

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΚΑΙ CA ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ
ΜΗΤΡΑΣ.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

**ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ M.Sc
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ**

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

**ΣΑΛΟΥΡΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ**

ΠΑΤΡΑ 2013

«Σε όλες εκείνες τις γυναίκες που είναι
αντιμέτωπες ή μπορεί να αντιμετωπίσουν
τα κονδυλώματα ή το καρκίνο στο τράχηλο
της μήτρας»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	6
Εισαγωγή	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας

1.1. Εξωτερικά γεννητικά όργανα	8
1.2. Έσω γεννητικά όργανα	11
1.3. Άλλα όργανα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας	13
1.4. Ανατομία μήτρας και τραχήλου	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας

2.1. Ορμονικό σύστημα της γυναίκας	17
2.2. Αναπαραγωγικός κύκλος της γυναίκας	18
2.3. Φυσιολογία του τραχήλου της μήτρας	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Ιός ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus)

3.1. Ορισμός του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)	20
3.2. Ιστορική ανασκόπηση του ιού HPV	21
3.3. Επιδημιολογικά στοιχεία της HPV λοίμωξης και συσχέτισή της με το καρκίνο στο τράχηλο	23
3.4. Κονδυλώματα και HPV λοίμωξη	24

3.5. Μορφές του ιού HPV	25
3.6. Τυποποίηση του ιού HPV	26
3.7. Παθογένεια του ιού HPV	27
3.8. Κλινική εικόνα της HPV λοίμωξης	27
3.9. Τρόποι μετάδοσης του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων	28
3.10. Διαγνωστικές μέθοδοι	29
3.11. Θεραπευτική αντιμετώπιση των HPV	30
3.11.1. Μέθοδοι θεραπείας κατά των αλλοιώσεων στο τράχηλο της μήτρας	30
3.11.2. Μέθοδοι θεραπείας των οξυτενών κονδυλωμάτων	31
3.12. Γεγονότα που οδηγούν σε κακοήγη εξέλιξη	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Καρκίνος τραχήλου της μήτρας

4.1. Καρκίνος – Ορισμός	36
4.2. Καρκίνος στον τράχηλο της μήτρας	37
4.3. Επιδημιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	38
4.4. Αιτιολογία	40
4.5. Ανατομική παθολογική διάκριση καρκίνου	41
4.6. Ιστολογική διάκριση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	42
4.7. Σταδιοποίηση του καρκίνου	43
4.8. Μετάσταση	45
4.9. Συμπτωματολογία	46
4. 10. Διαγνωστικές εξετάσεις	47

4.10.1. Test Pap (Test Papanikolaou)	47
4.10.2. Κλινική εξέταση	48
4.10.3. Ανοσολογία	48
4.10.4. Κολποσκόπηση	49
4.10.5. Τραχηλοσκόπηση	50
4.10.6. Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις	50
4.10.7. Διαφορική διάγνωση	52
4.11. Θεραπεία	52
4.11.1. Καταστρεπτικές μέθοδοι θεραπείας	52
4.11.2. Αφαιρετικές μέθοδοι θεραπείας	54
4.11.3. Ακτινοθεραπεία	56
4.11.4. Χημειοθεραπεία	58
4.11.5. Παρηγορητική θεραπεία	58
4.12. Επιπλοκές	58
4.13. Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και εγκυμοσύνη	59
4.14. Πρόληψη κονδυλωμάτων και καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	60
4.14.1. Πρωτογενής πρόληψη	60
4.14.2. Δευτερογενής πρόληψη	63
4.14.3. Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Νοσηλευτική Παρέμβαση

5.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στη φροντίδα ασθενών με κονδυλώματα	67
5.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο	67

5.3. Νοσηλευτική παρέμβαση σε άτομα με καρκίνο του τραχήλου	68
5.4. Νοσηλευτική προεγχειρητική φροντίδα	70
5.5. Νοσηλευτική μετεγχειρητική φροντίδα	71
5.6. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία	73
5.7. Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χημειοθεραπεία	76
5.8. Νοσηλευτική φροντίδα σε υποτροπή	77
5.9. Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην πρόληψη των κονδυλωμάτων και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: Νοσηλευτική Διεργασία

6.1. Περιστατικό Α	80
6.2. Περιστατικό Β	84
Βιβλιογραφία	93

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα και παραμένει 2^{ος} κατά σειρά συχνότητας στις γυναίκες παγκόσμια. Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων αποτελεί το βασικό αιτιολογικό παράγοντα και φαίνεται να παίζει κυρίαρχο ρόλο στην τραχηλική καρκινογένεση.

Η κυτταρολογική εξέταση με την έγκαιρη ανίχνευση των προκαρκινικών αλλοιώσεων έχει περιορίσει σημαντικά τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ειδικότερα σε χώρες όπου αναπτύχθηκαν προγράμματα συστηματικού ελέγχου. Παρά την εφαρμογή όμως των προγραμμάτων αυτών, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν έχει εξαλειφθεί.

Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια προσέγγισης της λοίμωξης του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από την πλευρά της Νοσηλευτικής Επιστήμης, η οποία κατέχει σημαντικό ρόλο τόσο για τη σχέση των επαγγελματιών με τις ασθενείς όσο και για τη συμβολή της στην πρόληψη και την αντιμετώπισή.

Η νοσηλευτική φροντίδα των γυναικών που έχουν προσβληθεί από τον ιό HPV όσο και των γυναικών που έχουν εμφανίσει καρκίνο στον τράχηλο είναι από τα σπουδαιότερα καθήκοντα του νοσηλευτή. Αυτό συμβαίνει γιατί ο νοσηλευτής-τρια δεν αναλαμβάνει μόνο τις νοσηλευτικές πράξεις – παρεμβάσεις, αλλά αναλαμβάνει την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και τη διδασκαλία της αρρώστου σε όσα την απασχολούν σχετικά με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα κονδυλώματα αποτελούν μια από τις πιο διαδεδομένες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες της εποχής, η οποία σε ένα μεγάλο ποσοστό σχετίζεται με την εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Μπορεί τα κονδυλώματα να προσβάλουν και τους άντρες και τις γυναίκες, όμως η επίπτωση που έχουν στην υγεία της γυναίκας είναι ιδιαίτερα σημαντική κυρίως όταν εκείνη προσβληθεί από τους τύπους υψηλού κινδύνου.

Σκοπός της εργασίας είναι να αναφερθούν οι τύποι και οι μορφές του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων, τα συμπτώματα των κονδυλωμάτων, οι διαγνωστικές εξετάσεις που πρέπει να προβούν οι γυναίκες τόσο για την πρόληψη όσο και για τη διάγνωση της ασθένειας καθώς, και η θεραπεία που θα πρέπει να ακολουθήσουν σε περίπτωση μόλυνσης από τον ιό.

Επίσης, γίνεται λόγος για γεγονότα που οδηγούν σε κακοήθη εξέλιξη, ενώ στην πορεία αναλύονται, άλλα αιτία που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, τα συμπτώματα, οι μορφές, τα στάδια, πιθανές μεταστάσεις και επιπλοκές του συγκεκριμένου καρκίνου.

Φυσικά δεν είναι δυνατόν να παραληφθεί ο σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή που πραγματεύεται τη συμβολή του στη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόληψη και την ενημέρωση της ασθενούς. Τη συμμετοχή του στο τρόπο αντιμετώπισης των αρνητικών συναισθημάτων της γυναίκας που πάσχει από καρκίνο τραχήλου της μήτρας και στον τρόπο ενημέρωσής της για τη φύση της ασθένειάς της. Ακόμα, μέσα από τη Νοσηλευτική Διεργασία τονίζεται ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να σχεδιάζεται, να διαμορφώνεται η νοσηλευτική φροντίδα ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη.

Στόχος της εργασίας είναι να κατανοήσει ο αναγνώστης την παροχή αυτής της ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς, προσφέροντας όλα τα βασικά στοιχεία που θα την βοηθήσουν στην κατανόηση του θέματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από ένα σύνολο οργάνων όπου η ομαλή και συντονισμένη λειτουργία τους αποβλέπει στην εξυπηρέτηση της αναπαραγωγής. Τα γυναικεία γεννητικά όργανα ανάλογα με τη θέση τους διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά όργανα. Όριο μεταξύ αυτών είναι ο παρθενικός υμένας. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούνται από το αιδοίο και τα εσωτερικά από τον κόλπο ή κολεό, τη μήτρα, τις σάλπιγγες ή ωαγωγούς και τις ωοθήκες (Αντσακλής, 2011).

1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα

Τα έξω γεννητικά όργανα βρίσκονται μπροστά και κάτω από την ηβική σύμφυση και επιπολής του ουρογεννητικού διαφράγματος και της περιτονίας του. Το αιδοίο μοιάζει με σφηνοειδές έπαρμα, έχει μήκος 7 εκ. περίπου και σχηματίζεται μεταξύ των ριζών των μοιρών, στο μέσο του φέρει επιμήκη σχισμή, την αιδοϊκή, η οποία οδηγεί στο πρόδομο του κολεού.

Το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, το πρόδομο του κόλπου ή κολεού, τους βοθρολίνειους αδένες, τους βολβούς του προδόμου, το έξω στόμιο της ουρήθρας, τους παραουρηθρικούς αδένες τον παρθενικό υμένα ή στόμιο του κολεού και την κλειτορίδα (Αντσακλής, 2011).

Εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτη

Εφήβαιο ονομάζεται το τριγωνικό έπαρμα του δέρματος, που βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση και ορίζεται προς τα πλάγια από την αιδοιομηρική αύλακα, προς τα πάνω από την ηβική πτυχή και προς τα κάτω τα μεγάλα χείλη του αιδοίου που αποτελούν τη συνέχεια αυτού. Ο υποδόριος ιστός του είναι πλούσιος σε λίπος σχηματίζοντας έτσι ένα νοητό όρος. Το δέρμα καλύπτεται μετά την ήβη από πλούσια τριχοφυΐα, γνωστό ως οριζόντια γραμμή (Αντσακλής, 2011).

Μεγάλα χείλη

Τα μεγάλα χείλη είναι δύο λείες δερματικές πτυχές, αποτελούμενες από λιπώδη ιστό, λείες μυϊκές ίνες, αρτηριακό – φλεβικό πλέγμα και νεύρα. Σχηματίζουν μεταξύ τους την αιδοϊκή σχισμή και συνεχίζονται προς τα έξω στον σύστοιχο μηρό και προς τα έσω στο σύστοιχο μικρό χείλος. Μπροστά, συνενώνονται και συνεχίζονται στο εφήβαιο και προς τα πίσω συνενώνονται οδηγώντας στην ραφή του περινέου. Η εξωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλέων εμφανίζει πλούσια τριχοφυΐα με σμηγματογόνους αδένες, ιδρωτοποιούς αδένες και ειδικούς αποκρινείς αδένες. Στην εσωτερική επιφάνεια η τριχοφυΐα είναι σχεδόν ανύπαρκτη, ενώ το δέρμα είναι ρόδινο και έχει την όψη βλεννογόνου. Στα μεγάλα χείλη και δια του βουβονικού πόρου καταλήγουν οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της μήτρας (Αντσακλής, 2011).

Μικρά χείλη

Τα μικρά χείλη είναι δύο λεπτές δερματικές πτυχές, με όψη και σύσταση βλεννογόνου κατασκευασμένα από άφθονες ελαστικές ίνες, συνδετικό υπόστρωμα, πολλές φλέβες, χωρίς τρίχωση, αλλά αρκετούς σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Βρίσκονται στην εσωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλέων και το πρόσθιο άκρο κάθε μικρού χείλους αποσχίζεται σε δύο πτυχές. Η πάνω πτυχή ενώνεται στην κορυφή της κλειτορίδας με την αντίστοιχη του άλλου μικρού χείλους, σχηματίζοντας την πόσθη της κλειτορίδας, η δε κάτω φέρεται κάτω από τη βάλανο της κλειτορίδας, ενώνεται με την αντίστοιχη του άλλου μικρού χείλους και σχηματίζουν τον χαλινό της κλειτορίδας. Τα οπίσθια άκρα τους συνενώνονται και σχηματίζουν τον χαλινό των μικρών χειλέων που συνεχίζεται με την συνένωση των μεγάλων χειλέων προς το περίνεο (Αντσακλής, 2011).

Πρόδομος του κόλπου ή κολεού

Ορίζεται ως ο χώρος που βρίσκεται μεταξύ της κλειτορίδας και των μικρών χειλέων, έμπροσθεν του παρθενικού υμένα και είναι εμφανής κατόπιν απαγωγής των τελευταίων. Στο πρόδομο του κολεού εκβάλλουν, μπροστά το έξω στόμιο της ουρήθρας, πίσω, το στόμιο του κολεού, καθώς και πόροι διφυών αδένων. Το οπίσθιο

μέρος του προδόμου, έως τον χαλινό των μικρών χειλέων, ονομάζεται σκαφοειδής βόθρος (Αντσακλής, 2011).

Βαθρολίνοι αδένες

Είναι δύο, εκατέρωθεν του προδόμου και αποτελούν τους μεγαλύτερους αδένες του αιδοίου. Κατά τη συνουσία παράγουν άφθονο έκκριμα το οποίο φέρεται με εκφορητικούς πόρους στη νυμφοϋμενική αύλακα (Αντσακλής, 2011).

Βολβοί του προδόμου

Είναι δύο επιμήκη, σπυραγγώδη σώματα, σε σχήμα αμυγδάλου, που βρίσκονται εκατέρωθεν του στομίου του κόλπου, καλυπτόμενα από τα μικρά χείλη και τους βολβοσπυραγγώδεις μυς του περινέου. Σχηματίζονται από στυτικό ιστό φέρουν πυκνή αγγείωση και συνενώνονται στο πρόσθιο μέρος της ουρήθρας για να σχηματίσουν τη βάλανο της κλειτορίδας (Αντσακλής, 2011).

Παραουρηθρικοί αδένες

Οι παραουρηθρικοί αδένες καλύπτονται από κυλινδρικό επιθήλιο, βρίσκονται εκατέρωθεν του έξω στομίου της ουρήθρας και οι πόροι τους εκβάλλουν στο πρόδομο του κολεού. Δύο εξ' αυτών είναι μεγαλύτερου μεγέθους και ονομάζονται αδένες του skene (Αντσακλής, 2011).

Παρθενικός υμένας ή στόμιο του κολεού

Ο παρθενικός υμένας αποτελεί το όριο μεταξύ των έσω και έξω γεννητικών οργάνων και βρίσκεται ακριβώς στην είσοδο του κόλπου. Είναι κατ' ουσίαν πτυχή του βλεννογόνου, καλυπτόμενη από πλακώδες επιθήλιο, που φέρει κεντρική οπή διαφόρων σχημάτων. Αναλόγως του σχήματος της οπής ο παρθενικός υμένας διακρίνεται σε μνηοειδή, δακτυλιοειδή, ηθμοειδή, κροσσωτό, σχιστό, δίστομο, δρεπανοειδή και άτρητο υμένα. Κατά την πρώτη συνουσία, ο υμένας ρήγνυται σε διάφορα σημεία τα οποία προκαλούν αιμόρροια και τα υπολείμματα αυτού ονομάζονται μύρτα (Αντσακλής, 2011).

Κλειτορίδα

Η κλειτορίδα είναι στυτικό όργανο μήκους 2,5 - 4 εκ. και βρίσκεται στο πρόσθιο μέρος του προδόμου, μπροστά από την ηβική σύμφυση. Είναι όργανο ομόλογο του ανδρικού πέους και αποτελείται από δύο σκέλη, το σώμα και τη βάλανο. Κάθε σκέλος καλύπτεται από τον ισχιοσηραγγώδη μυ και εκφύεται από τον περινεϊκό υμένα, κατά μήκος των ηβοϊσχιακών κλάδων. Στο ύψος του κάτω άκρου της ηβικής σύμφυσης τα δύο σκέλη συνενώνονται για να σχηματίσουν το σώμα της κλειτορίδας, που αναρτάται από την ηβική σύμφυση με τον κρεμαστήρα σύνδεσμο της κλειτορίδας και τους δύο ισχιοσηραγγώδεις μυς. Η βάλανος που περιλαμβάνεται μεταξύ των δύο πρόσθιων άκρων των μικρών χειλέων, αποτελεί το ελεύθερο μέρος της κλειτορίδας και καλύπτεται από την πόσθη (Αντσακλής, 2011).

1.2 Έσω γεννητικά όργανα

Τα έσω γεννητικά όργανα βρίσκονται μέσα στην ελάσσονα πύελο μεταξύ ουροδόχου κύστης και εντέρου και πάνω από το ουρογεννητικό τρίγωνο. Τα όργανα αυτά αποτελούνται από τον κόλπο ή κολεό, τη μήτρα, τις σάλπιγγες ή ωαγωγούς και τις ωοθήκες (Αντσακλής, 2011).

Κόλπος ή κολεός

Ο κόλπος είναι ένας ινώδης και ελαστικός μυϊκός σωλήνας, με καμπύλη φορά της οποίας το κοίλο στρέφεται προς τα εμπρός, μήκους 7,5-9 εκ. και πλάτους 4 εκ. περίπου και με ιδιαίτερες ικανότητες διάτασης, ενώ το εύρος του ποικίλλει. Λόγω της θέσης του εντός της πυελικής κοιλότητας διακρίνεται σε δύο μοίρες: την πυελική μείζονα και την περινεϊκή ελάσσονα.

Τα έσω τοιχώματα του κόλπου ανάλογα με τη θέση τους χωρίζονται σε πρόσθιο, με μήκος που κυμαίνεται από 6-8 εκ., και οπίσθιο που συνήθως είναι μακρύτερο κατά 1-2 εκ. Εκτείνεται από τον παρθενικό υμένα και τα μύρτα του μέχρι τον θόλο, όπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας σχηματίζοντας την ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου. Ο θόλος διακρίνεται σε τέσσερα τμήματα, το πρόσθιο που συνορεύει με την κυστεομητρική πτυχή, το οπίσθιο που είναι και το πιο βαθύ και

έρχεται σε επαφή με τον δουλγασσειο χώρο, όπου καταλήγει και το χαμηλότερο σημείο του τοιχωματικού περιτονιού και δύο πλάγια εξωτερικά των οποίων βρίσκονται οι ουρητήρες, η πυελική περιτονία και οι ανελκτήρες του πρωκτού (Αντσακλής, 2011).

Μήτρα

Η μήτρα ή υστέρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο με σχήμα ανεστραμμένου αχλαδιού και μέγεθος μήκους 7,5 εκ., πλάτους 5 εκ., πάχους 2,5 εκ. περίπου και βάρους 50-70 γρ. Παρατηρείται μια ποικιλία των μεγεθών αυτών από την παιδική ηλικία προς την ηλικιωμένη γυναίκα και από την άτοκο προς την πολύτοκο, αλλά εκεί που τροποποιούνται θεαματικά είναι κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης όπου η μήτρα φιλοξενεί το αναπτυσσόμενο έμβρυο.

Σκοπός του οργάνου αυτού είναι η υποδοχή, εμφύτευση και ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου. Για το λόγο αυτό η μήτρα χαρακτηρίζεται από πλούσια αιμάτωση αλλά και ανθεκτικά μυϊκά τοιχώματα. Μετά τον τοκετό, η μήτρα επανέρχεται στην προ κύησης κατάσταση, αποκτώντας ελαφρά μεγαλύτερες διαστάσεις (Αντσακλής, 2011).

Σάλπιγγες ή ωαγωγοί

Οι σάλπιγγες μαζί με τις ωοθήκες αποτελούν τα εξαρτήματα της μήτρας. Αποτελούν δύο λεπτούς μυϊκούς σωλήνες, εκατέρωθεν της μήτρας, μήκους 10-12 εκ. Σκοπός τους είναι η παραλαβή από της ωοθήκης του ωοκυττάρου και η μεταφορά του στη μητρική κοιλότητα, γονιμοποιημένου ή μη.

Οι σάλπιγγες βρίσκονται πάνω από το μεσοσαλπίγγιο, κάτω από τον πυθμένα στο ύψος των κεράτων της μήτρας και εκτείνονται μέχρι το ελεύθερο χείλος του πλατέος και τις ωοθήκες. Ανατομικά κάθε σάλπιγγα διακρίνεται στα εξής τμήματα από έσω προς τα έξω: το ενδομητρικό ή ενδοτοιχικό, τον ισθμό, τη λήκυθο και τον κώδωνα. Το τοίχωμα της σάλπιγγας αποτελείται από τρεις χιτώνες από μέσα προς τα έξω: τον βλεννογόνο ή έσω, τον μυϊκό ή ενδιάμεσο και τον ορογόνο ή έξω. Ενώ η στήριξή τους επιτυγχάνεται προς τα έσω με το πλάγιο κέρασ της μήτρας στο οποίο εισέρχονται και προς τα έξω με τον ωοθηκικό κροσσό που εφάπτεται στον άνω πόλο της ωοθήκης (Αντσακλής, 2011).

Ωοθήκες ή γονάδες

Οι ωοθήκες είναι δύο, έχουν σχήμα αμυγδαλοειδές και στην ώριμη γυναίκα το μήκος τους φτάνει τα 2,5 εκ., το πλάτος τα 1,5-3 εκ., το πάχος 0,5-1,5 εκ. και το βάρος τους 5-10 γρ. Ο όγκος τους στην ενήλικη φτάνει κατά μέσο όρο τα 9,4 κ.εκ., ενώ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα 11,1 κ.εκ. Οι ωοθήκες αποτελούν τους γενετήσιους αδένες της γυναίκας και σκοπός τους είναι η φιλοξενία και ωρίμανση των αρχέγονων ωοκυττάρων.

Οι ωοθήκες βρίσκονται εντός της πυελικής περιτοναϊκής κοιλότητας και αναρτώνται από το οπίσθιο πέταλο του πλατέος συνδέσμου της μήτρας εν μέσω διπέταλης πτυχής του περιτοναίου, το μεσσωθήκιο. Ανατομικά στην ωοθήκη διακρίνουμε δύο πόλους: των άνω πόλο ή σαλπγγικό και τον κάτω πόλο ή μητρικό. Ο άνω πόλος αναρτάται προς το πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονος πυέλου με τον κρεμαστήρα σύνδεσμο, ο οποίος καταλήγει στην περιτονία του ψοΐτη μυός. Ο κάτω πόλος συνδέεται προς τα έσω με το άνω τμήμα του πλάγιου τοιχώματος της μήτρας με τον ίδιο σύνδεσμο της ωοθήκης ή μητροωθηκικό. Ενώ το τοίχωμα των ωοθηκών αποτελείται από δύο μοίρες: την έσω ή μυελώδη και την έξω ή φλοιώδη (Αντσακλής, 2011).

1.3 Άλλα όργανα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας

Άλλα όργανα του γεννητικού συστήματος είναι η ουρήθρα, η ουροδόχος κύστη, οι ουρητήρες, το ορθό και το πυελικό έδαφος

Ουρήθρα

Η ουρήθρα αρχίζει στη βάση της ουροδόχου κύστης και τερματίζεται με ένα εξωτερικό στόμιο στο περίνεο. Στις γυναίκες έχει μικρό μήκος που φτάνει τα 4 εκ. περίπου και ακολουθεί μια ελαφρά καμπύλη διαδρομή προς τα κάτω διαμέσου του πυελικού εδάφους προς το περίνεο, όπου διασχίζει το εν τω βάθει κόλπωμα και τον υμένα του περινέου και στη συνέχεια εκβάλλει στο πρόδομο, που βρίσκεται μεταξύ των μικρών χειλέων του αιδοίου (Μοντέζι και Μανάρας, 1987).

Ουροδόχος κύστη

Η ουροδόχος κύστη είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο που βρίσκεται ανάμεσα στην ηβική σύμφυση και τη μήτρα και δέχεται τα ούρα με τους δύο ουρητήρες.

Ουρητήρες

Οι ουρητήρες είναι δύο, ένας από κάθε νεφρό και μεταφέρουν τα ούρα από τους νεφρούς στη κύστη. Ο κάθε ουρητήρας έχει μήκος 25-30 εκ. περίπου.

Ορθό

Το ορθό έχει μήκος 12-15 εκ. και βρίσκεται μπροστά από την πυελική επιφάνεια του ιερού οστού και του κόκκυγα.

Πυελικό έδαφος

Το πυελικό έδαφος αντιστοιχεί στην περιοχή του κάτω στομίου της μικρής πυέλου. Διαδραματίζει σημαντικό στηρικτικό ρόλο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού (Σκανδαλάκης, 2007).

1.4 Ανατομία μήτρας και τραχήλου

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η μήτρα είναι ένα μυώδες όργανο με παχύ τοίχωμα και εντοπίζεται στη μέση γραμμή μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού με το ανώτερο άκρο της να αντιστοιχεί στο ύψος του 4^{ου} ιερού σπονδύλου. Υπό φυσιολογικές συνθήκες με κενή την ουροδόχο κύστη και τη γυναίκα σε όρθια θέση, η μήτρα βρίσκεται σε οριζόντιο επίπεδο με την πρόσθια επιφάνειά της να επικάθεται στην άνω επιφάνεια της ουροδόχου κύστης. Τροποποιήσεις της θέσης αυτής οδηγούν σε μεταβολές του αξονικού συσχετισμού. Παρατηρούνται έτσι περιπτώσεις ατόμων με οπίσθια κλίση της μήτρας καθώς και οπίσθια κάμψη αυτής.

