίος ταυτίζεται με απώλεια της γονιμότητας αλλά όχι κατάπτωση της γυναικείας υπόστασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αβραμόπουλος, Δ.(2009). *Ca τραχήλου της μήτρας –πρόληψη και νοσηλευτική φροντίδα* . πτυχιακή εργασία.: υπεύθυνη καθηγήτρια: Σαλάτα Α. Πάτρα: εκδόσεις ΑΤΕΙ Πατρών.σ.27

Άγιος, Α.(2007). *Περιγραφική και εφαρμοσμένη Ανατομική. Γενική ανατομία.* Θεσσαλονίκη: University studio Press. σ.104.105

Αδαμόπουλος, Π. (1998).*Η παθολογία στην ιατρική πράξη.* Αθήνα: Παρισιάνος. σ.329-332

Αθανάτος, Δ., Πάντος, Γ., Νικολακόπουλος, Π., & Ταρλατζής, Β.(2010). Υστεροσκοπικές ή μη μέθοδοι καταστροφής του ενδομητρίου. *Ελληνική μαιευτική και γυναικολογία.* τ. 1^ο. Αθήνα: Καύκας. σ.74

Αθανάτου, Ε.(2004). *κλινική νοσηλευτική. Βασικές και ειδικές νοσηλείες.* Αθήνα: Ιδίου. σ. 172-175.178.180.181.184.185.190-194.

Αραβαντινός, Δ.(1982). *Φυσιολογία της γυναίκας.* Μ. Βασιλείου (επιμέλεια) . Αθήνα: Παρισιάνος. σ.244.250.251.253.325.328.340.

Αραβαντινός, Δ.(1985). *Παθολογία της γυναίκας* .Αθήνα: Παρισιάνος. σ.239.249.252.253.258.260.273.278.279.

Αρδαβάνης, Α.(2007). η ενημέρωση και ο χειρισμός του ασθενούς με καρκίνο: διπλή πρόκληση και στοίχημα. *Ογκολογική ενημέρωση.* τ. 3^ο. Ιούλιος- Σεπτέμβριος. σ.168-170

Ασημακόπουλος, Ε.& Μαντολενάκης, Σ.(1989). *Υπερηχογραφία και μαιευτική και γυναικολογία.* Θεσσαλονίκη: University studio Press. σ.203

Βαρσαμίδης, Κ.(2001). *Φυσιολογία του ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη: University studio Press .σ.148.149

Bates, B.(1988). *Οδηγός για κλινική εξέταση*. Χ. Μουτσόπουλος & Ι. Ανδρουλάκη (μετάφραση-επιμέλεια). Αθήνα: Λίτσα. σ.232

Βελώνη,Ρ.(2009).<http://www.womenonly.gr/article.asp?catid=13333&subid=2&pubid=1464299>.(27/7.2010)

Cervical Cancer org.(2007). *καρκίνος τραχήλου της μήτρας και εγκυμοσύνη*.
<http://www.cervicalcancer.org/pregnancy.html> .(27/7/2010)

Γίγης, Π. & Παρασκευάς, Γ.(2002). *εισαγωγή στην ανατομία του ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη: University studio Press σ.194-196

Γουεστ, Κ.(2000). *Υστερεκτομή και εναλλακτικές λύσεις*. Τ. Σμιθ (επιμέλεια). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. σ. 14.16-17.

Δεληγεωργλόγλου, Ε.(2009). *το εμβόλιο ,ασπίδα στη μάχη κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας*. <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=105036> .(29/7/2010)

Δετοράκης, Ι.(2003). *Βασικές αρχές της υγιεινής*. Αθήνα: Παρισιάνος. σ.88

Διακομανώλης, Ε.(2009). *Οδηγίες για τη χρήση του HPV εμβολίου*. *Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας και Μαιευτικής*. τ.1^ο. Ιανουαρίου- Μαρτίου . σ.27.28.30

Dollinger, M., Rosenbaum, E., & Cable, G.(1992). *ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση*. Χ. Μαθάς (μετάφραση) Αθήνα: Κάτοπτρο.σ.335-338

Ελληνική Εταιρία Παιδικής και νεανικής γυναικολογίας.(2009). *Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προλαμβάνεται*.
<http://angeir.wordpress.com/2009/01/15/cervical-cancer/> .(29/7/2010)

Engram, B. (2001). *Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογία και χειρουργική*.: Γ. Καραχάλιος (μετάφραση- επιμέλεια). Αθήνα: Έλλην. σ.615.665.666.679.685-687.

