



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ



**CERVICAL CANCER: NURSING INTERVENTION AND
PREVENTION**

Επιμέλεια: Παλούμνη Βασιλική
σπουδάστρια

Εποπτεῶν καθηγητής: Μπρέντα Γεωργία Msc
εργαστηριακός συνεργάτης

ΠΑΤΡΑ-2013



Αφιερώνω αυτή την εργασία σε όσες γυναίκες παλεύουν καθημερινά με τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας, αλλά κυρίως σε όσες έχασαν την μάχη με αυτόν..

Ευχαριστώ την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου για την υποστήριξη και την βοήθειά της, όλους όσους με βοήθησαν στην διεκπεραίωση αυτής της εργασίας και κυρίως τη μητέρα μου για την πολύτιμη συμβολή της όλα τα χρόνια των σπουδών μου.



Ο επιτάφιος για τον καρκίνο της μήτρας έχει γραφτεί. Οι μέθοδοι, η εμπειρία και οι τεχνικές δυνατότητές μας είναι σε θέση να τον καταστρέψουν. Η ημερομηνία του θανάτου του θα γραφτεί από τους ιατρούς και τις ασθενείς τους

C.J Lund



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Αφιέρωση-ευχαριστίες	2
Πρόλογος	5
Εισαγωγή	6
Επιδημιολογικά στοιχεία	7
<u>Γενικό μέρος</u>	
Κεφάλαιο 1^ο	
1.1. Ανατομία Γυναικείου Γεννητικού Συστήματος	10
1.2. Φυσιολογία Γυναικείου Γεννητικού Συστήματος	12
Κεφάλαιο 2^ο	
2.1. Όγκοι τραχήλου της μήτρας	15
2.1.1. Καλοήθεις όγκοι τραχήλου της μήτρας	15
2.1.2. Κακοήθεις όγκοι τραχήλου της μήτρας	16
2.2. Περαιτέρω επέκταση της νόσου	17
2.3. Επιπλοκές της νόσου	18
Κεφάλαιο 3^ο	
4.1. Κακοήθεις όγκοι καρκίνου τραχήλου της μήτρας: παθογένεση-αίτια	20
4.2. Συμπτωματολογία καρκίνου τραχήλου της μήτρας	21
4.3. Διάγνωση καρκίνου τραχήλου της μήτρας	22
4.4. Σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου της μήτρας	23
4.5. Διαφορική διάγνωση	24
Κεφάλαιο 4^ο	
4.1. Θεραπεία καρκίνου τραχήλου της μήτρας	26
4.2. Είδη θεραπειών καρκίνου τραχήλου της μήτρας	26
4.2.1. Καταστροφικές μέθοδοι θεραπείας	26
4.2.2. Χειρουργικές-αφαιρετικές μέθοδοι θεραπείας	27
4.2.3. Ακτινοθεραπεία	29
4.2.4. Χημειοθεραπεία	31
4.2.5. Συνδυασμένη θεραπεία	33
4.2.6. Ανοσοθεραπεία	34
4.3. Πρόγνωση	34
4.4. Παρακολούθηση καρκινοπαθών	34
Κεφάλαιο 5^ο	
5.1. Πρόληψη καρκίνου τραχήλου της μήτρας	37
5.2. Θέματα σχετικά με την πρόληψη	
5.2.1. Τεστ Παπ-το απλό τεστ που σώζει ζωές	38
5.2.2. Ο ιός HPV-η σημαντικότερη αιτία για την ανάπτυξη	



καρκίνου τραχήλου της μήτρας	41
5.2.3. Εμβολιασμός κατά του HPV	44

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο 6^ο

6.1. Νοσηλευτική φροντίδα Καρκίνου τραχήλου της μήτρας	46
6.1.1. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων	46
6.1.2. Νοσηλευτική φροντίδα στην χειρουργική αντιμετώπιση (υστερεκτομή) του καρκίνου	48
6.1.3. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία	54
6.1.4. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία	55
6.2. Αντιμετώπιση Καρκινικού πόνου	57
6.3. Αποκατάσταση καρκινοπαθούς	59

Κεφάλαιο 7^ο

7.1. Νοσηλευτική διεργασία	63
Περιστατικό Α'	76
Περιστατικό Β'	

Συμπεράσματα	89
--------------	----

Περίληψη	85
Summary	86

Βιβλιογραφία	93
--------------	----



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Καρκίνος.. Αν παίρναμε την κυριολεκτική σημασία της λέξης, θα διαπιστώναμε ότι σημαίνει «κάβουρας». Μεταφορικά, ο καρκίνος σαν κάβουρας απλώνει τις δαγκάνες του στα υγιή κύτταρα του οργανισμού και τα εγκλωβίζει στην νοσηρότητα. Καρκίνος..Μία λέξη που πολλοί φοβούνται και να την ξεστομίσουν και βγάζουν άλλες ονομασίες όπως «παλιαρρώστια» ή «επάρατη νόσο». Μία λέξη που ακόμα και ο ιατρονοσηλευτικός κόσμος αναφέρεται σε αυτή ως «Ca», για να μην την ακούει ο ασθενής και ταραάζεται στο άκουσμά της..

Καρκίνος...Μία ασθένεια που έχει θερίσει χιλιάδες ανθρώπινες ζωές και συνεχίζει καθημερινά το δυσάρεστο έργο της.

Έτσι δρα και ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας, προσβάλλοντας σωματικά και ψυχολογικά την γυναικεία ύπαρξη. Είναι μια ακόμη ύπουλη μορφή καρκίνου, δεύτερη σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του μαστού. Προσβάλλει τις γυναίκες χωρίς να κάνει εξαιρέσεις στην ηλικία, στην οικονομική κατάσταση, κλπ.

Το δραματικό της υπόθεσης είναι ότι προσβάλλει και την ψυχή τους, καθώς σχετίζεται με την σεξουαλική τους ζωή, κάνοντάς πολλές από αυτές να νιώθουν ότι πρέπει να απολογηθούν γι' αυτή μετά από αυτό που τους συνέβη. Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας φέρεται στις γυναίκες σαν «τιμωρός», γιατί ίσως, κάποια στιγμή στην ζωή τους δεν πρόσεξαν...

Αυτή η διάσταση του συγκεκριμένου καρκίνου με έκανε να θελήσω να ασχοληθώ με αυτόν. Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας ήταν η προσέγγιση του θέματος με όση περισσότερη ευαισθησία γίνεται, να δοθεί έμφαση στην πρόληψη που μπορεί πραγματικά να σώσει την ζωή μιας ασθενούς αλλά και στον σημαντικότερο ρόλο και υποχρέωση που έχει ο νοσηλευτής απέναντι στην ασθενή με καρκίνο τραχήλου της μήτρας.

Σχετικά με τη δομή της εργασίας, το γενικό μέρος της περιλαμβάνει πληροφορίες όπως η ανατομία και η φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, πληροφορίες σχετικά με τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας και ανάλυση της νόσου (αίτια, διάγνωση, θεραπεία, πρόληψη, κλπ). Το ειδικό μέρος περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την νοσηλευτική παρέμβαση και φροντίδα ασθενούς με καρκίνο τραχήλου της μήτρας αλλά και νοσηλευτική διεργασία συγκεκριμένων περιστατικών.

Εύχομαι και προσεύχομαι να βρεθεί λύση σε αυτή τη μάστιγα, για όλες τις μορφές καρκίνου και να πάψει ο άνθρωπος να βασανίζεται από αυτόν.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος γενικότερα είναι μια νόσος που προκαλείται από μία ομάδα μη φυσιολογικών κυττάρων που έχουν χάσει τον φυσιολογικό έλεγχο του πολλαπλασιασμού τους και αναπτύσσονται ανεξέλεγκτα. Εξαπλώνονται με πολύ γρήγορο ρυθμό, προσβάλλουν τα υγιή κύτταρα και πολλές φορές διασπείρονται μέσω της αιματικής ή λεμφικής κυκλοφορίας σε άλλους υγιείς ιστούς δημιουργώντας μεταστάσεις.

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας είναι γυναικολογικός καρκίνος και όπως έχουν ήδη αναφέρει, είναι ο δεύτερος σε συχνότητα μετά τον καρκίνου του μαστού. Παρά την ανάπτυξη και την εξέλιξη των συστηματικών ελέγχων του γενικού πληθυσμού, με κύριο εκπρόσωπο τον έλεγχο κατά Παπανικολάου, και την άμεση επίπτωση τους στην εμφάνιση αλλά και την θνησιμότητα του καρκίνου τραχήλου της μήτρας, η νόσος συνεχίζει να αποτελεί σημαντική αιτία θανάτου των γυναικών. (Πεκτασίδης&Δημόπουλος, 2001)

Σήμερα, γνωρίζουμε αρκετά για τον καρκίνο του τραχήλου. Το σημαντικότερο είναι ότι ξέρουμε ότι ο ιός των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV) είναι απαραίτητος παράγων για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου. Αυτό σημαίνει ότι ο συγκεκριμένος καρκίνος δεν μπορεί να αναπτυχθεί εάν υπάρχει απουσία λοίμωξης του τραχήλου της γυναίκας από συγκεκριμένους τύπους των HPV. Εντούτοις είναι γνωστό ότι η πλειοψηφία των λοιμώξεων HPV θα αποτραπούν αυτόματα χωρίς να δημιουργήσουν κάποιο πρόβλημα. Μόνο ένας μικρός αριθμός λοιμώξεων θα επιμείνει, και θα προχωρήσει σταδιακά στην ανάπτυξη τραχηλικού καρκίνου. Έτεροι παράγοντες που είναι απαραίτητοι για να συμβεί αυτό, δεν είναι γνωστοί προς το παρόν. Ο καρκίνος του τραχήλου χρειάζεται αρκετά χρόνια για να αναπτυχθεί και να προχωρήσει μέσα από μία σειρά σταδίων τα οποία μπορεί να αναγνωριστούν μέσα από τη διαδικασία του πληθυσμιακού ελέγχου. Όλες οι περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου μπορούν να προληφθούν εάν τα πρώιμα στάδια της νόσου αναγνωριστούν μέσω του πληθυσμιακού ελέγχου. (Παπαθανασίου,2002)



Επιδημιολογικά στοιχεία

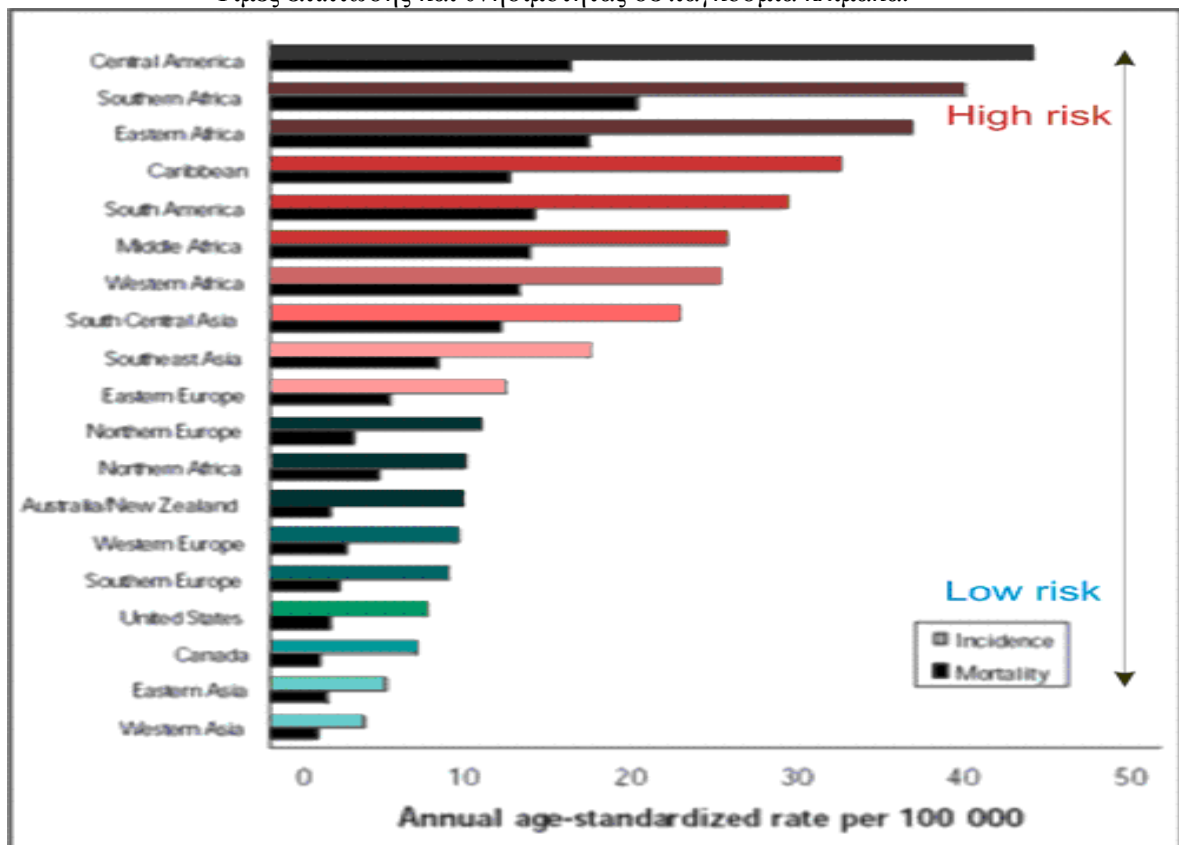
Πολλές γυναίκες ανά τον κόσμο έχουν χάσει τη μάχη με τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Οι συχνότερες μορφές του είναι ο επιθηλιακός καρκίνος (90% των περιπτώσεων) που αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου και το αδενοκαρκίνωμα (10% των περιπτώσεων) που αναπτύσσεται στο εσωτερικό μέρος του τραχήλου.

Σε διεθνείς έρευνες σχετικά με τα ποσοστά θνησιμότητας, προσαρμοσμένα στις ηλικίες του γυναικείου πληθυσμού κάθε χώρας υπολογίζεται ότι η θνησιμότητα από καρκίνο τραχήλου της μήτρας σε 0.8 περίπου ανά 10.000 γυναίκες στο Ισραήλ 15/ 10/000 περίπου στη Χιλή. Σχετικά χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας (<1,5 /10.000) αναφέρονται για ευρωπαϊκές, μεσογειακές χώρες (Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία) και σχετικά υψηλά (>10/10.000) σε λατινοαμερικάνικες χώρες (Παναμάς, Βενεζουέλα, Παραγουάη, κλπ). (Λώλης, 2004)

Οι χαμηλότερες τιμές βρίσκονται στην Φινλανδία, τις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά, την Αυστραλία, το Μεγάλη Βρετανία, και την Ολλανδία. Ο συστηματικός προληπτικός έλεγχος των γυναικών, που βρίσκονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου, έχει αποδειχτεί ότι συμβάλλει στην χαμηλή επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε αυτές τις χώρες

Η ετήσια τιμή της επίπτωσης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την γεωγραφική περιοχή

Τιμές επίπτωσης και θνησιμότητας σε παγκόσμια κλίμακα:



Πηγή: (<http://www.eurocytology.eu/static/eurocytology/gre/cervical/LP1ContentCcont.html>)



Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας συνήθως προσβάλλει γυναίκες που βρίσκονται στο στάδιο πριν την εμμηνόπαυση και υπολογίζεται ότι 500.000 γυναίκες τον αναπτύσσουν, εκ των οποίων οι 270.000 από αυτές θα πεθάνουν από αυτόν.

Στην Ευρώπη δηλαδή πεθαίνει μια γυναίκα κάθε 18 λεπτά από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Επιπλέον, κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 60.000 νέα περιστατικά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ευρώπη και περίπου 600 στην Ελλάδα, ενώ υπολογίζεται επίσης ότι ετησίως 250 Ελληνίδες χάνουν τη μάχη με το θάνατο εξαιτίας αυτής της νόσου (Καβαλλάρης, 2011)

Ωστόσο, είναι αισιόδοξο το γεγονός ότι το ποσοστό επιβίωσης από τη νόσο είναι 90%. Σε γυναίκες που η νόσο έχει εξαπλωθεί πέρα από την λεκάνη το ποσοστό ανέρχεται στο 20%.

Για μια γυναίκα που ζει σε ανεπτυγμένη χώρα, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου τραχήλου της μήτρας είναι 1%, ενώ για γυναίκες που ζουν σε χώρες υποανάπτυκτες, ο κίνδυνος είναι 5%.

Στην Αγγλία έχει υπολογιστεί ότι κάθε χρόνο 2000 θάνατοι γυναικών οφείλονται στον καρκίνο τραχήλου της μήτρας (Αγοραστός&Μπόντης, 2001)

Οι διαστάσεις εμφάνισης καρκίνου τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα

Η επίπτωση καθώς και η θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στη χώρα μας, εκτιμάται ότι είναι ανάμεσα στις χαμηλότερες της Ευρώπης (Αγοραστός& Μπόντης 2001). Η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ανερχότανε το 1991 σε 9,55 /100.000 κατοίκους και η θνησιμότητα ήταν 2,48 /100.000 (Αγοραστός και άλλοι, 2006). Το 1998 εκτιμήθηκε ότι η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ήταν 6,24 /100.000 και η θνησιμότητα 2,27 /100.000 σύμφωνα με το Eucan . Ενώ σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του Globocan 2002, η επίπτωση στην χώρα ανέρχεται σε 7,7 /100.000 και η θνησιμότητα σε 2,5 /100.000.