Η μήτρα διακρίνεται σε δύο κύριες επιφάνειες, τη σπλαχνική που επικάθεται επί της ουροδόχου κύστης και την εντερική που εφάπτεται με το σιγμοειδές κόλον. Ανατομικά διαχωρίζεται σε 3 μέρη: τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο.

- **Πυθμένας**

Αποτελεί το τμήμα που βρίσκεται μακρύτερα από τον κόλπο και το έντερο και πιο κοντά στην ηβική σύμφυση. Στις άτοκες, ο πυθμένας της μήτρας βρίσκεται λίγο πιο πάνω από το επίπεδο της ηβικής σύμφυσης ενώ στις πολύτοκες είναι σε ψηλότερο επίπεδο το σημείο όπου ο πυθμένας διαδέχεται το σώμα και ονομάζεται μεσοσαλπγγική γραμμή και ενώνει νοητά τις δύο σάλπιγγες.

- **Σώμα**

Είναι μια κοιλότητα που αποτελεί το κεντρικό μέρος του οργάνου και εκτείνεται από τη μεσοσαλπγγική γραμμή έως το κατώτερο μέρος της που ονομάζεται ισθμός. Έχει σχήμα τριγωνικό με κορυφή τον ισθμό και βάση που, καθώς φέρεται προς τον πυθμένα, σχηματίζει δύο χωνοειδείς προσεκβολές στις οποίες καταλήγουν τα έσω στόμια των σαλπγγων.

- **Τράχηλος**

Είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας, μέρος του οποίου προβάλλει στον κολεό.

Έχει μήκος 2,5 εκ. περίπου και στην ώριμη γυναίκα αποτελεί το 1/3 του συνολικού μήκους του οργάνου. Έχει κυλινδρικό σχήμα και διακρίνεται σε δύο μοίρες, την υπερκολεϊκή και την ενδοκολεϊκή.

Η υπερκολεϊκή μοίρα επικοινωνεί με το σώμα δια του έσω στομίου της μήτρας. Αποτελείται από μία πρόσθια επιφάνεια η οποία βρίσκεται ακριβώς πάνω από τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης και μία οπίσθια επενδύμενη από το περιτόναιο του ευθυμητρικού κοιλώματος. Στα πλάγια της υπερκολεϊκής συναντάμε τα παραμήτρια καλυπτόμενα από τον πλατύ σύνδεσμο της μήτρας και σε απόσταση 2 εκ. περίπου, τον χιασμό της μητριαίας αρτηρίας με τους ουρητήρες.

Η ενδοκολεϊκή μοίρα επικοινωνεί με τον κόλπο δια του έξω στομίου του τραχήλου. Αποτελείται από ένα πρόσθιο βραχύ χείλος, ένα οπίσθιο επίμηκες χείλος και δύο μεσαίου βάθους, πλάγια χείλη.

Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από μέσα προς τα έξω από τρία στρώματα: το ενδομήτριο, το μυομήτριο και το περιμήτριο.

- **Ενδομήτριο**

Το ενδομήτριο αποτελείται από κυλινδρικό μονόστιβο επιθήλιο μέχρι του έξω τραχηλικού στομίου όπου μεταπίπτει στο επιθήλιο του κολεού, δηλαδή πολύστιβο πλακώδες και χόριο πλούσιο σε τριχοειδή αιμοφόρα λεμφοφόρα αγγεία καθώς και σωληνοειδείς αδένες που εκβάλλουν στην ενδομητρική κοιλότητα και παροχετεύουν την παραγόμενη αλκαλική βλέννα.

- **Μυομήτριο**

Το μυομήτριο αποτελείται από τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών που δεν διαχωρίζονται με σαφήνεια μεταξύ τους, την έσω στιβάδα που είναι λεπτότερη από τις τρεις, την μεσαία στιβάδα και την έξω στιβάδα.

- **Περιμήτριο**

Το περιμήτριο είναι ο χιτώνας που καλύπτει τα εξωτερικά τοιχώματα της μήτρας. Στην ουσία είναι το σπλαχνικό περιτόναιο που αφού καλύψει τον πυθμένα της κύστης, περιβάλλει από κάτω και μπροστά δημιουργώντας την κυστεομητρική πτυχή, ενώ συνεχίζει προς τα πάνω και πίσω σχηματίζοντας την ευθυμητρική πτυχή και τέλος εκατέρωθεν πλαγίως σχηματίζει τους πλατείς συνδέσμους της μήτρας.

Οι πλατείς σύνδεσμοι, οι στρογγύλοι σύνδεσμοι, οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι, οι ηβοτραχηλικοί σύνδεσμοι και οι εγκάρσιοι ή πλάγιοι σύνδεσμοι είναι αυτοί που βοηθούν στη στήριξη της μήτρας.

- **Πλατείς σύνδεσμοι:**

Στην ουσία αποτελούν μια αναδίπλωση του τοιχωματικού περιτοναίου, η οποία δημιουργεί δύο πέταλα. Ξεκινά από τα πλάγια χείλη της μήτρας και σαν ανοιχτή βεντάλια πορεύεται προς το πλάγιο έλασσον πυελικό τοίχωμα.

- **Στρογγύλοι σύνδεσμοι:**

Αποτελούνται από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό, αγγεία, λεμφαγγεία, νεύρα και λείες μυϊκές ίνες της έξω στιβάδας του ενδομητρίου. Ξεκινούν από την έξω γωνία της μήτρας, πορεύονται στον πλατύ σύνδεσμο και δια του βουβωνικού πόρου καταλήγουν στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Βοηθούν στο να παραμένει η μήτρα σε θέση πρόσθιας κάμψης και κατά τη διάρκεια της κύησης διατείνονται σε σημαντικό βαθμό.

- **Ιερομητρικοί σύνδεσμοι:**

Αποτελούνται από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό, λείες και ελαστικές μυϊκές ίνες. Εκφύονται από την οπίσθια επιφάνεια του ισθμού της μήτρας και φέρονται προς τα πλάγια του ορθού και πίσω, προσφύόμενοι στην πρόσθια επιφάνεια του ιερού οστού.

- **Ηβοτραχηλικοί σύνδεσμοι:**

Αποτελούνται από ισχυρό συνδετικό ιστό και εκτείνονται από τον τράχηλο της μήτρας και το ανώτερο τμήμα του κόλπου, δια του αυχένα της ουροδόχου κύστης, προς την οπίσθια επιφάνεια του ηβικού οστού.

- **Εγκάρσιοι ή πλάγιοι σύνδεσμοι:**

Εκφύονται από τα πλάγια τοιχώματα του τραχήλου της μήτρας και τον θόλο του κόλπου, πορεύονται μέσα στα παραμήτρια και καταφύονται στα σύστοιχα πλάγια πυελικά τοιχώματα (Αντσακλής, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας

2.1 Ορμονικό σύστημα της γυναίκας

Η αναπαραγωγική λειτουργία τόσο της γυναίκας όσο και του άνδρα στηρίζεται και εξαρτάται από την αλληλεπίδραση ορμονών του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-γονάδες. Η λειτουργία των γονάδων ρυθμίζεται από τις δύο γοναδότροπες ορμόνες της υπόφυσης: την ωοθυλακιότροπο ορμόνη FSH και την ωχρινοτρόπο ορμόνη LH. Η FSH ρυθμίζει τη στρατολόγηση, ανάπτυξη και ωρίμανση των

ωοθυλακίων, ενώ η LH είναι υπεύθυνη για τη στεροειδογένεση στις ωοθήκες, την ωοθηλακιορρηξία και τη λειτουργία του ωχρού σωματίου. Αμφότερες οι υποφυσιακές ορμόνες υπόκεινται σε ρύθμιση από ανώτερο εγκεφαλικό κέντρο, τον υποθάλαμο μέσω ενός δεκαπεπτιδίου της γοναδοτροπικής εκλυτικής ορμόνης GnRH. Υπάρχουν και άλλες ορμόνες που εκκρίνονται με την βοήθεια των FSH και LH, οι ορμόνες των ωοθηκών: οιστρογόνα και προγεστερόνη.

Οι ορμόνες αυτές δεν εκκρίνονται συνεχώς σε σταθερές ποσότητες, διαφέρουν κατά τη διάρκεια των διάφορων φάσεων του αναπαραγωγικού κύκλου της γυναίκας (Αντσακλής, 2011).

2.2 Αναπαραγωγικός κύκλος της γυναίκας

Σε κάθε φυσιολογικό γεννητικό κύκλο συμβαίνει μια κυκλική παραγωγή ορμονών με σκοπό την ωοθυλακιορρηξία και την προετοιμασία του ενδομητρίου για την υποδοχή και εμφύτευση του πιθανού εμβρύου. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από την παραπάνω διαδικασία μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις.

Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος της γυναίκας χωρίζεται ουσιαστικά σε δύο επιμέρους κύκλους. Τον κύκλο της ωοθήκης και τον κύκλο του ενδομητρίου. Ο κύκλος της ωοθήκης χωρίζεται περαιτέρω σε δύο φάσεις, την προωρρηκτική και τη μετωρρηκτική φάση, ενώ οι αντίστοιχες φάσεις για τον ενδομητρικό κύκλο καλούνται εμμηνορρυσιακή, παραγωγική, εκκριτική και ισχαιμική (Αντσακλής, 2011).

Κατά την προωρρηκτική φάση τα ωοθυλάκια ωριμάζουν υπό την επίδραση της θηλακιοτρόπου ορμόνης και του οιστρογόνου. Η απότομη αύξηση της ωχρινοτρόπου ορμόνης προκαλεί την ωορρηξία (ημέρες 1-14). Στη μετωρρηκτική φάση το ωάριο ελευθερώνεται από το ώριμο ωοθηλάκιο. Το ωχρό σωματίο αναπτύσσεται από την επίδραση της ωχρινοτρόπου ορμόνης και παράγει υψηλά επίπεδα προγεστερόνης και κάποια οιστρογόνα (ημέρες 15-28)

Στην εμμηνορρυσιακή φάση του ενδομητρικού κύκλου γίνεται απόπτωση των επιφανειακών στιβάδων του ενδομητρίου κατά την εμμηνορρυσία, όπου εκεί τα επίπεδα οιστρογόνου είναι χαμηλά (ημέρες 1-5). Στη συνέχεια στην παραγωγική φάση, το ενδομήτριο μεγαλώνει. Το ωοθυλάκιο ωριμάζει και γίνεται η ωορρηξία, ενώ τα επίπεδα οιστρογόνου ανεβαίνουν κατακόρυφα πριν την ωορρηξία (ημέρες 6-14).

Έπειτα κατά την εκκριτική φάση, τα επίπεδα οιστρογόνου μειώνονται με γοργούς ρυθμούς και η προγεστερόνη αυξάνεται για να επιτευχθεί η πάχυνση του ενδομητρίου (ημέρες 15-26). Τέλος, στην ισχαιμική φάση το ωχρό σωματίο εκφυλίζεται προκαλώντας πτώση των επιπέδων οιστρογόνων και προγεστερόνης (ημέρες 27-28) (Καραχάλιος, 2006).

- **Γονιμοποίηση**

Η γονιμοποίηση συνίσταται στην ένωση του σπερματοζωαρίου με το ωάριο. Η κεφαλή του σπερματοζωαρίου περιέχει ειδικά ένζυμα που του επιτρέπουν να επιτεθεί στο εξωτερικό τοίχωμα του ωαρίου, να το καταστρέψει και στη συνέχεια να μπει στο εσωτερικό του κυττάρου και να ενώσει τα εφόδιά του σε χρωματοσώματα με εκείνα του ωαρίου. Από την ένωση του σπερματοζωαρίου και του ωαρίου δημιουργείται ένα νέο κύτταρο το ζυγωτό.

Το νέο αυτό κύτταρο περιέχει 46 χρωματοσώματα, περιλαμβάνει όλες τις ικανότητες για να δώσει αρχή σ' έναν νέο πλήρη οργανισμό που μετά από εννέα μήνες ενδομήτριας ζωής θα είναι σε θέση να ζήσει και να συνεχίσει να αναπτύσσεται αυτόνομα έξω από το μητρικό σώμα. Το φύλο αυτής της νέας ύπαρξης καθορίζεται από την ένωση των χρωματοσωματίων (χρωματοσωμάτιο X) το σπερματοζωάριο μπορεί να περιέχει ένα χρωματοσωμάτιο ίδιο με εκείνο του θηλυκού κυττάρου ή διαφορετικό (χρωματοσωμάτιο Y). Εάν από την ένωση του μητρικού χρωματοσωματίου του φύλου με το πατρικό σχηματιστεί ένα σύμπλεγμα XX, τότε το έμβρυο είναι θηλυκό, εάν αντίθετα σχηματιστεί ένα σύμπλεγμα XY, το έμβρυο είναι αρσενικό (Μοντέζι και Μανάρας, 1987).

- **Εμμηνόπαυση**

Εμμηνόπαυση είναι ο όρος που δίνεται στο στάδιο εκείνο της ζωής, όπου η γυναίκα εμφανίζει προοδευτική απώλεια της κυκλικής ωοθηκικής λειτουργίας της. Κατά κάποιο τρόπο είναι μια αναστροφή των μεταβολών που συμβαίνουν στην εφηβεία. Συνήθως εμφανίζεται στην ηλικία των 47-52 ετών. Η έμμηνος ρύση σπάνια διακόπτεται απότομα, αλλά έχει την τάση να γίνεται ανώμαλη και λιγότερο συχνή για ένα περίπου χρόνο.

Η διακοπή δεν φαίνεται να οφείλεται στην πλήρη εξαφάνιση των ωοθυλακίων. Αρχέγονα ωοθυλάκια έχουν βρεθεί και στις ωοθήκες των ηλικιωμένων γυναικών. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να υπάρχει ένας κριτικός αριθμός ενεργώς αναπτυσσόμενων ωοθυλακίων για να μπορεί να εγκατασταθεί ο γεννητικός κύκλος (Σαρρή, 1993).

2.3 Φυσιολογία του τραχήλου της μήτρας

Ο τράχηλος της μήτρας αποτελείται από συνδετικό ιστό και ελαστικές ίνες εξάλλου έχει μια μυϊκή στοιβαδωτή δομή, χωρισμένη σε πολλαπλές μυϊκές στιβάδες, κυρίως από το εξωτερικό και το εσωτερικό στόμιο. Στο βλεννογόνο του που δεν εξελίσσεται σε φθαρτό υπάρχουν πολυάριθμοι αδένες και εκκρίνουν άφθονη βλέννα που εντοπίζεται στον τραχηλικό αυλό. Εδώ σχηματίζει μια ζελατινοειδής συσσώρευση που ονομάζεται βλεννώδες επίπωμα και που προστατεύει την κοιλότητα της μήτρας από μολύνσεις εμποδίζοντας το πέρασμα εσωγενών μικροβίων .

Στο τέλος της κύησης η έξοδος αυτού του επιπώματος προαναγγέλλει τον ερχομό του τοκετού, ενώ μετά την εμμηνόπαυση οι αδένες εκφυλίζονται και η παραγωγή βλέννας σταματά τελείως (Μοντέζι και Μανάρας, 1987).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ιός ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus)

3.1 Ορισμός του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)

Οι ιοί των ανθρώπινων θηλωμάτων είναι DNA-ιοί, γνωστοί διεθνώς ως HPV (Human Papilloma Viruses). Το μέγεθός τους κυμαίνεται από 10 nm έως 300 nm και έχουν διάμετρο 54 nm (Μπασιάρης, 2008).

Οι θηλωματοϊοί (Papilloma Viruses) ανήκουν σε μια μεγάλη οικογένεια ιών που προσβάλλουν το ζωικό βασίλειο. Ονομάζονται έτσι επειδή προκαλούν θηλώματα (Papillomas).

Οι θηλωματοϊοί έχουν ειδικευση για τον ξενιστή (species specific viruses). Υπάρχει δηλαδή μια συγκεκριμένη ομάδα θηλωμάτων, που προσβάλλουν τον

άνθρωπο (Human Papilloma Viuses – HPV). Μια άλλη ομάδα προσβάλλει τα βοοειδή (Bovine Papilloma viruses), άλλη ομάδα τους σκύλους (Canine Papilloma Viruses), τα πρόβατα (Cattle Papilloma Viruses), τους λαγούς (Rabbit Papilloma Viruses).

Οι θηλωματοϊοί του ανθρώπου δεν προσβάλλουν τα ζώα και αντιστρόφως, λόγω της ειδίκευσης. Επομένως δεν έχουμε την δυνατότητα να μελετήσουμε τις βιολογικές επιδράσεις των HPV σε πειραματόζωα.

Όλες οι κατηγορίες θηλωματοϊών έχουν κοινά μορφολογικά χαρακτηριστικά (αποτελούνται από διπλή κυκλική έλικα DNA περιβεβλημένη από εικοσάεδρη πρωτεϊνική κάψα) και ίδιες επιδράσεις στους διάφορους ξενιστές (προκαλούν όγκους και υπερπλασίες στο δέρμα και τους βλεννογόνους) (Στρατηγός, 2004).

3.2 Ιστορική ανασκόπηση του ιού HPV

Από την εποχή του Ιπποκράτη ήταν γνωστά στον ιατρικό κόσμο τα γεννητικά κονδυλώματα. Ένας από τους παλαιότερους όρους, που χρησιμοποιήθηκαν στην ιατρική βιβλιογραφία ήταν η ελληνική λέξη «κονδύλωμα», όρος που χρησιμοποιείται και σήμερα και σήμαινε στρογγυλό έπαρμα πλησίον του πρωκτού, δεδομένου ότι τα κονδυλώματα θεωρούνταν και τότε σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, σύνηθες εύρημα σε ομοφυλόφιλους άνδρες.

Κατά τους Ρωμαϊκούς έχουμε αναφορές για κονδυλώματα στους τόμους περί «Γυναικείων» του Σωρανού του Εφέσιου. Οι σατυρικοί και λαϊκοί συγγραφείς της εποχής αυτής τα απέδιδαν στη σεξουαλική απελευθέρωση και έκλυση των ηθών, πιστεύοντας ότι τα κονδυλώματα του πρωκτού ήταν αποτέλεσμα της παρά φύσιν συνουσίας.

Η εμφάνιση και η έξαρση της σύφιλης στη Ευρώπη στα τέλη του 15^{ου} αι. έδωσε μια νέα πνοή στο ενδιαφέρον της ιατρικής κοινωνίας και για άλλες παθήσεις των γεννητικών οργάνων. Αρχικά βέβαια, δε γίνεται διάκριση μεταξύ της γονόρροιας, της σύφιλης και των γεννητικών θηλωμάτων. Θεωρούσαν τα κονδυλώματα ως εκδήλωση της σύφιλης.

Το 1973 ο Benjamin Bell θα κάνει το διαχωρισμό της σύφιλης από τη γονόρροια και θα περιγράψει με σαφήνεια τα γεννητικά θηλώματα. Δεν δεχόταν ότι τα κονδυλώματα προκαλούνται από τη σύφιλη και θέτει τη διαφορική διάγνωση των βλαβών από τις συφιλιδικές βλατιδώδεις εκδηλώσεις. Αυτές οι απόψεις του Bell, θα επιβεβαιωθούν και από τον Ricord το 1838.

Καθώς εγκαταλείφθηκε η άποψη ότι τα κονδυλώματα αποτελούν ένδειξη σύφιλης, το 1852 αναπτύχθηκε από τον Pirrie η λανθασμένη άποψη ότι προκαλούνται από την γονόρροια. Η άποψη αυτή βρήκε πολλούς υποστηρικτές τον 19^ο αιώνα.

Μόνο μετά από 20 χρόνια ο Martin το 1872, θα υποστηρίξει με βεβαιότητα ότι οι ασθενείς με θηλώματα δεν είχαν ιστορικό βλεννόρροιας κάτι που επιβεβαιώθηκε το 1879 με την ανακάλυψη του γονόκοκκου.

Πολλοί ερευνητές του 19^{ου} αι., στην προσπάθειά τους να βρουν την αιτιολογία των γεννητικών θηλωμάτων, υποστήριζαν την άποψη ότι οφείλονταν σε ερεθισμό της επιδερμίδας από διάφορους εξωγενείς μολυσματικούς παράγοντες (π.χ ακαθαρσίες). Το 1893 διατυπώθηκε για πρώτη φορά από τον Gemy, η άποψη ότι τα γεννητικά κονδυλώματα σχετίζονται με τις δερματικές μυρμηκίες. Η εμμονή στη θεωρία αυτή απομάκρυνε την προσοχή από ένα σημαντικό ερώτημα, το οποίο αφορούσε τη συχνότητα της σεξουαλικής μετάδοσης της νόσου. Το 1954 έχουμε την οριστική επιβεβαίωση της θεωρίας ότι τα γεννητικά κονδυλώματα μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή, από τους Barrett, Silbar και Mc Ginley.

Πρώτος ο Almeida το 1969 μαζί με άλλους ερευνητές υπέθεσαν, ότι αυτός ο ιός έχει διαφορετικά αντιγονικά χαρακτηριστικά από τον ιό των κοινών μυρμηκιών.

Το 1970 ο Zur Hausen άρχισε να μελετά τον ιό HPV και την πιθανή συσχέτισή του με τα επιθηλιακά καρκινώματα, χρησιμοποιώντας την ίδια τεχνική με την οποία ανακαλύφθηκε ο ιός Epstein-Barr στο λέμφωμα Burkitt. Τα πρώτα αποτελέσματα με τη μέθοδο αυτή του υβριδισμού δημοσιεύθηκαν το 1974 και τελικά το 1977 ο Zur Hausen ανακοίνωσε την ύπαρξη τεσσάρων διαφορετικών τύπων του ιού.

Με την αλματώδη εξέλιξη της τεχνολογίας αποδείχθηκε ότι ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων είναι ένας επιθηλιοτρόπος DNA ιός, ο οποίος αριθμεί πλέον των 100 γονοτύπων, από τους οποίους οι 35 αφορούν στα γεννητικά όργανα. Οι τελευταίοι ανάλογα με τη βιολογική συμπεριφορά τους ταξινομούνται σε 4 κατηγορίες: στους χαμηλού κινδύνου, ενδιάμεσου κινδύνου, υψηλού κινδύνου και στους αβέβαιης έκβασης τύπου. Ο κίνδυνος ανάπτυξης ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας ή πλακώδους διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι άμεσα συνδεδεμένος με τον τύπο του ιού (Κουρούνης, 2004).

3.3 Επιδημιολογικά στοιχεία της HPV λοίμωξης και συσχέτισή της με το καρκίνο στο τράχηλο

Σύμφωνα με τελευταία στοιχεία έχουμε γενική αύξηση των γυναικών που εμφανίζουν τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων. Σε μια παγκόσμια κατανομή της λοίμωξης από τον ιό HPV παρατηρούμε ότι περίπου 11 εκατομμύρια γυναίκες έχουν προσβληθεί στη Βόρειο Αμερική, 23 εκατομμύρια στη Νότιο Αμερική, 29 εκατομμύρια στην Αφρική, 36 εκατομμύρια στην Ευρώπη, 1 εκατομμύριο στην Αυστραλία και πάνω από 170 εκατομμύρια στην Ασία.

Καρκινικοί τύποι που σχετίζονται με την λοίμωξη HPV είναι οι εξής: ο καρκίνος του αιδοίου με αριθμό περιπτώσεων ανά έτος περίπου 50.000 και σε ποσοστό 50-80%, ο καρκίνος του κόλπου με αριθμό περιπτώσεων 20.000 ανά έτος και ποσοστό 50-80%, ο καρκίνος του πρωκτού με αριθμό περιπτώσεων 50.000 ανά έτος και ποσοστό 70-95%, ο καρκίνος του πέους σε αριθμό περιπτώσεων 50.000 ανά έτος και ποσοστό 40-70% και τέλος ο πιο σημαντικός καρκίνος, εκείνος του τραχήλου της μήτρας που εμφανίζεται σε αριθμό περιπτώσεων πάνω από 500.000 ανά έτος και σε ποσοστό που ξεπερνά το 95%.

Η επιδημιολογική συσχέτιση μεταξύ λοίμωξης με HPV και καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας πληροί όλα τα καθιερωμένα κριτήρια ως προς την αιτιότητα. Η συσχέτιση μεταξύ HPV και καρκίνου του τραχήλου είναι εντυπωσιακά ισχυρή, ενώ μελέτες που να συνηγορούν για αρνητική συσχέτιση δεν υπάρχουν. Οι συσχετιζόμενοι (σε ποσοστό 70-90%), με καρκινογένεση τύποι HPV είναι οι 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 49, 51, 52, 54, 55, 56, 58, 59, 64 και 68. Εξ' αυτών ο HPV 16 έχει την πιο ισχυρή συσχέτιση διεθνώς με τους τύπους 18, 31 και 45 να ακολουθούν. Ειδικά σ' ότι αφορά τα αδενοκαρκινώματα ανευρίσκεται πιο συχνά ο τύπος 18.

Ως προς τη χρονική αλληλουχία η λοίμωξη από HPV τείνει να προηγείται και προμηνύει νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας. Μεγάλες προοπτικές μελέτες αναδεικνύουν σχετικό κίνδυνο > 10 και απόλυτο > 60% για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου σε οποιοδήποτε βαθμού SIL σε έδαφος HPV λοίμωξης.

Σε διεθνή μελέτη που συμπεριλάμβανε περισσότερες από 1050 ασθενείς από διάφορες χώρες, σε ποσοστό πάνω από 85% από κάθε χώρα βρέθηκαν τμήματα DNA του HPV σε κύτταρα του τραχήλου της μήτρας.