Epstein, O., Perkin, D.,P de Bono, D.,Cookson, J., Solomons, N.,& Robins, A.(2000). *Κλινική εξέταση*.: Δ. Χανιώτης (μετάφραση-επιμέλεια). Αθήνα: Λίτσα. σ.224-227.230.237.238

Ζήσης, Θ.(1999). *Σημειώσεις Ανατομίας Ι*. Πάτρα: εκδόσεις ΑΤΕΙ Πατρών. σ.167.172.174

Govan, A., McMayHart, D.,& Callander, R.(1993). *Γυναικολογία* Γ. Σαρρή . (μετάφραση- επιμέλεια). Αθήνα: Γιαννακόπουλου Δ.σ.236.237.243.244.250.253

Gulanick, M., Puzas, M.,& Grudishar, D.(2003). *Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική φροντίδα*.: Γ. Καραχάλιος.(μετάφραση- επιμέλεια). Αθήνα: Έλλην. σ.82.- 84.113-115.

Healthwise.(2008).*ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων(HPV test)*.
<http://www.webmd.com/sexual-conditions/hpv-genital-warts/human-papillomavirus-hpv-test> .(27/7/2010)

Hegner, B.,Caldwell, E.,& Needham, J.(1999). *Νοσηλευτική βοήθεια. Ειδική νοσηλευτική φροντίδα*. Καλαβρουζιώτης.(μετάφραση)Αθήνα: Έλλην.σ.321.324.325.330.331

Jacob, S.(2003). *Ανατομία του ανθρώπου*.: Χ. Κοντής. (μετάφραση-επιμέλεια). Αθήνα: επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου.σ.135.137.

Καλογερόπουλος, Α.(1996). *Γυναικολογία*. Θεσσαλονίκη: University studio Press. σ.317

Καπράνος, Ν. & Κοτρόνιας, Δ.(2006). *Λοιμώξεις γεννητικού συστήματος από ερπητοϊούς, HPV και χλαμύδια*. Αθήνα: Παρισιάνος. σ.92.93.95

Keir, L., Wise, B., & Krebs, C.(1999). *Βοήθεια στην κλινική ιατρική*. Μ. Ταλαντόπουλος. (μετάφραση) Γ. Καραχάλιος. (επιμέλεια). Αθήνα: Έλλην.σ.105

Κουρούνης, Γ.(2004). *Παθολογία κατώτερου γεννητικού συστήματος-κολποσκόπηση*. Αθήνα: Ιδίου. σ.139.142.143.166.173.181.182.185.281.289.290.

Κουρούνης, Χ.(2000). *Παθολογία τραχήλου μήτρας-κολποσκόπηση*. Αθήνα: Ιδίου.σ.21.65.72-75.91.93

Κουτηφάνης, Β.(1982). *Άτλας γυναικολογίας*. Αθήνα: Παπαχρύσανθου.

Layson, L.(1982). *Από γυναίκα σε γυναίκα*. Μ. Μιχαλόπουλος. (μετάφραση). Αθήνα : Γλαύκος.σ.73.394.395.396.397.399.400

Lippert, H.(1993). *Ανατομική*. Νηφόρας (μετάφραση) .Ν. Παπαδόπουλος (επιμέλεια). Αθήνα: Παρισιάνος. σ.314.316

Λώλη, Ε.(2004). *Γυναικολογία και μαιευτική*. Αθήνα: Παρισιάνος .σ. 102.113.116. 327-329.332.339.347.349.353. 424.679.682.

Μαλγαρινού, Μ. & Κωνσταντινίδου, Σ.(1986). *Νοσηλευτική Γενική παθολογική χειρουργική*. Αθήνα: η Ταβίθα σ.16.194.195.242-245.249.250.252-254.

Μαλγαρινού, Μ.& Κωνσταντινίδου, Σ.(2005). *Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική*. Αθήνα: η Ταβίθα.σ.110.112.113.135-142.150.151.154.155.161.162

Μανταλενάκης, Σ.(1985). *Σύνοψη μαιευτικής και γυναικολογίας*. Αθήνα: Παρισιάνος. σ.439.440.443.

Medlook. (2008).*Εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Πόσο ασφαλές είναι και ποιος το χρειάζεται.*
http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2743. (26/6/2010)

Μιχαλάς, Σ.(2000). *Επίτομη Μαιευτική γυναικολογία.* Αθήνα:Παρισιάνος.σ.558-561.563.567.571.576.577.

Moore K. (1998).*Κλινική Ανατομία. Δ. Θέσπης. (επιμέλεια).*Αθήνα : Π.Χ. Πασχαλίδης. σ.366.369.

Μπακάλης, Ν.(2000). *Σημειώσεις Κοινωνικής Νοσηλευτικής Ι.* Πάτρα: ΑΤΕΙ Πατρών.σ.100.101.

Μπαλτόπουλος, Π.(2003). *Ανατομική του ανθρώπου. Δομή και λειτουργία.* Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης. σ.132.134.139.141.143.145.146.