Αν και η χώρα μας είναι μια από τις πρώτες χώρες που εφαρμόστηκε η εξέταση κατά Παπανικολάου (από το 1955), δεν υπάρχει εθνικό πρόγραμμα πρόληψης, εκτός από κάποια προγράμματα, ένα στην Χαλκιδική, Μεσσηνία και την Ηλεία που καλύπτουν ένα μικρό ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού . Συνέπεια αυτού, είναι να μην υπάρχει οργανωμένη πρόληψη για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τα στοιχεία που υπάρχουν για αυτό το θέμα να είναι ελλιπή (Katz, 2007).

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι μία νόσος που μπορεί να θεραπευθεί εάν διαγνωσθεί έγκαιρα. Αυτό πρέπει να το έχουν υπ'οψιν τους όλες οι γυναίκες για να μην γίνουν μέρος των θλιβερών στατιστικών.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ
ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ
ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



1.1 Ανατομία Γυναικείου Γεννητικού Συστήματος

Το γυναικείο γεννητικό σύστημα, πολύπλοκο από κάθε άποψη, αποτελείται από τα έξω και τα έσω γεννητικά όργανα.

Στα έξω γεννητικά όργανα ανήκει το αιδοίο, το οποίο περιλαμβάνει τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κόλπου, τους αδένες του προδρόμου και το εφηβαίο.

Τα έσω γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν την μήτρα, τις ωοθήκες, τις σάλπιγγες ή ωαγωγούς, τον κόλπο, και τον τράχηλο της μήτρας ο οποίος είναι μέρος του κόλπου. Όλα αυτά βρίσκονται στην ελάχιστονα πύελο.

Οριο μεταξύ των έξω και των έσω γεννητικών οργάνων αποτελεί ο παρθενικός υμένας (Tortora, 2006).

Έξω γεννητικά όργανα (αιδοίο)

Μεγάλα χείλη: πρόκειται για δύο μεγάλες δερματικές πτυχές, που συγχωνεύονται προς τα εμπρός και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο. Καλύπτονται στην εξωτερική τους επιφάνεια από πυκνή τρίχωση και περιέχουν συνδετικό ιστό και δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες.

Μικρά χείλη: είναι δυο πτυχές δέρματος που βρίσκονται ανάμεσα στα μεγάλα χείλη και συνήθως καλύπτονται από αυτά. Προς τα πάνω σχίζονται σε δύο μέρη και σχηματίζουν την πόσθη και το χαλινό της κλειτορίδας. Τα μικρά χείλη αποτελούνται από ινώδη συνθετικό ιστό και ελαστικές ίνες. Το δέρμα τους δεν καλύπτεται από τρίχωμα, περιέχει όμως μελαχρωστική και σμηγματογόνους αδένες. Πρόκειται για ευαίσθητο ιστό εξαιτίας των πολυάριθμων αγγείων που έχει.

Κλειτορίδα: αποτελείται από δύο κυλινδρικά σηραγγώδη σώματα, που καλύπτουν την βάλανο της κλειτορίδας. Έχει μήκος 3-4 εκ. Τα σηραγγώδη σώματα καλύπτονται από μύες οι οποίοι παγιδεύουν με την σύσπασή τους το αίμα στα σηραγγώδη σώματα και επιφέρουν την στύση της κλειτορίδας.

Πρόδρομος του κόλπου: πρόκειται για την περιοχή ανάμεσα στα μικρά χείλη και το χαλινό αυτών. Σ' αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος και καταλήγουν τα στόμια των παρακείμενων αδένων. Καλύπτεται από βλεννογόνο με πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο (Tortora, 2006)

Αδένες του προδρόμου του κόλπου: πρόκειται για ένα ζεύγος βλεννογόνων αδένων που βρίσκονται βαθιά στο οπίσθιο άκρο των μικρών χειλέων και εκβάλλουν στον πρόδρομο του κόλπου, εφυγραίνοντας την είσοδό του και διευκολύνοντας την είσοδο του πέους στον κόλπο. (Γίγης & Παρασκευάς, 2002)

Εφηβαίο: αποτελείται από ποσότητα λιπώδους ιστού, ανάλογη με την πάχυνση της γυναίκας και καλύπτει τους κλάδους των ηβικών οστών. Είναι μία τριγωνική περιοχή, της οποίας η κορυφή προς τα κάτω καταλήγει στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Το δέρμα στην περιοχή του εφηβαίου είναι πλούσιο από ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες και μέχρι την προεφηβική ηλικία είναι άτριχο. Περίπου δύο χρόνια από την εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως, αρχίζει να παρουσιάζει τρίχωση. (Tortora, 2006)



Έσω γεννητικά όργανα

Μήτρα: πρόκειται για ένα μυώδες όργανο με σχήμα ανεστραμμένου αχλαδιού και είναι τοποθετημένη βαθιά μέσα στην μικρή πύελο, μεταξύ ουροδόχου κύστης και ορθού. Το μήκος της εξαρτάται από την ηλικία και τους τοκετούς. Από το άνω τμήμα της μήτρας εκπορεύονται οι στρογγυλοί σύνδεσμοι, που εκτείνονται προς τα πλάγια της πυέλου και καταλήγουν στα μεγάλα χείλη του αιδοίου και αμέσως πίσω οι σάλπιγγες, που φέρονται προς τα πίσω. Παράλληλα και πίσω από τις σάλπιγγες πορεύονται οι σύνδεσμοι των ωοθηκών. Η μήτρα καλύπτεται στο σύνολό της από ορογόνο χιτώνα (περιτόναιο) με εξαίρεση το πρόσθιο κάτω τμήμα της που καλύπτεται από την ουροδόχο κύστη. Σκοπός της μήτρας είναι η εμφύτευση, διατήρηση και ανάπτυξη του γονιμοποιημένου εμβρύου (Ιατράκης, 2006).

Ωοθήκες: είναι αμυγδαλοειδή, μικρά όργανα και είναι τοποθετημένες εγκάρσια προς το πλάγιο πυελικό τοίχωμα. Συνδέονται με τη μήτρα με τους συνδέσμους που διαθέτουν. Το μέγεθος και η εξωτερική τους εμφάνιση εξαρτώνται από την ηλικία. Οι ωοθήκες έχουν δύο κύριες λειτουργίες: αποτελούν την πηγή των γόνιμων ωαρίων και είναι ενδοκρινή όργανα που παράγουν στεροειδείς ορμόνες οι οποίες ετοιμάζουν το ενδομήτριο για την υποδοχή και διατήρηση του γονιμοποιημένου ωαρίου (Ιατράκης, 2006).

Σάλπιγγες: αποτελούν δύο λεπτεπίλεπτους αγωγούς μήκους 10-12εκ περίπου που εξορμώνται από τα δύο κέρατα της μήτρας και διανοίγονται προς την περιτοναϊκή κοιλότητα κοντά στον άνω πόλο των ωοθηκών. Οι σάλπιγγες εμφανίζουν κατά τμήματα διαφορετική διάμετρο και υφή. Το τοίχωμα των σαλπίγγων αποτελείται από δύο στρώματα λεπτών λείων μυϊκών ινών, ενώ ο αυλός των σαλπίγγων επικαλύπτεται από επιθήλιο, αραιό στρώμα (Ιατράκης, 2006). Ο σκοπός τους είναι να μεταφέρουν το ωάριο από τις ωοθήκες στη μήτρα. Δια μέσω των σαλπίγγων, μεταφέρονται τα σπερματοζωάρια για να φτάσουν το ωάριο. Για τη γονιμότητα είναι πολύ σημαντικό να έχουν το εσωτερικό κανάλι ελεύθερο έτσι ώστε να μπορεί να κινηθεί το ωάριο και το σπέρμα. Παθήσεις, όπως φλεγμονές, ενδομητρίωση κ.α. μπορούν να φράξουν τις σάλπιγγες και να μειώσουν τη γονιμότητα της γυναίκας (<http://www.gynmed.gr>).

Κόλπος: Είναι ένας μυϊκός σωλήνας καλυμμένος με μεμβράνη που αποτελείται από ειδικό τύπο πλακώδους επιθηλίου, καλά τροφοδοτούμενου με αιμοφόρα αγγεία και νεύρα. Ο κόλπος εκτείνεται από τον πρόδρομο μέχρι την μήτρα. Τα τοιχώματά του συνήθως εφάπτονται. (Tortora, 2006). Ο κόλπος χρησιμεύει στην υποδοχή του πέους κατά την συνουσία και στην εναπόθεση σπέρματος. Διαμέσου του κόλπου διαρρέει το αίμα της εμμηνου ρύσεως και διέρχεται το νεογνό κατά τον τοκετό (Άγιος, 2007)

Τράχηλος της μήτρας: Το τμήμα της μήτρας που προβάλλει εντός του κόλπου λέγεται τράχηλος και είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας. Διακρίνεται στον εξωτράχηλο και στον ενδοτράχηλο. Ο εξωτράχηλος καλύπτεται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο. Ο ενδοτράχηλος καλύπτεται από μονόστοιβο κυλινδρικό επιθήλιο και εντός του στρώματος περικλείει τους ενδοτραχηλικούς αδένες. Το όριο μεταξύ των δύο επιθηλίων καλείται ζώνη μετάπτωσης. Ο τράχηλος έχει ένα άνοιγμα μέσω του οποίου επικοινωνεί η κοιλότητα της μήτρας με τον κόλπο. Μέσω του τραχηλικού ανοίγματος περνάει το αίμα της περιόδου και διοχετεύεται μέσα στον κόλπο και τελικά έξω από το σώμα. Με τον ίδιο τρόπο μέσω του τραχηλικού ανοίγματος περνάνε τα σπερματοζωάρια από τον κόλπο, και μετακινούνται μέσα



στην κοιλότητα της μήτρας και από εκεί στις σάλπιγγες κατά τη γονιμοποίηση.(Stoppard ,2003)

1.2 Φυσιολογία γυναικείου γεννητικού συστήματος

Γυναικείο ορμονικό σύστημα:

Το ορμονικό σύστημα της γυναίκας περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες ορμονών:

- Μία υποθαλαμική εκλυτική ορμόνη (την εκλυτική ορμόνη της ωχρινότροπου ορμόνης LHRH)
- Τις ορμόνες της πρόσθιας υπόφυσης: ωοθυλακιοτρόπο (FSH) και ωχρινότροπο ορμόνη (LH), που εκκρίνονται με την επίδραση της υποθαλαμικής εκλυτικής ορμόνης.
- Τις ορμόνες των ωοθηκών: οιστρογόνα και προγεστερόνη που εκκρίνονται από τις ωοθήκες με την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών.

Οι διάφορες αυτές ορμόνες δεν εκκρίνονται συνεχώς σε σταθερές ποσότητες, αλλά με ρυθμό που διαφέρει σημαντικά κατά τη διάρκεια των διαφόρων φάσεων του κύκλου μιας γυναίκας. (Guyton, 2001)

Όλα τα όργανα του γυναικείου γεννητικού συστήματος έχουν σκοπό την αναπαραγωγή του ατόμου.

Βασικές λειτουργίες του γεννητικού συστήματος της γυναίκας:

- Να παράγει ωοθηκικές ορμόνες, υπεύθυνες για τα χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου και τις λειτουργίες αναπαραγωγής.
- Να παράγει το ωάριο, καθώς και ένα ευνοϊκό περιβάλλον για να επέλθει η σύλληψη και να παραδοθεί το ωάριο στη μήτρα
- Να τρέφει και να συντηρεί το γονιμοποιημένο ωάριο μέχρι την στιγμή του τοκετού
- Να διεκπεραιώσει με επιτυχία την διαδικασία του τοκετού (Shapiro, 2001)

Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δώσουμε στην φυσιολογία του τραχήλου, καθώς είναι το όργανο του οποίου τον καρκίνο εξετάζουμε.

Φυσιολογία της μήτρας:

Ο τράχηλος της μήτρας μοιάζει με βιολογική βαλβίδα που επιτρέπει την είσοδο των σπερματοζωαρίων στην μητρική κοιλότητα. Στην διάρκεια του γεννητικού κύκλου της γυναίκας παρατηρείται βαθμιαία διάνοιξη του έσω τραχηλικού στομίου που σκοπό έχει την διευκόλυνση της γονιμοποίησης την ημέρα της ωορρηξίας(διαδικασία όπου ένα ώριμο ωάριο φεύγει από τις ωοθήκες προς τις σάλπιγγες με σκοπό να γονιμοποιηθεί).

Μεταβολές ωστόσο εμφανίζονται και στο επιθήλιο της τραχηλικής κοιλότητας που συνίσταται κυρίως σε αύξηση του ύψους των κυττάρων των ενδοτραχηλιακών αδένων και στην αντίστοιχη αύξηση της εκκρίσεως της τραχηλικής βλέννας, η οποία γίνεται διαυγέστερη. Το pH της, από καθαρά αλκαλικό (7,5) γίνεται λιγότερο αλκαλικό και πολλές φορές όξινο. Όλες αυτές οι μεταβολές έχουν σκοπό την επιτυχή διείσδυση των σπερματοζωαρίων στην μητρική κοιλότητα.(Shapiro, 2001)

Φυσιολογία τραχηλικών κυττάρων

Κατά τη γέννηση υπάρχουν παρόντες δύο τύποι τραχηλικών κυττάρων, τα πλακώδη και τα κυλινδρικά. Ο εξωτράχηλος καλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο, το



οποίο αντικαθίσταται κάθε 4-5 μέρες. Η αντικατάσταση αυτή γίνεται διαδοχικά με τις διαδικασίες πολλαπλασιασμού, ωρίμανσης και «θανάτου» των κυττάρων. Το τραχηλικό επιθήλιο αποτελείται από τέσσερις στοιβάδες, βασική, παραβασική, διάμεση και επιφανειακή. Η ωρίμανση των κυττάρων στο τραχηλικό επιθήλιο γίνεται με την επίδραση των οιστρογόνων ορμονών.

Ο ενδοτράχηλος καλύπτεται από μία μόνο στοιβάδα κυλινδρικών κυττάρων και σχηματίζει πτυχές και κρύπτες. Το επιθήλιο του ενδοτραχήλου αποτελείται από βλεννώδη και κροσσωτά κύτταρα. Τα βλεννώδη, που είναι περισσότερα, είναι τοποθετημένα σαν «πάσσαλοι σε φράκτη» και με ωχρο κύτταροπλασμα που περιέχει βλέννα. Τα κροσσωτά είναι πολύ λίγα και είναι ανάλογα με αυτά που βρίσκονται κατά πλειοψηφία στις σάλπιγγες.

Το σημείο συμβολής του κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου και του πλακώδους επιθηλίου του εξωτραχήλου είναι γνωστό σαν ζώνη μετάπτωσης και έχει πολύ μεγάλη σημασία καθώς είναι η περιοχή που αρχίζει η καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας. (Αγοραστός και άλλοι, 2008)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΟΓΚΟΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ



2.1 Όγκοι τραχήλου της μήτρας

Ιστολογικοί όροι

Για την καλύτερη κατανόηση των όγκων τραχήλου της μήτρας, σημαντική είναι η κατανόηση των ιστολογικών όρων.

- Υπερπλασία: είναι η αύξηση του αριθμού φυσιολογικών κυττάρων και είναι αναστρέψιμη, όπως πχ. Το επιθήλιο του μαστικού αδένου στην εγκυμοσύνη
- Μεταπλασία: είναι η αντικατάσταση ενός τύπου διαφοροποιημένων κυττάρων από έναν άλλο τύπο και είναι αναστρέψιμη, όπως πχ. Τα κυλινδρικά κύτταρα του ενδοτραχήλου από πλακώδη του εξωτραχήλου. Είναι μία φυσιολογική κατάσταση για τις διάφορες φάσεις της ζωής της γυναίκας.
- Δυσπλασία: είναι η ποικιλία στο σχήμα και το μέγεθος των κυττάρων, που συνοδεύεται από απώλεια της φυσιολογικής δομής της κυτταρικής μεμβράνης, του κυτταροπλάσματος και του πυρήνα τους και αύξηση του αριθμού των κυττάρων και είναι αναστρέψιμη, πχ. Η αποδιοργάνωση και πάχυνση του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας μετά από τραχηλίτιδα.
- Αναπλασία: μεγαλύτερη αύξηση της ποικιλίας στο σχήμα και το μέγεθος των κυττάρων απ'ότι στην δυσπλασία και ύπαρξη υπερχρωματικών. Δεν είναι αναστρέψιμη και παρατηρείται στις κακοήθεις νεοπλασίες.
- Παρακεράτωση: είναι η ύπαρξη επιπολής ζώνης κερατινοποιημένου επιθηλίου με ύπαρξη πυρήνων στα κύτταρα
- Λευκοπλακία: ύπαρξη επιπολής στοιβάδας κερατινοποιημένων κυττάρων χωρίς ορατούς πυρήνες
- Καρκίνωμα in situ (προδιηθητικό καρκίνωμα): αφορά αλλοιώσεις με άτυπα κύτταρα και πυρήνες που εντοπίζονται σε όλο το πάχος του επιθηλίου (Κουρούνης, 2004)

2.1.1 Καλοήθεις όγκοι τραχήλου της μήτρας.