Οι πιο πολλές λοιμώξεις από HPV συμβαίνουν σε ηλικίες 16-25 χρόνων και σε λίγους μήνες ή χρόνια υποστρέφουν. Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών σε 4

χρόνια κατά μέσο όρο θα αναπτύξει χαμηλού βαθμού SIL. Από αυτές το 25-30% θα προοδεύσει σε μεγαλύτερου βαθμού SIL σε 2 με 4 χρόνια. Γενικά οι γυναίκες με χαμηλού βαθμού SIL έχουν 16 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν υψηλού βαθμού SIL και διηθητικό καρκίνο σε σχέση με αυτές με φυσιολογική κυτταρολογική εξέταση.

Αν και υπάρχουν πολλά στοιχεία που υποστηρίζουν τον αιτιολογικό ρόλο ορισμένων τύπων του ιού του ανθρώπινου κονδυλώματος, φαίνεται ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες ή καταστάσεις που θα πρέπει να συντρέχουν, καθώς από ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που είναι θετικές για λοίμωξη από τον ιό, μόνο ένα μικρό ποσοστό θα αναπτύξει καρκίνο του τραχήλου (Πεκτασίδης, Αθανάσιος και Δημόπουλος, 2001).

3.4 Κονδυλώματα και HPV λοίμωξη

Τα κονδυλώματα είναι καλοήθεις εξωφυτικές αντιδράσεις ιογενούς προέλευσης. Όμως, ένα μεμονωμένο κονδύλωμα στον εξωτράχηλο θα μπορούσε να θεωρηθεί σαν εξωφυτικό καρκίνωμα.

Η επιφάνειά τους είναι θηλωματώδης και μπορεί να καλύπτεται από κερατίνη. Συχνά οι θηλές είναι λεπτές και μοιάζουν με δάκτυλο. Το χρώμα τους εξαρτάται από τον βαθμό κερατινοποίησης και κυμαίνεται από γκρίζο, μέχρι έντονα ερυθρό. Συχνά είναι πολλαπλά και διαφορετικού μεγέθους (Κουρούνης, 1991).

Τα οξυτενή κονδυλώματα δεν έχουν καμία σχέση με καρκίνο. Οφείλονται στους τύπους 6 και 11 των HPV, που προκαλούν κατά κανόνα καλοήθεις αλλοιώσεις. Άλλοι καλοήθεις γεννητικοί τύποι HPV είναι 41,42,43 και 44. Οι καλοήθεις HPV προκαλούν γενικά μόνο καλοήθεις αλλοιώσεις, είτε αυτές είναι εμφανείς στο γυμνό μάτι, είτε όχι. Οι ανωτέρω αλλοιώσεις περιγράφονται διεθνώς με τον όρο LGSIL, δηλαδή χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις εκ πλακώδους επιθηλίου. Στον κανόνα αυτόν υπάρχει η εξαίρεση των πολύ σπάνιων όγκων busche- Lowenstein που προκαλούνται από τους HPV 6 και 11 σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα ή σε άτομα με ακροχορδονώδες καρκίνωμα που ακτινοβολήθηκε κατά λάθος.

Οι HPV 16,18,31,33,35,39,45,51-59 και 68 ονομάζονται ογκογόνοι. Οι ογκογόνοι HPV προκαλούν τόσο υποκλινικές αλλοιώσεις χαμηλού βαθμού όσο και αλλοιώσεις υψηλού βαθμού στο κατώτερο γεννητικό σύστημα της γυναίκας. Σπανιότερα, προκαλούν καρκίνους πρωκτού και πολύ σπάνια καρκίνους πέους. Στις

LGSIL περιλαμβάνονται τα περιστατικά που χαρακτηρίζονταν πριν ως HPV-φλεγμονή, επίπεδα κονδυλώματα αλλά και ελαφρές δυσπλασίες. Η ομάδα LGSIL δεν είναι ομοιογενής αφού υπάρχουν LGSIL που προκλήθηκαν από καλοήθεις HPV και LGSIL, που προκλήθηκαν από ογκογόνους τύπους. Από την ομάδα αυτή ένα μικρό μέρος θα εξελιχθεί σε σαφείς προκαρκινικές αλλοιώσεις και καρκίνο.

Το φάσμα των μολύνσεων από τους γεννητικούς HPV είναι πολύ μεγάλο. Η μεγάλη πλειοψηφία των νέων γυναικών μολύνεται σήμερα από κάποιους HPV, ακόμη και ογκογόνους. Οι περισσότερες από αυτές τις μολύνσεις μένουν στο στάδιο της λανθάνουσας μόλυνσης. Σε ένα 5-10% των γυναικών που μολύνθηκαν ανευρίσκονται LGSIL. Όμως, ένας υγιής οργανισμός συνήθως καταστέλλει τη μόλυνση. Η καρκινογένεση γίνεται σε ένα πολύ μικρό ποσοστό των ατόμων που μολύνθηκαν.

Η τεράστια πλειοψηφία των HPV αλλοιώσεων αποτελείται από υποκλινικές μορφές. Όπου υπάρχουν κλινικές αλλοιώσεις, συνήθως ανευρίσκονται και υποκλινικές. Οι υποκλινικές αλλοιώσεις ονομάστηκαν και αυτές κονδυλώματα επειδή είχαν ίδια μορφολογικά χαρακτηριστικά στο μικροσκόπιο. Χρησιμοποιήθηκε μάλιστα ο όρος επίπεδα κονδυλώματα σε αντιδιαστολή με τα οξυτενή, επειδή δεν προέχουν από την επιφάνεια του δέρματος ή των βλεννογόνων. Αυτά τα κονδυλώματα δεν έχουν παθογνωμονική εμφάνιση και η διάγνωσή τους βασίζεται στην ιστολογική μελέτη μιας κολποσκοπικά κατευθυνόμενης βιοψίας (Στρατηγός, 2004).

3.5 Μορφές του ιού HPV

Οι ιοί HPV θεωρούνται τεράστιας σημασίας για την ανεξέλεγκτη μετάδοσή τους, αφού προκαλούν τόσο κλινική όσο και υποκλινική λοίμωξη. Πιο συγκεκριμένα στις λοιμώξεις των βλεννογόνων, το ποσοστό είναι σημαντικά υψηλό, λόγω των υποκλινικών μορφών τους. Οι κλινικές βλάβες είναι εύκολα ορατές και χαρακτηριστικές, ενώ οι λανθάνουσες εντοπίζονται μόνο με την ανίχνευση του γενετικού υλικού του ιού. Όμως έχει υπολογιστεί ότι το 70% περίπου των παθήσεων, οι οποίες οφείλονται στους ιούς HPV είναι σε λανθάνουσα μορφή.

Μια από τις πιο γνωστές μορφές του ιού HPV, είναι οι μυρμηκίες. Πρόκειται για πολύ συνήθεις δερματικές βλάβες, οι οποίες είναι καλοήθεις και μεταδοτικές. Ανάλογα με τη μορφή και τη θέση προσβολής τις διακρίνουμε, σε α) κοινές, β) πελματιαίες, γ) ομαλές-νεανικές. Μια άλλη μορφή HPV είναι τα οξυτενή κονδυλώματα, τα οποία είναι θηλωματώδεις εκβλαστήσεις, ρόδινου χρώματος,

λευκωπού ή υπόφαιου. Εντοπίζονται στα γεννητικά όργανα ή την περιπρωκτική χώρα και παραμένουν μεμονωμένες ή συρρέουν σε ομάδες, με χαρακτηριστική αμφοκράμβοειδή επιφάνεια. Είναι ασυμπτωματικές βλάβες και μόνο αν επιμολυθούν παρατηρείται δύσοσμη οροπυώδης έκκριση (Κανιτάκης, 1975).

Άλλη μορφή είναι η Bowenoid βλατίδωση, αφορά μια κλινική οντότητα σχετικά σπάνια, η οποία μπερδεύεται πολλές φορές με τα κονδυλώματα. Οφείλεται σε διάφορους τύπους των HPV κυρίως όμως στους 16,18 και 33 που είναι ογκογόνοι. Επιπλέον, αυτή η μορφή του HPV χαρακτηρίζεται από μικρές, καστανόφαιες επίπεδες βλατίδες, διαμέτρου 3-5 mm, με λεία επιφάνεια που συχνά συρρέουν. Εντοπίζεται στην περιγεννητική περιοχή, περιπρωκτικά και στις μηρογεννητικές πτυχές. Ακολούθως υπάρχει μια ακόμη μορφή HPV η οποία είναι μυρμηκιώδης επιδερμοδυσπλασία. Είναι μια σπανιότατη δερματοπάθεια, η οποία εμφανίζεται σε γενετικά προδιαθετημένα άτομα από την παιδική ηλικία. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από υπερκερατωσικές βλάβες όμοιες με μυρμηκίες, ακτινικές ή σημματορριακές (Χρυσομάλλης, 2005).

3.6 Τυποποίηση του ιού HPV

Από τους 100 διαφορετικούς γονότυπους HPV, που έχουν ανακαλυφθεί μέχρι σήμερα, περίπου 30 μολύνουν τα επιθήλια του δέρματος και των βλεννογόνων του κατώτερου γεννητικού συστήματος και της περιοχής του πρωκτού. Οι 30 αυτοί HPV είναι γνωστοί ως **γεννητικοί τύποι**.

Οι γεννητικοί τύποι των HPV χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: χαμηλού και υψηλού κινδύνου. Η **ομάδα χαμηλού** κινδύνου περιλαμβάνει τους HPV: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 73, 81 κ.ά. Οι HPV αυτής της ομάδας ονομάζονται έτσι επειδή προκαλούν κατά κανόνα καλοήθεις αλλοιώσεις. Τα γνωστά από την αρχαιότητα οξυτενή κονδυλώματα προκαλούνται συνήθως από τους **HPV 6 και 11**.

Η **ομάδα υψηλού κινδύνου** περιλαμβάνει τους HPV: 16, 18, 26, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82 κ.ά. Υπάρχει –πολύ μικρή πιθανότητα– η φλεγμονή των κυττάρων από αυτούς τους HPV να καταλήξει μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα σε κακοήθη εξαλλαγή των κυττάρων και καρκίνο. Ο κίνδυνος αφορά κυρίως στον τράχηλο της μήτρας. Οι υπόλοιποι καρκίνοι, που συνδέονται αιτιολογικά με τους HPV, είναι σπανιότεροι. Από την ομάδα υψηλού κινδύνου οι πιο επικίνδυνοι είναι οι **HPV 16 και 18**.

Πρέπει να διευκρινιστεί, ότι η μόλυνση από τους επικίνδυνους HPV δεν αρκεί από μόνη της για να οδηγήσει σε καρκίνο. Πρέπει να συνυπάρξουν πολλοί άλλοι δυσμενείς παράγοντες (όπως πλημμελής λειτουργία ανοσοποιητικού συστήματος, γενετική προδιάθεση, συνεργοί παράγοντες π.χ. κάπνισμα, κ.ά.). Έτσι, εξηγείται το γεγονός, ότι, ενώ η μόλυνση (και από τους HPV υψηλού κινδύνου) είναι πολύ συχνή στο γενικό πληθυσμό, τα περιστατικά καρκίνων είναι σχετικά λίγα (Μορτάκης, 2011).

3.7 Παθογένεια του ιού HPV

Ο αναδιπλασιασμός των HPVs λαμβάνει χώρα στους πυρήνες των επιθηλιακών κυττάρων, καθώς αυτά ωριμάζουν και προχωρούν προς την επιθηλιακή και βλεννογόνια στιβάδα. Στο πλακώδες επιθήλιο, η υψηλότερη συγκέντρωση του ιού εντοπίζεται στα αποπτωτικά πλακώδη κύτταρα. Ο αναδιπλασιασμός του ιού προκαλεί υπερπλασία όλων των στιβάδων του δέρματος εκτός από τη βασική στιβάδα, προκαλώντας ακάνθωση και υπερκεράτωση. Ιστολογικά, το χαρακτηριστικό κύτταρο είναι το κοιλοκύτταρο, ένα μεγάλο πολυγωνικό πλακώδες κύτταρο με έναν μικρότερο πυρήνα, ο οποίος εντοπίζεται μέσα σε ένα κενοτόπιο. Κοκκία κερατοϋαλίνης παρατηρούνται μέσα στο κυτταρόπλασμα.

Κακοήθης εξαλλαγή συνοδεύεται από την ενσωμάτωση του DNA του HPV ιού στο χρωμόσωμα του ξενιστή. Οι κυτταρολογικές αλλαγές περιλαμβάνουν υπερπλασία των βασικών κυττάρων με υψηλή αναλογία πυρήνα/κυτταροπλάσματος και πολλές μιτώσεις. Στις καλοήθειες αλλοιώσεις το DNA του HPV ιού βρίσκεται μεν στον πυρήνα του κυττάρου, αλλά δεν είναι ενσωματωμένο στο χρωμόσωμά του. Μια αποτελεσματική ανοσολογική απάντηση, η οποία δεν είναι ακόμα πλήρως κατανοητή αντιμετωπίζει την λοίμωξη από τον ιό HPV. Ασθενείς με σοβαρή συγγενή και επίκτητη ανοσοανεπάρκεια υποφέρουν από εμμένουσα και υποτροπιάζουσα λοίμωξη από HPV (Μπασιάρης, 2008).

3.8 Κλινική εικόνα της HPV λοίμωξης

Οι κλινικές αλλοιώσεις από τη λοίμωξη με τον ιό HPV είναι τα κονδυλώματα. Κλινικά εμφανίζονται σαν ογκίδια, αρχικά μεγέθους λίγων χιλιοστών με ανθοκραμβοειδή (σαν κουνουπίδι) επιφάνεια και με την πάροδο του χρόνου

αυξάνονται σε μέγεθος, αποκτούν μίσχο ή συνενώνονται μεταξύ τους. Είναι ανώδυνα, με χρώμα από ρόδινο έως καφεοειδές. Στην επάλειψη με διάλυμα οξικού οξέος λευκάζουν. Μπορούν να εμφανιστούν οπουδήποτε στο δέρμα του γεννητικού συστήματος, συνήθως όμως εμφανίζονται σε περιοχές που έχουν τραυματισθεί κατά την σεξουαλική επαφή. Μεμονωμένες ή περιορισμένες αλλοιώσεις εμφανίζονται συχνά στο κορμό του πέους, στη βάλανο, στο αιδοίο, στο περίνεο και στην περιπρωκτική περιοχή. Μη ορατές αλλοιώσεις μπορεί να υπάρχουν στο στόμιο της ουρήθρας, στον κόλπο ή στον τράχηλο της μήτρας και αν υπάρχει πρωκτική σεξουαλική επαφή, στον πρωκτικό σωλήνα. Επίσης, το στόμα μπορεί να προσβληθεί περιστασιακά. Σε υγρό και άτριχο δέρμα, οι αλλοιώσεις είναι κυρίως επίπεδες και μαλακές.

Τα κονδυλώματα του γεννητικού συστήματος προκαλούν δυσφορία, κάποιες φορές κνησμό και ερεθισμό και σπανίως διαχωρισμό της ροής των ούρων ή αιμορραγία από την ουρήθρα ή τον πρωκτικό σωλήνα. Κάποιες φορές αναπτύσσονται μεγάλες περιοχές υγρών και πυκνών αλλοιώσεων, οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν πρόβλημα κατά την εγκυμοσύνη. Αν αυτές είναι εκτενείς και υπερτροφικές μπορεί να εμποδίσουν το φυσιολογικό τοκετό (Μπασιάρης, 2008).

3.9 Τρόποι μετάδοσης του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων

Έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα περισσότεροι από 80 γονότυποι HPV (διακρίνουμε διαφορετικούς τύπους ανάλογα με την αλληλουχία των βάσεων στο DNA τους).

Η μετάδοση των HPV μπορεί να λάβει χώρα κατά διάφορους τρόπους:

1. Μέσω λύσεως της συνέχειας του δέρματος (όπως δερματικών εκδορών, σχισμών και γενικά ήπιων δερματικών βλαβών), προκειμένου για δερματικές μηρυγκιές.
2. Με σεξουαλική επαφή προκειμένου για HPV- φλεγμονή των γεννητικών οργάνων.
3. Κατά την δίοδο του εμβρύου μέσω του μολυσμένου γεννητικού σωλήνα (σπάνιες περιπτώσεις με λαρυγγική θηλωμάτωση νεογνών).

4. Με αυτοενοφθαλμισμό σε διάφορες θέσεις (π.χ κατά το ξύρισμα αλλά και το ξύσιμο σε παιδιά και μεγαλύτερα άτομα).
5. Με στοματική σεξουαλική επαφή (περιπτώσεις θηλωμάτων στόματος) (Στρατηγός, 2004).

3.10 Διαγνωστικές μέθοδοι

Όταν οι αλλοιώσεις που προκαλούνται από τους HPV δεν είναι εμφανείς στην απλή κλινική εξέταση (ορατές με το γυμνό μάτι) και εντοπίζεται μόνο με τεχνική βοήθεια, τότε μιλάμε για υποκλινική νόσο.

Η βασική εξέταση που τίθεται συχνά είναι το τεστ Παπανικολάου, όπου εκεί μπορούν να εντοπισθούν κύτταρα με χαρακτηριστικά φλεγμονής από τους HPV. Λαμβάνονται κύτταρα από την επιφάνεια του εξωτραχήλου και από τον ενδοτράχηλο. Στην κυτταρολογική εξέταση που ακολουθεί, εάν βρεθούν κύτταρα με αλλοιώσεις, τίθεται αναλόγως η διάγνωση. Δεν γνωρίζουμε όμως από ποια θέση ακριβώς προέρχονται αυτά τα κύτταρα, όπως δεν γνωρίζουμε και αν σε κάποια διπλανή θέση υπήρχε σοβαρότερη αλλοίωση και απλώς δεν ελήφθησαν κύτταρα και από εκεί.

Μετά από υποψία HPV-μόλυνσης σε κάποιο τεστ Παπανικολάου, ακολουθεί κολποσκόπηση. Στην κολποσκόπηση εξετάζονται υπό άπλετο φως και μεγέθυνση, οι βλεννογόνοι και το δέρμα στο κατώτερο γεννητικό σύστημα, πριν και μετά από την εμβροχή τους με διάλυμα οξικού οξέος. Οι υποκλινικές αλλοιώσεις από τους HPV συνήθως λευκάζουν μετά το διάλυμα οξικού οξέος και έτσι εντοπίζονται. Όμως ό,τι λευκάζει δεν είναι HPV αλλοίωση. Τη διάγνωση θα θέσει πάντοτε η ιστολογική εξέταση της βιοψίας.

Ο ρόλος της κολποσκόπησης δεν είναι να αποδείξει μόνο εάν πρόκειται για υποκλινική μόλυνση ή όχι. Σημασία έχει να εντοπισθούν αν υπάρχουν προκαρκινικές αλλοιώσεις ή και καρκίνος.

Σημαντική βοήθεια στη διάγνωση μιας υποκλινικής μόλυνσης προσφέρει η ανίχνευση του DNA του ιού με υβριδισμό. Η εξέταση αυτή έχει το πλεονέκτημα ότι μας επιβεβαιώνει τη διάγνωση και επίσης μας πληροφορεί για τον τύπο HPV, που προκάλεσε τη συγκεκριμένη αλλοίωση (τυποποίηση του ιού) (Στρατηγός, 2004).

3.11 Θεραπευτική αντιμετώπιση των HPV

Ειδική και μόνιμη θεραπεία για την HPV μόλυνση δεν υπάρχει. Το πρόβλημα θα λυθεί οριστικά μόνο με την παρασκευή εμβολίων.

Η καταστολή της μόλυνσης από τους HPV βασίζεται κατά κύριο λόγο στην κυτταρική ανοσία. Φαίνεται όμως ότι αναπτύσσεται με βραδύ ρυθμό και κάποιου βαθμού χυμική ανοσία, η οποία αφενός εξουδετερώνει τα σωματίδια του ιού και αφετέρου εμποδίζει τις επαναμολύνσεις και τις υποτροπές. Το αντιγονικό ερέθισμα για την ανάπτυξη χυμικής ανοσίας το δίνουν οι πρωτεΐνες της κάψας του υικού σωματιδίου.

Με βάση τα ανωτέρω γίνονται προσπάθειες για την παραγωγή εμβολίων τόσο με προφυλακτικό χαρακτήρα όσο και με θεραπευτικό. Στην τελευταία αυτή περίπτωση χρησιμοποιούνται πρωτεΐνες που κωδικοποιούνται από την περιοχή E του υικού γονιδιώματος. Τα αποτελέσματα από τα πειράματα σε ζώα είναι εξαιρετικά ελπιδοφόρα.

Στην λανθάνουσα μόλυνση δεν συνίσταται καμία θεραπεία. Για τις υποκλινικές αλλοιώσεις χαμηλού βαθμού ο κανόνας είναι η παρακολούθηση, αφού στην μεγάλη τους πλειοψηφία υποχωρούν από μόνες τους. Σε λίγες και επιλεγμένες περιπτώσεις με LG-SIL στον τράχηλο, συνίσταται να αφαιρείται η Ζώνη Μετάπλασης. Οι υποκλινικές αλλοιώσεις υψηλού βαθμού θεωρούνται προκαρκινικές και πρέπει να αφαιρούνται. Τέλος τα οξυτενή κονδυλώματα, αν και καλοήθεις αλλοιώσεις, πρέπει να καταστρέφονται. Με την καταστροφή τους, μειώνεται θεαματικά το υικό φορτίο και δίνουμε στον οργανισμό την ευκαιρία να καταστείλει την φλεγμονή. Η μόλυνση μεταπίπτει σε λανθάνουσα ή εξαφανίζεται και ο ξενιστής σταματά να είναι μολυσματικός.

3.11.1 Μέθοδοι θεραπείας κατά των αλλοιώσεων στον τράχηλο της μήτρας

Όταν αναφερόμαστε στη θεραπεία των αλλοιώσεων που προκαλούνται από τους HPV, εννοούμε την αφαίρεση ή την καταστροφή των αλλοιώσεων. Αυτό αφορά τις αλλοιώσεις που εντοπίζονται σε κόλπο, αιδοίο ή πέος, περίνεο και περιπρωκτική χώρα.

Όμως στην περίπτωση του τραχήλου της μήτρας, όταν μιλάμε για θεραπευτική αντιμετώπιση των CIN εννοούμε την αφαίρεση ή την καταστροφή της

Ζώνης Μετάπλασης μετά των συνοδών αλλοιώσεων. Και τούτο διότι η ΖΜ το κατ' εξοχήν πρόσφορο έδαφος για καρκινογένεση από τους ογκογόνους HPV.

Με βάση τα ανωτέρω, η αφαίρεση ολόκληρης της ΖΜ μας κατοχυρώνει από διαγνωστικής απόψεως (αφού ελέγχεται ιστολογικά τόσο σε έκταση όσο και σε βάθος), ενώ αποτελεί την καλύτερη πρόληψη (αφού μειώνει την πιθανότητα καρκινογένεσης, με την εξάλειψη του κατάλληλου υποστρώματος). Αντιθέτως οι επιφανειακοί καυτηριασμοί ή οι κρυοπηξίες, που δεν καταστρέφουν τις αδενικές κρύπτες σε όλο το βάθος τους, είναι επικίνδυνες πρακτικές για δύο λόγους: πρώτον, είναι δυνατόν να αφεθούν υπολειμματικές αλλοιώσεις και δεύτερον οι αλλοιώσεις αυτές συνήθως καλύπτονται από επουλωτικό επιθήλιο και δεν ελέγχονται.

Μέθοδοι θεραπείας των Squamous Intraepithelial Lesions (SIL) στον τράχηλο:

1. Αφαίρεση της ΖΜ
2. Καταστροφή της ΖΜ

Οι μέθοδοι αφαίρεσης της ΖΜ είναι:

- Ø Κωνοειδής με νυστέρι
- Ø Κωνοειδής με CO₂ laser
- Ø Εκτομή της ΖΜ με υψίσυχο ρεύμα (Leep)

Η υστερεκτομή δεν έχει πλέον θέση στη θεραπευτική αντιμετώπιση των SIL. Επιλέγεται μόνο όταν συνυπάρχει άλλη παθολογική βλάβη από το σώμα της μήτρας ή τα εξαρτήματα. Για να προγραμματιστεί όμως στις περιπτώσεις αυτές απλή υστερεκτομή πρέπει να είμαστε βέβαιοι ότι οι αλλοιώσεις στον τράχηλο είναι ενδοεπιθηλιακές.

Μέθοδοι καταστροφής της ΖΜ:

- Ø Κρυοπηξία
- Ø Εξάχνωση με Laser

3.11.2 Μέθοδοι θεραπείας των οξυτενών κονδυλωμάτων

Πριν από οποιαδήποτε θεραπεία πρέπει να έχει προηγηθεί η απαραίτητη διαγνωστική προσπέλαση. Πρέπει να έχουν απαντηθεί τα εξής ερωτήματα:

- Ø Είναι σίγουρα κονδυλώματα;
- Ø Συνυπάρχουν προκαρκινικές αλλοιώσεις;
- Ø Συνυπάρχουν φλεγμονές; Άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;

Απαραίτητη προϋπόθεση πριν τη διενέργεια οποιασδήποτε θεραπευτικής απόπειρας είναι να υπάρχει βεβαιότητα ότι πρόκειται περί καλοήθων κονδυλωμάτων.