Μπεσμπέας, Σ.(1991) *Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή.* Σεμινάρια νοσηλευτριών. Ελληνική αντικαρκινική εταιρία.8-9 Ιουνίου.Αθήνα σ.47.48.53.54

Μπούτη, Λ., Παπαιωάννου, Α., Παπαχαραλάμπου, Ν.,& Τριχόπουλος, Δ.(1981). *Κλινική ογκολογία.* Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.σ.431.432.434

Παπαδημητρίου, Κ.(1990). *ειδική παθολογική ανατομική.* Αθήνα: Λίτσα σ.645-649

Παπαδόπουλος, Π., Γομπάκη, Κ.,& Πλατανιώτης, Γ.(1998). *Μαθήματα ακτινολογίας.* Θεσσαλονίκη: University studio Press. σ.191.192

Παπαδημητρίου, Χ.(2006). *Γυναικολογία: γνωρίζω-προλαμβάνω-αντιμετωπίζω.* Αθήνα : Καύκας.σ.12.17.80.81.136.137.140.146.147.

Παπαλουκάς, Α.(1985). *Εγχειρίδιο γυναικολογίας και μαιευτικής.* Θεσσαλονίκη: University studio Press.σ.33.48

Παπαλουκάς, Χ.(1988). *γυναικολογική ογκολογία*. Θεσσαλονίκη: University studio Press. σ.131.136.137.140.143.146.154.149

Παπανικολάου, Ν., & Παπανικολάου, Α.(1994). *Μαιευτική*. Αθήνα: Παρισιάνος.σ.401.402

Παπανικολάου, Ν.(1987). *Γυναικολογική Ογκολογία*. Θεσσαλονίκη: Παρισιάνος. σ.157-160.164.167.172-174.179.183.

Παρασκευαΐδης, Ε .(2007).*Περί HPV εμβολιασμού.....* Ελληνική Εταιρεία παθολογίας τραχήλουκαικολποσκόπηση.www.hscgp.gr

Πεκτασίδης, Δ., & Δημόπουλος, Μ.(2001). *Γυναικολογική ογκολογία*. Αθήνα : Π.Χ. Πασχαλίδης.σ.5.6.158.159.160.161.199.200.202.207-209. 326.356.357.493.495

Pearce, E.(1995). *Ανατομία και φυσιολογία για νοσηλευτές*. Χ. Αβραάμ (μετάφραση-επιμέλεια) Λευκωσία : Πέργαμος. σ.358.361.362.364.368.

Ρηγοπούλου, Α., Ρουγκάλα, Β., & Χριστογιαννοπούλου, Σ. (2010).*Αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας*. πτυχιακή εργασία. (υπεύθυνη καθηγήτρια: Φιδάνη Α.) Πάτρα: ΤΕΙ Πατρών.σ.65

Σαχίνη, Α. & Πάνου, Μ.(1997). *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες*. Αθήνα : ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις

Schroeder, S., Tierney, L., McPhee, S., Papadakis, M., & Krupp, M.(1993). *σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική*. Αθήνα : Παρισιάνος. σ.824-828

Shapiro, P.(2001).*Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική*. Α. Σιορφανέ, Γ. Καραχάλιος (μετάφραση). Α. Γεωργιόπουλος. (επιμέλεια).Αθήνα: Έλλην. σ.27.29.32.38

Smith, T. (1995). *Μεγάλος ιατρικός οδηγός*. ιατρική εταιρεία Αθηνών. (επιμέλεια). Αθήνα: Γιαγγέλη σ.757.779-781

Spellacy, W. *καρκίνος του τραχήλου της μήτρας*. <http://www.ehealthmd.com/library/cervical/cc-pregnancy.html>.(16/8/2010)

Σπηλιώτης, Ι. (1999).*Καρκίνος. Από την άγνοια...στον φόβο*. Πάτρα: Αχαϊκές. σ.350-352.356.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2009).*Κοινωνική νοσηλευτική*. Ε. Γκεσούλη-Βολτυράκη & Μ. Νούλα (επιμέλεια). Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης. σ.711

Τολμακίδης, Π.(1999). *Μαιευτική και γυναικολογία*. Θεσσαλονίκη: Αδερφών Κυριακίδη.σ.18.19.21.224-228.275.279

Τσίκος, Ν., Καραγεωργοπούλου, Σ.,& Γραβάνη. (1999).*Πρακτική άσκηση νοσηλευτικής II*. Αθήνα: Έλλην.

Τσουρουτσογλου, Γ.(1993). *η επισκόπηση ως φυσική εξεταστική μέθοδος*. Θεσσαλονίκη : University studio Press. σ.366

Χατζηγεωργίου, Κ.(2007). *HPV εμβόλιο και καρκίνος του τραχήλου της μήτρας*. . http://www.gyn.gr/artman/publish/article_160.asp. (27/7/2010).

Χριστοφορίδης, Α.(2000). *Ακτινολογία*. Λ. Παπαδοπούλου (επιμέλεια). Θεσσαλονίκη: University studio Press. σ. 276