Οι πιο συχνοί καλοήθεις όγκοι τραχήλου της μήτρας είναι οι παρακάτω:

Πολύποδες: Συνήθως πρόκειται για μισχωτούς πολύποδες εξορμούμενους από τον ενδοτραχηλικό αυλό και καλυπτόμενους από κυλινδρικό επιθήλιο. Μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί ή να προκαλέσουν άτυπη αιμόρροια από τον κόλπο, μετά από σεξουαλική επαφή. Η θεραπεία εκλογής είναι η εξαίρεση ακολουθούμενη συνήθως και από απόξεση του ενδοτραχήλου και του ενδομητρίου, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένες γυναίκες, για τον εντοπισμό και άλλων πολυπόδων, που μπορεί να υπάρχουν στον ενδοτραχηλικό αυλό ή στην ενδομήτρια κοιλότητα. (Φωτίου, 2009)

Κονδυλώματα: είναι μονήρη ή πολλαπλά. Εμφανίζονται είτε σαν μικρά μορφώματα, είτε σαν λευκωπές επίπεδες πλάκες ή και υπόλευκες αλλοιώσεις του επιθηλίου. Οφείλονται στην προσβολή του επιθηλίου από τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV) και θεωρούνται νόσημα μεταδιδόμενο με την σεξουαλική επαφή. Συνυπάρχουν κατά κανόνα ευρήματα από τον κόλπο, το αιδοίο και γενικά την πρωκτογεννητική περιοχή. Για την θεραπεία τους στον τράχηλος εφαρμόζεται καταστροφή των αλλοιώσεων με απόξεση ή κρυοπηξία, ηλεκτροθερμία, κλπ (Παπαθανασίου, 2002)

Ινομυώματα: Δεν είναι συνήθη σε σχέση με τα ινομυώματα του τοιχώματος της μήτρας. Συνήθως είναι μισχωτά, με μίσχο άλλοτε άλλου πάχους, είναι δε δυνατή η συστροφή τους κατάσταση η οποία οδηγεί συχνά σε νέκρωση του ινομυώματος. Σε περίπτωση κατά την οποία το ινομύωμα του τραχήλου προωθείται αυτόματα δια



μέσου του τραχηλικού αυλού στον κόλπο παρατηρείται άλγος στο υπογάστριο, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της εμμηνορρυσίας. Συχνή είναι και η εμφάνιση άτυπων αιμορραγιών από τον κόλπο. Η αντιμετώπιση αφορά στην εξαίρεση του ινομώματος, επέμβαση η οποία απαιτεί προσοχή, λόγω του κινδύνου έντονης αιμορραγίας από τα αγγεία του μίσχου. Η πιθανότητα σαρκωματώδους εξαλλαγής του ινομώματος του τραχήλου είναι παρόμοια με αυτήν των ινομωμάτων άλλης εντόπισης, περίπου 0,5%. (Φωτίου 2009)

Πέρα από αυτούς, στον τράχηλο συναντώνται λειομώματα, αιμαγγειώματα, ικανοί σπίλοι, αδενομώματα και θηλώδη αδενουνομώματα τα οποία είναι σπάνια.

2.1.2 Κακοήθεις όγκοι τραχηλικού καρκίνου

Μορφές

Η αλλοίωση κατά την οποία κακοήθη κύτταρα διασπούν την βασική μεμβράνη του τραχηλικού επιθηλίου και διηθούν στο στρώμα αυτού, με δυνατότητα περαιτέρω ανάπτυξης και δημιουργίας μεταστατικών εστιών ονομάζεται διηθητικό καρκίνωμα τραχήλου της μήτρας.

Οι διάφοροι ιστολογικοί τύποι σύμφωνα με τις τελευταίες κατατάξεις της Π.Ο.Υ είναι:

- Πλακώδες ή ακανθοκυτταρικό (κερατινοποιούμενο, μη κερατινοποιούμενο, κονδυλωματώδες, θηλώδες)
- Αδενοκαρκίνωμα (βλεννώδες ενδοτραχηλικού ή εντερικού, ενδομητριοειδές)
- Διάφορα άλλα (αδενοπλακώδες, αδενοκυστικό, μικροκυτταρικό) (Παπαθανασίου, 2002)

Οι παρακάτω μορφές αντιπροσωπεύουν το 90% των καρκινωμάτων και ανάλογα με το βαθμό και την θέση εντόπισης του καρκίνου του τραχήλου διακρίνουμε:

Δυσπλασία ή τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN): σε 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 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 μιτωτικές εικόνες.

Στον CIN II άνω του 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.

Προδιηθητικό καρκίνωμα (in situ): πρόκειται για ασυμπτωματικό και ανευρίσκεται στο ιστοτεμάχιο όπου πάρθηκε από βιοψία, μετά από ένα θετικό τραχηλοκολπικό επίχρισμα. Χαρακτηρίζεται από υπερπλασία των κυττάρων του επιθηλίου, ανώμαλες μιτώσεις, ατυπίες των πυρήνων των κυττάρων και αποδιοργάνωση της δομής των κυτταρικών στοιβάδων. Η βασική μεμβράνη



παραμένει ανέπαφη. Μακροσκοπικά, ο τράχηλος μπορεί να παρουσιάζεται φυσιολογικός ή να εμφανίζει ερυθρότητα, διάβρωση ή εστίες λευκοπλακίας.

Μικροδιηθητικό καρκίνωμα: Σε αυτό τον τύπο 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 βελόνων ή σταγόνων στο υποκείμενο χορίο, που δεν ξεπερνούν τα 3 χιλ. και δεν διηθούν αγγεία ή λεμφαγγεία. (Κουρούνης, 2004)

Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές: Ο συγκεκριμένος τύπος ανέρχεται σε ποσοστό 90-95% των πρωτοπαθών νεοπλασμάτων του τραχήλου και σ' αυτόν τον τύπο ο καρκίνος έχει διηθήσει στην βασική μεμβράνη και έχει φτάσει στο μυϊκό στρώμα του τραχήλου, ενώ ένα από αυτά προχώρησε με διήθηση ή λεμφογένεση ή αιματογενή μετάσταση.

Μακροσκοπικά το διηθητικό καρκίνωμα εμφανίζεται με δύο μορφές, την εξωφυτική που μοιάζει σαν κουνουπίδι και την ελκώδη με μορφή συνήθως ανώμαλου έλκους που μοιάζει σαν κρατήρας.

Αδενοκαρκίνωμα: αυτό αποτελεί περίπου το 5-10% των καρκίνων του τραχήλου και αρχίζει από το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου, διακρίνεται σε καλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης, όπως και το επιδερμοειδές, διηθεί τους κάτω από την βλάβη ιστούς και επεκτείνεται στην μήτρα, στον κόλπο και στα παραμήτρια. (Διακομανώλης, 2010)

2.2 Περαιτέρω επέκταση της νόσου

Κατά συνέχεια ιστού: η πρώτη άμεση επέκταση του όγκου γίνεται όταν το ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα διηθήσει την βασική μεμβράνη του επιθηλίου και διεισδύσει σε ελάχιστο βάθος στους υποκείμενους ιστούς. Ο όγκος διεισδύει στην συνέχεια σε βαθύτερα στρώματα του τραχηλικού τοιχώματος και σε μεταγενέστερα στάδια επεκτείνεται στον κοιλικό θόλο, στο κοιλικό τοίχωμα, στην ουροδόχο κύστη, ακόμα και στο ορθό.

Λεμφική διασπορά: Τα καρκινικά κύτταρα του τραχήλου της μήτρας μπορούν να προσβάλλουν το λεμφικό σύστημα, να διασπαρθούν στους λεμφαδένες της πυέλου, τους αορτικούς λεμφαδένες.

Αιματογενής διασπορά: μεταστάσεις ενδέχεται να υπάρξουν και δια της αιματικής οδού στο εξωτερικό τμήμα του κόλπου, στο αιδοίο, τους πνεύμονες, το ήπαρ, ακόμα και στον εγκέφαλο. (Παπαθανασίου, 2002)



2.3 Επιπλοκές της νόσου:

Συχνότερα εμφανίζονται πιεστικά φαινόμενα στον ουρητήρα, τα οποία δημιουργούν υδρονέφρωση ή λοίμωξη των ουροφόρων οδών. Η ασθενής μπορεί να πεθάνει από μία σηπτική πυελίτιδα ή πυελονεφρίτιδα. Μία άλλη επιπλοκή είναι από την πίεση των ουρητήρων να έχουμε πλήρη ανουρία και θάνατο από ουραιμία (Παπαθανασίου, 2002)

Επιπλέον, οι ασθενείς υποφέρουν από πόνο στην πλάτη εξαιτίας νευρολογικής προσβολής από τον καρκίνο. Το μακροσκοπικό οίδημα των ποδιών μπορεί να είναι ενδεικτικό αγγειακής και λεμφικής στάσης εξαιτίας του όγκου. Η ακράτεια ούρων και κοπράνων αποτελεί μείζονα όψιμη επιπλοκή, κυρίως σε εξασθενημένα άτομα. Η αιμορραγία αποτελεί αιτία θανάτου στο 10-20% των ασθενών με εκτεταμένο διηθητικό καρκίνωμα. Άλλη επιπλοκή είναι η διαπύηση του καρκινώματος να προκαλέσει γενικευμένη σήψη και συνεπώς θάνατο. Μεταστάσεις στο ήπαρ, στους πνεύμονες, τον εγκέφαλο και τα οστά συμβαίνουν σε προχωρημένα στάδια και οδηγούν στην καχεξία και στον θάνατο. (Phillip και άλλοι, 2007)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ
ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ Η
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥΣ



3.1 Κακοήθεις όγκοι καρκίνου τραχήλου της μήτρας: παθογένεση-αίτια

Οι αιτίες που προκαλούν τον Καρκίνος Τραχήλου της Μήτρας, όπως και σε πολλούς άλλους καρκίνους δεν είναι απόλυτα γνωστές. Όμως υπάρχουν ορισμένοι συσχετισμοί και ορισμένοι παράγοντες κινδύνου που φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση του καρκίνου αυτού και οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι:

- Μόλυνση από ιούς: Ο ιός των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων, γνωστός σαν Human Papilloma Virus ή HPV, θεωρείται σαν μια πιθανή αιτία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Συχνά είναι ανιχνεύσιμος στον τράχηλο γυναικών που πάσχουν από τον καρκίνο αυτό. Υπάρχουν 80 τύποι του ιού HPV, εκ των οποίων οι τέσσερις προκαλούν καρκίνο τραχήλου της μήτρας (6, 11, 16, 18)
- Σεξουαλική δραστηριότητα: Οι γυναίκες που ήσαν σεξουαλικά δραστήριες σε μια νεαρή ηλικία και που είχαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους έχουν περισσότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν τον καρκίνο αυτό. Όσο νωρίτερα στην ηλικία αρχίσει την σεξουαλική δραστηριότητα μια γυναίκα τόσο περισσότερο είναι αυξημένος ο κίνδυνος της για την ασθένεια. Το ίδιο επίσης ισχύει με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων με αποτέλεσμα, αυτές με πολλούς να έχουν περισσότερο κίνδυνο. Να σημειωθεί ότι ο καρκίνος αυτός είναι σπάνιος στις παρθένες. Πιστεύεται ότι ο αυξημένος κίνδυνος στις γυναίκες με πολλούς ερωτικούς συντρόφους και σ' αυτές που αρχίζουν σε μικρή ηλικία το σεξ, έχει σχέση με την μόλυνση με τον ιό HPV
- Ηλικία: Οι καρκίνοι που ανιχνεύονται επί του τραχήλου, οι οποίοι δεν έχουν εξαπλωθεί στα υπόλοιπα μέρη του σώματος είναι αυξημένοι στις ηλικίες από 20 έως 30 ετών. Μετά από τα 25, αυξάνονται ανάλογα με την ηλικία τα περιστατικά διεισδυτικού καρκίνου. Στις γυναίκες μαύρου χρώματος αυξάνονται περισσότερο.
- Κάπνισμα: Το κάπνισμα έχει την δυνατότητα να δημιουργεί χημικές ενώσεις οι οποίες προκαλούν βλάβες στα κύτταρα του τραχήλου με αποτέλεσμα να δημιουργούν ένα υπόστρωμα στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί ο Καρκίνος τραχήλου της μήτρας.
- Τεστ Παπανικολάου: Οι γυναίκες που δεν έκαναν ποτέ τεστ Παπανικολάου ή δεν το κάνουν όσο θα έπρεπε, έχουν ψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν Καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Σε πολλές περιπτώσεις το τεστ μπορεί να ανιχνεύσει προκαρκινικές αλλοιώσεις. Υπάρχουν 3 ειδών αυξανόμενης σοβαρότητας αλλοιώσεις, CIN I, CIN II και CIN III
- AIDS: Οι γυναίκες που πάσχουν από AIDS έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν KTM.
- Λοίμωξη από γλαμύδια.
- Κακή διατροφή.
- Ανοσοκαταστολή μετά από μεταμόσχευση οργάνου.
- Λήψη του φαρμάκου διαιθυλοστυλβεστρόλη από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Αγοραστός&Μπόντης, 2001).
- Κληρονομικότητα: αδελφές γυναικών με τραχηλικό καρκίνομα έχουν σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου 1. 93 σε σχέση με τις άλλες γυναίκες. Οι μητέρες των γυναικών με τραχηλικό καρκίνο έχουν σχετικό κίνδυνο 1.83 ενώ συγγενείς δευτέρου βαθμού έχουν κίνδυνο 1, 45. Το γεγονός ότι ο κίνδυνος μειώνεται όσο η συγγένεια γίνεται πιο μακρινή, φανερώνει ότι η αιτία της οικογενειακής προτίμησης του καρκίνου είναι γενετική (Κουρούνη, 2004)



- Φυλή: βρέθηκε πως στις Εβραίες δεν είναι τόσο διαδεδομένος. Αυτό αποδόθηκε σε κληρονομική ανοσολογική συμπεριφορά ή στην εκτέλεση περιτομής των ανδρών που δεν επιτρέπει την ανάπτυξη σμήγματος στην βαλανοποσθική αύλακα, στην οποία πιστεύεται ότι υπάρχει κάποιος καρκινογόνος παράγοντας που μπορεί να είναι ιός. (Παπανικολάου Ν&Παπανικολάου Α,2005)
- Αντισυλληπτικά: οι γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά από το στόμα για μεγάλο χρονικό διάστημα εμφανίζουν περισσότερες δυσπλασίες και καρκινώματα του τραχήλου της μήτρας από εκείνες που χρησιμοποιούν άλλο τρόπο αντισύλληψης. Ο μέσος όρος για ανάπτυξη διηθητικού καρκινώματος για τις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικό δισκίο είναι ανεβασμένος από ότι ο μέσος όρος για ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία. Επιπλέον, άλλες μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει διπλάσιος κίνδυνος ανάπτυξης μετά από 5ετή χρήση και 4πλάσιος μετά από 10ετή χρήση(Κουρούνης, 2004).