Σε λίγες περιπτώσεις όπου η εικόνα δεν είναι τυπική, πρέπει να γίνει διαφοροδιάγνωση από απλούς ακροχόρδωνες δέρματος, μολυσματική τέρινθο, πλατέα κονδυλώματα (σύφιλη) και σμηγματορροϊκή κεράτωση. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται επίσης σε αλλοιώσεις που γκριζάρουν, αυτές που είναι έντονα υπερκερατωσικές αλλά και σε αυτές που δεν υποχωρούν μετά από θεραπεία και υποτροπιάζουν συνεχώς. Σε κάθε περίπτωση, όπου υπάρχει η παραμικρή αμφιβολία για τη διάγνωση, πρέπει να λαμβάνεται βιοψία.

Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις όπου εκλαμβάνονται ως κονδυλώματα οι φυσιολογικές θηλές στην είσοδο του κόλπου, οι σμηγματογόνοι αδένες του δέρματος του αιδοίου.

Όσον αφορά την τακτική που ακολουθούμε στην θεραπευτική αντιμετώπιση: Συνήθως αρχίζουμε συντηρητικά, με διάλυμα ή gel ποδοφυλλοτοξίνης και στη συνέχεια χορηγείται κρέμα imiquimod και μόνο αν δεν έχουμε επιτυχία προχωρούμε σε καταστροφή των αλλοιώσεων, με ποιο δύσκολες μεθόδους. Δεν βιαζόμαστε. Σε πολύ επίμονες περιπτώσεις με συνεχείς υποτροπές χρησιμοποιούμε συνδυασμούς φαρμάκων και μεθόδων καταστροφής των αλλοιώσεων.

Φαρμακευτικές μέθοδοι θεραπείας:

- Ø Από το γιατρό (ποδοφυλλίνη, τριχλωροοξικό οξύ)
- Ø Από την ίδια την ασθενή (ποδοφυλλοτοξίνη 0,5%, imiquimod 5%)

Μηχανικές μέθοδοι θεραπείας:

- Ø Καταστροφή κονδυλωμάτων (κρυοπηξία, διαθερμία, laser)
- Ø Εκτομή κονδυλωμάτων (λαβίδα βιοψίας, Leep, νυστέρι)

Στη συνέχεια περιγράφονται συνοπτικά οι φαρμακευτικές μέθοδοι θεραπείας. Δεν γίνεται αναφορά στη χρήση κρέμας 5-φθοριο-ουρακίλης και τοπικών ενέσεων ιντερφερονών, επειδή η χρήση τους δεν συνίσταται πλέον. Πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι και η εφαρμογή ποδοφυλλίνης από το γιατρό σε οξυτενή κονδυλώματα έχει περιοριστεί πάρα πολύ, αφενός λόγω των παρενεργειών της ποδοφυλλίνης και αφετέρου λόγω των πλεονεκτημάτων της ποδοφυλλοτοξίνης.

Η κρέμα imiquimod έχει ανοσορυθμιστική δράση, προκαλώντας απελευθέρωση σε τοπικό επίπεδο ιντερφερόνης α, η οποία προκαλεί εν συνεχεία αυξημένα επίπεδα κυτοκινών. Ακολουθεί ενεργοποίηση των T-λεμφοκυττάρων, των μακροφάγων και των “ natural killer cells”.

Η συστηματική χορήγηση ιντερφερόνης στα υποτροπιάζοντα οξυτενή κονδυλώματα έχει πολύ περιορισμένο πεδίο εφαρμογών. Συνίσταται μόνο ως συμπληρωματική αγωγή της καταστροφής των κονδυλωμάτων, στις περιπτώσεις εκείνες, που έχουμε συνεχείς υποτροπές. Η συνολική διάρκεια της θεραπείας με ιντερφερόνη πρέπει να είναι τουλάχιστον 10 εβδομάδες. Η αγωγή συνίσταται σε ενέσεις 1.000.000 IU ιντερφερόνης alpha-2a, που χορηγούνται κάθε 2^η μέρα επί 10 εβδομάδες. Η αγωγή αρχίζει 2 εβδομάδες πριν την εξάχνωση με laser και συνεχίζεται για 2 μήνες μετά την εξάχνωση. Με αυτό το σχήμα έχουν αναφερθεί ποσοστά επιτυχίας μέχρι 83% σε δύσκολες περιπτώσεις υποτροπιάζόντων κονδυλωμάτων. Πρέπει όμως να λαμβάνεται πάντοτε υπ' όψιν η τοξικότητα των ιντερφερονών και να παρακολουθούνται οι ασθενείς αναλόγως.

Ποδοφυλλίνη (διάλυμα 10-25%)

- ✓ Εφαρμογή του διαλύματος (μόνο σε εξωτερικά κονδυλώματα) 1-2 φορές την εβδομάδα μέχρι 4 εβδομάδες, από γιατρό. Πρέπει να ξεπλένεται η περιοχή 2-3 ώρες μετά.
- ✓ Συστηματική απορρόφηση με πιθανές παρενέργειες στο μυελό των οστών, το ήπαρ και το νευρικό σύστημα. Τοπικό άλγος και ερεθισμός στην περιοχή της εφαρμογής.
- ✓ Απαγορεύεται στην κύηση.
- ✓ Θεραπευτικά αποτελέσματα: 32-79%.

Τριγλωρο-οξυκό οξύ (85%)

- ✓ Εφαρμογή 1-2 φορές την εβδομάδα επί 4-8 εβδομάδες. Μπορεί να εφαρμοσθεί σε εξωτερικά κονδυλώματα και σε κονδυλώματα κόλπου (στον κόλπο πρέπει να χρησιμοποιείται διάλυμα 50%).
- ✓ Καμία συστηματική παρενέργεια. Τοπικός ερεθισμός, πιθανό έγκαυμα ή εξέλκωση με επακόλουθη λευκοδερμία.
- ✓ Επιτρέπεται στην κύηση.
- ✓ Θεραπευτικά αποτελέσματα: 70-81% (ιδιαίτερα επιτυχής θεραπεία σε μικρά κονδυλώματα, χωρίς κερατινοποίηση στην επιφάνεια).

Ποδοφυλοτοξίνη (σε μορφή υγρού ή gel 0,5%)

- ✓ Εφαρμογή (μόνο σε εξωτερικά κονδυλώματα) 2 φορές την ημέρα επί 3-4 εβδομάδες. Άλλο θεραπευτικό σχήμα: 3 συνεχείς μέρες εφαρμογής – διακοπή επί 5 μέρες – επανάληψη της θεραπείας άλλες 3 μέρες.
- ✓ Μικρή συστηματική απορρόφηση και τοξικότητα, τοπικός ερεθισμός μόνο.
- ✓ Απαγορεύεται στην κύηση.
- ✓ Θεραπευτικά αποτελέσματα 42-88% (υγρή μορφή), 37-68% (gel).

Imiquimod (κρέμα)

- ✓ Εφαρμογή – σε εξωτερικά κονδυλώματα μόνο – 3 φορές την εβδομάδα μέχρι και 16 εβδομάδες. Ένα λεπτό στρώμα κρέμας απλώνεται πάνω στις αλλοιώσεις και την περιοχή που τις περιβάλλει, το βράδυ πριν την κατάκλιση. Γίνεται ένα τοπικό μασάζ για καλύτερη απορρόφηση. Ακολουθεί έκπλυση της περιοχής, το πρωί (6-8 ώρες αργότερα).
- ✓ Τοπικός ερεθισμός μόνο (συστηματικές παρενέργειες, όπως κεφαλαλγία και μυαλγίες είναι σπάνιες).
- ✓ Σχετική αντένδειξη για την κύηση.
- ✓ Θεραπευτικά αποτελέσματα 50-72%

Από τις μεθόδους καταστροφής των κονδυλωμάτων η εξάχνωση με laser πλεονεκτεί σαφώς έναντι των άλλων αλλά είναι και η ακριβότερη. Συνίσταται μόνο για εκτεταμένες και πολλαπλές αλλοιώσεις.

Μονήρη μικρά κονδυλώματα μπορούν να αφαιρεθούν εύκολα με λαβίδα βιοψίας ή με μικρό ψαλίδι. Προηγείται εφαρμογή κρέμας EMLA, η ένεση με σύριγγα και βελόνη οδοντιατρικού τύπου. Μετά την αφαίρεση ακολουθεί εφαρμογή τοπικού αιμοστατικού (aluminum chloride) (Στρατηγός, 2004).

3.12 Γεγονότα που οδηγούν σε κακοήθη εξέλιξη

Οι περισσότερες λοιμώξεις από ιούς των θηλωμάτων συσχετίζονται με απόλυτα καλοήθεις όγκους, που συνήθως υποχωρούν αυτόματα ύστερα από μια περίοδο μηνών ή ετών. Ωστόσο, σε μερικές περιπτώσεις οι καλοήθεις λοιμώξεις από HPV μπορεί να εξελιχθούν σε νεοπλασία και καρκίνο. Η πιο χαρακτηριστική

συσχέτιση του HPV με τον καρκίνο είναι αυτή των υψηλού κινδύνου HPV τύπων, όπως οι HPV 16,18,31,45 και 54, με τον καρκίνο του τραχήλου από πλακώδη κύτταρα. Παρόλο που αυτοί οι τύποι του ιού μπορούν να ανιχνευτούν στο γενικό πληθυσμό, η υποχώρηση της λανθάνουσας ή της υποκλινικής λοίμωξης συμβαίνει συχνά, και μόνο σε ένα μικρό αριθμό περιπτώσεων αυτές οι βλάβες είναι πρόδρομοι του καρκίνου του τραχήλου. Η χρονική καθυστέρηση ανάμεσα στην αρχική λοίμωξη και στην δημιουργία σοβαρής νόσου είναι αρκετές δεκαετίες, δείχνοντας την ανάγκη για δευτερογενή μεταλλαξιγόνα γεγονότα συμπληρωματικά με την λοίμωξη από τον ιό. Στον καρκίνο του τραχήλου που σχετίζεται με HPV, το γονιδίωμα του ιού συχνά ενσωματώνεται στο χρωμόσωμα του ξενιστή και παρόλο που η ενσωμάτωση οδηγεί σε διάσπαση του γονιδιώματος του ιού, τα E6 και E7 ORF διατηρούνται και είναι μεταγραφικώς ενεργά και στις σειρές των κυττάρων του καρκίνου του τραχήλου και στα νεοπλάσματα που συσχετίζονται με HPV.

Η ενσωμάτωση συνήθως συμβαίνει στην E1/E2 περιοχή και έχει 2 συνέπειες. Η διάσπαση της έκφρασης του E2 ενεργοποιητή οδηγεί σε προς τα άνω ρύθμιση του αρχικού εκκινήτη του HPV και σε αυξημένη παραγωγή των πρωτεϊνών E6 και E7. Η ενσωμάτωση E1/E2 θέση εμποδίζει επίσης τις μεταγραφάσες για τα E6 και E7 να τερματίσουν την αρχική poly A θέση του ιού. Αυτές οι υβριδικές μεταγραφάσες περιέχουν το 3' άκρο που προέρχεται από τις κυτταρικές αλληλουχίες και συνεπώς λείπει το αποσταθεροποιητικό στοιχείο 3' του ιού που ρυθμίζει τα επίπεδα των αρχικών πρωτεϊνών στη φυσιολογική λοίμωξη. Η επακόλουθη υπερέκφραση του E7 οδηγεί σε απρογραμματίστη εξέλιξη του κυτταρικού κύκλου, ενώ η έκφραση του E6 αναστέλλει την απόπτωση δεσμεύοντας το p53. Οι μεταλλάξεις του p53 είναι πολύ συχνές στους καρκίνους του ανθρώπου, αλλά δεν βρίσκονται συνήθως στις HPV-θετικές κακοήθειες του τραχήλου, δείχνοντας ότι η διάσπαση του p53 με την μεσολάβηση του E6 μπορεί να υποκαθιστά την αδρανοποίησή του από μετάλλαξη. Η απώλεια της λειτουργίας του p53 στα κύτταρα που έχουν μεταμορφωθεί από τον HPV, είναι ένας προδιαθεσικός παράγοντας για κακοήθη εξέλιξη. Η αναστολή της ανάπτυξης με την μεσολάβηση του p53 σαν απάντηση σε παράγοντες που καταστρέφουν το DNA, που συμβαίνει στα φυσιολογικά κύτταρα, επηρεάζεται επιζήμια στα κύτταρα που εκφράζεται το E6 επιτρέποντας τη συσσώρευση δευτερογενών μεταλλάξεων, που συμβάλλουν στη δημιουργία του καρκίνου.

Από τους άλλους HPV που μολύνουν τους ανθρώπους, μια υποομάδα συσχετίζεται με κακοήθειες σε ασθενείς που υποφέρουν από τη σπάνια

κληρονομούμενη νόσο, την ακροχορδονώδη επιδερμοδυσπλασία. Οι βλάβες τις νόσου συσχετίζονται με διάφορους HPV τύπους, συμπεριλαμβανομένων των HPV 3 και 10 που προκαλούν επίπεδους ακροχόρδωνες στο γενικό πληθυσμό, όπως επίσης και με αριθμό EV τύπων που είναι σπάνιοι σε φυσιολογικά άτομα. Αυτοί περιλαμβάνουν τους HPV τύπους 5,8,9,12,14,15,17,19,20 και 25 που μπορούν ακόμα να βρεθούν σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα, όπως σε ασθενείς με νεφρικά μοσχεύματα. Οι ασθενείς με EV πιστεύεται ότι είναι ομόζυγοι για ένα σπάνιο αυτοσωμικό υπολειπόμενο γονίδιο το οποίο προκαλεί ανοσολογική ανεπάρκεια και αδυναμία να αντιμετωπισθεί η HPV λοίμωξη. Η νόσος ξεκινά στην πρώιμη παιδική ηλικία με την εμφάνιση πείπεδων ακροχορδώνων και ερυθρών – καφέ κηλιδωτών πλακών και οι τελευταίες μπορούν να αναπτυχθούν μέσα σε αργά – αναπτυσσόμενο καρκίνωμα in situ ή σε διηθητικό καρκίνο. Αντίθετα με τους καρκίνους που συνδέονται με τον HPV 16, το γονιδίωμα των EV τύπων γενικά δεν ενσωματώνεται, αλλά παραμένει σαν επίσωμα. Η εξέλιξη σε καρκίνο συνήθως συμβαίνει στις περιοχές που εκτίθενται στον ήλιο, και οι υπεριώδης ακτινοβολία θεωρείται συμπαραγοντας για την ανάπτυξη κακοηθειών που συσχετίζονται με EV. Πραγματικά, η αναζήτηση εξωτερικών συμπαραγόντων θεωρείται σημαντική για την ανάπτυξη αρκετών κακοηθειών που συσχετίζονται με HPV. Για την εξέλιξη των βλαβών των γεννητικών οργάνων σε καρκίνο του τραχήλου ωστόσο, έχει προταθεί η χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων, το κάπνισμα, η παρουσία και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων παθήσεων και ειδικοί HLA τύποι (Κουρούνης, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Καρκίνος τραχήλου της μήτρας

4.1 Καρκίνος – ορισμός

Καρκίνος είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύνολο από νόσους με κοινά αλλά και διαφορετικά χαρακτηριστικά, ανάλογα με τη θέση εντόπισης. Οι μορφές του καρκίνου διαφέρουν σημαντικά ως προς τη φύση, το ρυθμό ανάπτυξης, εξέλιξης, θεραπείας και πρόγνωσης (Κουρμπάνη, 2009).

Το ανθρώπινο σώμα παράγει συνεχώς νέα κύτταρα για την αντικατάσταση εκείνων που έχουν φθαρεί και για την αποκατάσταση της καταστροφής που έγινε από νοσήματα και τραυματισμούς. Μια μη φυσιολογική αντιγραφή των κυττάρων καταλήγει σε νεόπλασμα, το οποίο δεν είναι ωφέλιμο και συχνά είναι επιβλαβές για το σώμα. Τα νεοπλάσματα αυτά μπορεί να είναι καλοήγη ή κακοήγη.

Τα κύτταρα των κακοήθων αυξήσεων είναι σχετικά διαφορετικά από τα φυσιολογικά κύτταρα. Τα καρκινικά κύτταρα είναι αποτέλεσμα αλλαγών των φυσιολογικών κυττάρων του σώματος, πιθανώς λόγω μερικών αλλαγών στο δεοξυριβονουκλεϊκό οξύ (DNA) τους. Το DNA που περιέχει το γενετικό υλικό όλων των επόμενων γενεών των κυττάρων. Η αλλαγή στο DNA, αλλάζει τη δομή και τη λειτουργία των καρκινικών κυττάρων και εκείνων που αυτό δημιουργεί. Με αυτόν τον τρόπο τα καρκινικά κύτταρα δεν μοιάζουν ή δεν συμπεριφέρονται σαν τα φυσιολογικά κύτταρα (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009).

Επειδή η αύξηση των κακοηθών κυττάρων δεν ρυθμίζεται όπως στα φυσιολογικά κύτταρα, αυτά πολλαπλασιάζονται και σχηματίζουν ογκώδεις μάζες. Εισβάλλουν σε γειτονικούς ιστούς και ταξιδεύουν σε άλλα σημεία του σώματος. Εκεί εγκαθιδρύουν άλλες αποικίες κακοήθων κυττάρων. Οι απαιτήσεις τους για θρεπτικά συστατικά εξαντλεί τα αποθέματα διατροφής που είναι διαθέσιμα για τα φυσιολογικά κύτταρα. Αυτή η εξάπλωση των κυττάρων του όγκου αποκαλείται μετάσταση. Όλα τα κακοήγη κύτταρα δεν εξαπλώνονται με μεταστάσεις, αλλά τα περισσότερα από αυτά. Αυτό γίνεται επειδή τα κακοήγη κύτταρα εύκολα αποσπώνται από την αρχική μάζα ιστού και είναι ικανά να επιζούν από μόνα τους μέχρι να φθάσουν στο νέο σημείο εγκατάστασης.

Αν και η αιτιοπαθογένεια του καρκίνου δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί, έχουν σήμερα αναγνωρισθεί πλήθος αιτιολογικών παραγόντων οι οποίοι είτε μόνοι τους είτε συνήθως σε συνέργεια με άλλους παράγοντες συμβάλλουν στη διαδικασία της καρκινογένεσης. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε φυσικούς, χημικούς και γενετικούς (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2006).

4.2 Καρκίνος στον τράχηλο της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι γυναικολογικός καρκίνος. Αναπτύσσεται στον τράχηλο, δηλαδή στην περιοχή μεταξύ του κόλπου και της μήτρας. Είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους που εμφανίζονται στις γυναίκες, καθώς κατέχει τη

δεύτερη θέση μετά τον καρκίνο του μαστού. Είναι πιο συχνός στις ηλικίες μεταξύ 35-55 ετών, αλλά μπορεί να συμβεί και σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία. Αναπτύσσεται συχνότερα στις πολύτοκες και σε αυτές που είχαν σεξουαλική δραστηριότητα σε πολύ νεαρή ηλικία (Σαχίνη–Καρδάση και Πάνου, 2000).

Ιογενείς και χρόνιες λοιμώξεις καθώς και εξελκώσεις του τραχήλου φαίνεται ότι παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου. Επίσης η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου είναι μεγαλύτερη σε ομάδες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Την τελευταία δεκαετία έγιναν σημαντικές προόδους στην κατανόηση της αιτιολογίας της νόσου και από την εποχή της εφαρμογής του test Παπανικολάου ως μεθόδου μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου, η συχνότητα θανάτου στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες μειώθηκε σημαντικά (Μιχαλάς, 2000).

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αναπτύσσεται είτε από το κυλινδρικό επιθήλιο του βλεννογόνου της τραχηλικής κοιλότητας (αδενοκαρκίνωμα), είτε από το πλακώδες που καλύπτει την ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου. Τα αδενοκαρκινώματα του τραχήλου, που είναι κακοηθέστερα λόγω της ακτινοαντοχής τους και των πρώιμων μεταστάσεων στους λεμφαδένες του παραμητρίου, αποτελούν το 5% περίπου όλων των καρκινωμάτων της μήτρας. Αντίθετα, το καρκίνωμα του τραχήλου που αναπτύσσεται από το πλακώδες επιθήλιο, πρώτα πρέπει να επεκταθεί στον ενδοτράχηλο και κατόπιν να δώσει μεταστάσεις στα παραμήτρια. Κατά τα πρώτα στάδια ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ασυμπτωματικός και παρουσιάζει 100% πενταετή επιβίωση (Σαχίνη–Καρδάση και Πάνου, 2000).

Ο καρκίνος αυτός θεωρείται σήμερα μια νόσος που μπορεί να προληφθεί, αν διαγνωσθεί και αντιμετωπισθεί έγκαιρα και της οποίας η αιτιολογία είναι πλέον απόλυτα γνωστή. Η έγκαιρη διάγνωση των προκαρκινικών μορφών είχε ως αποτέλεσμα την πτώση της συχνότητας του διηθητικού καρκίνου και την καλύτερη επιβίωση των ασθενών. Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες η συχνότητα του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μειώνεται σταθερά, η διάγνωση της νόσου γίνεται σε προϋμότερα στάδια και τα θεραπευτικά αποτελέσματα βελτιώνονται συνεχώς (Μιχαλάς, 2000).

4.3 Επιδημιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο σε παγκόσμια κλίμακα. Υπολογίζεται ότι ο

ετήσιος αριθμός κρουσμάτων κυμαίνεται γύρω στις 500.000. Η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων αφορά τις υπανάπτυκτες χώρες, την Νοτιοανατολική Ασία, την Λατινική Αμερική και την υποσαχάρια Αφρική όπου η ακριβής επίπτωση και θνητότητα δεν είναι δυνατόν να υπολογισθούν με ακρίβεια. Στις χώρες αυτές η νόσος εμφανίζεται συνήθως σε προχωρημένα στάδια, λόγω απουσίας προληπτικού ελέγχου και ενημέρωσης των πληθυσμών. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την έλλειψη ικανοποιητικών μέσων για την αντιμετώπισή της, έχει ως αποτέλεσμα το μεγάλο αριθμό θανάτων από τη νόσο.

Στις χώρες του δυτικού κόσμου η επίπτωση έχει ελαττωθεί σημαντικά μέχρι και 60% τις τελευταίες δεκαετίες, ως συνέπεια της εφαρμογής σωστά οργανωμένων προγραμμάτων προληπτικού κυτταρολογικού ελέγχου των γυναικών. Ωστόσο, η νήσος εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα και στις χώρες αυτές. Τα κρούσματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι περίπου 32.000 το χρόνο και υπολογίζεται ότι 40 γυναίκες χάνουν καθημερινά τη ζωή τους από καρκίνο του τραχήλου. Φαίνεται ότι ακόμα και ο σωστά οργανωμένος προληπτικός έλεγχος αδυνατεί να εξαλείψει τη διηθητική νόσο, η οποία συνεχίζει να προσβάλλει ένα ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού. Οι αιτίες του φαινομένου αυτού δεν είναι πλήρως κατανοητές. Πιστεύεται ωστόσο, ότι ένα υψηλό ποσοστό (65%) των κρουσμάτων συμβαίνουν στο μικρό τμήμα του πληθυσμού που δεν συμμετέχει στον προληπτικό έλεγχο. Θεωρείται δηλαδή ότι οι γυναίκες που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη της νόσου, αποφεύγουν την προληπτική εξέταση. Επίσης παρατηρήθηκε ότι η μείωση της συχνότητας αφορά σε μικρό μόνο βαθμό τις νεότερες γυναίκες, στις οποίες επί πλέον παρατηρείται και σημαντική αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου από το αδενικό επιθήλιο, ο οποίος ανιχνεύεται δυσκολότερα από το πλακώδες καρκίνωμα με την κυτταρολογική εξέταση.

Στη χώρα μας η επίπτωση της νόσου δεν είναι ακριβώς γνωστή. Από τη μελέτη των στοιχείων που υπάρχουν στα τρία μεγαλύτερα αντικαρκινικά νοσοκομεία και σε επτά πανεπιστημιακές κλινικές της χώρας και τα οποία προσφέρθηκαν ευγενικά, προκύπτει ότι, το έτος 2004 νοσηλεύθηκαν σ αυτά τα ιδρύματα συνολικά 398 νέες περιπτώσεις καρκίνου τραχήλου. Σε αυτές θα πρέπει φυσικά να προστατευθούν και οι ασθενείς οι οποίες αντιμετωπίζονται στα υπόλοιπα κρατικά ιδρύματα και στις ιδιωτικές κλινικές, των οποίων ο αριθμός δεν είναι γνωστός. Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι η επίπτωση της νόσου στη χώρα μας κυμαίνεται σε 10-12 περιπτώσεις / 100.000 γυναίκες το χρόνο. Αν και συγκεκριμένα στοιχεία δεν

υπάρχουν, είναι πολύ αμφίβολο αν η συχνότητα και η θνητότητα της νόσου έχουν ελαττωθεί σημαντικά στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Παρ' όλο που ο γυναικείος πληθυσμός είναι καλύτερα ενημερωμένος και οι υπηρεσίες υγείας βελτιωμένες σε σχέση με παλαιότερα, η προληπτική εξέταση βασίζεται σε προσωπική πρωτοβουλία και μόνο. Η εμπειρία από το βρετανικό εθνικό σύστημα προληπτικού κυτταρολογικού ελέγχου έδειξε, ότι μόνο σωστά οργανωμένα και με βάση το σύστημα προσωπικών προσκλήσεων εθνικά προγράμματα πρόληψης μπορούν να ελαττώσουν την επίπτωση και τη θνητότητα της νόσου.