3.2 Συμπτωματολογία Καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Τις περισσότερες φορές ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι απολύτως «σιωπηλός» και δεν δίνει κανένα σύμπτωμα. Η ασθενής πρέπει οπωσδήποτε να απευθυνθεί στον γιατρό της σε περίπτωση που παρατηρήσει:

- Ανεξήγητη κολπική αιμορραγία η οποία δεν σχετίζεται με την περίοδο. Μερικές φορές αυτή η αιμορραγία προέρχεται από την μήτρα, ειδικά σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου τραχήλου.
- Δύσοσμα, αιματηρά ή πυώδη εκκρίματα από τον κόλπο. Οι οσμές αυτές είναι αποτέλεσμα της νέκρωσης των ιστών του τραχήλου.
- Δυσλειτουργία ουροδόχου κύστεως και εντέρου (σε προχωρημένα στάδια)
- Πόνος χαμηλά στην περιοχή της πυέλου ή κατά την σεξουαλική επαφή
- Εξέλκωση τραχήλου της μήτρας (Netter,2006)

Στα πρώιμα στάδια της νόσου δεν υπάρχει καμία ένδειξη και η ανεύρεση γίνεται μόνο μέσω τεστ Παπανικολάου. Σε προχωρημένα στάδια η ασθενής εμφανίζει τα γενικά συμπτώματα καρκινικής νόσου, όπως καχεξία εξαιτίας της παρατεταμένης λοίμωξης, πυρετό, αναιμία, απώλεια βάρους, αδυναμία και κακουχία (Corner&Bailey, 2006)

3.3 Διάγνωση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Η γυναικολογική εξέταση της ασθενούς περιλαμβάνει τρία κυρίως μέρη:

- Το ιστορικό της ασθενούς
- Τη φυσική εξέταση
- Διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις

Ιστορικό:Ο ιατρός πρέπει να προσεγγίσει με διακριτικότητα την ασθενή για να αποσπάσει πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα που εμφανίζει η ασθενής, το προηγούμενο γυναικολογικό ιστορικό, τυχόν κυήσεις, ιστορικό εμμήνου ρύσεως,



σεξουαλικό ιστορικό και αντισύλληψη, οικογενειακό ιστορικό και ημερομηνία και αποτελέσματα τελευταίου τεστ Παπ (Λώλης, 2004)

Κλινική-φυσική εξέταση: Η γυναικολογική εξέταση αποκαλύπτει συνήθως βλάβες του τραχήλου και διόγκωση λεμφαδένων. Η επισκόπηση του τραχήλου μπορεί να αποκαλύψει μια εξωφυτική μάζα ή ελκωτική περιοχή του τραχήλου. Κατά την ψηλάφηση ο τράχηλος είναι σκληρός και πολλές φορές αιμορραγεί ή πονάει η ασθενής κατά την επαφή με τα δάχτυλα ή η ασθενής (Παπαθανασίου, 2002) Αν ο καρκίνος εξορμάται από τον ενδοτράχηλο, μπορεί να μην είναι ορατός επισκοπικά, αλλά η ψηλάφηση δίνει την εντύπωση «βαρελοειδούς» τραχήλου. Ο καρκίνος είναι ορατός σε περίπτωση επέκτασης στον κόλπο (Λώλης, 2004)

Εργαστηριακές εξετάσεις: Ο γιατρός θα ζητήσει από την ασθενή να κάνει γενική αίματος, βιοχημικό έλεγχο ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας. Επιπλέον, θα ζητήσει ειδικές εξετάσεις μέτρησης των επιπέδων στον ορό του αντιγόνου για το επιθηλιακό καρκίνωμα(SCCA) καθώς και τα επίπεδα του καρκινοεμβρυικού αντιγόνου(CEA). Σε περίπτωση που η ασθενής πάσχει από καρκίνο τραχήλου της μήτρας, το SCCA θα βρεθεί κατά 50% αυξημένο και το CEA κατά 20%.

Πέρα από τις παραπάνω εξετάσεις, ο γιατρός θα ζητήσει κυτταρολογική εξέταση τραχηλικών επιχρισμάτων, το γνωστό τεστ Παπ. Εφόσον τα αποτελέσματα του τεστ Παπ δείξουν καρκίνωμα, ο ιατρός θα προχωρήσει σε κολποσκόπηση, βιοψία, τραχηλογραφία, υπερηχογραφία και άλλες εξειδικευμένες εξετάσεις. (Αντσακλής, 2008)

Τεστ Παπ: Αποτελεί μια από τις εξετάσεις ρουτίνας και screening για τον καρκίνο του τράχηλου (όπως η μαστογραφία για τον καρκίνο μαστού), που εφαρμόζονται σήμερα με σκοπό τον εντοπισμό πιθανών παθολογικών κυττάρων ή μη φυσιολογικών κυττάρων πάνω στο τράχηλο.(Phillip και άλλοι, 2007)

Κολποσκόπηση: Αποτελεί απλή, μη επεμβατική και σύντομη στην διενέργειά της εξέταση, με την οποία επισκοπείται ο τράχηλος υπό μεγέθυνση με την βοήθεια ειδικού μικροσκοπίου. Η επίθεση του τραχηλικού επιθηλίου με διάλυμα οξικού οξέος 3%-5% προκαλεί τήξη των πρωτεϊνών του πυρήνα των κυττάρων και έτσι, στις περιοχές όπου υπάρχει αλλοιωμένο επιθήλιο-και όπου κατά κανόνα αυτό είναι υπερπλαστικό –εμφανίζεται λευκάζουσα απόχρωση. Η ύπαρξη υπερπλαστικών αγγείων του στρώματος δίνει επιφανειακά την εικόνα διάστιξης ή μωσαϊκού (το φυσιολογικό επιθήλιο διατηρεί την ερυθρά ομαλή εμφάνιση του και μετά την δράση του οξικού οξέος)(Διακομανώλης,2010)

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

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



κολποσκόπησης είναι δυνατόν να εφαρμοσθεί ως μέθοδος μαζικού ελέγχου σε πληθυσμιακό επίπεδο. Παρόλα τα ανωτέρω, η ιστολογική εξέταση βιοψιών υπό κολποσκοπικό έλεγχο ήταν και παραμένει η «χρυσή αρχή» της διάγνωσης όλων των αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας.

Η κολποσκόπηση είναι ανώδυνη διαδικασία γενικά. Η βιοψία που γίνεται μερικές φορές κατά την διάρκεια της κολποσκόπησης μπορεί να ενοχλήσει, αλλά αυτό διαρκεί μια στιγμή. Όταν το μικροσκοπικό δείγμα ιστού αφαιρείται, μερικές γυναίκες δεν αισθάνονται τίποτα ενώ άλλες περιγράφουν ένα αίσθημα "τσιμπίματος". Ο γιατρός μπορεί να συστήσει ένα παυσίπονο μια ώρα πριν τη διαδικασία. Η κολποσκόπηση διαρκεί 15 ως 25 λεπτά. (Κουρούνης, 2004)

Βιοψία: στην βιοψία γίνεται εξέταση μικρού τμήματος ιστού για να διαπιστωθεί αν αυτό έχει τύπους κυττάρων που καθορίζουν έναν καρκίνο. Γίνεται με αφαίρεση μικρού κομματιού ιστού ή μεγαλύτερο τμήμα ιστού για εξέταση. Η βιοψία τίθεται σαν εξέταση όταν τα αποτελέσματα Παπανικολάου ανήκουν σε κλάση IV και πάνω ή όταν παρατηρηθούν αμφίβολα ή μη φυσιολογικά κολποσκοπικά ευρήματα. Σε περίπτωση αιμορραγίας κατά την διάρκεια της δειγματοληψίας, καυτηριάζουμε την περιοχή ή ράβουμε με ζωικά ράμματα. Το δείγμα τοποθετείται σε διάλυμα φορμόλης και στέλνονται για ιστολογικό έλεγχο. (Αγοραστός&Μπόντης,2001)

Τραχηλογραφία: πρόκειται για εξέταση όπου το τραχηλοσκόπιο λειτουργεί σαν φωτογραφική μηχανή επιτρέποντας την αποτύπωση ολόκληρου του τραχήλου, αφού τοποθετήσουμε οξικό οξύ 5%. Σε συνδυασμό με την κυτταρολογία, η ανίχνευση του τραχηλικού καρκινώματος αγγίζει το 100%. Δεν αντικαθιστά την κολποσκόπηση, απλώς είναι μία ακόμα εξέταση για επαλήθευση των στοιχείων. (Κουρούνης, 2000)

Υπερηχογραφία: Οι υπέρηχο αποτελούν σημαντική διαγνωστική μέθοδο στην γυναικολογία, δεδομένου ότι βοηθούν στην διάγνωση διαφόρων βλαβών της μήτρας. Στην περίπτωση καρκίνου τραχήλου, οι υπέρηχοι χρησιμοποιούνται για παρατήρηση αύξησης του όγκου, επέκταση του όγκου έξω από τη μήτρα ή απομακρυσμένες μεταστάσεις

3.4 Σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Το βάθος της διείσδυσης των κακοηθών κυττάρων, πέραν της βασικής μεμβράνης αποτελεί αξιόλογο κλινικό οδηγό της έκτασης του πρωτοπαθούς καρκινώματος μέσα στον τράχηλο και την πιθανότητα δευτεροπαθούς ή μεταστατικού καρκινώματος. Τα καρκινώματα του τραχήλου συνηθίζεται να σταδιοποιούνται υπό αναισθησία. Οι περισσότεροι ογκολόγοι χρησιμοποιούν την κατάταξη κατά FIGO (Διεθνής Ομοσπονδία Μαιευτικής και Γυναικολογίας), σύμφωνα με την οποία η νόσος χωρίζεται σε πέντε στάδια, ενώ το κάθε στάδιο χωρίζεται σε περαιτέρω υποκατηγορίες.

Ο σκοπός της σταδιοποίησης πέραν της προγνωστικής σημασίας, στοχεύει στην επιλογή των κατάλληλων ασθενών για την κάθε μορφή θεραπευτικής επιλογής. Γι'αυτό γίνεται από ειδικούς και έμπειρους ιατρούς, όπως γυναικολόγους, ογκολόγους, ακτινοθεραπευτές ογκολόγους και παθολόγους ογκολόγους (Παπαθανασίου, 2002)

Διηθητικός Καρκίνος:



Στάδιο 0: Ο καρκίνος περιορίζεται εντός του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας.

Στάδιο I: Ο καρκίνος εντοπίζεται στον τράχηλο της μήτρας, με μορφή διηθητικού καρκινώματος, δηλαδή διηθεί το στρώμα του τραχήλου χωρίς να επεκτείνεται πέρα από αυτόν.

Iα: Προκλινική μορφή καρκίνου όπου η διάγνωση λαμβάνει χώρα με την κολποσκόπηση και την βιοψία (μικροδιηθητικός καρκίνος)

Iα1: Περιορισμένη έκταση του επιθηλίου

Iα2: Καρκινικές βλάβες που μικροσκοπικώς δύναται να μετρηθούν. Η έκτασή τους δεν υπερβαίνει τα 5 χιλιοστά από την βάση του επιθηλίου. Η οριζόντια έκταση δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 7 χιλιοστά

Iβ: Μεγαλύτερη από τις βλάβες του Iα2

Στάδιο II: Ο καρκίνος εκτείνεται πέραν του τραχήλου της μήτρας. Προσβάλλει τον κόλπο, αλλά όχι το κάτω τριτημόριο και το τοίχωμα της πυέλου.

IIα: Δεν έχει προσβάλλει το παραμήτριο και το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου

IIβ: Δεν έχει προσβάλλει το παραμήτριο

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

IIIα: Ανιχνεύεται στο κάτω τριτημόριο του κόλπου αλλά όχι στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα.

IIIβ: Έχει προσβάλλει το πλάγιο τοίχωμα της πυέλου και συνυπάρχει υδρονέφρωση ή η λειτουργία του νεφρού είναι καταργημένη λόγω απόφραξης του ουρητήρα.

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

IVα: Ο καρκίνος εντοπίζεται μόνο στα γειτονικά όργανα, ουροδόχο κύστη και ορθό

IVβ: Ο καρκίνος παρουσιάζει μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα (Phillip και άλλοι, 2007)

3.5 Διαφορική διάγνωση

Ο κάθε γυναικολόγος θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός πριν ανακοινώσει στην ασθενή του ότι πάσχει από καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Όπως αναφέραμε παραπάνω, ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας κάνει τον τράχηλο σκληρό και εύθρυπτο με την αφή του δακτύλου. Διαφορική διάγνωση αυτού του τύπου καρκίνου θα γίνει από έναν εξαχθέντα πολύποδα ο οποίος όμως είναι σκληρός στη σύσταση αλλά καθόλου εύθρυπτος. Επίσης, πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από μία σηπτική ατελή έκτρωση όπου τα υπολείμματα της κύησης πιθανόν να προβάλλουν από το διεσταλμένο τραχηλικό στόμιο.

Μία τραχηλίτιδα βαριάς μορφής μπορεί να κάνει κάποιον γυναικολόγο να πιστέψει ότι πρόκειται για καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Η τραχηλίτιδα ωστόσο κάνει τον τράχηλο μαλακό στην όψη και την αφή και αιμορραγεί διάχυτα ενώ το καρκίνωμα από ένα συγκεκριμένο σημείο. Άλλες σπάνιες κλινικές εικόνες που μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση είναι η φυματίωση και το συφιλιδικό έλκος, που εύκολα όμως μπορεί να τις ξεχωρίσει κανείς, αν γίνουν οι σωστές εξετάσεις. (Κουρούνης, 2004)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ
ΜΗΤΡΑΣ



4.1 Θεραπεία καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Η θεραπευτική μέθοδος που επιλέγεται στον καρκίνο τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από:

- Το στάδιο της νόσου κατά FIGO
- Την ηλικία της ασθενούς
- Την γενική της κατάσταση
- Την επιθυμία για τεκνοποίηση
- Την εμπειρία και τις δυνατότητες του θεράποντος ιατρού (Μιχαλάς, 2000)

4.2 Είδη θεραπειών καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Παρακολούθηση CIN: χωρίς θεραπεία: σε περιπτώσεις όπου η νεοπλασία βρίσκεται σε πολύ πρώιμο στάδιο και η ηλικία της ασθενούς είναι μικρή, συνιστάται απλή παρακολούθηση για τουλάχιστον δύο χρόνια. Υπάρχει πιθανότητα ο οργανισμός να καταστείλει για μεγάλο χρονικό διάστημα την επέκταση (Κουρούνης, 2004)

Οι μέθοδοι θεραπείας των ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών του τραχήλου διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τις καταστροφικές και τις αφαιρετικές.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τις καταστροφικές μεθόδους είναι: α) η ικανοποιητική κολποσκόπηση και κολποσκοπικά κατευθυνόμενη βιοψία, β) η απουσία κυτταρολογικής κολποσκοπικής ή ιστολογικής υποψίας αρχόμενης διήθησης, γ) η απουσία υποψίας ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του αδενικού επιθηλίου. (Λώλης, 2004)

4.2.1 Καταστροφικές μέθοδοι θεραπείας

Η πρώτη μέθοδος που εντάσσεται στις καταστροφικές είναι η ηλεκτροκαυτηρίαση, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί με ικανοποιητικά αποτελέσματα στη θεραπεία ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών.

Εκτελείται μεταξύ 10^{ης} μέρας του κύκλου με κολποσκοπικό έλεγχο. Όταν η βλάβη είναι εκτεταμένη, η θεραπεία γίνεται σε δύο συνεδρίες με μεσοδιάστημα ένα μήνα. Μετά από τρεις εβδομάδες η γυναίκα επιτρέπεται να έχει και σεξουαλική επαφή. (Κουρούνης, 2004)

Δεύτερη μέθοδος σαν επιλογή είναι η κρυοπηξία, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην αντιμετώπιση των CIN. Πρόκειται για μέθοδος που αν εφαρμοσθεί από έμπειρο γυναικολόγο μπορεί να έχει ποσοστά επιτυχίας 90-95%, παρόμοια με πιο σύγχρονες μεθόδους.

Άλλη μέθοδος αντιμετώπισης είναι η διαθερμοπηξία. Χρησιμοποιείται από το 1966. Πρόκειται για ηλεκτρόδια τα οποία ενεργοποιούνται με από ηλεκτροχειρουργική μονάδα, θερμαίνοντας τον ιστό στους 120 βαθμούς γα 30 δευτερόλεπτα, επιτυγχάνοντας βαθμό καταστροφής 4 χιλιοστών. (Μιχαλάς, 2000)

Πιο σύγχρονη μέθοδος είναι η laser εξάχνωση. Πρόκειται για θεραπεία με ακτίνες λέιζερ διοξειδίου του άνθρακα. Το λέιζερ διοξειδίου του άνθρακα είναι μίγμα από διοξείδιο του άνθρακα, άζωτο και ήλιο με το διοξείδιο του άνθρακα σαν ενεργό παράγοντα. Το μίγμα των αερίων περιέχεται σε ένα ειδικό σωλήνα και διεγείρεται από μία ηλεκτρική εκφόρτιση ανάμεσα στα ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στο τέλος



του σωλήνα. Το κολποσκόπιο χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το λέιζερ για να βοηθήσει να βλέπουμε καλύτερα τους ιστούς που υποβάλλουμε σε θεραπεία.