Η μέση ηλικία των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου είναι περίπου τα 52 χρόνια. Τα περισσότερα κρούσματα αφορούν τις ηλικιακές ομάδες 30-39 και 60-69 ετών. Οι ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζονται συχνότερα με προχωρημένη νόσο σε σύγκριση με τις νεότερες, πιθανά λόγω σπανιότερου προληπτικού ελέγχου (Φωτίου, 2009).

4.4 Αιτιολογία

Η αιτιολογία δεν είναι επακριβώς γνωστή. Ωστόσο, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μοναδικό παράδειγμα νεοπλάσματος για το οποίο έχουν αναγνωριστεί ουσιαστικοί επιδημιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξή του και για το οποίο έχει γίνει κατανοητό ένα μοντέλο καρκινογένεσης το οποίο παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την έγκαιρη διάγνωση και την πρόληψή του. Είναι σαφές από παλιά ότι ο καρκίνος του τραχήλου σχετίζεται με την πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων και τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων. Η συχνότητα των σεξουαλικών επαφών δε φαίνεται να σχετίζεται με τη νόσο. Οι σύντροφοι των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου συνήθως έχουν πλούσιο ερωτικό παρελθόν και συχνά, ιστορικό κονδυλωμάτων, θηλωμάτων, ερπητικών ή άλλων ιογενών λοιμώξεων. Πρόσφατες έρευνες οδήγησαν στην αναγνώριση της αιτιολογικής σχέσης της νόσου με την επίμονη μόλυνση από ογκογόνους τύπους των HPV, οι οποίοι είναι παρόντες σχεδόν πάντοτε εκεί που αναπτύσσεται το νεόπλασμα. Άλλοι παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να συμβάλλουν στη μετάλλαξη των μολυσμένων από HPV κυττάρων της ζώνης μετάπλασης του τραχήλου και στη καρκινογένεση είναι το κάπνισμα, η μακροχρόνια χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού, η καταστολή του ΑΒΣ και η πτωχή σε βιταμίνη C, φυλλικό οξύ και καροτένιο δίαιτα. Τον σημαντικότερο ωστόσο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρκίνου

τραχήλου αποτελεί η απουσία προληπτικού κυτταρολογικού ελέγχου σε σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες.

Ο τράχηλος, το κατώτερο και μήκους 2-4 cm τμήμα της μήτρας, αποτελεί το πλέον εκτεθειμένο σε κακώσεις και μικροβιακές ή ιογενείς προσβολές τμήμα των έσω γεννητικών οργάνων της γυναίκας. Η περιοχή της μετάπτωσης του πλακώδους επιθηλίου του εξωτραχήλου στο αδενικό επιθήλιο του ενδοτραχηλικού σωλήνα, αποτελεί ένα ευαίσθητο πεδίο το οποίο, εκτός των ανωτέρω βλαπτικών επιδράσεων, υφίσταται και τη διαρκή επίδραση ορμονικών μεταβολών. Ο συνδυασμός των παραγόντων αυτών κάνει την περιοχή αυτή ιδιαίτερα ευπρόσβλητη και συνήθη αφετηρία της νεοπλασίας. Η ζώνη μετάπλασης είναι ωστόσο ιδιαίτερα προσιτή στον κλινικό, κυτταρολογικό και κολποσκοπικό έλεγχο έτσι ώστε η αναγνώριση των προκαρκινικών βλαβών και η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου να είναι εύκολες. Και επειδή η εξέλιξη της νεοπλασίας είναι συνήθως αργή και το μέγεθος του όγκου αποτελεί τον βασικότερο προγνωστικό παράγοντα, ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί συνήθως να αντιμετωπισθεί με επιτυχία. Προϋπόθεση όμως είναι ο προληπτικός έλεγχος, η ενημέρωση και επαγρύπνιση των γυναικών και η σωστή ιατρική φροντίδα (Φωτίου, 2009).

4.5 Ανατομική παθολογική διάκριση καρκίνου

1. Υπερπλασία

Είναι η αύξηση του αριθμού φυσιολογικών κυττάρων, που είναι αναστρέψιμη, όπως π.χ. το επιθήλιο του μαστικού αδένου στην εγκυμοσύνη.

2. Μεταπλασία

Είναι η αντικατάσταση ενός τύπου και καλά διαφοροποιημένων κυττάρων από ένα άλλο τύπο, που είναι αναστρέψιμη, όπως π.χ. τα κυλινδρικά κύτταρα του ενδοτραχήλου από πλακώδη του τραχήλου.

3. Δυσπλασία

Είναι η ποικιλία στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων, που συνοδεύεται από απώλεια της φυσιολογικής δομής και αύξηση του αριθμού των κυττάρων, που είναι αναστρέψιμη, π.χ. η αποδιοργάνωση και πάχυνση του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας μετά από τραχηλίτιδα.

4. Αναπλασία

Είναι η μεγαλύτερη αύξηση της ποικιλίας στο σχήμα και το μέγεθος των κυττάρων απ' ότι στη δυσπλασία και η ύπαρξη υπερχρωματικών πυρήνων και πυρηνοκινησιών, που δεν είναι αναστρέψιμη και παρατηρείται στις κακοήθεις νεοπλασίες (Παπανικολάου, 1994).

4.6 Ιστολογική διάκριση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

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

α) Δυσπλασία ή τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN).

Σ' αυτή βρίσκουμε άτυπα κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και διακρίνεται σε ελαφρά (CIN I), μέτρια (CIN II) και βαριά (CIN III) , ανάλογα με το πάχος του επιθηλίου, που περιέχει τα άτυπα κύτταρα. Ειδικότερα στην ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου στους τρεις τύπους της διακρίνουμε:

Στον CIN I τα άνω 2/3 του πλακώδους επιθηλίου εμφανίζουν κύτταρα με καλή διαφοροποίηση, ενώ τα κύτταρα του κάτω 1/3 του επιθηλίου εμφανίζουν λίγες μιτωτικές εικόνες.

Στον CIN II το άνω 1/3 του πλακώδους επιθηλίου είναι ώριμο και καλά διαφοροποιημένο, αλλά με μερική ατυπία στους πυρήνες, ενώ τα κύτταρα στα κάτω 2/3 εμφανίζουν παθολογικές μιτωτικές εικόνες.

Στον CIN III, υπάρχει ωριμότητα στα κύτταρα εντοπισμένη στο πάνω 1/3 του επιθηλίου, ανωμαλίες των πυρήνων και μιτωτικές εικόνες σε όλο το πάχος του επιθηλίου.

β) Προδιηθητικό καρκίνωμα ή in situ καρκίνωμα.

Σ' αυτό που, όπως αναφέρθηκε, αντιστοιχεί στο CIN III, υπάρχουν άτυπα κύτταρα σε όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου. Η βασική μεμβράνη του τραχήλου, που βρίσκεται κάτω από αυτό και είναι ακύτταρη, δεν έχει προσβληθεί. Με αυτή τη μορφή ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει 8-10 χρόνια και να είναι ασυμπτωματικός.

γ) Μικροδιηθητικό καρκίνωμα.

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

δ) Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές καρκίνωμα.

Σ αυτό ο καρκίνος διήθησε τη βασική μεμβράνη και έφτασε στο μυϊκό στρώμα του τραχήλου και από αυτό προχώρησε με διήθηση ή λεμφογενή ή αιματογενή μετάσταση. Το διηθητικό καρκίνωμα, ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησης των κυττάρων του το διακρίνουμε: σε καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα, σε μέτρια διαφοροποιημένο καρκίνωμα και σε χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνωμα.

Στο καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα, τα κύτταρα ανήκουν στον πρώτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία, μεσοκυττάριας γέφυρες, σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις λιγότερες από δύο.

Στο μέτρια διαφοροποιημένο καρκίνωμα, τα κύτταρα ανήκουν στο δεύτερο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζουν μέτρια ποικιλομορφία, λίγες μεσοκυττάριας γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και 2-4 μιτώσεις.

Στο χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνωμα, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στον τρίτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζονται βαθυχρωματικά, δεν έχουν μεσοκυττάριας γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις παραπάνω από 4.

ε) Αδενοκαρκίνωμα.

Αυτό αποτελεί περίπου το 5% των καρκίνων του τραχήλου, αρχίζει από το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου, διακρίνεται σε καλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης, όπως και το επιδερμοειδές, διηθεί τους κάτω από τη βλάβη ιστούς και επεκτείνεται στη μήτρα, στον κόλπο και στα παραμήτρια (Παπανικολάου, 1994).

4.7 Σταδιοποίηση του καρκίνου

Ανάλογα με το βαθμό διήθησης που θα εκτιμήσουμε ύστερα από εξετάσεις, ταξινομούμε τον καρκίνο του τραχήλου στα παρακάτω στάδια:

Στάδιο 0. Σ' αυτό ανήκει ο προδιηθητικός ή ενδοεπιθηλιακός ή προκλινικός ή καρκίνος in situ. Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος βρίσκεται μέσα στο επιθήλιο και δεν πέρασε τη βασική μεμβράνη του τραχήλου.

Στάδιο I. Ο καρκίνος περιορίζεται στον τράχηλο. Στο Ia υπάρχει διήθηση του στρώματος του τραχήλου (μικροκαρκίνωμα). Στο Ia₁ υπάρχει ελάχιστη διήθηση του στρώματος, ενώ στο Ia₂ υπάρχει διήθηση του στρώματος σε βάθος, όχι μεγαλύτερο από 5mm (από τη βάση του επιθηλίου ή του αδένα) και πλάτος όχι μεγαλύτερο από 7mm. Στο Ib υπάρχει διήθηση, που σχηματίζει όγκο μεγαλύτερο από τις παραπάνω διαστάσεις, που είναι δυνατόν να μην είναι εμφανής κλινικά.

Στάδιο II. Ο καρκίνος εκτείνεται πέρα από τον τράχηλο, αλλά δε φτάνει ως το πυελικό τοίχωμα ή το κάτω τριτημόριο του κόλπου. Στο IIa δεν υπάρχει διήθηση παραμητρίων ενώ στο IIb υπάρχει διήθηση παραμητρίων.

Στάδιο III. Σ' αυτό το στάδιο υπάρχει υδρονέφρωση και διήθηση του κάτω τριτημορίου του κόλπου. Στο IIIa υπάρχει διήθηση του κάτω τριτημορίου του κόλπου, άλλα όχι του πυελικού τοιχώματος, ενώ στο IIIb υπάρχει διήθηση του πλαγίου πυελικού τοιχώματος ή υδρονέφρωση ή μη λειτουργικός νεφρός, που δεν υπήρχε.

Στάδιο IV. Ο καρκίνος εκτείνεται πέρα από την πύελο και έχει διηθήσει στο βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Στο IVa υπάρχει επέκταση του όγκου στα παρακείμενα όργανα, ενώ στο IVb υπάρχουν μεταστάσεις έξω από την πύελο (Παπανικολάου, 1994).

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι κλινική, σε αντίθεση με τα άλλα είδη γυναικολογικού καρκίνου. Η κλινική αυτή σταδιοποίηση στηρίζεται στις αρχές της FIGO όπως καθορίστηκαν το 1994 στη σύνοδο του Montreal και θεωρείται αναγκαία επειδή σε πολλά κέντρα η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με ακτινοβολία αποκλειστικά. Η εξέταση σταδιοποίησης πρέπει να γίνεται από έμπειρο ειδικό, κατά προτίμηση υπό γενική αναισθησία και περιλαμβάνει και την εξέταση από το ορθό για την καλύτερη εκτίμηση των παραμητρίων και του Δουγλασείου. Η σταδιοποίηση είναι απαραίτητη για την εκτίμηση του αποτελέσματος των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων και τη σύγκρισή τους. Ωστόσο δεν είναι δεσμευτική για το θεραπευτικό πλάνο που καταστρώνεται στην κάθε περίπτωση και το οποίο στηρίζεται στα ιδιαίτερα κάθε φορά χαρακτηριστικά της νόσου και της ασθενούς .

Το στάδιο της νόσου δεν αλλάζει λόγω ευρημάτων τα οποία διαπιστώνονται κατά τη διάρκεια της επέμβασης, ή από την εφαρμογή διαγνωστικών μεθόδων που δεν περιλαμβάνονται σ' αυτές που καθορίζονται από τη FIGO. Οι εξετάσεις που επιτρέπονται για τη σταδιοποίηση είναι οι ακόλουθες: Επισκόπηση, ψηλάφηση, κολποσκόπηση, απόξεση, υστεροσκόπηση, κυστεοσκόπηση, ορθοσκόπηση, IVP και ακτινογραφικός έλεγχος πνευμόνων και σκελετού. Σε υποψία διήθησης της κύστεως ή του ορθού, απαιτείται ιστολογική επιβεβαίωση. Η κωνοειδής εκτομή ή ο ακρωτηριασμός του τραχήλου επιτρέπονται, ενώ οι περιπτώσεις καρκίνου που διαπιστώνεται τυχαία μετά από υστερεκτομή δεν πρέπει να περιλαμβάνονται στις στατιστικές αλλά να αναφέρονται χωριστά. Άλλες εξετάσεις που συχνά εκτελούνται και μπορεί να είναι χρήσιμες για την κατάστρωση του θεραπευτικού πλάνου, όμως λεμφαγγειογραφία, φλέβο- ή αρτηριογραφία, U/S, λαπαροσκόπηση, CT και MRI επιτρέπονται αλλά δεν αλλάζουν με τα ευρήματα τους το κλινικό στάδιο της νόσου. Τα παθολογοανατομικά ευρήματα επί χειρουργικής θεραπείας μπορούν να αναφέρονται στη σταδιοποίηση του TNM συστήματος, σύμφωνα με τις αρχές της UICC. Αν και η σταδιοποίηση στον καρκίνο του τραχήλου όπως αναφέρθηκε είναι κλινική, η διάγνωση και σταδιοποίηση της αρχόμενης διηθητικής νόσου στηρίζεται στα ιστολογικά ευρήματα που προκύπτουν από τη μελέτη υλικού κωνοειδούς εκτομής ή ακρωτηριασμού τραχήλου που έχει εξαιρεθεί σε υγιή χειρουργικά όρια.

Ο σχεδιασμός του κατάλληλου για την κάθε περίπτωση θεραπευτικού πλάνου είναι απαραίτητος, δεδομένης της θανατηφόρου φύσεως της νόσου αλλά και της σημασίας που έχει η αποφυγή υπερθεραπείας, η οποία μπορεί ανώφελα να οδηγήσει σε επιπλοκές, κακή ποιότητα ζωής ή και στέρηση της αναπαραγωγικής ικανότητας. Η κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου παρουσιάζει μειονεκτήματα τα οποία οφείλονται κυρίως στην υποκειμενικότητα της κλινικής εξέτασης και την απουσία εκτίμησης της πιθανής προσβολής των λεμφαδένων με τις καθορισμένες ως απαραίτητες από τη FIGO κλινικές εξετάσεις (Φωτίου, 2009).

4.8 Μετάσταση

Η μετάσταση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μπορεί να γίνει μέσω τριών οδών διασποράς, α) από τη διήθηση ιστών, β) από τη λεμφογενή οδό, γ) από τη αιματογενή οδό.

Η νεοπλασία προερχόμενη από το πλακώδες επιθήλιο του εξωτραχήλου ή το αδενικό του ενδοτραχήλου, διηθεί αρχικά το στρώμα του οργάνου και μπορεί να επεκταθεί είτε προς τα άνω, στο ενδομήτριο και το σώμα της μήτρας, ιδιαίτερα εάν προέρχεται από τον ενδοτράχηλο, είτε προς τα πλάγια διηθώντας τον κύριο σύνδεσμο της μήτρας και τους ιστούς του παραμητρίου ή τους κολπικούς θόλους, είτε τέλος, προς τα κάτω, προσβάλλοντας το κολπικό επιθήλιο. Η επέκταση της νόσου προς τα εμπρός μπορεί να προσβάλλει την ουροδόχο κύστη ενώ προς τα πίσω είναι δυνατόν να καταλήξει σε διήθηση των ιερομητρικών συνδέσμων, του περιτοναίου του δουγλασειού ή του ορθού. Η προσβολή της κύστεως ή του ορθού μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη συριγγίων.

Μέσω της λεμφοφενής διασποράς μπορεί να γίνουν μεταστάσεις στους παραμητρικούς, πυελικούς και παραορτικούς λεμφαδένες. Οι λεμφαδενικές μεταστάσεις έχουν μελετηθεί εκτενώς, διότι αντιπροσωπεύουν τη συνηθέστερη μορφή διασποράς της νόσου και αποτελούν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα.

Η μετάσταση με την αιματική οδό είναι αρκετά ασυνήθης. Οι αιματογενείς μεταστάσεις όταν συμβαίνουν, αφορούν συχνότερα τους πνεύμονες, το ήπαρ και τα οστά, χωρίς να αποκλείεται η δυνατότητα ανάπτυξης τους σε οποιοδήποτε άλλο μέρος του σώματος (Φωτίου, 2009).

4.9 Συμπτωματολογία

Η συνηθέστερη αρχική εκδήλωση του καρκίνου του τραχήλου είναι η ανώμαλη κολπική αιμόρροια – συνήθως μικρή – η οποία εμφανίζεται συχνά μετά τη σεξουαλική επαφή. Σε άλλες περιπτώσεις ως αρχικό σύμπτωμα εκδηλώνεται υδαρής κολπική υπερέκκριση που περιέχει και αίμα. Όταν το νεόπλασμα παρουσιάζει νέκρωση ή μόλυνση, οι κολπικές εκκρίσεις είναι δύσοσμες. Η αιμόρροια μπορεί να γίνει αντιληπτή ως αύξηση της ποσότητας του αίματος στην περίοδο (μηνορραγία) ή ως διαλείπουσα αιμόρροια ανάμεσα στις περιόδους. Σε ασθενής μετά την εμμηνόπαυση, ιδιαίτερα σε εκείνες που δεν είναι σεξουαλικά δραστήριες, η αιμόρροια μπορεί να εκδηλωθεί καθυστερημένα και μόνο όταν ο όγκος έχει αναπτυχθεί σημαντικά.

Τα επεισόδια ανώμαλης αιμόρροιας, αραιά κατ' αρχήν, γίνονται συχνότερα με την αύξηση του μεγέθους του όγκου. Όταν η νόσος επεκταθεί, εμφανίζονται και άλλα συμπτώματα ανάλογα με τη θέση και τη βαρύτητα των μεταστάσεων. Ο πόνος στην

οσφύ, την πύελο ή το μηρό συχνά υποδηλώνει απόφραξη του σύστοιχου ουρητήρα, ή λεμφαδενική προσβολή στα πλάγια της πυέλου ή προσβολή νεύρων αντίστοιχα. Αιματουρία ή δυσουρία και προβλήματα αφόδευσης μπορούν να εκδηλωθούν ως αποτέλεσμα προσβολής της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού. Σε σπάνιες περιπτώσεις προχωρημένης νόσου λεμφαδενικές διογκώσεις μπορεί να εμφανιστούν στην αριστερή υπερκλείδιο ή στη βουβωνική περιοχή, ή να προκαλέσουν οίδημα του ενός ή και των δύο κάτω άκρων λόγω λεμφικής στάσης ή πίεσης των λαγονίων φλεβών (Φωτίου, 2009).

4.10 Διαγνωστικές εξετάσεις

4.10.1 Test pap (Test Papanikolaou)

Είναι μία απλή αλλά σωτήρια εξέταση. Επινοηθείσα από τον αξιόλογο Έλληνα ιατρό, τον Γεώργιο Παπανικολάου, ο οποίος έθεσε τις βάσεις της ταχείας διαγνωστικής κυτταρολογίας παγκοσμίως, πριν 80 χρόνια. Το test pap είναι ανώδυνη εξέταση και γίνεται με τη γυναίκα να κάθεται στο γυναικολογικό κρεβάτι. Χρησιμοποιείται κολποδιαστολέας μιας χρήσεως και ακολούθως με 3 ειδικούς στήλεους παίρνεται υλικό από τον ενδοτράχηλο, τον εξωτράχηλο, τον οπίσθιο κολπικό θόλο (Παπαδημητρίου, 2006). Ποιες γυναίκες όμως πρέπει να υποβάλλονται σε test pap: α) όλες οι σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες, β) γυναίκες με ύπαρξη παραγόντων κινδύνου για καρκίνο του τραχήλου, όπως καπνίστριες τσιγάρων, γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου, γυναίκες που κάνουν λήψη αντισυλληπτικών κ.α (Καραχάλιος, 2003).

Ο κυτταρολογικός έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου δεν αποτελεί διαγνωστική, αλλά ανιχνευτική μέθοδο. Η οριστική διάγνωση θα τεθεί μετά τον ιστολογικό έλεγχο της ύποπτης περιοχής. Μόνο η ύπαρξη σωρών καρκινωματοδών κυττάρων είναι δυνατό να διαγνώσει τον καρκίνο αλλά και τότε ο ιστολογικός έλεγχος κρίνεται απαραίτητος.

Σε περίπτωση δυσκαρίωσης παρατηρείται διαταραχή του πυρήνα του κυττάρου, που ανάλογα με το βαθμό της διακρίνεται σε ελαφρά, σε μέτρια και σε έντονη.

Στο μη διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα παρατηρούνται αδιαφοροποίητα βασικά κύτταρα με ανώμαλο πυρήνα. Η στιβάδωση απουσιάζει γιατί καλύπτουν όλο το πάχος του επιθηλίου.

Στο διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα τα κύτταρα διακρίνονται σε καλά διαφοροποιημένα (πολύμορφα άτυπα κύτταρα, χωρίς κρεατίνη και με μεγάλο πυρήνα) και σε αδιαφοροποίητα (μικρά ανώμαλα κύτταρα με πυρήνα, που καταλαμβάνει ολόκληρο το κύτταρο).

Στο αδενοκαρκίνωμα τα κύτταρα έχουν μεγάλο πυρήνα και σ' αυτά, που δεν είναι εκκριτικά, η σχέση πυρήνα – πρωτοπλάσματος αλλάζει σημαντικά.

Σε διηθητική βλάβη, σε συχνότητα 4-6% είναι δυνατό το επίχρισμα να είναι ψεύτικα αρνητικό, γιατί υπάρχουν πολλά φλεγμονώδη κύτταρα (Παπανικολάου, 1994)

4.10.2 Κλινική εξέταση

Επισκόπηση. Αν πρόκειται για δυσπλασία, με την επισκόπηση δεν θα διαπιστώσουμε την ύπαρξη αλλοίωσης του επιθηλίου του, γιατί η βλάβη δεν είναι φανερή.

Αν πρόκειται για καρκίνωμα *in situ*, ο τράχηλος, είτε θα εμφανίζεται φυσιολογικός, είτε θα εμφανίζει ερυθρότητα ή ελαφρά διάβρωση ή λευκοπλακική εστία. Γενικά, σε πρώιμο στάδιο, ο καρκίνος μοιάζει με τραχηλίτιδα.

Σε καρκίνωμα προχωρημένου σταδίου, η πάθηση κάνει την εμφάνισή της με τη μορφή ψευδοδιάβρωσης, ανώμαλης εξέλκωσης, που μοιάζει με κρατήρα, ή μάζας που μοιάζει με ανθοκράμβη (κουνουπίδι), αν πρόκειται για εξωφυτική μορφή του. Αν όμως, πρόκειται για ενδοφυτική μορφή, τότε ο τράχηλος εμφανίζεται παχύς και μοιάζει με βαρέλι. Η ψευδοδιάβρωση, η εξέλκωση και η εξωφυτική του μορφή εύκολα αιμορραγούν και όσο προχωρεί η διήθηση, οι ιστοί γίνονται περισσότερο εύθρυπτοι και αιμορραγούν περισσότερο (Παπανικολάου, 1994).

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

4.10.3 Ανοσολογία

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

Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) βρίσκεται στον ορό του αίματος σε περίπτωση καρκίνου του τραχήλου, ανεξάρτητα από το στάδιό του. Τον ίδιο έλεγχο μπορούμε να κάνουμε, για να εκτιμήσουμε τα θεραπευτικά μας αποτελέσματα, γιατί σε περίπτωση υποτροπής της πάθησης, αυτό επανεμφανίζεται. Έτσι το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο αποτελεί σημαντική παράμετρο για την διαπίστωση και την πορεία της νόσου, δίνοντας σημαντική διαγνωστική βοήθεια (Παπανικολάου, 1994).