Η διάρκεια της ακτινοβολίας ελέγχεται συνεχώς με έναν διακόπτη και έτσι το βάθος των ιστών που καταστρέφεται ελέγχεται με απόλυτη ακρίβεια. Το αποτέλεσμα της ακτίνας λέιζερ στους ιστούς σχετίζεται με τον βρασμό του ενδοκυττάριου και εξωκυττάριου υγρού και στον σχηματισμό ατμού που αναδίδεται καταστρέφοντας έτσι την αρχιτεκτονική των ιστών. Η συγκεκριμένη μέθοδος παρουσιάζει λιγότερη νέκρωση των ιστών από άλλες μεθόδους, η επούλωση γίνεται γρήγορα και δεν έχει επιπλοκές της κωνοειδούς. (Κουρούνης, 2000)

4.2.2 Χειρουργικές-Αφαιρετικές μέθοδοι θεραπείας

Κωνοειδής εκτομή του τραχήλου: πρόκειται για μέθοδος που επιλέγεται σε περιπτώσεις σοβαρής δυσπλασίας στο επιθήλιο του τραχήλου και σε καρκίνωμα *in situ*, κυρίως σε νέες γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει. Με την κωνοειδή εκτομή εξαιρούμε τμήμα της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου, αλλά και του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου. Κατά την επέμβαση γίνεται απόξεση του ενδομητρίου για τον έλεγχό του. Αν ο ιστολογικός έλεγχος του δείγματος αποδειξεί ότι η διήθηση δεν πέρασε την βασική μεμβράνη, τότε η επέμβαση κρίνεται ικανοποιητική και γίνεται έλεγχος της ασθενούς κάθε 3-6 μήνες για 5 χρόνια με κυτταρολογικό έλεγχο και στη συνέχεια σε αραιότερα χρονικά διαστήματα. Η κωνοειδής εκτομή προκαλεί αιμορραγία, γι' αυτό στις μέρες μας προτιμούμε τις θεραπείες με laser, που αναλύουμε παρακάτω. (Phillip και άλλοι, 2007)

Μία ακόμα νέα τεχνική είναι η μέθοδος **Leep (Loop Electrosurgical Excision Procedure)-μέθοδος ηλεκτροχειρουργικής εξαίρεσης του εξωτραχήλου.** Οι ηλεκτροχειρουργικές γεννήτριες συνδυάζουν τα ρεύματα τομής και πήξης και τα διοχετεύουν μέσω ενός λεπτού, συρμάτινου βρόγχου ελαττώνοντας έτσι την αιμορραγία. Η συνήθης διάμετρος των βρόγχων είναι 2cm και το βάθος είναι 8mm. Πριν εφαρμοσθεί η μέθοδος, γίνεται η απαραίτητη προετοιμασία, υπό κολποσκοπική παρατήρηση, όπως και την λέιζερ εξάχνωση. Με πολλαπλά περάσματα του βρόγχου εξαιρούνται η βλάβη και όλη η ζώνη μετασχηματισμού. Στη συνέχεια εφαρμόζεται το σφαιρικό ηλεκτρόδιο για την καυτηρίαση του στρώματος, με τη χρήση αμιγούς ρεύματος πήξης. Με αυτή τη μέθοδο παρέχονται επαρκή ιστολογικά δείγματα και είναι δυνατή η πιστοποίηση αλλοιώσεων που δεν ανιχνεύονται με τα κυτταρολογικά επιχρίσματα και με την κολποσκόπηση. (Παπαθανασίου, 2002)

Υστερεκτομή: πρόκειται για μέθοδος που προτιμάται σε γυναίκες μεγαλύτερες των 35 ετών, ή που έχουν ολοκληρώσει την οικογένειά τους. Σε περίπτωση που έχουμε νεότερες γυναίκες, σημαίνει ότι εξακολουθούν να έχουν ύποπτα κυτταρολογικά επιχρίσματα μετά την κωνοειδή εκτομή και επιβάλλεται η εκτέλεση υστερεκτομής. Διακρίνουμε τους εξής τύπους υστερεκτομής :

Απλή ολική υστερεκτομή: γίνεται ικανοποιητική αφαίρεση όλου του τραχηλικού ιστού. Γίνεται σε περιπτώσεις ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας και σε διηθητικό καρκίνο IA1 με διήθηση κάτω των 3mm. Επίσης, μετά από προεγχειρητική ακτινοθεραπεία με ογκώδη νόσο από πλακώδες καρκίνωμα ή αδενοκαρκίνωμα.

Ριζική ολική υστερεκτομή: γίνεται εξαίρεση ιστών γύρω από τον όγκο συμπεριλαμβανομένων των ιερομητρικών και εγκάρσιων συνδέσμων της μήτρας, τον κόλπο και τα πυελικά λεμφογάγγλια. Γίνεται σε όγκους των σταδίων Ib και IIa.



Η επέμβαση αυτή μέχρι τώρα πραγματοποιούνταν κυρίως με λαπαροτομία (κάθετη τομή στο κοιλιακό τοίχωμα), ενώ τα τελευταία χρόνια σε λίγα προηγμένα κέντρα πραγματοποιείται λαπαροσκοπικά. Η Λαπαροσκοπική Ριζική Υστερεκτομή παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα για την ασθενή, όπως το καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα (4 ή 5 μικρές ουλές μεγέθους 0.5 εκ., αντί για μια μέση τομή στο κοιλιακό τοίχωμα από 15 εκ.).

Επίσης ο μετεγχειρητικός πόνος είναι σαφώς λιγότερος και η ασθενής κινητοποιείται το 1ο ή 2ο εικοσιτετράωρο, παίρνοντας εξιτήριο 5 ή 6 ημέρες μετά την επέμβαση και επιστρέφει στην κανονική της δραστηριότητα σε 10 – 15 ημέρες. (Phillip και άλλοι, 2007)

Μια τελευταία εξέλιξη της Λαπαροσκοπικής Ριζικής Υστερεκτομής με λεμφαδενικό καθαρισμό για καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η διατήρηση των νεύρων στη διάρκεια της επέμβασης (Nerve Sparing Radical Hysterectomy). Τα νεύρα αυτά ονομάζονται κάτω υπογάστριο νεύρο και κάτω υπογάστριο πλέγμα και νευρώνουν την ουροδόχο κύστη, τον κόλπο και ορθό.

Μέχρι τώρα στην πλειονότητα των επεμβάσεων για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας τα νεύρα αυτά καταστρέφονται στη διάρκεια του χειρουργείου, με αποτέλεσμα μόνιμες βλάβες της ουροδόχου κύστεως (αδυναμία ούρησης) και του παχέως εντέρου.

Η χειρουργική με διατήρηση των νεύρων αποτρέπει τις παραπάνω επιπλοκές και είναι μια πολλά υποσχόμενη μέθοδος που προσφέρει πλέον καλύτερη ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της μήτρας, μεγιστοποιώντας την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της επέμβασης. Διεθνώς θεωρείται η καλύτερη αντιμετώπιση για ασθενείς με αρχικού σταδίου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (Διακομανώλης, 2010)

Τμηματική εξεντέρωση: αποσκοπεί στην αφαίρεση των τμημάτων της περιφερικής μοίρας του ουρητήρα και της ουροδόχου κύστης. Η επέμβαση αυτή διενεργείται σπάνια, επειδή σε αυτή το στάδιο της νόσου χρησιμοποιείται η ακτινοθεραπεία. (Novak, 2002)

Προϋποθέσεις για την επιτυχή χειρουργική θεραπεία

- Ο γυναικολόγος να είναι εξειδικευμένος στις χειρουργικές τεχνικές θεραπείας και η επέμβαση να εκτελείται σε νοσοκομείο που παρέχει υψηλό επίπεδο κλινικών και εργαστηριακών μέσων.
- Η ασθενής να έχει περάσει όλους τις εργαστηριακές εξετάσεις, να έχει καλή γενική κατάσταση, να μην είναι παχύσαρκη ή ηλικιωμένη. Επιπλέον, θα πρέπει να είναι καλά πληροφορημένη σχετικά με τις επιλογές θεραπείας (χειρουργικές ή ακτινοθεραπείες). Επιπλέον, θα πρέπει να ενημερωθεί ότι σε περίπτωση χειρουργικής θεραπείας, θα αφαιρεθεί και ο κόλπος.
- Να πρόκειται για χειρουργήσιμο όγκο, να μην είναι δηλαδή καθηλωμένος στο πυελικό τοίχωμα. (Corner&Bailey, 2006)

Επιπλοκές Χειρουργικής Θεραπείας

Διεγχειρητικές Επιπλοκές

Αιμορραγία: κατά την διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων στον τράχηλο πολλές φορές έχουμε τριχοειδικές αιμορραγίες. Εκδηλώνεται πτώση του αιματοκρίτη. Η αντιμετώπιση της αιμορραγίας γίνεται με απολινώσεις ή καυτηριασμό.



Shock: συμβαίνει σε μεγάλες επεμβάσεις όπως είναι οι υστερεκτομές, με περιπτώσεις μεγάλης απώλειας αίματος, επηρεάζεται ο όγκος αυτού και προκαλείται οξέωση. Απαιτείται υψηλή ποιότητα αναισθησίας.

Κάκωση γειτονικών οργάνων: ο χειρουργός πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός. Ο ουρητήρας είναι εύκολο να τραυματισθεί σε οποιοδήποτε σημείο εντός της πύελου και είναι εύκολη και η ρήξη της ουροδόχου κύστεως και του ορθού κατά την αποκόλλησή τους από τον κόλπο. Μεγαλύτερος κίνδυνος συναντάται κοντά στον κρεμαστήρα σύνδεσμο, καθώς η αποκόλληση είναι πολύ δύσκολη αν ο όγκος έχει επεκταθεί πλαγίως. Επιπλέον, μπορεί να γίνει τραυματισμός του λεπτού και του πήχως εντέρου γινάτι χρειάζεται προσοχή κατά την διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων (Dewit, 2009)

Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι παρόμοιες με αυτές που έχουν όλοι οι ασθενείς μετά από ένα χειρουργείο.

Κατακράτηση ούρων: καταστέλλεται ο τόνος της ουροδόχου κύστεως για μερικές μέρες. Χρειάζεται πυελογραφία μετά από μερικούς μήνες, για την αποφυγή υδρομέτρησης διότι πολύ συχνά η ατονία της ουροδόχου κύστεως προκαλεί στένωση του κατώτερου τμήματος του ουρητήρα από ίνωση και διαστολή του ανώτερου τμήματος.

Αλλαγή στην ροή των ούρων

Φλεγμονές του ουροποιητικού: τα τελευταία χρόνια η συχνότητα εμφάνισης είναι μικρότερη του 4% λόγω της προφυλακτικής προεγχειρητικής αντιβίωσης. Ο καθετηριασμός, ωστόσο, παραμένει πηγή μόλυνσης

Μετεγχειρητικός πυρετός: η ασθενής παρακολουθείται για την πορεία του πυρετού για δύο εικοσιτετράωρα. Αν ο πυρετός επιμένει, χορηγείται αντιβίωση.

Φλεγμονές τραυμάτων: υπεύθυνα είναι αερόβια ή αναερόβια μικρόβια από τον κόλπο ή το έντερο. Η διάγνωση είναι δύσκολη. Χορηγείται αντιβίωση και γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση .

Ειλεός: σημαντική μετεγχειρητική επιπλοκή, Η γυναίκα παρουσιάζει διάταση των κοιλιακών τοιχωμάτων και η γυναικολογική εξέταση αποκαλύπτει απόστημα ή αιμάτωμα στην πύελο. Η θεραπεία περιλαμβάνει αποσυμφόρηση του γαστρεντερικού σωλήνα, διατήρηση υγρών και ηλεκτρολυτών με τοποθέτηση Levin.

Θρόμβωση: μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις γυναικών μεγάλων σε ηλικία, παχύσαρκων ή αν υπήρξε μεγάλη απώλεια αίματος. Χορηγούμε προληπτικά υπαρίνη, χρησιμοποιούμε ειδικούς ελαστικούς επιδέσμους και ανύψωση των άκρων.(Λώλης, 2004)

4.2.3 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται κυρίως στα προχωρημένα στάδια της νόσου, σε αρχικά στάδια σε ασθενείς με αντένδειξη για χειρουργική επέμβαση, καθώς και σε ασθενείς όπου διαπιστώνεται ευρεία επέκταση του όγκου κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης

Κατά κανόνα η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται ως συνδυασμός τοπικής δράσης ισοτόπων ραδίου, καισίου ή κοβαλτίου εντός του κόλπου-τραχήλου ή και μήτρας και εξωτερικής διαδερμικής τηλεακτινοβολίας. Εξωτερική ακτινοβολία δίνεται συνήθως πέντε φορές την εβδομάδα για πέντε ή έξι εβδομάδες, με μία επιπλέον ώθηση της



ακτινοβολίας κατά τη λήξη της περιόδου αυτής. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι γυναίκες πρέπει να διατηρούν καλή σωματική και ψυχική υγεία, να παραμένουν δραστήριες και να φροντίζουν τον εαυτό τους. (Dewit, 2009)

Η ευαισθησία των καρκινικών κυττάρων στην ακτινοβολία εξαρτάται από:

- α) το είδος του όγκου. Οι επιθηλιακοί καρκίνοι της ωοθήκης ή του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου είναι περισσότερο ακτινοευαίσθητοι από τα αδενοκαρκινώματα της μήτρας ή τα σαρκώματα.
- β) το βαθμό διαφοροποίησης του όγκου. Οι καλύτερα διαφοροποιούμενοι όγκοι είναι λιγότερο ακτινοευαίσθητοι.
- γ) το είδος της ακτινοβολίας, τη δόση και το ρυθμό της.
- δ) την έκταση του πεδίου που ακτινοβολείται
- ε) την οξυγόνωση και τη θερμοκρασία του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία
- στ) την ηλικία της ασθενούς (Ignatavicius & Workman, 2008)

Ως επιπλοκές της αγωγής αυτής αναφέρονται η απώλεια των μαλλιών, η ξηρότητα του δέρματος ή ατροφία αυτού, η σκούρα χρώση του δέρματος, η μετακινική κυστίτιδα και πρωκτίτιδα, η δημιουργία συριγγίων και η στένωση του κόλπου, η οποία, ιδιαίτερα σε νέες ασθενείς, αποτελεί πρόβλημα λόγω της αδυναμίας της σεξουαλικής επαφής. Επιπλέον, λευχαιμία, αιμορραγίες από το ορθό, εύκολα κατάγματα, καταρράκτη, γενική καταβολή δυνάμεων, ανορεξία και εμετούς (Ignatavicius & Workman, 2008)

Σημαντική επιπλοκή είναι ότι η ακτινοθεραπεία θα εμποδίσει την γυναίκα να τεκνοποιήσει στο μέλλον. Ακόμα κι αν οι ωοθήκες δεν αφαιρεθούν, θα σταματήσουν να λειτουργούν εξαιτίας της ακτινοθεραπείας. Σε νεότερες γυναίκες η θεραπεία μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα εμμηνόπαυσης τα οποία θα χρειαστεί να αντιμετωπιστούν (Corner & Bailey, 2006)

Μέτρα προστασίας νοσηλευτή κατά την ακτινοθεραπεία

Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή κατά την εφαρμογή των ακτινοθεραπειών. Μόνο έτσι μπορούν να είναι ακίνδυνα για τους νοσηλευτές και το λοιπό νοσοκομειακό προσωπικό. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να υπάρχει απόσταση από την ραδιενεργό πηγή, με το τετράγωνο της οποίας η ένταση μεταβάλλεται αντιστρόφως ανάλογα. Επιπλέον, ο χρόνος παραμονής κοντά στην άρρωστη θα πρέπει να είναι περιορισμένος, καθώς είναι ανάλογος με την ένταση της ακτινοβολίας. Τέλος, η ειδική θωράκιση που εξαρτάται από το είδος της ακτινοβολίας. Θα πρέπει να τοποθετείται η ειδική σήμανση έξω από την πόρτα :



και ο νοσηλευτής να φοράει γάντια και μπλούζα και να ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς για το πόση ακτινοβολία έχουν πάρει.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά την εφαρμογή της ακτινοβολίας να απομονώνει την άρρωστη σε ειδικά θωρακισμένο δωμάτιο, κατάλληλα εξοπλισμένο με τηλέφωνο, οπτικοακουστική σύνδεση, κτλ. Η ασθενής φροντίζεται από τον νοσηλευτή πριν ,



κατά και μετά τα η θεραπεία εφαρμόζοντας τις αρχές ακτινοπροστασίας και φορώντας το δοσίμετρο το οποίο ελέγχει το ποσό ακτινοβολίας που λαμβάνεται.

Σε περίπτωση που το ραδιοϊσότοπο εκτοπιστεί στο περιβάλλον, απαιτείται άμεση απομάκρυνσή του από ειδικούς.

Όλα τα αντικείμενα που θα χρησιμοποιεί η ασθενής θα πρέπει να είναι ατομικά και μίας χρήσης. Θεωρούνται ραδιενεργά μολυσμένα και πρέπει να κρατούνται στα κατάλοιπα για μέτρηση της ακτινοβολίας και απόσβεση. (Αθανάτου, 2000)

4.2.4 Χημειοθεραπεία

Χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων και παρεμπόδιση της λειτουργίας τους και της αναπαραγωγής τους. Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που δεν μπορούν να βοηθήσουν η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία, αλλά και σε διάσπαρτο μεταστατικό καρκίνο. Μπορεί να συνδυαστεί με χειρουργική θεραπεία, ακτινοθεραπεία ή και τις δύο μαζί με σκοπό να μειωθεί το μέγεθος του όγκου προεγχειρητικά ή να καταστραφούν κακοήθη κύτταρα που έμεινα μετά από χειρουργική αφαίρεση του όγκου.(Κάρλου&Σουρτζή,2006)

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιβραδύνουν την εξέλιξη των νεοπλασματικών κυττάρων, χωρίς να τα καταστρέφουν. Δρουν κυτταροτοξικά, δηλητηριάζοντας τα κύτταρα. Η δράση τους αυτή δεν περιορίζεται μόνο στα μη φυσιολογικά κύτταρα, αλλά επιδρά και στα υγιή. Ωστόσο, επειδή τα κακοήθη κύτταρα είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Είναι δε πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου που θα επηρεάζει τα καρκινικά κύτταρα, χωρίς να επηρεάζει τα φυσιολογικά.(Ignatavicius& Workman, 2008))

Βασικές αρχές για την έναρξη της χημειοθεραπείας είναι :

- Η εδραίωση της διάγνωσης
- Ο καθορισμός του σταδίου και της έκτασης της νόσου
- Ο καθορισμός του στόχου της θεραπείας
- Η εκτίμηση της απάντησης στην θεραπεία
- Η αποδοχή της τοξικότητας του φαρμάκου
- Η εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς
- Απουσία ενεργού λοίμωξης(Κάρλου&Σουρτζή, 2006)

Προϋποθέσεις για να εφαρμοστεί η χημειοθεραπεία:

- Να έχει γίνει έλεγχος για την κατάσταση του μυελού των οστών.
- Να μην υπάρχουν ενεργές λοιμώξεις
- Να υπάρχει καλή λειτουργία νεφρών και ήπατος
- Να έχει αποκλειστεί ΠΛΗΡΩΣ το ενδεχόμενο εγκυμοσύνης
- Να υπάρχει συναίνεση της ασθενούς για την θεραπεία. (Corner&Bailey, 2006)

Είδη χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Βασικότερο αντινεοπλασματικό φάρμακο είναι η συσπλατίνη. Έχουμε, επίσης, αλκυλιούντες παράγοντες (κυκλοφωσφαμίδη, βουσουλφάνη, λοστουμίνη), αντιμεταβολίτες (μεθοτρεξάτη, θειογουανίνη), αντικαρκινικά αντιβιοτικά



(μιθραμυκίνη), φυτικά αλκαλοειδή (βινορελβίνη, βινβλαστίνη θειική)
(Harvey&Champe,2007)

Είδη χημειοθεραπείας

A) Συστηματική:

Εισαγωγική: στην έναρξη, υψηλές δόσεις, πλήρης ύφεση
Σταθεροποίησης

Εντατικοποιημένη: μετά την πλήρη ύφεση, σε μεγαλύτερες δόσεις, αύξηση
και παράταση της ίασης.

Συντήρησης: μακροχρόνια, χαμηλή δόση μετά την ύφεση

Συμπληρωματική: σύντομη διάρκεια υψηλής δόσης

Νέο-συμπληρωματική: χορήγηση ΧΜΘ για να γίνει ο όγκος χειρουργήσιμος

Παρηγορητική: για έλεγχο των συμπτωμάτων

Διάσωσης

B) Περιοχική: διακρίνεται σε ενδοπεριτοναϊκή, ενδοϋπεζωκοτική, ενδοκυστική
(Χριστόπουλος, 2009)

Τρόποι χορήγησης χημειοθεραπείας

Τα νεοπλασματικά φάρμακα είναι δυνατόν να χορηγηθούν από το στόμα ή υποδορίως, ακόμα και ενδομυκώς. Ωστόσο, επειδή τα περισσότερα από αυτά είναι ερεθιστικά ή καυστικά, χορηγούνται ενδοφλεβίως σε φλέβα που έχει φλεβοκεντηθεί πρόσφατα.

Χρειάζεται ειδική προσοχή κατά την χορήγησή τους, τόσο για την προστασία του ασθενούς, όσο και για την προστασία του προσωπικού. Σε περίπτωση λάθους κατά την χορήγηση και εξαγγείωσης αυτών, μπορεί να δημιουργηθεί έγκαυμα, το οποίο εκτός από την ταλαιπωρία του ασθενούς, μπορεί να αφήσει μόνιμη παραμόρφωση στο σημείο.(Κάρλου&Σουρτζή, 2006)

Ανεπιθύμητες ενέργειες χημειοθεραπείας στα διάφορα συστήματα:

Αιμοποιητικό: αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αιματολογική τοξικότητα

Γαστρεντερικό: ναυτία εμετός, ανορεξία, διαταραχές γεύσης, διάρροια, δυσκοιλιότητα, στοματίτιδα, ηπατοτοξικότητα,

Γεννητικό σύστημα: αμηνόρροια, πρόιμη εμμηνόπαυση,

Δέρμα: αλωπεκία, σκούρα χρώση του δέρματος, φλεβίτιδες, ερύθημα, κακουχία

Κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα: ωτοτοξικότητα, φωτοευαισθησία, φωτοφοβία

Μεταβολικές διαταραχές: υπογλυκαιμία, υπερασβεστιαμία, διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας,

Ουροποιητικό σύστημα: αιμορραγική κυστίτιδα, νεφροτοξικότητα (Χριστόπουλος, 2009)



4.2.5 Συνδυασμένη θεραπεία

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

Μέχρι πρόσφατα, η διεθνώς αποδεκτή θεραπεία για τον καρκίνο αυτό, περιλάμβανε εκτός από τη χειρουργική επέμβαση, μόνο την ακτινοθεραπεία.

Το 1999 το National Cancer Institute ανακοίνωσε ότι για τις περιπτώσεις του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πρέπει να χορηγείται ταυτόχρονα χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

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

Συνολικά περιελήφθησαν στην έρευνα 4.580 ασθενείς. Τα ευρήματά τους έδειξαν:

- Η ταυτόχρονη χορήγηση στις ασθενείς χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας βελτιώνει την συνολική επιβίωση τους και μειώνει το ποσοστό υποτροπών
- Η συνδυασμένη θεραπεία μειώνει το ποσοστό των ασθενών που παρουσιάζουν μεταστάσεις τόσο τοπικά αλλά και σε άλλα όργανα
- Το χημειοθεραπευτικό φάρμακο Cisplatinum, ήταν αυτό που χρησιμοποιείται στις περισσότερες περιπτώσεις
- Η χημειοθεραπεία με ταυτόχρονη ακτινοθεραπεία αυξάνει το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών στα 4 χρόνια κατά 16%

Τα καλά αποτελέσματα της συνδυασμένης θεραπείας ήταν ακόμη καλύτερα σε ασθενείς που είχαν αρχικά στάδια της νόσου

Οι επιπλοκές της συνδυασμένης θεραπείας περιελάμβαναν καταστολή του μυελού των οστών, συμπτώματα του πεπτικού συστήματος και νεφρικά προβλήματα. Οι επιπλοκές είναι περισσότερες στις γυναίκες που παίρνουν την συνδυασμένη θεραπεία παρά αυτές που παίρνουν μόνο ακτινοθεραπεία. Χρειάζεται μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών για αντιμετώπιση των επιπλοκών που πιθανόν να προκύψουν

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

Παρά τις περισσότερες επιπλοκές που έχει η συνδυασμένη χημειοθεραπεία με την ακτινοθεραπεία και οι οποίες συχνά είναι ανατρέψιμες, φαίνεται πλέον ότι αποτελεί την σημαντικότερη πρόοδο που έχει επιτευχθεί για την καταπολέμηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά τις τελευταίες δεκαετίες. (<http://www.medlook.net>)



4.2.6 Ανοσοθεραπεία

Πρόκειται για μία καινούρια μέθοδος για την αντιμετώπιση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας και βρίσκεται ακόμα σε ερευνητικό στάδιο. Σύμφωνα με τους υποστηρικτές αυτής της θεραπείας, το άτομο θα πρέπει να έχει ισχυρό ανοσοβιολογικό σύστημα ή να ισχυροποιηθεί η ανταπόκριση του αρρώστου στα κύτταρα του καρκίνου. Πιστεύουν ότι πιο εύκολα αναπτύσσεται καρκίνος σε άτομα με διαταραγμένο ανοσοβιολογικό σύστημα. (Phillip και άλλοι, 2007)

Όποιο είδος θεραπείας και αν επιλέγει, η ασθενής θα πρέπει πάνω απ' όλα να φροντίζει την ψυχική της υγεία και να είναι δυνατή για να πολεμήσει τον καρκίνο

4.3 Πρόγνωση

Η επιβίωση στον καρκίνο τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Έτσι, για τα αρχικά στάδια (μέχρι το στάδιο Ια1), η πιθανότητα θανάτου στα πέντε έτη είναι μόλις 0,2%. Όσο μεγαλύτερο στάδιο καρκίνου διαγιγνώσκεται, τόσο μειώνεται και η πιθανότητα επιβίωσης στα πέντε έτη. Έτσι, έχουμε:

Στάδιο Ια2:	0,4%	πιθανότητα	θανάτου	πέντε	έτη
Στάδιο Ιβ:	15%	»	»	»	»
Στάδιο Ια:	25%	»	»	»	»
Στάδιο Ιβ:	35%	»	»	»	»
Στάδιο Ια:	60%	»	»	»	»
Στάδιο Ιβ:	70%	»	»	»	»
Στάδιο Ια:	85%	»	»	»	»
Στάδιο Ιβ:	90%	»	»	»	»

(Παπανικολάου Ν.&Παπανικολάου Α, 2005)

Στο αδενοκαρκίνωμα τα ποσοστά θανάτου στα πέντε έτη αυξάνονται περισσότερο. Επίσης, στο στάδιο Ιβ τα ποσοστά θανάτου αυξάνονται σημαντικά σε περιπτώσεις θετικών πυελικών λεμφαδένων. Κακοί προγνωστικοί παράγοντες είναι η κακή φυσική κατάσταση της ασθενούς, η μεγάλη ηλικία, η παρουσία αναιμίας, το μέγεθος του όγκου, η διήθηση λεμφαγγείων, αγγείων και παραμητρίου και η προσβολή των πυελικών λεμφαδένων. (Πεκτασίδης&Δημόπουλος, 2001)

4.4 Παρακολούθηση Καρκινοπαθών

Μετά την θεραπεία, για τρία χρόνια, χρειάζεται κάθε τρεις μήνες γυναικολογική εξέταση, τεστ Παπανικολάου, αιματολογικές, βιοχημικές και ακτινολογικές εξετάσεις. Αν δεν εμφανίζονται ύποπτα αποτελέσματα σε αυτούς τους τρεις μήνες, τότε αυτές οι εξετάσεις μπορούν πλέον να γίνονται κάθε 6 μήνες.

Αν πριν την θεραπεία ήταν αυξημένα τα επίπεδα καρκινοεμβρυικού αντιγόνου ή/και του αντιγόνου του επιθηλιακού καρκινώματος, ο γιατρός θα χρειαστεί να ελέγχει τα επίπεδα τους για 5 χρόνια.



Μετά από κωνοειδή εκτομή ή ακρωτηριασμό, γίνεται παρακολούθηση και λήψη τραχηλικού επιχρίσματος 4 φορές τον πρώτο χρόνο, 2 φορές τον δεύτερο και στην συνέχεια μια φορά τον χρόνο, για όλη την ζωή της γυναίκας.

Σε περιπτώσεις υστερεκτομής, γίνεται παρακολούθηση κάθε τρεις μήνες τον πρώτο χρόνο, κάθε 6 μήνες τον δεύτερο και τρίτο χρόνο και για 15 χρόνια μια φορά το χρόνο. Συνίσταται ακτινογραφία θώρακα και αξονική μια φορά το χρόνο για δύο χρόνια. (Παπαθανασίου, 2002)

Μεταστάσεις καρκίνου τραχήλου της μήτρας:

Τα κακοήθη νεοπλάσματα έχουν την ιδιότητα να προκαλούν διασπορά σε άλλους ιστούς, κάτι που συμβαίνει με διήθηση των γειτονικών ιστών ή με μετάσταση.

Σε περιπτώσεις διήθησης, υπάρχει συνέχεια του νεοπλασματικού ιστού με την πρωτοπαθή εστία, ενώ στην μετάσταση υπάρχει υγιής ιστός ανάμεσα στην πρωτοπαθή και στην δευτεροπαθή εστία

Οι μεταστάσεις συμβαίνουν:

Με τη λεμφική οδό, δηλαδή με τη μεταφορά εμβόλων από πλασματικά κύτταρα. Οι συγκεκριμένες μεταστάσεις αφορούν επιχώριους λεμφαδένες δηλαδή παραμήτριους, υπογάστριους και ιερούς.

Με την αιματική οδό, δηλαδή με διείσδυση νεοπλασματικών κυττάρων μέσα από το λεπτό τοίχωμα των φλεβών και μεταφορά τους σε άλλα όργανα.

Με διασπορά, δηλαδή όταν πλασματικά κύτταρα ορογόνου υμένα ή βλεννογόνου αποσπασθούν και εμφυτευθούν σε άλλη περιοχή, όπως στον καρκίνο της ωοθήκης.

Ο καρκίνος του τραχήλου όταν βρίσκεται σε προδιηθητικό στάδιο, μπορεί να παραμείνει για πολλά χρόνια. Όταν, όμως, γίνει διηθητικός, τότε κάνει εύκολα μεταστάσεις, οι οποίες πραγματοποιούνται κατά συνέχεια ιστών, δια μέσου της λεμφικής οδού ή σπάνια με δια μέσου της αιματικής οδού. Όταν διηθηθούν οι παραορτικοί λεμφαδένες, η διασπορά γίνεται με την αιματική οδό.

Απομακρυσμένες μεταστάσεις συμβαίνουν στο συκώτι, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα επινεφρίδια, στον σπλήνα, στο πάγκρεας, στα οστά της σπονδυλικής στήλης, κλπ. Επιπλέον, τα ποσοστά πιθανότητας μετάστασης αυξάνονται, όσο αυξάνονται τα στάδια της νόσου. (Παπανικολάου Ν&Παπανικολάου Α., 2005)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ



5.1 Πρόληψη καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Η πρόληψη του καρκίνου γενικότερα αποτελεί σήμερα την μεγαλύτερη πρόκληση της ιατρικής επιστήμης. Ωστόσο, στον καρκίνο τραχήλου της μήτρας έχουμε την δυνατότητα να έχουμε ουσιαστική πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση πριν ακόμα προλάβουν τα κύτταρα του επιθηλίου του τραχήλου να γίνουν μη φυσιολογικά.

Η πρόληψή χωρίζεται σε δύο κατηγορίες: πρωτογενή και δευτερογενή.

Πρωτογενής πρόληψη:

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στην παρέμβαση πριν την έναρξη των παθολογικών διεργασιών. Η ενημέρωση του πληθυσμού για έναν υγιεινό τρόπο ζωής, αλλά και για τους κινδύνους που επιδρούν αρνητικά στην υγεία είναι το πρώτο βήμα για την προστασία από κάθε είδους πρόβλημα υγείας. (Μπακάλης, 2000)

Η γυναίκα προσπαθεί να ελαττώσει τους κινδύνους ή τους παράγοντες που θα την εξέθεταν στον καρκίνο τραχήλου της μήτρας, ακολουθώντας τους εξής κανόνες:

- Χρησιμοποιείται προφυλακτικό σε κάθε επαφή
- Αποφεύγεται η εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων
- Αποφεύγεται η έναρξη της σεξουαλικής ζωής σε νεαρή ηλικία

(Τα παραπάνω έχουν να κάνουν με την αποφυγή της έκθεσης στον ιό HPV.)

- Προτιμά υγιεινό τρόπο ζωής
- Αποφεύγει το κάπνισμα και τα από του στόματος αντισυλληπτικά (Δετοράκης, 2003)

Δευτερογενής πρόληψη:

Στην δευτερογενή πρόληψη, σκοπός μας είναι η έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας έτσι ώστε η θεραπεία να είναι όσο το δυνατό πιο αποτελεσματική. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι η πιο συχνή μέθοδος δευτερογενούς πρόληψης. Έτσι, μπορούν να διαπιστωθούν αλλοιώσεις, πριν ακόμα εμφανιστούν συμπτώματα(Μπακάλης, 2000)

Η καλύτερη μέθοδος δευτερογενούς πρόληψης είναι το τεστ Παπ. Το τεστ Παπ διαγιγνώσκει τις προκαρκινικές βλάβες σε πολύ αρχικό στάδιο. Έτσι, μία γυναίκα μπορεί να ξέρει από πολύ νωρίς το μέγεθος του προβλήματος και να προβεί στις ανάλογες ενέργειες.

Επιπλέον, ένας νέος τρόπος πρόληψης του καρκίνου τραχήλου της μήτρας είναι ο προφυλακτικός εμβολιασμός κατά του ιού HPV.(Δετοράκης, 2003)



5.2 Θέματα σχετικά με την πρόληψη

5.2.1 Τεστ Παπ- το απλό τεστ που σώζει ζωές.