Το νεοπλασματικό αντιγόνο TA₄ του ανθρώπινου καρκίνου από πλακώδη επιθήλια, βοηθάει στη διάγνωση και παρακολούθηση του καρκίνου του τραχήλου. Πρόκειται για μία γλυκοπρωτεΐνη που ανευρίσκεται στον ορό του αίματος και προσδιορίζεται ραδιοανοσολυτικά, το αντιγόνο είναι αυξημένο σε ποσοστό 40% σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου. Η αύξηση σχετίζεται με το στάδιο του καρκίνου. Στα αρχικά στάδια 0 και I είναι αυξημένο περίπου 10% και 30% αντίστοιχα. Στο στάδιο II είναι αυξημένο σε ποσοστό 50% ενώ στα στάδια IIIa και IV υπερβαίνει το 80%. Η παρακολούθηση των τιμών του TA₄ μετά την θεραπευτική αντιμετώπιση των καρκινοπαθών βοηθάει στην αντιμετώπιση των υποτροπών (Λώλης, 2004)

4.10.4 Κολποσκόπηση

Η κολποσκόπηση είναι πολύτιμη και σωτήρια διαγνωστική εξέταση των φλεγμονών και των καοηθών εξαλλαγών του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας. Χρησιμότητα είναι η συμβολή της στη διάγνωση των επιφανειακών διαβρώσεων του τραχήλου. Είναι απλή, γρήγορη και ανώδυνη μέθοδος. Υπό κολποσκοπική καθοδήγηση μπορούν να ληφθούν βιοψίες από τις επίφοβες περιοχές. Σημαντική είναι η συνεισφορά της στη διάγνωση των HPV λοιμώξεων και εξαλλαγών (Παπαδημητρίου, 2006). Μετά από τη λήψη ενός ιατρικού ιστορικού, η γυναίκα τοποθετείται σε γυναικολογική θέση όπως κατά την εξέταση. Χρησιμοποιείται ένας κολποδιαστολέας προκειμένου να χωριστούν τα κοιλικά τοιχώματα έτσι ώστε να

μπορεί να φανεί εύκολα ο τράχηλος. Το κολποσκόπιο τοποθετείται στο άνοιγμα του κόλπου, έξω από αυτόν. Είναι ένα τηλεσκοπικό μικροσκόπιο, το οποίο μεγεθύνει την εικόνα έως και 40 φορές.

Με την βοήθεια του κολποσκοπίου ο γιατρός είναι σε θέση να ελέγξει τον τράχηλο με λεπτομέρεια. Χρησιμοποιούνται ειδικές ουσίες (οξικό οξύ, Lugol) και φωτισμός, για να διαχωριστούν οι παθολογικές περιοχές από τις οποίες προήλθαν τα παθολογικά κύτταρα στο Test Pap. Αν υπάρχει δυσπλασία (ανάλογα με το βαθμό) είναι πιθανόν ο γιατρός να κάνει μια βιοψία.

Αφαιρεί ήπια ένα δείγμα ιστού (μικρότερο από το 1/10 του μεγέθους μιας γόμας μολυβιού). Το δείγμα του ιστού τοποθετείται σε ένα μπουκαλάκι με συντηρητικό και αποστέλλεται στο εργαστήριο για εξέταση (Αρμενιάκος, 2007).

4.10.5 Τραχηλοσκόπηση

Στην τραχηλοσκόπηση χρησιμοποιούμε διάλυμα οξικού οξέως 3%, που καθαρίζει τον τράχηλο και ρευστοποιεί τη βλέννα του. Ελέγχουμε με αυτή τη ζώνη μετάπτωσης του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου στο επιθήλιο του ενδοτραχήλου, όπου συμβαίνει η πλακώδης μεταπλασία και αναζητάμε την ύπαρξη λευκοπλακίας, διάστιξης, μωσαϊκού, άτυπης αγγείωσης, εκτοπίας και καρκίνου στη διηθητική του μορφή. Σ' αυτόν διαπιστώνεται η ύπαρξη κιτρινωπού επιθηλίου με περιοχές, που στο άγγιγμά τους αιμορραγούν, εξελκώσεις με χείλη λευκά από το οξικό οξύ, έντονο μωσαϊκό, αγγεία σε σχήμα κόμματος ή τιρμπουσόν κ.λπ.

Τα τραχηλικά ευρήματα, ανάλογα με τη μορφή της βλάβης, βαθμολογούνται από 0-2 εκτιμώντας τα όρια της αλλοίωσης, το χρώμα, τα αγγεία και την απόχρωση του ιωδίου. Η τραχηλοσκόπηση, σε ηλικιωμένες γυναίκες σε ποσοστό μεγαλύτερο από 50% δεν εντοπίζει όλη την βλάβη, γιατί η ζώνη μεταπλασίας βρίσκεται μέσα στον τραχηλικό αυλό (Παπανικολάου, 1994).

4.10.6 Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι

Κυστεοσκόπηση, που σε περίπτωση προσβολής της ουροδόχου κύστης, θα βρούμε φυσαλιδώδες οίδημα ή διήθηση.

Ορθοσκόπηση, όταν υπάρχουν συμπτώματα από το ορθό.

Λεμφαγγείο – λεμφαδενογραφία, για την εκτίμηση της έκτασης των λεμφαδενικών μεταστάσεων.

Αιματολογικές εξετάσεις, όπως γενική αίματος, βιοχημικός έλεγχος και καρκινικοί δείκτες.

Ακτινογραφία του θώρακα, της σπονδυλικής στήλης και της πυέλου, για τον έλεγχο μεταστάσεων.

Υπερηχογράφηση, αξονική και μαγνητική τομογραφία, για την εκτίμηση της έκτασης της πάθησης.

Πυελογραφία, για τον έλεγχο των ουρητήρων και νεφρών.

Δοκιμασία Schiller, η οποία μας βοηθά να εντοπίσουμε την πάσχουσα περιοχή, προκειμένου να εκτελέσουμε ιστοληψία του τραχήλου (Μαθάς, 1992).

Επεμβάσεις

Οι επεμβάσεις για τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου περιλαμβάνουν: **Την ιστοληψία του τραχήλου** μετά από δοκιμασία Schiller. Τα τεμαχίδια, που θα ληφθούν, πρέπει να αντιπροσωπεύουν και τα τέσσερα τεταρτημόρια του τραχήλου. **Την κωνοειδή εκτομή** του τραχήλου μετά από διαγνωστική απόξεση του ενδομητρίου. **Την ιστοληψία των παραμητρίων** με παρακέντηση, μέσω των πλαγίων κολπικών θόλων, για τη διαπίστωση διήθησής τους (Παπανικολάου, 1994).

Βιοψία

Η οριστική διάγνωση τίθεται με τη βιοψία. Τα πρώιμα στάδια του καρκίνου διαγιγνώσκονται μερικές φορές με ευρεία βιοψία του τραχήλου, γνωστή ως κωνική εκτομή του τραχήλου. Η παραπάνω μέθοδος πρέπει να χρησιμοποιείται όταν η κολοποσκόπηση αδυνατεί να προσδιορίσει αν υπάρχει καρκίνος, όταν δεν υπάρχουν εμφανείς βλάβες στον τράχηλο και το επίχρισμα είναι παθολογικό, όταν η βιοψία

μέσω κολποσκοπίου δεν ερμηνεύει ικανοποιητικά τα παθολογικά κύτταρα που ανευρέθηκαν με το τεστ Παπανικολάου, όταν η απλή βιοψία δείχνει στοιχεία μικροδιήθησης ή όταν με την απόξεση του τραχήλου διαπιστωθεί ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (Μαθάς, 1992)

4.10.7 Διαφορική διάγνωση

Αυτή θα γίνει από την οξεία και χρόνια τραχηλίτιδα, το τραχηλικό εκτρόπιο, την τραχηλική φυματίαση, τα κονδυλώματα, το συφιλιδικό έλκος, την αδένωση, το νεκρωμένο έμμισχο υποβλεννογόνιο ινοκύωμα, που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο κ.λπ. (Παπανικολάου, 1994).

4.11 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.11.1 Καταστρεπτικές μέθοδοι θεραπείας

Κρυοπηξία

Η κρυοπηξία είναι μία απλή μέθοδος θεραπείας, δεν χρειάζεται νάρκωση, αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά. Έχει το μειονέκτημα του μη ελέγχου του βάθους της καταστροφής και αντενδείκνυται σε βλάβες μεγάλης έκτασης. Τα θεραπευτικά αποτελέσματά της κυμαίνονται στο 80-90%. Απαιτείται τακτική παρακολούθηση. Η κρυοπηξία από τους περισσότερους αποφεύγεται και προτιμάται η εκτομή της βλάβης, ως περισσότερο ασφαλής (Μιχαλάς, 2000).

Ηλεκτρικός καυτηριασμός

Με τη μέθοδο αυτή επιτυγχάνεται η καταστροφή του τραχηλικού επιθηλίου σε ένα μεγαλύτερο βάθος κάτω από γενική νάρκωση. Τα αποτελέσματα είναι αμφίβολα και ο έλεγχος των υποτροπών εξακολουθεί να παραμένει προβληματικός, λόγω της θεραπείας, που καθιστά δύσκολή την κολποσκοπική εκτίμηση της ζώνης μετάπλασης σε ένα ποσοστό 60% περίπου των περιπτώσεων (Μιχαλάς, 2000).

Laser CO₂ - θερμική εξάχνωση

Η χρήση των ακτίνων Laser θεωρείται σήμερα μία από τις κυριότερες μεθόδους αντιμετώπισης των τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών.

Η υπέρυθη δέσμη των ακτίνων Laser CO₂ απορροφάται έντονα από τους ζωντανούς ιστούς λόγω της μεγάλης περιεκτικότητας αυτών σε νερό. Στα πρώτα 30 microns του σημείου προσβολής το 90% της ενέργειας των Laser μετατρέπεται σε θερμότητα και απορροφάται, με αποτέλεσμα τη μετατροπή του ενδοκυτταρικού υγρού σε ατμό και εξάχνωση των κυττάρων στη θέση της εστίας προσβολής.

Η θερμική απάντηση ενός ιστού στην ενέργεια των Laser CO₂ εξαρτάται από την περιεκτικότητα των κυττάρων του ιστού σε νερό. Όσο μεγαλύτερη είναι η απορρόφηση της ενέργειας Laser από τον ιστό, τόσο ακριβέστερη και ελεγχόμενη είναι η ιστική καταστροφή. Τα κύτταρα του τραχηλικού επιθηλίου παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη απορροφητικότητα, λόγω της πολύ μεγάλης περιεκτικότητας σε νερό και αυτή η ιδιότητα κάνει τη χρήση των ακτίνων Laser CO₂ ιδεώδη στις χειρουργικές επεμβάσεις στον τράχηλο.

Η χειρουργική εστιασμένη δέσμη των Laser όταν έχει ικανοποιητική ισχύ, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διατομή ή καταστροφή του ιστού που θέλουμε να αφαιρέσουμε ή να καταστρέψουμε. Λόγω δυνατοτήτων αυτών, η θεραπεία αυτή είναι η μόνη μέθοδος θεραπείας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τοπική καταστρεπτική ή αφαιρετική θεραπεία ή για συνδυασμένη θεραπεία.

Η συσκευή Laser προσαρμόζεται κολποσκόπιο με τη βοήθεια ειδικού αρθρωτού βραχίονα και η χειρουργική επέμβαση γίνεται κάτω από συνεχή μικροσκοπικό έλεγχο, κατευθύνοντας την ακτίνα των Laser με τη βοήθεια ειδικού μικροχειριστού.

Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται συνήθως στις εξής περιπτώσεις:

1. Όταν ο βαθμός της επιθηλιακής βλάβης είναι μικρός (LG SIL)
2. Όταν ολόκληρη η παθολογική περιοχή, καθώς και η ζώνη μετάπλασης του τραχήλου, είναι ορατή κολποσκοπικά.
3. Όταν δεν υπάρχει υποψία διήθησης κυτταρολογικά, κολποσκοπικά ή ιστολογικά.

Στις περιπτώσεις εξάχνωσης του τραχηλικού επιθηλίου με ακτίνες Laser CO₂, είναι δυνατή η ακριβής καταστροφή της παθολογικής περιοχής του τραχήλου και ολόκληρης της ζώνης μετάπλασης, που θα πρέπει να γίνεται σε βάθος 4-6 mm.

Η καταστροφή των περιοχών παθολογικού ιστού γίνεται με τη διαδοχική κίνηση της δέσμης των Laser στην περιοχή που θέλουμε να καταστρέψουμε και ανάλογα με την τεχνική προσβολής του στόχου, μπορούμε να επιτύχουμε θερμική εξάχνωση των ιστών σε ακριβή έκταση και σε βάθος που εξαρτάται από την πυκνότητα ισχύος και την ταχύτητα κίνησης της ακτίνας Laser πάνω στην επιφάνεια του τραχηλικού επιθηλίου.

Η επούλωση του τραχήλου είναι γρήγορη, κοιλική υπερέκκριση δεν υπάρχει και σε 4 εβδομάδες περίπου, ολόκληρος ο εξωτράχηλος έχει επουλωθεί πλήρως (Μιχαλάς, 2000).

4.11.2 Αφαιρετικές μέθοδοι θεραπείας

Κωνοειδή εκτομή του τραχήλου

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

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

Επειδή, η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι προκαλεί αιμορραγία, στις ημέρες μας χρησιμοποιούμε ακτίνες Laser, γιατί μ' αυτές η εκτομή είναι εύκολη και αναίμακτη. Νεότερη μέθοδο αποτελεί η εκτομή της ζώνης μετάπτωσης με αγκύλη διαθερμίας (Παπανικολάου, 1994).

Ακρωτηριασμός του τραχήλου

Αυτόν θα τον εκτελέσουμε στις ίδιες με τις παραπάνω περιπτώσεις σε ηλικιωμένες γυναίκες και όταν υπάρχει κάποιος βαθμός πρόπτωσης της μήτρας ή

επιμήκυνσης του τραχήλου. Θα τον συνδυάσουμε με κολποπερινεορραφία. Η παρακολούθηση είναι ίδια, όπως στην κωνοειδή εκτομή (Παπανικολάου, 1994).

Απλή υστερεκτομία

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

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

Τέλος, αν αυτή η γυναίκα είναι κάτω από 45 ετών, μπορούμε να διατηρήσουμε τις ωοθήκες (Παπανικολάου, 1994).

Ριζική υστερεκτομία

Αυτήν θα την εκτελέσουμε στο στάδιο Ια, όταν το βάθος διήθησης περάσει τα 5 χιλ. και έχει διάμετρο 1-3 εκ., και στο στάδιο Ιβ συνδυασμένη με πυελική λεμφαδενεκτομία και βιοψία των παραορτικών λεμφαδένων. Εάν η διήθηση περάσει τα 5 χιλ. και δεν έχει γίνει λεμφαδενεκτομία ή υπάρχουν διηθημένοι πυελικοί λεμφαδένες, τότε μετά την εγχείρηση θα συστήσουμε ακτινοθεραπεία. Ριζική υστερεκτομία είναι δυνατό να εκτελέσουμε και στο στάδιο Ια, όταν ο όγκος έχει διάμετρο μικρότερη από 3 εκ., και θα συστήσουμε συμπληρωματική ακτινοθεραπεία.

Η ριζική υστερεκτομία αποβλέπει στην εξαίρεση της μήτρας μαζί με τους παραμήτριους ιστούς και λεμφαδενεκτομία. Σε νέες γυναίκες, μπορούμε να διατηρήσουμε τις ωοθήκες, γιατί ο καρκίνος του τραχήλου σπάνια κάνει μεταστάσεις στο στάδιο Ι και ΙΙ. Επιπλοκές της επέμβασης αποτελούν ουρητηροκολπικό συρίγγιο, από τραυματισμό ή νέκρωση του ουρητήρα λόγω απαγγείωσής του και ατονία της ουροδόχου κύστης (Παπανικολάου, 1994).

Τροποποιημένη ριζική υστερεκτομία

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

Την εγχείρηση πρότεινε πρώτος ο Werthein, ο οποίος εξαιρούσε μόνο τους διογκωμένους λεμφαδένες. Οι ριζικές υστερεκτομές απαιτούν πείρα και εγχειρητική ικανότητα από μέρους του χειρουργού, γιατί οι επιπλοκές κατά την εγχείρηση και μετεγχειρητικά είναι σοβαρές (Παπανικολάου, 1994).

Εξεντέρωση

Αν και ο όρος δεν αποδίδει την πραγματικότητα, αυτός χρησιμοποιείται για να δηλώσει την εγχείρηση, που εκτελούμε σε υποτροπές μετά την ακτινοθεραπεία και όταν η διήθηση δεν αφορά στα κοιλιακά τοιχώματα και δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε απομακρυσμένους λεμφαδένες. Με την εγχείρηση πετυχαίνουμε την εκκένωση της πύελου από τα γεννητικά όργανα της με συνεξαίρεση της ουροδόχου κύστης και του σιγμοειδούς, τη δημιουργία τεχνητής ουροδόχου κύστης και μόνιμης παρά φύση έδρας.

Η εξεντέρωση αποτελεί τολμηρή εγχείρηση, που την πρότεινε ο Brunshwing, και που έχει άμεση θνησιμότητα μέχρι 10%. Τη διακρίνουμε σε πρόσθια (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου και της ουροδόχου κύστης και εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο) και σε οπίσθια (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, του απευθυσμένου και κολοστομιά) και σε ολική (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, της κύστης και του απευθυσμένου, εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο και κολοστομιά) (Παπανικολάου, 1994).

4.11.3 Ακτινοθεραπεία

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου είναι καθιερωμένη από παλιά. Μπορεί να χορηγηθεί συμπληρωματικά πριν από χειρουργική αντιμετώπιση ή μετά τη ριζική υστερεκτομία. Είναι επίσης δυνατόν

εφόσον η σταδιοποίηση αντιστοιχεί σε μη χειρουργήσιμα στάδια καρκίνου του τραχήλου, να δοθεί ως ριζική ακτινοθεραπεία, συνήθως ενδοκοιλιακή ή βραχυθεραπεία, μετά από γενική αναισθησία, εμφύτευση στον τράχηλο ραδιενεργού ισοτόπου σε συνδυασμό με εξωτερική τηλε-ακτινοθεραπεία. Η εσωτερική τοποθέτηση ραδιενεργού ισοτόπου έχει ως αποτέλεσμα τη χορήγηση υψηλών δόσεων ακτινοβολίας στο κέντρο της πυέλου, η χρησιμοποίηση δε πρόσφατων εξελιγμένων συστημάτων χορήγησης έχει ελαττώσει σημαντικά τον χρόνο έκθεσης ασθενών και προσωπικού στην ακτινοβολία.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να είναι η μέθοδος επιλογής στην αντιμετώπιση ασθενών με αρχικά στάδια, οι οποίες για οποιονδήποτε λόγο δεν είναι κατάλληλες για ριζική υστερεκτομία. Τα αποτελέσματα στην πρόγνωση είναι παραπλήσια, παρά τις διαφορετικές και συνήθως περισσότερες παρενέργειες, μετά από ακτινοθεραπεία (ακτινική κυστίτις, ερεθισμός εντέρου, ατροφία κολπικού επιθηλίου). Από διάφορες συγκριτικές, τυχαιοποιημένες μελέτες φαίνεται ότι στα στάδια αυτά η 5ετής επιβίωση, μετά από χειρουργική θεραπεία, κυμαίνεται από 57% έως 87%, ενώ η μετά από ακτινοθεραπεία επιβίωση, κυμαίνεται από 70-88% ποικίλει δε μεταξύ των διαφόρων κέντρων

Ακτινοθεραπεία επίσης πρέπει να χορηγηθεί στις ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ριζική υστερεκτομία, αλλά είτε βρέθηκαν διηθημένοι πυελικοί ή παραορτικοί λεμφαδένες είτε υπάρχει διήθησης παραμητρίων ή ατελής αφαίρεση καρκίνου στο χειρουργικό παρασκεύασμα.

Η ακτινοθεραπεία τέλος, είναι η μέθοδος θεραπευτικής επιλογής για προχωρημένους καρκίνους σταδίων Πβ-IV, μόνη της ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία. Αναφέρεται επιβίωση έως και 65% για στάδιο Πβ και έως 45% για σταδίου III ασθενείς.

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται ορισμένες ουσίες, που ευαισθητοποιούν τους ιστούς στην ακτινοβολία, με κυριότερο εκπρόσωπο την υδροξουρία (HU), με στατιστικά καλύτερα αποτελέσματα επιβίωσης σε ασθενείς, με ογκώδεις ή υποτροπιάζοντες κεντρικά, καρκίνους του τραχήλου. Βεβαίως όσο μικρότερο είναι το μέγεθος του όγκου τόσο καλύτερα είναι τα ποσοστά επιβίωσης και τα μεσοδιαστήματα ελεύθερα νόσου (Λώλης, 2004).

4.11.4 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι σχετικά νέα θεραπευτική, συμπληρωματική μορφή θεραπείας στον καρκίνο του τραχήλου. Χορηγείται κυρίως σε τοπικά προχωρημένες μορφές καρκίνου σε συνήθως δε ως νέο-επικουρική θεραπεία πριν τη χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία. Ο σημαντικότερος κυτταροτοξικός παράγοντας φαίνεται ότι είναι η Cisplatin η οποία χορηγούμενη ως μονοθεραπεία παρουσιάζει καλύτερα ή τα ίδια αποτελέσματα απ' ότι σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες.

Το πλεονέκτημά της επιπλέον είναι ότι, σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία, επιτείνει την αποτελεσματικότητα της τελευταίας, διότι συγχρόνως ακτινοευαισθητοποιεί τους στοχευόμενους ιστούς. Από πρόσφατη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας φαίνεται ότι η βασισμένη στην πλατίνα χημειοθεραπεία ακολουθούμενη στη συνέχεια από χειρουργική θεραπεία, υπόσχεται αξιοσημείωτα αποτελέσματα σε προχωρημένους ή υποτροπιάζοντες καρκίνους του τραχήλου.

Πάντως, περισσότερα στοιχεία πρέπει να προκύψουν από μεγάλες σε εξέλιξη προοπτικές, τυχαιοποιημένες μελέτες από τις οποίες θα διαφανούν μεταξύ των άλλων και τα κριτήρια επιλογής ασθενών, που ενώ βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια καρκίνου του τραχήλου, θα παρουσιάσουν αντάξια βελτίωση της επιβίωσης τους παρά επιβάρυνση από σοβαρούς κυτταροτοξικούς παράγοντες (Λώλης, 2004).

4.11.5 Παρηγορητική θεραπεία

Όταν η εγγείρηση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν προλάβουν τον καρκίνο και ο θάνατος της άρρωστης είναι αναπόφευκτος, πριν από αυτόν μπορούμε ν' ανακουφίσουμε αυτή από πόνους, που προέρχονται από τοπική διήθηση, που έπιασε το ιερό πλέγμα, και από οσφυϊκή, που έπιασε το οσφυϊκό πλέγμα. Στις μέρες μας η ανάγκη επέβαλε την ίδρυση ειδικών κέντρων ανακούφισης του πόνου των καρκινοπαθών (Παπανικολάου, 1994).

4.12 Επιπλοκές

Στο τελευταίο στάδιο συνυπάρχουν έντονα ενοχλήματα, η φύση των οποίων ποικίλει. Συχνότερα εμφανίζονται πειστικά φαινόμενα στον ουρητήρα, τα οποία δημιουργούν υδρονέφρωση ή λοιμώξεις των ουροφόρων οδών. Η ασθενής πεθαίνει

από μία σηπτική πυελίτιδα, ή πυελονεφρίτιδα. Μία άλλη επιπλοκή είναι από την πίεση των ουρητήρων να έχουμε μία πλήρη ανουρία και θάνατο από ουραιμία. Δυστυχώς αποθνήσκουν γυναίκες από ουραιμία ακόμα και μετά από χειρουργική και ακτινολογική θεραπεία.

Άλλη επιπλοκή είναι το καρκίνωμα, το οποίο από τη νέκρωση υφίσταται μία διαπύηση, να διαβρώνει αγγείο και να προκαλέσει μια γενική σήψη, η οποία οδηγεί την ασθενή στο θάνατο. Άλλη επιπλοκή είναι η ανάπτυξη του καρκινώματος προς την περιτοναϊκή κοιλότητα και η δημιουργία καρκινοματώδους περιτονίτιδας. Τέλος οι μεταστάσεις που συμβαίνουν στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο και στα οστά οδηγούν σε καχεξία και στη συνέχεια στο θάνατο (Τοκμακίδης, 1999).

4.13 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και κύηση

Η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά τη διάρκεια της κύησης είναι 0,2-4,0 %. Ο έλεγχος του τραχήλου σε κάθε έγκυο είναι απαραίτητος. Η άποψη, πως η εγκυμοσύνη επιβαρύνει τον καρκίνο του τραχήλου, δεν είναι τεκμηριωμένη. Οι μεταστάσεις εξαρτώνται περισσότερο από τη βιολογική συμπεριφορά του, παρά από την εγκυμοσύνη. Η διάγνωση στη λοχεία επιβαρύνει την πρόγνωση γιατί τότε είναι προχωρημένος (Παπανικολάου, 1994).

Η διερεύνηση ενός παθολογικού τεστ Παπανικολάου κολποσκοπικά, είναι δύσκολη, λόγω των φυσιολογικών μεταβολών που συμβαίνουν στον τράχηλο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η εκτέλεση κωνοειδούς εκτομής κατά τη 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).

Η συνύπαρξη καρκίνου του τραχήλου και εγκυμοσύνης φέρνει σε δίλημμα το γυναικολόγο σχετικά με την αντιμετώπιση της κατάστασης. Αυτή θα εξαρτηθεί από τη μορφή του καρκίνου, την ηλικία της γυναίκας και της εγκυμοσύνης, από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις της, από την επιθυμία της να αποκτήσει παιδιά κ.λπ. (Παπανικολάου, 1994).