Γεώργιος Παπανικολάου- Ιστορική αναδρομή για το Τεστ Παπανικολάου

Από τον Γ. Παπανικολάου ξεκίνησε η ιδέα της κυτταρολογικής εξέτασης για την ανίχνευση του καρκίνου και το τεστ που πρωτοπεριέγραψε το 1928, έχει συμβάλλει στην πρόληψη και ίαση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας για εκατομμύρια γυναίκες σ'ολόκληρο τον κόσμο. Ο Γ. Παπανικολάου αρχίζοντας μια εργασία για τις γεννητικές μεταβολές που παρατηρούνται σε πειραματόζωα, μετατόπισε εν συνεχεία το ενδιαφέρον του στο τι συμβαίνει στον άνθρωπο.

Επί 5 χρόνια έκανε μελέτες σε μια ειδική περίπτωση, που αποκαλύφθηκε αργότερα ότι ήταν η γυναίκα του. Κατόπιν μελέτησε το γυναικείο προσωπικό του Νοσοκομείου και αφού ταξινόμησε όλες τις φυσιολογικές μεταβολές, που παρατηρούνται στα κολποτραχηλικά επιχρίσματα κατά την διάρκεια του κύκλου της γυναίκας, άρχισε να εξετάζει και ασθενείς. Ήταν βέβαιο πως αργά ή γρήγορα θα συναντούσε και γυναίκες με καρκίνο. Παρ' όλο λοιπόν, ότι δεν έψαχνε με τη μελέτη του αυτή για καρκινικά κύτταρα, εν τούτοις τα αναγνώρισε αμέσως, δείχνοντας ότι διέθετε ένα φωτισμένο προετοιμασμένο μυαλό.

Παρόμοια κύτταρα είχαν δει και άλλοι ερευνητές πριν από αυτόν, αλλά η σημασία τους δεν αποτέλεσε κίνητρο για την ανάπτυξη ενός νέου επιστημονικού κλάδου. Με τις εν συνεχεία μελέτες του καθόρισε τον απλό τρόπο με τον οποίο μπορεί να ληφθεί το δείγμα για εξέταση και όλες τις αλλοιώσεις που παρατηρούνται στα κύτταρα από τις απλές δυσπλασίες μέχρι το διηθητικό καρκίνο. Βέβαια ο θρίαμβος για την ανακάλυψη αυτή ήρθε πολλά χρόνια αργότερα.

Το 1948 στην Αμερική οργανώθηκε ένα πρόγραμμα σε Εθνική Κλίμακα για να εκπαιδευτούν πάνω στη νέα εξέταση γιατροί και κυτταροτεχνολόγοι, το οποίο ακολουθήθηκε από μια εντατική εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού, ώστε να παροτρύνει τις γυναίκες να υποβάλλονται σε κυτταρολογική εξέταση σε τακτικά διαστήματα. Αργότερα, το 1954 η Διεθνής Αντικαρκινική Ένωση ανέλαβε την προβολή σε παγκόσμια κλίμακα του τεστ Παπανικολάου.

Τα χρόνια που ακολούθησαν σφραγίστηκαν από δύο εντυπωσιακές μεταβολές στα ποσοστά θανάτου από καρκίνο. Το ποσοστό για τον καρκίνο του πνεύμονα αυξήθηκε σημαντικά, ενώ το ποσοστό για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μειώθηκε απότομα. Σήμερα το τεστ Παπανικολάου (Pap Test) είναι διαδεδομένο σε όλο τον κόσμο και η αξία του στην πρόληψη και πρόωπη ανίχνευση των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου είναι αναμφισβήτητη. Η επιτυχία του τεστ Παπανικολάου για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου, εξαρτάται από την προθυμία των γυναικών να υποβληθούν σ'αυτή την εξέταση και κυρίως εκείνων που ανήκουν στην ομάδα αυξημένου κινδύνου.(Κρεατσάς,2001)

Τρόπος λήψης του Τεστ Παπ

Ο γιατρός ή η μαία θα λάβει κύτταρα από την επιφάνεια του τραχήλου και από το τμήμα εκείνο το οποίο συνδέει τον τράχηλο με το σώμα της μήτρας. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται μια μικρή σπάτουλα και ένα μαλακό βουρτσάκι. Αυτό το κολπικό επίχρισμα θα διατηρηθεί σε ένα πλακάκι προκειμένου να εξεταστεί από



κυτταρολόγο. Η γυναίκα δεν θα πρέπει να κάνει κολπική πλύση για τουλάχιστον 24 ως 48 ώρες πριν από την εξέταση και δεν θα πρέπει να έχει περίοδο. Η παρουσία αίματος στο τεστ Παπανικολάου κάνει αδύνατη την εξέταση των κυττάρων. Επίσης, δεν θα πρέπει να έχει υπάρξει σεξουαλική επαφή κατά τις τελευταίες δύο ημέρες όταν υπάρχει περίπτωση να βρίσκονται στον κόλπο κύτταρα προστατικά του συντρόφου ή ορχικά. Με το τεστ Παπ γίνεται λήψη κυττάρων από τον κόλπο, τον τράχηλο και τον ενδοτράχηλο. Ο γυναικολόγος επιστρώνει τα κύτταρα αυτά σε πλάκες και, αφού μονιμοποιήσει το παρασκεύασμα, το στέλνει στον κυτταρολόγο. (Διακομανώλης, 2010)

Ο κυτταρολόγος βάφει, τα κύτταρα, τα παρατηρεί στο μικροσκόπιο και περιγράφει διάφορες προκαρκινικές καταστάσεις για τον τράχηλο της μήτρας, εάν υπάρχουν. Η διαδικασία αποσκοπεί στον εντοπισμό τυχόν μεταβολών στα κύτταρα, οι οποίες δεν οφείλονται σε ορμονικές αλλαγές ή στην ηλικία, αλλά σε πιθανά παθολογικά αίτια. Η κυτταρολογική διάγνωση είναι το πρώτο βήμα για την αξιολόγηση και τη θεραπεία του προβλήματος.

Η εξέταση αποσκοπεί στην ανίχνευση κακοηθειών ή προκαρκινικών αλλαγών στον τράχηλο της μήτρας. Το θετικό αποτέλεσμα υποδηλώνει ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα που χρειάζεται περαιτέρω έλεγχο ώστε να γίνει η τελική διάγνωση. Το τεστ Παπ δεν είναι διαγνωστικό και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για να αποκλείσει το ενδεχόμενο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε περίπτωση που παρουσιάζεται ύποπτη συμπτωματολογία, που πιθανώς οφείλεται σε αυτήν τη μορφή καρκίνου, είναι απαραίτητη η βιοψία.

Εκτός από τις προκακοήθειες και κακοήθειες αλλαγές, ο κυτταρολόγος μπορεί να βρει και άλλες, τοπικές καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα όπως οι ιογενείς λοιμώξεις, ο απλός έρπης και τα κονδυλώματα. Είναι δυνατό να δούμε μερικές φορές και την ύπαρξη μυκήτων ή άλλων κολπικών μικροβίων. Ο γιατρός θα συστήσει, τότε, καλλιέργεια κολπικού υγρού που θα αποκαλύψει το μικρόβιο εκείνο το οποίο μολύνει τον κόλπο, η και την ενδεδειγμένη θεραπεία. Συγχρόνως με τη λήψη του τεστ Παπ, ο γυναικολόγος μπορεί να κάνει μια επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου. Με την επισκόπηση ο ιατρός ελέγχει την εικόνα του εξωτραχήλου, την μορφή του έξω τραχηλικού στομίου, την ύπαρξη έκκρισης βλέννης ή άλλου υγρού από τον ενδοτράχηλο, καθώς και την ύπαρξη όγκων, πολυπόδων, θηλωμάτων, τραυμάτων, συμφύσεων. (Κουρούνης, 2004)

Το τεστ Παπ πρέπει να γίνεται από κάθε σεξουαλικά ενεργή γυναίκα, μία φορά το χρόνο. (Δετοράκης, 2003)

Ταξινόμηση κυτταρολογικών ευρημάτων στο τεστ Παπανικολάου

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

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

Κλάση III: αμφίβολα ευρήματα (υπάρχουν κολπικά κύτταρα που ούτε μοιάζουν με τα φυσιολογικά αλλά ούτε με βεβαιότητα χαρακτηρίζονται έως άτυπα ή καρκινικά). Σε



αυτή την κλάση συνιστάται επανάληψη του τεστ τρεις φορές σε σύντομο χρονικό διάστημα και στην περίπτωση που επιμένει το εύρημα πρέπει να γίνει βιοψία.

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

Κλάση V: ίδια ευρήματα με την κλάση IV, αλλά ο αριθμός των κακοηθών κυττάρων είναι πιο μεγάλος και υπάρχει ένδειξη για βιοψία. (Φωτίου 2009)

Αξιολόγηση του τεστ Παπανικολάου

Το πιο διαδεδομένο σύστημα για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εξέτασης κατά Παπανικολάου είναι η κατηγοριοποίηση κατά Bethesda. Το σύστημα αυτό δημιουργήθηκε το 1988 και από τότε έχει αναπροσαρμοστεί 2 φορές, το 1991 και το 2001. Τα αποτελέσματα του τεστ Παπ ταξινομούνται σε κατηγορίες:

- Αρνητικό για ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση ή κακοήθεια
- Επιθηλιακές ανωμαλίες κυττάρων
- Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα

1. Αρνητικό. Αυτό σημαίνει ότι ο τράχηλος είναι υγιής. Το επόμενο τεστ γίνεται σε 1 χρόνο.

2. Τραχηλίτιδα (κολπίτιδα). Αυτό σημαίνει ότι το τεστ είναι αρνητικό για κακοήθεια. Εντούτοις υπάρχει μόλυνση που προκαλεί μια διαφοροποίηση στα κύτταρα. Πρέπει να γίνει μια καλλιέργεια για να ανευρεθεί η αιτία της μόλυνσης και να δοθεί η ανάλογη

θεραπεία. Ο γιατρός θα καθορίσει πότε πρέπει να γίνει το επόμενο τεστ.

3. ASCUS («άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιορίστου σημασίας»). Είναι απροσδιόριστα κύτταρα, που δεν είναι δυσπλαστικά ούτε όμως φυσιολογικά. Υπάρχει υποψία για μόλυνση από τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV- Human Papilloma Virus). Κάνουμε κολποσκόπηση, για να δούμε το σημείο από το οποίο προέρχονται τα άτυπα κύτταρα. Επίσης, ταυτοποίηση του ιού (DNA-HPV), για να ανιχνεύσουμε την ύπαρξη και τον τύπο του.

4. LG-SIL (χαμηλού βαθμού δυσπλασία). Ελαφρά δυσπλασία, σημαίνει ότι υπάρχει μόλυνση από τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV). Θα πρέπει να γίνει μια κολποσκόπηση. Επίσης, ταυτοποίηση του ιού (DNA-HPV). Ανάλογα με το αποτέλεσμα καθορίζεται το επόμενο τεστ.

5. HG-SIL (υψηλού βαθμού δυσπλασία). Μεγάλη κυτταρική δυσπλασία. Χρειάζεται σίγουρα περαιτέρω έλεγχος (κολποσκόπηση) και θεραπεία. Δεν υπάρχει καρκίνος αλλά χωρίς

θεραπεία, υπάρχει κίνδυνος να εμφανιστεί καρκίνος στον τράχηλο της μήτρας.

6. Καρκίνος, αυτό είναι πολύ σπάνιο σε νέες γυναίκες. Εάν με το Test Pap ανευρεθούν καρκινικά κύτταρα, η θεραπεία πρέπει να είναι άμεση και αποτελεσματική. Όσο νωρίτερα γίνει η θεραπεία, τόσο καλύτερα τα αποτελέσματα. Εάν το τεστ Παπ δείξει κακοήθειες ή προκαρκινικές αλλοιώσεις, θα χρειαστεί επανάληψη της εξέτασης προκειμένου να διασταυρωθεί το αποτέλεσμα. (Nies & Mcewen 2001)



5.2.2 Ο ιός HPV- η σημαντικότερη αιτία για την ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Ο ιός HPV προκαλεί πάνω από το 99% των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και σε αντίθεση με ό,τι πιστεύει πολύς κόσμος, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν είναι κληρονομικός. Για την ακρίβεια, οι επιστήμονες έχουν αποδείξει ότι προκαλείται από κάποιους τύπους ενός ιού που ονομάζεται ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων ή αλλιώς με τα αρχικά HPV. Υπάρχουν περίπου 100 τύποι του ιού αυτού. Οι περισσότεροι είναι τύποι χαμηλού κινδύνου που δεν προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ωστόσο, υπάρχουν και τύποι υψηλού κινδύνου που μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση παθολογικών κυττάρων στον τράχηλο της γυναίκας και τελικά, αν δεν θεραπευτούν, μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Είναι όμως σημαντικό να θυμάστε ότι ο ιός αυτός είναι πολύ διαδεδομένος και μπορεί πολύ εύκολα να μεταδοθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ουσιαστικά, έως και το 80% των γυναικών που υπήρξαν σεξουαλικά ενεργές είναι πιθανό να έχουν μολυνθεί από τον ιό σε κάποια στιγμή της ζωής τους. (Φωτίου 2009)

Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), είναι ένας σεξουαλικά μεταδιδόμενος ιός, που βρίσκεται σε άνδρες και γυναίκες και προκαλεί κάποιες φορές αλλοιώσεις στο γεννητικό τους σύστημα. Έχουν ανιχνευθεί και τυποποιηθεί πάνω από 200 ορότυποι του ιού HPV. Θεωρείται πλέον αιτιολογικός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αν και όλες οι γυναίκες με HPV λοίμωξη δεν θα αναπτύξουν καρκίνο. Προσβάλλει συνήθως άτομα νεαρής ηλικίας, ενώ η διάδοση του ιού είναι τόσο ραγδαία ώστε η πιθανότητα μια σεξουαλικά ενεργής γυναίκα μέχρι 30 ετών, να προσβληθεί από τη λοίμωξη, είναι έως και 70%. Είναι ίσως το πιο κοινό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα στην Αμερική, με 5,5 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ανά έτος.

Οι περισσότεροι σεξουαλικά ενεργείς ενήλικοι θα μολυνθούν από τον ιό κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ο HPV έχει θεωρηθεί ως ο πρώτος πιστοποιημένος ιός που ευθύνεται για την ανάπτυξη καρκίνου στον άνθρωπο. Σε πρακτικό επίπεδο αυτό σημαίνει ότι για να αναπτυχθεί καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, προηγείται λοίμωξη από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Ο ιός ανιχνεύεται σε πάνω από 99% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (Shapiro, 2001)

Ο ιός HPV προκαλεί καρκίνο στον τράχηλο μέσω της παραγωγής ειδικών πρωτεϊνών οι οποίες εμποδίζουν την κανονική λειτουργία των κυττάρων του τραχήλου. Εντούτοις οι πλειοψηφία των HPV λοιμώξεων υποχωρούν αυτόματα, χωρίς παρενέργειες. Οι λόγοι που μόνο κάποιες λοιμώξεις προχωρούν και προκαλούν καρκίνο, δεν είναι επί του παρόντος γνωστοί. Ως σήμερα έχουν περιγραφεί περίπου 100 διαφορετικά στελέχη του HPV, τα οποία διαφέρουν ελαφρώς μεταξύ τους ως προς τη γενετική τους δομή. Τα 30 στελέχη έχουν εντοπισθεί στα επιθήλια ή στο δέρμα της πρωκτογεννητικής περιοχής στον άνδρα και τη γυναίκα, ενώ τα άλλα στελέχη προσβάλλουν συνήθως το δέρμα σε άλλες περιοχές του σώματος, τα επιθήλια στη στοματική κοιλότητα και το ανώτερο αναπνευστικό και σπανίως άλλους ιστούς. (Αγοραστός και άλλοι, 2008).

Ορισμένα στελέχη (π.χ., 6,11, 42,43, 44) προκαλούν συνήθως τα γνωστά κονδυλώματα, τα οποία είναι καλοήθεις αλλοιώσεις. Παράλληλα τα στελέχη αυτά συσχετίζονται, σχετικά σπανίως, με την εμφάνιση νεοπλασματικών αλλοιώσεων και γι' αυτό αναφέρονται ως στελέχη χαμηλού κινδύνου. Αντιθέτως, άλλα στελέχη (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51,56,58, 59, 68, 73, 82) θεωρούνται υπεύθυνα για την



εκδήλωση προκαρκινικών και καρκινικών αλλοιώσεων και γι' αυτό καταγράφονται στην περιοχή υψηλού κινδύνου. (Philip και άλλοι, 2007)

Εάν η εξέταση με το κολποσκόπιο καταδείξει την ύπαρξη ιογενών αλλοιώσεων, πιθανότατα να υποβληθεί το άτομο σε θεραπεία με λέιζερ η οποία θα αναστείλει την εξέλιξη της νόσου. Ωστόσο, εάν η διάγνωση αφορά σε δυσπλασία, θα χρειαστεί ειδική θεραπευτική αγωγή. (Διακομανώλης,2010)

Ο κύριος τρόπος μετάδοσης του ιού είναι η χωρίς προφυλακτικό, σεξουαλική επαφή. Πιθανότητα μετάδοσης του ιού υπάρχει και από τη μητέρα στο νεογνό κατά τον φυσιολογικό τοκετό. Επίσης είναι υπό διερεύνηση και άλλοι τρόποι μετάδοσης του ιού. Οι περισσότερες γυναίκες μολύνονται από τον ιό τα πρώτα χρόνια της σεξουαλικής τους ζωής. Ο χρόνος εξέλιξης μιας τραχηλικής βλάβης, με ελάχιστες εξαιρέσεις, έχει υπολογισθεί σε 10- 15 χρόνια, κατά τη διάρκεια των οποίων η νόσος μπορεί να διαγνωσθεί και να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά.