4.14 Πρόληψη κονδυλωμάτων και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Η πρόληψη αποτελεί το πιο σημαντικό παράγοντα τόσο στην αποφυγή των κονδυλωμάτων όσο και στην αποφυγή του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Διακρίνεται σε τρία επίπεδα: την πρωτογενή, την δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη αφορά στην παρέμβαση που πραγματοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες σε έναν πληθυσμό υψηλού κινδύνου, μεγαλύτερης ή μικρότερης επιρρέπειας, ενώ η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στην έγκαιρη διαπίστωση της νόσου και στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπισή της, τέλος η τριτογενής πρόληψη αφορά το στάδιο της θεραπείας και της αποκατάστασης. Παρακάτω αναφέρεται η σπουδαιότητα της πρωτογενούς και της δευτερογενούς πρόληψης στην αποτροπή της εμφάνισης κονδυλωμάτων και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

4.14.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Εμβολιασμός

Στόχοι του εμβολιασμού για HPV

Η δυνατότητα να αναγνωρίσουμε και να θεραπεύσουμε το CIN καθιστά τον τραχηλικό καρκίνο μια προλήψιμη νόσο. Εν τούτοις, ακόμη και σε χώρες με εθνικά προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, υπάρχουν ακόμη πολλά περιστατικά και οι γυναίκες εξακολουθούν να πεθαίνουν από τη νόσο τους με μια συνολική δυνατότητα περίπου 50%. Ο τραχηλικός καρκίνος των πρώιμων σταδίων μπορεί να θεραπευτεί αποτελεσματικά, αλλά υπάρχει ακόμη η ανάγκη για επαρκή επικουρική θεραπεία και καλύτερη αντιμετώπιση των προχωρημένων σταδίων και των υποτροπών.

Είναι επίσης αξιοσημείωτο, ότι κατά το μεγαλύτερο βαθμό ο τραχηλικός καρκίνος εμφανίζεται σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπου είναι συχνά και η συχνότερη

κακοήθεια και οι γυναίκες προσέρχονται με τοπικά προχωρημένη νόσο. Στις χώρες αυτές δεν υπάρχει οργανωμένο screening και οι θεραπευτικές δυνατότητες για την τραχηλική νεοπλασία μπορεί να μην είναι διαθέσιμες για τις περισσότερες γυναίκες. Παρόλο που η ανοσοθεραπεία δεν είναι θεραπευτική επιλογή για τον τραχηλικό καρκίνο, είναι λογικό να σκεφθεί κανείς ότι στον αναπτυσσόμενο κόσμο η απλούστερη μορφή αυτής της θεραπείας θα μπορούσε να είναι εύκολα διαθέσιμη και ότι θα μπορούσε να ελαττώσει την τεράστια θνησιμότητα από τον τραχηλικό καρκίνο.

Η ιδέα ενός αποτελεσματικού προφυλακτικού εμβολίου είναι ιδιαίτερα ελκυστική και θα μπορούσε να αποδώσει παγκοσμίως τεράστια οφέλη για τη δημόσια υγεία. Από την ανακάλυψη πριν από 15 χρόνια της σύνδεσης ανάμεσα στους ιούς των θηλωμάτων του ανθρώπου και στην ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου, η ιδέα ότι οι άνθρωποι θα μπορούσαν να εμβολιαστούν για αυτήν την ομάδα ιών, άρχισε να ωριμάζει γρήγορα. Πάνω από 70 διαφορετικοί τύποι HPV έχουν αναγνωριστεί σήμερα, αλλά η αποκάλυψη ισχυρών επιδημιολογικών αποδείξεων, ότι μια μικρή υποομάδα αυτών των τύπων μπορεί να προκαλέσει κακοήθη νόσο της πρωκτογεννητικής περιοχής, μαζί με την παραδοχή ότι ορισμένοι άλλοι HPV τύποι είναι ολοκληρωτικά υπεύθυνοι για μια από τις πιο διαδεδομένες και γρήγορα αναπτυσσόμενες σεξουαλικά μεταδιδόμενες παθήσεις παγκοσμίως, έχουν εστιάσει πρωταρχικά την προσοχή σε αυτούς τους ιούς, στοχεύοντάς τους για την ανάπτυξη εμβολίων.

Ενώ η αιτιολογική συσχέτιση ανάμεσα στους HPV 6 και 11 και τους ακροχόρδονες των γεννητικών οργάνων είναι αμέσως φανερή, η σύνδεση ανάμεσα στον HPV και την κακοήθη νόσο είναι λιγότερο άμεση. Ο καρκίνος του τραχήλου εμφανίζεται μόνο σε ένα πολύ μικρό τμήμα αυτών που μολύνονται, ακόμα και με υψηλού κινδύνου ογκογόνους HPV τύπους, όπως οι HPV 16 και 18, και μπορεί να χρειαστούν αρκετά χρόνια για να αναπτυχθεί. Από την κακοήθεια προηγείται, ωστόσο μια προκαρκινική ανωμαλία του τραχήλου, η δυσπλασία του τραχήλου, η οποία είναι επίσης αποτέλεσμα της HPV λοίμωξης και παρόλο που από μόνη της δεν είναι κλινικό πρόβλημα για τα προσβληθέντα άτομα, αποτελεί έναν ισχυρό και αρκετά πιο αποδεκτό στόχο για εμβολιασμό.

Απόδειξη της αρχής ότι η λοίμωξη από ιούς των θηλωμάτων μπορεί να εμποδιστεί με προφυλακτικό εμβολιασμό, είναι η σταθερή απόδειξή της σε ζωικά μοντέλα. Ωστόσο η ανάπτυξη του εμβολίου για HPV έχει αποκτήσει αρκετά μεγαλύτερη υποστήριξη από την αυξανόμενη αναγνώριση του ότι ο θεραπευτικός

εμβολιασμός στη χρόνια ιογενή λοίμωξη, δηλ. η εξάλειψη της προϋπάρχουσας νόσου με ενεργητική ανοσοποίηση, είναι μια ρεαλιστική πιθανότητα και η φυσική ιστορία του HPV την κάνει κύρια υποψήφια για αυτό το είδος προσέγγισης. Αυτοί οι παράγοντες, μαζί με τις σημαντικές τελευταίες εξελίξεις για την κατανόηση της δομής και της μοριακής γενετικής των ιών των θηλωμάτων του ανθρώπου, που έγιναν δυνατές με την εφαρμογή της τεχνολογίας του ανασυνδυασμένου DNA, έχουν επιταχύνει δραματικά τα βήματα για την ανάπτυξη εμβολίου για HPV τα τελευταία χρόνια, σε σημείο που οι κλινικές δοκιμές για θεραπεία και για προφύλαξη να είναι σε εξέλιξη, με μια αυξανόμενη αισιοδοξία ότι η επιτυχία δεν είναι μόνο πιθανή αλλά και δυνατή (Κουρούνης, 2004).

Παρενέργειες του εμβολίου

Το εμβόλιο θεωρείται γενικά ασφαλές. Το μόνο που έχει αποδειχθεί μέχρι στιγμής είναι ότι ενδέχεται σε πολύ μικρό ποσοστό να προκαλέσει ήπιες παρενέργειες που υποχωρούν το πολύ σε 2-3 ημέρες. Ειδικότερα, μπορεί να προκαλέσει κάποιες τοπικές αντιδράσεις, όπως τσούξιμο, πόνο, οίδημα, αίσθηση βάρους στο χέρι, πονοκέφαλο, ζαλάδες, εξάνθημα, μυαλγίες, που ωστόσο θεωρούνται αναμενόμενες και σε καμία περίπτωση σοβαρές (Αντωνοπούλου, 2011).

Ηλικιακές ομάδες που συνίσταται ο εμβολιασμός

Σύμφωνα με τις επιστημονικές μελέτες, το εμβόλιο πρέπει να γίνεται σε κορίτσια ηλικίας 12-15 ετών, καθώς τότε ο οργανισμός δημιουργεί τα περισσότερα αντισώματα κατά του ιού HPV. Επίσης, σ' αυτή την ηλικία συνήθως τα κορίτσια δεν έχουν ξεκινήσει ακόμα τη σεξουαλική τους ζωή, οπότε το ανοσοποιητικό τους ευαισθητοποιείται και ενεργοποιείται κατάλληλα, προτού έρθει σε επαφή με τον ιό. Γι' αυτούς τους λόγους ο εμβολιασμός είναι προτιμότερο να γίνεται σε μικρή ηλικία. Αυτό δεν σημαίνει, βέβαια, ότι δεν μπορεί να κάνει το εμβόλιο και μια μεγαλύτερη γυναίκα. Ωστόσο, η προστατευτική δράση του εμβολίου δεν θεωρείται τόσο υψηλή

όσο στη μικρή ηλικία. Προς το παρόν, αν η ηλικιακή ομάδα των 26 ετών και άνω παίρνει τα απαραίτητα μέτρα προστασίας και υποβάλλεται τακτικά σε τεστ Παπανικολάου, δεν επιβάλλεται, αλλά ούτε και απαγορεύεται να εμβολιαστεί (Αποστολάτου, 2009).

4.14.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

1. Δοκιμασία κατά Παπανικολάου

Το test Παπανικολάου είναι πρωταρχικά και κύρια, μια τεχνική συλλογής κυτταρικού υλικού από την περιοχή του τραχήλου, δεν είναι μόνο διαγνωστικό αλλά είναι και ένα test ελέγχου, που αποκαλύπτει τις γυναίκες εκείνες που χρειάζονται περαιτέρω έλεγχο.

Η ποιότητα του κυτταρολογικού που λαμβάνεται από την ασθενή, είναι πρωταρχικής σημασίας. Μολονότι οι περισσότερες συζητήσεις επικεντρώνονται στα λάθη του εργαστηρίου, οι πρόοδοι στη χρήση ειδικών οργάνων λήψης κυτταρικού υλικού, όπως cytobrush και άλλα, έχουν προσφέρει ήδη σημαντικά στη βελτίωση της λήψης κυτταρικού υλικού από τον τράχηλο της μήτρας.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούμε σήμερα για τη λήψη κυτταρικού υλικού πιθανόν να έχουν προσφέρει ήδη ότι ήταν δυνατό να προσφέρουν στην αύξηση της ευαισθησίας του test Παπανικολάου.

Το συμπέρασμα από τα στοιχεία που έχουμε σήμερα, δείχνει ότι είναι απίθανο να βελτιώσουμε την ευαισθησία της μεθόδου, ακόμη και αν βελτιώσουμε την ακρίβεια της μικροσκοπικής εκτίμησης με την καλύτερη εκπαίδευση των κυτταρολόγων και των κυτταροτεχνικών. Επομένως 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.

Η πρόοδος της τεχνολογίας σήμερα επέτρεψε τη χρησιμοποίηση νέων μεθόδων συλλογής και μονιμοποίησης 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, διατηρούνται σε ιδεώδεις συνθήκες μεταφοράς και ολο το κυτταρικό υλικό αποστέλλεται προς εξέταση. Το αίμα, η βλέννη, τα φλεγμονώδη στοιχεία και όλα τα άλλα υλικά, αφαιρούνται πριν από τη μονιμοποίηση του δείγματος.

Με την νέα τεχνολογία επιτυγχάνονται τα ακόλουθα:

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. Ένα μεγάλο επίσης πλεονέκτημα της υγρής κυτταρολογίας θεωρείται η αξιοποίηση του υπολείμματος του κυτταρικού δείγματος, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την τυποποίηση του ιού HPV αν αυτό χρειασθεί.

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 της αρχιτεκτονικής του πυρήνα, που θα βοηθούσε στην αναγνώριση μιας νεοπλασίας σε προϋμότερο στάδιο.

Οι αυτόματες μηχανές σάρωσης, όπως είναι η Pap Net, η Neo Path έχουν εγκριθεί προς το παρόν στις ΗΠΑ για ποιοτικό έλεγχο αλλά όχι για πρωτογενές screening. Πιστεύεται όμως ότι στο άμεσο μέλλον η αυτοματοποιημένη κυτταρολογία θα παίξει ένα σημαντικό ρόλο στον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (Λώλης, 2004).

2. Ανίχνευση του τύπου του ιού (HPV- DNA testing)

Οι αδυναμίες του test Παπανικολάου οδήγησαν στη χρήση άλλων διαγνωστικών μεθόδων, όπως είναι η ανίχνευση του DNA του ιού σε μια προσπάθεια βελτίωσης των αποτελεσμάτων. Η τεχνολογία της ανίχνευσης του DNA του ιού, έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια και οι σπουδαιότερες τεχνικές που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι:

A) Η Αλυσιδωτή Αντίδραση Πολυμεράσης. Το test αυτό έχει μεγάλη ευαισθησία για την ανίχνευση πολύ χαμηλών συγκεντρώσεων μορίων DNA του ιού. Πρόβλημα της μεθόδου είναι η μεγάλη ευαισθησία που τη χαρακτηρίζει και στην οποία οφείλονται τα υψηλά ποσοστά ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων που παρατηρούνται συχνά στις απαντήσεις ορισμένων εργαστηρίων

B) Η μέθοδος Υβριδισμού. Η μεθοδολογία αυτή είναι ένα σύστημα υβριδισμού υγρής φάσης για τον ποσοτικό προσδιορισμό μεγαλύτερων συγκεντρώσεων HPV DNA. Σήμερα προτείνεται για προγράμματα screening η συνδυασμένη χρήση της κυτταρολογίας και η ανίχνευση του τύπου του DNA του ιού HPV, όπου υπάρχει υπόνοια ύπαρξης του ιού. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατό να αυξήσουμε την εξειδίκευση και τη θετική προγνωστική αξία του screening test.

Είναι πλέον γνωστό ότι ένα μικρό μόνο ποσοστό γυναικών με HPV λοίμωξη θα έχουν μία κλινικά σοβαρή ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση. Είναι επίσης γνωστό ότι η κυτταρολογία ως screening test δεν έχει την ευαισθησία που θα θέλαμε για τη διάγνωση όλων των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των προδρόμων μορφών του. Χρησιμοποιώντας επομένως συνδυασμό δοκιμασίας HPV DNA και κυτταρολογίας ως μέθοδο screening μπορούμε να αυξήσουμε εξειδίκευση και τη θετική προγνωστική αξία της μεθόδου.

Ο συνδυασμός των δύο αυτών μεθόδων ελέγχου πιστεύεται ότι θα προσφέρει στο μέλλον καλύτερη διαγνωστική δυνατότητα και θα ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα μη ανίχνευσης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Λώλης, 2004).

4.14.3 Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου

Τον Ιούνιο του 1985 οι Αρχηγοί Κρατών της Ε.Ο.Κ. που συνήλθαν στο Μιλάνο, έλαβαν το θεμέλιο ενός ειδικού προγράμματος που οριστικοποίησαν στην επόμενη σύσκεψή τους στο Λουξεμβούργο το Δεκέμβριο του ίδιου χρόνου και του έδωσαν το γενικό τίτλο «Η Ευρώπη Κατά του Καρκίνου».

Η υλοποίηση άρχισε αμέσως με τη σύνταξη ενός δεκάλογου. Το πρόγραμμα έδωσε έμφαση σε και σημασία σε τέσσερις τομείς:

1. Την πρόληψη του καρκίνου.
2. Την ενημέρωση και την διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα υγείας.
3. Την κατάρτιση υγειονομικού προσωπικού.
4. Την έρευνα για καρκίνο.

Ο δεκάλογος του ευρωπαϊκού κώδικα κατά του καρκίνου είναι ο ακόλουθος:

1. Μην καπνίζετε. Καπνιστές, σταματήστε το γρηγορότερο το κάπνισμα και μην καπνίζετε όταν είστε μαζί με άλλους.
2. Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.
3. Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο
4. Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας κατά την παραγωγή, διακίνηση ή χρήση οποιουδήποτε υλικού που μπορεί να προκαλέσει καρκίνο.
5. Τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές πλούσιες σε ίνες.
6. Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις λιπαρές τροφές. Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι ιάσιμες αν:
7. Επισκεφθείτε τον γιατρό όταν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος.
8. Επισκεφθείτε το γιατρό όταν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.

Για τις γυναίκες:

9. Κάνετε περιοδικά το τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας.

10. Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και, αν είναι δυνατόν, κάνετε περιοδικά μαστογραφία ιδιαίτερα μετά το 50^ο έτος (Αθανάτου, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Νοσηλευτική Παρέμβαση

5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στη φροντίδα ασθενών με κονδυλώματα

A. Εκτίμηση:

- Λήψη ζωτικών σημείων.
- Καταγραφή του σωματικού βάρους.
- Έλεγχος της πνευματικής κατάστασης.
- Καταγραφή των υπαρχουσών βλαβών της γεννητικής περιοχής.

B. Παρέμβαση

- Σχολαστικός καθαρισμός της πάσχουσας περιοχής.
- Εφαρμογή θεραπείας.
- Ενημέρωση του ασθενή για παραπομπή των συντρόφων για ιατρική εξέταση.
- Παρακολούθηση ασθενή για διάρροια, μούδιασμα, ναυτία, τοπικό ερεθισμό και λήθαργο.
- Ενημέρωση για αποφυγή σεξουαλικής επαφής για ένα μήνα ώσπου να γίνει ο επανέλεγχος.
- Ενημέρωση για τη χρήση προφυλακτικών για αποφυγή μελλοντικών λοιμώξεων.
- Ενημέρωση για τον ετήσιο έλεγχο (Test Pap) (Κουρμπάνη, 2009).

5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην φροντίδα ασθενών με καρκίνο

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του και να τα χρησιμοποιήσει, για την καταπολέμηση των κακοηθών κυττάρων, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Ακόμη οι γνώσεις και οι δεξιότητες βοηθούν τον

νοσηλευτή-τρια να προβλέψει και να παρεμποδίσει την εμφάνιση των προβλημάτων αυτών.

Ο νοσηλευτής-τρια που εργάζεται με τον άρρωστο που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει το συνάνθρωπο και του προφέρει τον εαυτό του με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά του. Για να μπορέσει όμως να το επιτύχει αυτό χρειάζεται: γνώσεις, φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική, ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και βοήθεια, υποστήριξη. Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία είχε να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ό,τι είναι, με ό,τι γνωρίζει και με ό,τι έχει τη δύναμη να κάνει.

Η ικανότητα του καρκινοπαθούς να αντιμετωπίσει την κατάστασή του επηρεάζεται από παράγοντες όπως: η ηλικία, το πολιτιστικό του επίπεδο, η βοήθεια και η υποβάσταξη που του προσφέρεται στο σύστημα υγείας και η πείρα από αρρώστια στο παρελθόν. Τα προβλήματα του αρρώστου είναι ανάλογα με το στάδιο της αρρώστιας και το είδος της θεραπείας που εφαρμόζεται.

Η ευθύνη μας ως νοσηλευτές-τριες στη φροντίδα καταδικασμένου σε θάνατο αρρώστου, περιλαμβάνει κάλυψη όσο το δυνατό περισσότερων φυσικών και ψυχολογικών αναγκών του. Η ενθάρρυνση και η μετάγχιση ελπίδας θα περιορίσουν την απαισιοδοξία και την απογοήτευση του αρρώστου (Μαλγαρινού και Κωνσταντινίδου, 1995).

5.3 Νοσηλευτική παρέμβαση σε άτομα με καρκίνο του τραχήλου

Εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης:

1. Ιστορικό υγείας
 - α. Ηλικία
 - β. Συζυγική κατάσταση
 - γ. Εμμηνορυσιακό, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό
 - δ. Ατομικές υγιεινές συνήθειες
 - ε. Προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα, συμπτώματα, έρπης
 - στ. Χρήση κοιλικών αντιβιοτικών

- ζ. Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης κολπικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου.
 - η. Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου
2. Φυσική εκτίμηση
- Η πυελική εξέταση θα αποκαλύψει:
- α. Φυσιολογικά εξωτερικά γεννητικά όργανα
 - β. Όχι αξιοσημείωτη αλλαγή στον κολπικό ή τραχηλικό βλεννογόνο
3. Διαγνωστικές εξετάσεις
- α. Κολπικό επίχρισμα
 - β. Κολποσκόπηση: καμία υποψία ή άτυπες αλλοιώσεις
 - γ. Δοκιμασία μήλης: στον καρκίνο του τραχήλου η μήλη εύκολα εισχωρεί μέσα στους ιστούς, που εύθρυπτοι
 - δ. Δοκιμασία Schiller: ο υγιής ιστός λαμβάνει το χαρακτηριστικό βαθύ καφέ χρώμα, ενώ η καρκινική περιοχή παραμένει αχρωμάτιστη
 - ε. Βιοψία τραχήλου: η ιστολογική εξέταση τμήματος ιστού από τον αλλοιωμένο τράχηλο επισφραγίζει τη διάγνωση
 - στ. Άλλες πληροφορίες: προηγούμενα ευρήματα Pap-test

Προβλήματα της άρρωστης:

- 1. Ψυχολογικά προβλήματα, ανησυχία, φόβος καρκίνου και θανάτου
- 2. Μεταβολή σωματικού ειδώλου εξαιτίας της επέμβασης
- 3. Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας, κυρίως αν δεν έχει παιδιά

Σκοποί της φροντίδας:

- 1. Άμεσοι
 - α. Μείωση ανησυχίας και φόβου της εγχείρησης
 - β. Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου
- 2. Μακροπρόθεσμοι
 - α. Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου
 - β. Μείωση κινδύνου υποτροπής (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου, 2000).

5.4 Νοσηλευτική προεγχειρητική φροντίδα

Προεγχειρητική Παρέμβαση

- Ερμηνεία του όρου υστερεκτομή στην άρρωστη και στην οικογένεια της. Εξασφάλιση συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και την διακοπή κύησης, αν η άρρωστη είναι έγκυος.
- Ενημέρωση άρρωστης σχετικά με μετεγχειρητική θεραπεία, ακτινοβολία, πόνο, δραστηριότητα, διαίτα, συνουσία, έμμηνη ρύση.
- Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.
- Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.
- 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 οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψή 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.
- Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης (φυσικών, συγκινησιακών και κοινωνικών).
- Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο
 - Ø Εξέταση αιμοσφαιρίνης, αντιμετώπιση αναιμίας αν υπάρχει.
 - Ø Προσδιορισμός ομάδας αίματος και εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.
 - Ø Ενδοφλέβια πυελογραφία.
 - Ø Διακοπή αντισυλληπτικών δισκίων.
 - Ø Ακτινογραφία θώρακα.
 - Ø Διδασκαλία αναπνευστικών, κοιλιακών ασκήσεων.

- Ø Καθαρτικός υποκλυσμός και κολπική πλύση με αντισηπτικό σε κολπική υστερεκτομή. Γίνεται συνήθως το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης.
- Ø Χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση ύπνου (Σαχίνη–Καρδάση και Πάνου, 2000).

5.5 Νοσηλευτική μετεγχειρητική φροντίδα

Μετεγχειρητική Παρέμβαση

- Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνο, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος.
- Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.
- Ανακούφιση από τον πόνο.
- Προαγωγή επούλωσης του τραύματος.
- Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.
- Ø Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κολπική υστερεκτομή, είναι κυρίως δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων.
- Ø Αν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.
- Ø Η άρρωστη παρακολουθείται στενά, γιατί ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μην χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.
- Μείωση πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την κύστη.
 - Ø Παρακολούθηση και αναγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία.
 - Ø Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα αν δόθηκε εντολή, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Δυνατόν να τοποθετηθεί υπερηβικός καθετήρας.
 - Ø Αφαίρεση του καθετήρα με οδηγία του γιατρού, μετά από 5 ημέρες.
 - Ø Καθετηριασμός της κύστης, αν η άρρωστη δεν έχει καθετήρα και δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.

- Ø Διαπίστωση υπολείμματος η άρρωστη καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.
- Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης.
- Ø Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο.
- Ø Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.
- Ø Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού.
- Ø Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός.
- Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.
- Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υπόθετων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.
- Παρακολούθηση για κοιλιακή απέκκριση, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.
- Έγκαιρη έγερση της άρρωστης, για πρόληψη επιπλοκών.
- Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία.
- Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο – Διδασκαλία
- Ø Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.
- Ø Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή με ωθηκεκτομή/σαλπγγεκτομή.
- Ø Παροχή συμβουλών στην άρρωστη:
 - Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή άνοδο κλίμακας, για πρόληψη διάσπασης του τραύματος.
 - Να ασκείται και να αποφεύγει το παρατεταμένο κάθισμα όπως κατά την οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας να λιμνάσει το αίμα στην πύελο και να δημιουργηθούν θρομβοεμβολές.
 - Να αποφεύγει τη συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.
- Ø Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κοιλιακή έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητά της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει.

- Ø Ενημέρωση της άρρωστης για πιθανή εμφάνιση αισθήματος κόπωσης κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι γι' αυτόν το λόγο, δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.
- Ø Βοήθεια της άρρωστης στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σ' ένα μήνα. Μετά από 2 μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.
- Ø Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με οδηγία του γιατρού.
- Ø 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.
- Ø Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινικοεργαστηριακού ελέγχου για πέντε χρόνια (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου, 2000).

4.6 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία

Παρενέργειες ακτινοθεραπείας

Πρώιμες

1. Τοπικές βλάβες του δέρματος που δέχεται άμεσα ακτινοβολία. Η ακτινοδερματίτιδα μπορεί να είναι τριών βαθμών: Ερυθρηματώδη, φυσαλιώδης και εσχαροποιητική.
2. Αλωπεκία, που ανήκει επίσης στις τοπικές βλάβες του δέρματος και παρουσιάζεται μετά 2-3 εβδομάδες.
3. Μεταβολές στο στοματικό βλεννογόνο: ξηροστομία, αλλαγή και απώλεια γεύσης και μείωσης έκκρισης σάλιου.
4. Ερεθισμός οισοφάγου με αποτέλεσμα πόνο στο θώρακα και δυσφαγία.
5. Αν το στομάχι ή το έντερο βρίσκονται στο πεδίο ακτινοβόλησης, μπορεί να προκληθούν ανορεξία, ναυτία, έμετοι και διάρροιες.
6. Αν ο αιμοποιητικός ιστός βρίσκεται στο πεδίο ακτινοβόλησης, μπορεί να προκληθούν αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία, με αύξηση κίνδυνου λοίμωξης και αιμορραγίας.

7. Γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα κόπωσης, κακουχία, πονοκέφαλος, ναυτία και έμετοι. Τα συμπτώματα αυτά, που είναι παροδικά και σταματούν με τη λήξη της θεραπείας, οφείλονται σε ουσίες που απελευθερώνονται από τη ρήξη των κυττάρων του όγκου.

Όψιμες

Μπορεί να συμβούν σε διάφορους ιστούς του σώματος. Είναι χρόνια, προκαλούν συνήθως ινωσικές μεταβολές, δευτεροπαθείς από τη μειωμένη αιματική παροχή και είναι μη αναστρέψιμα. Αυτά τα όψιμα αποτελέσματα είναι περισσότερο σοβαρά όταν περιλαμβάνουν ζωτικά όργανα όπως πνεύμονες, καρδιά, κεντρικό νευρικό σύστημα και κύστη.

Νοσηλευτική φροντίδα παρενεργειών

1. Ενημέρωση από το νοσηλευτή, της άρρωστης για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
2. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης και ακινητοποίηση της άρρωστης κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρησή της ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.
3. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα της άρρωστης, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.
4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπιση τους όταν εκδηλωθούν.
5. Αν η άρρωστη παρουσιάζει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωση μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.
6. Υποστήριξη της άρρωστης για να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό της είδωλο.

Ειδικότερα στις παρενέργειες ο νοσηλευτής ενεργεί ως εξής:

Ναυτία και έμετοι

- Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Ενθάρρυνση της άρρωστης να λαμβάνει υγρά.
- Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.
- Σημείωση αντιδράσεων άρρωστης.

Αντιδράσεις από το δέρμα

- Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση.
- προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό και τραυματισμό από στενά ενδύματα.
- Παροχή συμβουλών στον άρρωστο να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και σε βάμμα ιωδίου. Ακόμα να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη.
- Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέι και γαζών Lanettwax.

Διάρροια

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.

Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

- Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών.
- Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο.
- Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας.
- Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς.

Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών

- Προστασία της άρρωστης από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για σημεία λοίμωξης και αιμορραγίες (Σαχίνη–Καρδάση και Πάνου, 2000).

5.7 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την γημειοθεραπεία

A. Προβλήματα του αρρώστου

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στην μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις.
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροια).
4. Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών, δυνητική.
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου.

B. Παρέμβαση

- Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης.
- Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
- Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών.
- Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
- Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών.
- Προσεκτική φροντίδα σώματος.
- Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
- Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
- Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου.
- Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.

- Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών (Σαχίνη–Καρδάση και Πάνου, 2000)

5.8 Νοσηλευτική φροντίδα σε υποτροπή

Υποτροπή : Κολπικός θόλος

A. Εκτίμηση

- Ύποπτο Pap-test.
- Η ορθική και η κολπική ψηλάφηση αποκαλύπτουν όγκο στα παραμήτρια.
- Βαθιά βιοψία του θόλου του κόλπου αποκαλύπτει διεισδυτικό και μεταστατικό καρκίνωμα.
- Άγχος, φόβος.

B. Παρέμβαση

- Ενημέρωση της άρρωστης. Ετοιμασία για πυελική ακτινοθεραπεία.
- Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης κατά τη διάρκεια των συνεδριών της ακτινοθεραπείας, για μείωση του άγχους.
- Εκτίμηση κακουχίας, ναυτίας, ερεθισμού δέρματος.
- Προαγωγή ανάπαυσης.
- Παραπομπή σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες.
- Παρότρυνση για συχνή κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση.

Υποτροπή: κύστη

A. Εκτίμηση

- Πόνος, δυσχέρεια.
- Αιματουρία.

B. Παρέμβαση

- Ετοιμασία άρρωστης για παραπέρα έλεγχο, π.χ. ενδοφλέβια πυελογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, ηπατικά ένζυμα, βαριούχο υποκλυσμό.
- Ετοιμασία άρρωστης για πυελική εξεντέρωση.
- Αναφορά στις ανάλογες υπηρεσίες για μετανοσοκομειακή παρακολούθηση.
- Παροχή συμβουλών σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία και τα νέα προβλήματα.

- Αναφορά για σεξουαλικές συμβουλές σε ζευγάρια, αν το επιθυμούν.

Μετάσταση στη σπονδυλική στήλη

A. Εκτίμηση

- Πόνος στη ράχη.
- Απώλεια βάρους, κόπωση.
- Κατάθλιψη, απογοήτευση.

B. Παρέμβαση

- Ετοιμασία άρρωστης για χημειοθεραπεία.
- Διατήρηση θρεπτικής και υγιεινής κατάστασης
- Διδασκαλία σχετικά με το σκοπό, τη διαδικασία, τα αποτελέσματα και τις παρενέργειες της θεραπείας
- Παροχή συμβουλών και συγκινησιακή υποστήριξη
- Μείωση της δυσχέρειας εξαιτίας των παρενεργειών της χημειοθεραπείας.
- Μείωση κινδύνου λοίμωξης.
- Προαγωγή οικογενειακής υποστήριξης και δημιουργία ατμόσφαιρας για έκφραση συναισθημάτων.

Παρακολούθηση για εμφάνιση σημείων που δηλώνουν μη ανοχή στο φάρμακο (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου, 2000).

5.9 Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην πρόληψη των κονδυλωμάτων και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ο νοσηλευτής σαν μέλος της υγειονομικής ομάδας, σκοπεύει κατά κύριο λόγο στην πρόληψη με τη διδασκαλία και τη διαφώτιση, συμβάλλει στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ασθενών ώστε να μπορέσουν να κατανοήσουν και να αποδεχτούν τη νόσο, ακόμα διδάσκοντας τις γυναίκες της κοινότητας πώς να επισημάνουν εγκαίρως ανησυχητικά σημεία, παρέχοντας την ανάλογη ενημέρωση για να περιορίσει την εξάπλωση.

Το αντικείμενο φροντίδας του νοσηλευτή μπορεί να περιλαμβάνει το άτομο, την οικογένεια, αλλά και κάθε κοινωνική ομάδα. Αξιολογεί και αντιμετωπίζει όχι μόνο τις ανάγκες του ατόμου με το συγκεκριμένο πρόβλημα, αλλά συγχρόνως και τις

ανάγκες, την επάρκεια και προσαρμογή όλων των μελών που απαρτίζουν την οικογένεια και το περιβάλλον του.

Αυτός είναι και ο βασικός λόγος που πρέπει να ενθαρρύνεται ο γυναικείος πληθυσμός στο να υποβάλλεται συχνά σε έλεγχο. Η πρόληψη περιλαμβάνει την αποφυγή παραγόντων κινδύνου, τον εμβολιασμό και τις διαγνωστικές μεθόδους όπως το Τεστ Παπανικολάου.

Η πρόληψη της λοίμωξης από ιό HPV και εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας περιλαμβάνει επίσης:

- Εκπαιδευτικά προγράμματα σε εφήβους, όπου θα τονίζεται η ισχυρή συσχέτιση του HPV ως σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος με την ανάπτυξη καρκίνου.
- Η ενθάρρυνση καθυστερημένης έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας.
- Η σύσταση χρήσης προφυλακτικού που θα συντελέσει στη μείωση της συχνότητας μετάδοσης του ιού HPV.
- Η σωστή υγιεινή για την πρόληψη χρόνιων κολποτραχηλικών φλεγμονών.
- Η διακοπή καπνίσματος
- Σωστές διατροφικές συνήθειες για την καλή διατήρηση του ανοσολογικού συστήματος
- Επιλογή του σεξουαλικού συντρόφου και όχι εναλλαγή των σεξουαλικών συντρόφων (Πανανουδάκη, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Νοσηλευτική Διεργασία

6.1 Περιστατικό Α.

Ιστορικό ασθενούς

Η κυρία Κ.Γ. ετών 30 εισήλθε στη γυναικολογική κλινική του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στις 25/4/2003.

Εμφάνισε οξύ πόνο στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και στην αιδιοκολπική περιοχή. Παρουσίαζε ΑΠ – 125/75mmHg, σφίξεις 75/min, θερμοκρασία 36,3 °C, αναπνοές 12/min.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό τα στοιχεία του οποίου συγκεντρώθηκαν από την ίδια ήταν τα ακόλουθα: είναι άγαμη και το τελευταίο διάστημα δεν είχε μόνιμους σεξουαλικούς συντρόφους και δεν υπήρξε χρήση προφυλακτικού κατά τη συνεύρεση. Όσο αφορά το ιστορικό υγείας, δεν αναφέρει κάποιο άλλο πρόβλημα.

Κατά την πυελική εξέταση διαπιστώθηκαν διογκώσεις στον κόλπο και στον τράχηλο της μήτρας ενώ κατά την επισκόπηση υπήρχαν κονδυλώματα στα άνω έσω χείλη του αιδοίου. Επίσης, έγιναν καλλιέργειες (κολπικού υγρού), Τεστ Παπανικολάου.

Στις 25/4/2003 έγινε εισαγωγή στην γυναικολογική κλινική. Αποφασίστηκε να γίνει θεραπεία ποδοφυλλίνης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
<p>1. Εκνευρισμός. Εκδήλωση αρνητικής στάσης έναντι του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ύστερα από ενημέρωσή της για τη διάγνωση της λοίμωξής της .</p>	<p>Û Καθυσυχασμός της ασθενούς και προτροπή αυτής προς ψύχραιμη αντιμετώπιση της κατάστασής της.</p>	<p>Û Να αφήσουμε την ασθενή να ξεσπάσει.</p> <p>Û Πραγματοποιείται συζήτηση κατά την οποία παρέχεται στην ασθενή πλήρης ενημέρωση της κατάστασής της. Ενημερώνουμε για τη θεραπεία που θα επιλεγεί και βεβαιώνουμε την ασθενή για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης προσπαθούμε να κάνουμε την ασθενή να νιώσει εμπιστοσύνη και ασφάλεια.</p>	<p>Û Η ασθενής αφήνεται να ξεσπάσει.</p> <p>Û Πραγματοποιείται συζήτηση κατά την οποία παρέχεται στην ασθενή πλήρης ενημέρωση σχετικά με την κατάστασή της. Επιλέχθηκε διάλυμα ποδοφυλλίνης. Δύο φορές την εβδομάδα για τέσσερις εβδομάδες. Καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης προσπαθήσαμε να κάνουμε την ασθενή να νιώσει εμπιστοσύνη και ασφάλεια.</p>	<p>Û Η ασθενής ηρεμεί , εμφανίζεται ψυχραιμότερη και μοιάζει να εμπιστεύεται το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό.</p> <p>Û Η ασθενής αποδέχτηκε τη θεραπεία με επιφυλάξεις.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
<p>2. Διαταραγμένη ακεραιότητα δέρματος και ιστών που σχετίζεται με την ύπαρξη του ιού.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Επαναφορά του δέρματος και των ιστών στην αρχική τους κατάσταση. 	<ul style="list-style-type: none"> • Καταγραφή των υπαρχουσών βλαβών της γεννητικής περιοχής. • Σχολαστικός καθαρισμός της πάσχουσας περιοχής • Τήρηση άσηπτης τεχνικής. • Ενημέρωση της ασθενούς για τη σωστή φροντίδα της περιοχής των γεννητικών οργάνων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε καταγραφή των υπαρχουσών βλαβών της γεννητικής περιοχής. • Έγινε σχολαστικός καθαρισμός της πάσχουσας περιοχής • Έγινε τήρηση άσηπτης τεχνικής. • Ενημερώθηκε η ασθενής για τη σωστή φροντίδα της περιοχής των γεννητικών οργάνων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Με τη τήρηση της σωστής φροντίδας των γεννητικών οργάνων υπάρχει σταδιακή επαναφορά του δέρματος και των ιστών στην αρχική κατάσταση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
<p>3. Φόβος για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Απαλλαγή αισθήματος φόβου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να επιδιώξουμε μια δημιουργική, ενημερωτική και άκρως φιλική συζήτηση με την ασθενή. • Να εξηγήσουμε στην ασθενή τη φύση της θεραπείας. • Να ενημερώσουμε για τυχόν παρενέργειες της θεραπείας. • Να διαβεβαιώσουμε την ασθενή για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιήθηκε μια φιλική συζήτηση με την ασθενή. • Εξηγήσαμε τη φύση της θεραπείας • Ενημερώσαμε την ασθενή για τυχόν επιπλοκές της θεραπείας • Διαβεβαιώσαμε την ασθενή για τα αποτελέσματα της θεραπείας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση φόβου, εφησυχασμός της ασθενούς • Εξασφάλιση καλύτερης συνεργασίας με την ασθενή.

6.2 Περιστατικό Β.

Ιστορικό ασθενούς

Η κυρία Κ.Γ. ετών 40 εισήλθε στη γυναικολογική κλινική του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στις 16/1/2012.

Η γενική κατάσταση ήταν καλή. Παρουσίαζε ΑΠ – 130/70mmHg, σφίξεις 80/min, θερμοκρασία 36,5 °C, αναπνοές 12/min.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό τα στοιχεία του οποίου συγκεντρώθηκαν από την ίδια ήταν τα ακόλουθα: είναι έγγαμη, με 2 παιδιά. Όσον αφορά το ιατρικό ιστορικό υγείας, αναφέρει εμφάνιση κονδυλωμάτων προ δεκαετίας με επιτυχή αποτελέσματα της θεραπείας. Όπως όμως αναφέρει είχε παραλείψει τον γυναικολογικό έλεγχο τα τελευταία 2 χρόνια.

Κατά την κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου εντοπίστηκες καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στο δεύτερο στάδιο. Επακολούθησαν και άλλες εξετάσεις, όπως βιοψία τραχήλου που επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα του Test Pap.

Στις 14/11/12 έγινε εισαγωγή στην γυναικολογική κλινική. Αποφασίστηκε ριζική υστερεκτομή και υποβολή της ασθενούς σε ακτινοβολία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
<p>1. Φόβος και αγωνία για τη χειρουργική επέμβαση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Û Αποβολή άγχους και απαλλαγή της ασθενούς από αγωνία και φόβο. 	<ul style="list-style-type: none"> Û Να εξηγήσουμε στην ασθενή τη φύση της επέμβασης. Û Να την ενημερώσουμε για την αναισθησία, τη διαίτα και τον πόνο. Û Να ενημερώσουμε την ασθενή ότι η επέμβαση αποτελεί την ιδανική θεραπεία που θα επιφέρει την ίαση. 	<ul style="list-style-type: none"> Û Εξηγήσαμε στη ασθενή τη φύση της επέμβασης. Û Ενημερώσαμε την ασθενή για την αναισθησία, τη διαίτα και τον πόνο. Û Ενημερώσαμε την ασθενή για την αποτελεσματικότητα της επέμβασης. 	<ul style="list-style-type: none"> Û Μείωση της αγωνίας και του άγχους. Û Εφησυχασμός της ασθενούς Û Εξασφάλιση της συνεργασίας της ασθενούς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
2. Εργαστηριακές εξετάσεις για τις ανάγκες της εγχείρησης.	<ul style="list-style-type: none"> • Να ελεγχθεί αν η ασθενής είναι σε θέση να χειρουργηθεί. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να μην φάει η ασθενής τίποτε άλλο όλο το απόγευμα προκειμένου να παρθούν σωστά οι εργαστηριακές εξετάσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε λήψη αίματος και ούρων για τις ανάγκες των εξετάσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τα αποτελέσματα των εξετάσεων είναι ικανοποιητικά.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
3. Προεγχειρητική ετοιμασία.	<ul style="list-style-type: none"> Û Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς. Û Η ασθενής να μείνει νηστική. Û Να γίνει εκκένωση του εντέρου. Û Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου. 	<ul style="list-style-type: none"> Û Να παρακολουθήσουμε για τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων. Û Η ασθενής δεν πρέπει να φάει τίποτε πριν το χειρουργείο. Û Να γίνει καθαρτικός υποκλυσμός του εντέρου της ασθενούς. Û Λίγες ώρες πριν μπει στο χειρουργείο να γίνει περιποίηση χειρουργικού πεδίου. 	<ul style="list-style-type: none"> Û Η παρακολούθηση για τυχόν συμπτώματα έγινε. Û Η ασθενής έμεινε νηστική. Û Έγινε υποκλυσμός. Û Έγινε περιποίηση του χειρουργικού πεδίου. 	<ul style="list-style-type: none"> Û Η ασθενής ήταν έτοιμη σχεδόν για να μπει στο χειρουργείο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
4. Λήψη ζωτικών σημείων	<ul style="list-style-type: none"> • Διατήρηση των ζωτικών σημείων σε φυσιολογικά επίπεδα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει λήψη ζωτικών σημείων 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε λήψη ζωτικών σημείων 	<ul style="list-style-type: none"> • ΑΠ:115/75 mmHg • Θερμοκρασία: 36,6°C • Σφίξεις: 80/min • Αναπνοές:15/min

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
5. Πόνος (μετεγχειρητικός)	<ul style="list-style-type: none"> Û Εξάλειψη, ανακούφιση της ασθενούς απ' τον πόνο. 	<ul style="list-style-type: none"> Û Να τοποθετηθεί σε αναπαυτική θέση. Û Χορήγηση αναλγητικών με ιατρική οδηγία. Û Εξασφάλιση ηρεμίας ασθενούς. Û Συχνή αλλαγή της θέσεως της ασθενούς. Û Εντριβή των πιεζόμενων μελών. 	<ul style="list-style-type: none"> Û Η ασθενής τοποθετήθηκε σε αναπαυτική θέση. Û Έγινε χορήγηση αναλγητικών με βάση τις ιατρικές οδηγίες. Û Εξασφαλίστηκε η ηρεμία της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Û Χαλάρωση των μυών και ανακούφιση της ασθενούς. Û Ο πόνος σταδιακά μειώνεται στο ελάχιστο δυνατό. Û Η ασθενής ηρεμεί και ξεκουράζεται.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
<p>6. Ναυτία-έμετοι</p>	<ul style="list-style-type: none"> Û Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα ναυτίας και εξάλειψη των εμετών. Û Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών. Û Πρόληψη αφυδάτωσης. Û Ηρεμία και χαλάρωσης της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Û Άμεση προμήθευση νεφροειδούς όταν παραστεί ανάγκη. Û Τοποθέτηση της κεφαλής σε πλάγια θέση ώστε να αποφευχθεί η εισρόφηση εμεσμάτων. Û Χορήγηση αντιεμετικών με ιατρική οδηγία. Û Ενημέρωση ότι αποτελεί αποτέλεσμα νάρκωσης. 	<ul style="list-style-type: none"> Û Βοηθήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια των εμετών. Û Τοποθετήθηκε το κεφάλι της ασθενούς σε πλάγια θέση. Û Έγινε χορήγηση αντιεμετικών με βάση τις ιατρικές οδηγίες. Û Έγινε ενημέρωση ότι οι έμετοι αποτελούν αποτέλεσμα της νάρκωσης 	<ul style="list-style-type: none"> Û Απαλλάχτηκε απ' τους εμετούς Û Νιώθει καλύτερα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
7. Ακτινοθεραπεία.	<ul style="list-style-type: none"> • Σωστή εφαρμογή και εκτέλεση της ακτινοθεραπείας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να ενημερώσουμε την ασθενή σχετικά με τη όλη διαδικασία της ακτινοθεραπείας. • Να ζητήσουμε τη συνεργασία της ασθενούς για την εκτέλεση της θεραπείας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε ενημέρωση της ασθενούς για τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας. • Ζητήθηκε η συνεργασία της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής συνεργάζεται πλήρως με το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
8. Ακτινοδερματίτιδα	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση και εξάλειψη της ακτινοδερματίτιδας 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση της περιοχής της ακτινοβολίας. • Αποφυγή χρήσης ερεθιστικών ουσιών. • Καθαρισμός της περιοχής με χλιαρό νερό. • Τοποθέτηση στη περιοχή αμυλούχων ουδέτερων αλοιφών. • Διακοπή της θεραπείας για κάποιο χρονικό διάστημα, αν η βλάβη είναι εκτεταμένη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε παρακολούθηση της περιοχής της ακτινοβολίας. • Έγινε καθαρισμός της περιοχής με χλιαρό νερό. • Έγινε τοποθέτηση στη περιοχή αμυλούχων ουδέτερων αλοιφών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ακτινοδερματίτιδα περιορίστηκε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ✓ Αθανάτου, Ε. Κ. (2000). *Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Αθανάτου.
- ✓ Αντσακλής, Α. (2011). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- ✓ Αντωνοπούλου, Μ. (2011). Πώς να προλάβετε τα κονδυλώματα, *Vita*. τ. 168. σελ.38
- ✓ Αποστολάτου, Τ. (2009). Να κάνω εμβόλιο HPV στην κόρη μου;, *Vita*. τ. 143. σελ.65
- ✓ Κανιτάκης, Κ. (1975). *Δερματολογία – Αφροδισιολογία*. Θεσσαλονίκη: Αφοί Σάκκουλα.
- ✓ Καραχάλιος, Γ. Ν. (Επιμ.). (2003). *Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική Φροντίδα*. Αθήνα: Έλλην.
- ✓ Καραχάλιος, Γ. Ν. (Επιμ.). (2006). *Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Έλλην.
- ✓ Κουρμπάνη, Ε. (Επιμ.). (2009). *Οδηγός ανάπτυξης σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- ✓ Κουρμπάνη, Ε. (Επιμ.). (2009). *Νοσηλευτική ογκολογική, Το πλαίσιο φροντίδας*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- ✓ Κουρούνης, Γ. Σ. (1991) *Παθολογία τραχήλου μήτρας – Κολποσκόπηση*. Αθήνα: Γ. Σ. Κουρούνης.
- ✓ Κουρούνης, Γ. Σ. (2004). *Παθολογία: Κατώτερου Γεννητικού Συστήματος – Κολποσκόπηση*, Αθήνα : Γ. Σ. Κουρούνης.
- ✓ Λαμπρινού, Α. και Λεμονίδου, Χ. (Επιμ.). (2009). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, έννοιες και πρακτική*. τόμος Β. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- ✓ Λώλης, Δ. Ε. (2004). *Γυναικολογία και Μαιευτική*. τόμος Α. Αθήνα: Παρισιάνου.
- ✓ Λώλης, Δ. Ε. (2004). *Γυναικολογία και Μαιευτική*. τόμος Β. Αθήνα: Παρισιάνου.
- ✓ Μαθάς, Χ. (Επιμ.). (1992). *Ο καρκίνος διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους*. Αθήνα: Κάτοπτρο.

- ✓ Μαλγαρινού, Μ. Α. και Κωνσταντινίδου, Σ. Φ. (1995). *Νοσηλευτική Παθολογική – Χειρουργική*. τόμος Β. Αθήνα : Η Ταβίθα.
- ✓ Μιχαλάς, Σ. Π. (2000). *Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- ✓ Μοντέζι, Μ. και Μανάρας, Κ. (Επιμ.). (1987). *Υγεία – Οδηγός Υγιεινής*. τόμος Α. Αθήνα: Δομική.
- ✓ Μπασιάρης, Χ. και Γώγος, Χ. (Επιμ.). (2008). *Λοιμώδη Νοσήματα: Μικροβιολογία και Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- ✓ Μπονάτσος, Γ., Κακλαμάνος, Ι. και Γολεμάτης, Β. (2006). *Χειρουργική Παθολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- ✓ Πανουδάκη, Η. (Επιμ.). (2006). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική – Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*. τόμος Β. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- ✓ Παπαδημητρίου, Χ. Α. (2006). *Γυναικολογία: Γνωρίζω – Προλαμβάνω – Αντιμετωπίζω*. Αθήνα: Καύκας.
- ✓ Παπανικολάου, Ν. Α. (1994). *Γυναικολογία*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- ✓ Πεκτασίδης, Γ., Αθανάσιος, Μ. και Δημόπουλος, Κ. (2001). *Γυναικολογική Ογκολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- ✓ Σαρρή, Γ. (Επιμ.). (1993). *Γυναικολογία (εικονογραφημένη)*. Αθήνα: Δ. Γιαννακόπουλος.
- ✓ Σαχίνη–Καρδάση, Α. και Πάνου Μ. (2000). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές διαδικασίες*. τόμος Α. Αθήνα: Βήτα.
- ✓ Σαχίνη–Καρδάση, Α. και Πάνου Μ. (2000). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές διαδικασίες*. τόμος Β. Αθήνα: Βήτα.
- ✓ Σκανδαλάκης, Π. Ν. (Επιμ.). (2007). *Ανατομία*. τόμος Α. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- ✓ Στρατηγός, Ι. Δ. (2004). *Αφροδισιολογία: Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις και Δερματοπάθειες των Γεννητικών Οργάνων*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- ✓ Τοκμακίδης, Π. (1999). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Θεσσαλονίκη: Αφοι Κυριακίδη.
- ✓ Φωτίου, Σ. Κ. (2009). *Γυναικολογική ογκολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- ✓ Χρυσομμάλης, Φ. (2005). *Δερματολογία – Αφροδισιολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Πηγές από το διαδίκτυο

- ✓ Αρμενιάκος Α., (2007), “Κολποσκόπηση”. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3119, την 12.12.2012
- ✓ Μορτάκης Α. Ε., (2011), “Τυποποίηση HPV, HPV-Τεστ” Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.mortakis.gr/Homepage>, την 20.11.2012