Οι ορότυποι του HPV διακρίνονται σε:

- υψηλού κινδύνου ή ογκογόνοι
- χαμηλού κινδύνου και
- ενδιάμεσου κινδύνου.

Για την εκδήλωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εκτός από την λοίμωξη από υψηλού κινδύνου HPV στελέχη, επιβαρυντικοί παράγοντες, οι όμως δεν επιδέχονται ιδιαίτερας ιατρικής παρέμβασης, είναι η συνύπαρξη πολλαπλών διαφορετικών οροτύπων του ιού και το υικό φορτίο. Δεν υπάρχει ιδιαίτερα μεγάλη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού ως προς τον ιό και αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι άνδρες σπάνια αναπτύσσουν ορισμένες ασθένειες που σχετίζονται με τον HPV (π.χ καρκίνο του πέους και του πρωκτού).(Ρούπα. 2006)

Μετάδοση του ιού HPV

Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής είτε μέσω διείσδυσης είτε ακόμη κάποιες φορές και χωρίς ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή. Λόγω της ευκολίας της μετάδοσής του, κάθε σεξουαλικά ενεργή γυναίκα κινδυνεύει να προσβληθεί από τον ιό. Γεγονός είναι ότι έως και 80% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών θα προσβληθεί από λοίμωξη με κάποιο τύπο του ιού HPV κάποια στιγμή στη ζωή της. Και ενώ τα προφυλακτικά μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο λοίμωξης από τον ιό δεν σας προστατεύουν πλήρως.

Αυτό συμβαίνει γιατί η ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή δεν είναι απαραίτητη για τη μετάδοση του ιού. Αν πάθετε λοίμωξη με κάποιον ογκογόνο-τύπο του ιού HPV συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα στα πρώιμα στάδια. Ωστόσο, ένα Τεστ Παπανικολάου μπορεί να προσφέρει έγκαιρο εντοπισμό των κυτταρικών αλλοιώσεων, αναδεικνύοντας έτσι γιατί είναι τόσο σημαντικός ο τακτικός έλεγχος με τεστ Παπανικολάου.(Φωτίου 2009)

HPV Τεστ

Πρόκειται για Τεστ που ανιχνεύει τους ογκογόνους τύπους του ιού HPV στα τραχηλικά και κολπικά επιχρίσματα, ανιχνεύει δηλαδή τη μόλυνση από τον ιό HPV και όχι τις καρκινικές ή προκαρκινικές αλλοιώσεις. Χρειάζεται εργαστηριακή δομή προηγμένης τεχνολογίας, ενώ η ίδια η εξέταση είναι αρκετά δαπανηρή.



5.2.3 Εμβολιασμός κατά του HPV

Πληροφορίες σχετικά με το εμβόλιο

Το εμβόλιο κατά του ιού HPV έφερε την επανάσταση στην πρόληψη κατά του καρκίνου τραχήλου της μήτρας γιατί προλαμβάνει τη μόλυνση από ορισμένους τύπους του ιού, οι οποίοι έχουν κατηγορηθεί για καρκινογένεση. Κυκλοφορούν δύο εμβόλια στην ελληνική αγορά, το Gardasil και το Cervarix.

Όλα τα κορίτσια και οι νεαρές γυναίκες από 12 έως 26 ετών μπορούν να εμβολιαστούν με το HPV εμβόλιο. Το ηλικιακό αυτό υποσύνολο έχει καθορισθεί βάση επιδημιολογικών και οικονομοτεχνικών μελετών. Ο εμβολιασμός πρέπει ιδανικά να εκτελείται προ της ενάρξεως της σεξουαλικής δραστηριότητας των εφήβων γυναικών, ενώ δεν αποτελεί αντένδειξη η εκτέλεσή του σε γυναίκες μεγαλύτερες των 26 ετών. Μία γυναίκα μπορεί να “κολλήσει” τον ιό σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή και για όσο διάστημα θα είναι σεξουαλικά ενεργή. Η συχνότητα της λοίμωξης είναι μικρότερη στις μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες, αλλά εγκαθιστά μακροχρόνια λοίμωξη και υποστρέφει δυσκολότερα. Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την έγκριση του HPV εμβολίου, επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα του εμβολίου και στις γυναίκες ηλικίας 26 έως 45 ετών.

Στη χώρα μας ο εμβολιασμός έναντι του HPV έχει ενταχθεί επίσημα στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών του Υπουργείου Υγείας και παρέχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τα εμβόλια χορηγούνται δωρεάν σε όλα τα κορίτσια και τις νέες γυναίκες ηλικίας 12 έως 26 ετών . (<http://www.aretaielio-obgyn.com>).

Εμβόλιο Gardasil

Το εμβόλιο Gardasil έναντι του HPV που κυκλοφορεί σήμερα είναι ένα ανασυνδυασμένο εμβόλιο, που περιέχει μόνο πρωτεΐνες του περιβλήματος του ιού και όχι DNA, και κατά συνέπεια δεν μπορεί να προκαλέσει νόσο (ούτε σε ήπια μορφή όπως συμβαίνει με άλλα εμβόλια που περιέχουν εξασθενημένα στελέχη μικροβίων). Παρέχει προστασία έναντι 4 στελεχών του ιού HPV και συγκεκριμένα: των στελεχών 6 και 11 που ευθύνονται για το 90% των κονδυλωμάτων και των στελεχών 16 και 18 που ευθύνονται για το 70% των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

Επομένως, με τον εμβολιασμό δεν αντικαθίσταται ο προληπτικός έλεγχος, αλλά οι πιθανότητες να προσβληθεί μια γυναίκα είναι κατά πολύ ελαττωμένες. Η προστασία που παρέχει το εμβόλιο φαίνεται πως είναι μακράς διάρκειας, αλλά μέχρι αυτή τη στιγμή, τα δεδομένα παρέχουν στοιχεία για προστασία 5 ετών. Το εάν θα χρειαστεί μια αναμνηστική δόση σε 5 ή 10 χρόνια μετά τον αρχικό εμβολιασμό ερευνάται ακόμη(Χατζηγεωργίου, 2007).

Δοσολογία και τρόπος χορήγησης του Gardasil

Το Gardasil γίνεται σε 3 δόσεις:

- 1^η δόση
- 2^η δόση δύο μήνες μετά την πρώτη δόση
- 3^η δόση έξι μήνες μετά την πρώτη δόση



Εάν ένα εναλλακτικό δοσολογικό σχήμα είναι απαραίτητο, η δεύτερη δόση πρέπει να χορηγηθεί τουλάχιστον ένα μήνα μετά την πρώτη δόση και η τρίτη δόση πρέπει να χορηγηθεί τουλάχιστον 3 μήνες μετά τη δεύτερη δόση. Και οι τρεις δόσεις πρέπει να χορηγηθούν μέσα στη διάρκεια ενός έτους.

Το Gardasil χορηγείται με ένεση μέσα από το δέρμα στον μυ (κατά προτίμηση στον μυ του άνω βραχίονα ή στο μηρό).

Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι περισσότερες πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ίδιες με αυτές όλων των εμβολίων

Συχνές: ερυθρότητα στην περιοχή που χορηγήθηκε το εμβόλιο, πονοκέφαλος, πυρετός

Σπάνιες: κνίδωση, βρογχοσπασμός, αλλεργικές αντιδράσεις από χρήστες αλλεργικούς στην ζύμη (εξαιτίας των ζυμομυκήτων που περιέχει το εμβόλιο)

(Φύλλο οδηγιών χρήσης εμβολίου Gardasil)

Εμβόλιο Cervarix

Το Cervarix είναι ένα ανοσοενισχυμένο μη λοιμογόνο ανασυνδυασμένο εμβόλιο, που παρασκευάζεται από υψηλής καθαρότητας σωματίδια που προσομοιάζουν στον ιό (VLPs) της μείζονος καψιδικής πρωτεΐνης L1 των ογκογόνων τύπων 16 και 18 του HPV. Επειδή τα VLPs δεν περιέχουν DNA του ιού, δεν μπορούν να μολύνουν τα κύτταρα, να αναπαραχθούν ή να προκαλέσουν νόσο. Μελέτες σε ζώα έχουν καταδείξει ότι η αποτελεσματικότητα των εμβολίων L1 VLP διαμεσολαβείται σε μεγάλο βαθμό από την ανάπτυξη χημικής ανοσολογικής απάντησης.

Ο HPV-16 και ο HPV-18 εκτιμάται ότι ευθύνονται περίπου για το 70% των περιστατικών

Δοσολογία και τρόπος χορήγησης Cervarix

Ο συνιστώμενος εμβολιασμός αποτελείται από τρεις χωριστές δόσεις του 0,5ml οι οποίες χορηγούνται σύμφωνα με το ακόλουθο σχήμα: 0, 1, 6 μήνες. Εάν είναι απαραίτητη η ευελιξία στο εμβολιαστικό σχήμα, η δεύτερη δόση μπορεί να χορηγηθεί μεταξύ 1 και 2,5 μηνών μετά την πρώτη δόση και η τρίτη δόση μεταξύ 5 και 12 μηνών μετά τη πρώτη δόση.

Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες

Συχνές: κεφαλαλγία, κοιλιακό άλγος, ερυθρότητα στο σημείο εμβολιασμού, χαμηλός πυρετός

Σπάνιες: ζάλη, λοιμώξεις του αναπνευστικού (Φύλλο Οδηγιών χρήσης εμβολίου Cervarix)



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ
ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ



6.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Ο ρόλος του νοσηλευτή γενικότερα είναι σημαντικός, πόσο μάλλον σε άνθρωπο που πάσχει από καρκίνο, όπως μία γυναίκα με καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Στόχος του νοσηλευτή είναι η όσο καλύτερη προσέγγιση της ασθενούς σε ψυχικό, σωματικό και κοινωνικό τομέα και η διακριτικότητα κατά την προσέγγιση αυτή.

6.1.1 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων

Στην συγκεκριμένη φάση η γυναίκα ασθενής βρίσκεται στην άγνοια για το αν πάσχει από καρκίνο ή όχι. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δείξει κατανόηση, διακριτικότητα, να την ενημερώσει για κάθε θέμα που την απασχολεί, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να βοηθήσει τον γιατρό στις εξετάσεις που θα γίνουν. (Αθανάτου, 2000)

Κατά την πυελική εξέταση, ο γιατρός ελέγχει τα εξωτερικά γεννητικά όργανα για σημεία φλεγμονής, διόγκωσης, αιμορραγίας ή τοπικές δερματικές ή επιθηλιακές αλλαγές. Τα καθήκοντα του νοσηλευτή κατά την διάρκεια της εξέτασης περιλαμβάνουν:

- Προετοιμασία ασθενούς ψυχολογικά: χρειάζεται να ενθαρρύνεται η άρρωστη και να ενημερωθεί για την εξέταση. Μέσα στα πλαίσια της ενημέρωσής της, είναι και η συμβουλή για αποφυγή σεξουαλικών επαφών ή κολπικών πλύσεων 48 ώρες πριν την εξέταση (για την περίπτωση που χρειαστεί κολπικό έκκριμα για εξέταση).
- Προετοιμασία ασθενούς σωματικά: ο νοσηλευτής αφαιρεί τα ρούχα της ασθενούς, ενώ την προτρέπει να κενώσει την κύστη και το έντερο πριν την εξέταση για να χαλαρώσουν οι ιστοί στην περιοχή. Κατά την αφαίρεση των ρούχων, ο νοσηλευτής φροντίζει να μην εκθέσει την άρρωστη και να είναι διακριτικός.
- Τοποθέτηση της άρρωστης σε γυναικολογική θέση
- Προετοιμασία υλικού απαραίτητου για την εξέταση
- Βοήθεια γιατρού κατά την διάρκεια της εξέτασης
- Φροντίδα ασθενούς μετά την εξέταση (Shapiro, 2001)

Κατά την λήψη τεστ Παπανικολάου

Ο νοσηλευτής, όπως στην πυελική εξέταση, ετοιμάζει την άρρωστη και βοηθάει τον γιατρό πριν και μετά την εξέταση. Όταν τελειώσει η εξέταση, ο νοσηλευτής τοποθετεί το δείγμα σε αντικειμενοφόρο πλάκα και σημειώνεται η προέλευσή του. Αναγράφει στο παραπεμπτικό η ημερομηνία της τελευταίας εμμήνου ρύσεως και τυχόν πληροφορίες, όπως το αν η γυναίκα παίρνει αντισυλληπτικά. Πριν ξεραθεί το δείγμα, οι αντικειμενοφόρες πλάκες τοποθετούνται σε γυάλινο δοχείο και αιθυλική αλκοόλη και στέλνονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο. (Corner&Bailey, 2006)



Κατά την κολποσκόπηση:

Πριν την εξέταση ο νοσηλευτής ενημερώνει την άρρωστη σχετικά με την εξέταση και τις πληροφορίες που μας δίνει αυτή. Επιπλέον, δίνει οδηγίες, όπως στην πυελική εξέταση, για το τι πρέπει να κάνει η ασθενής πριν την εξέταση. Μετά από οδηγίες του γιατρού, την τοποθετεί σε γυναικολογική θέση, προετοιμάζει το υλικό για την εξέταση και χορηγεί (σε περίπτωση δυσφορίας) αναλγητικά στην ασθενή 30-60 λεπτά πριν την εξέταση (για να χαλαρώσει η ασθενής).

Μετά την εξέταση ο νοσηλευτής συνιστά στην ασθενή να αποφύγει την συνουσία για 24 ώρες, έτσι ώστε να μειθούν οι πιθανότητες εισαγωγής παθογόνων μικροοργανισμών στον τράχηλο, μέχρι αυτός να επουλωθεί. Επιπλέον, συμβουλεύει την ασθενή να αναφέρει αμέσως οποιοδήποτε σύμπτωμα λοίμωξης παρατηρήσει (Gulanick και άλλοι, 2003)

Κατά την βιοψία τραχήλου:

Ο νοσηλευτής εξηγεί στην ασθενή ότι δεν θα της γίνει αναισθησία, διότι ο τράχηλος δεν έχει υποδοχείς πόνου. Η ασθενής τοποθετείται σε γυναικολογική θέση και ο νοσηλευτής προσέχει να την εκθέτει, γι' αυτό την καλύπτει.

Προτού φύγει η άρρωστη, ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να δώσει οδηγίες που πρέπει να ακολουθηθούν μετά την εξέταση. Η άρρωστη θα πρέπει να αποφύγει να σηκώσει βαριά αντικείμενα για 24 ώρες. Επίσης, ο πωματισμός θα πρέπει να μείνει στην θέση του 12-24 ώρες. Αν παρατηρηθεί αιμορραγία, πρέπει να αναφερθεί στο γιατρό. Επιπλέον, η ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί ότι οι πλύσεις και οι σεξουαλικές επαφές πρέπει να αποφεύγονται για τουλάχιστον 3 βδομάδες μετά την βιοψία. (Corney&Bailey, 2006)

Νοσηλευτική φροντίδα πριν από οποιαδήποτε θεραπεία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Η κάθε ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ψυχο-σωματο-κοινωνική οντότητα. Ο νοσηλευτής οφείλει να αναγνωρίσει ότι η ασθενής με καρκίνο είναι μία ειδική κατηγορία ασθενούς και χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας, πέρα από την βασική νοσηλευτική φροντίδα και πως η στάση του επηρεάζει την ασθενή. Γι' αυτό το λόγο ο νοσηλευτής θα πρέπει:

- Να δείξει κατανόηση στην ασθενή και να της παρουσιάσει όλους τους λόγους που έχει να παλέψει για την ζωή της και όλους τους λόγους για τους οποίους πρέπει να ελπίζει.
- Να διατηρήσει την αξιοπρέπεια και την υπόληψη της αρρώστου, να είναι διακριτικός και ειλικρινής στις συναναστροφές του με την άρρωστη.
- Να ενημερώνει την άρρωστη σχετικά με την νόσο της αλλά και σχετικά με την πορεία της νόσου.
- Να μην εκθέτει την ασθενή κατά την διάρκεια των θεραπειών και να λαμβάνει όλα τα μέτρα πρόληψης για να αποφύγει τυχόν έκθεση της άρρωστης σε παθογόνους μικροοργανισμούς.
- Να φροντίζει για την σωστή θρέψη της ασθενούς, αλλά και την καθαριότητά της.



- Να προσπαθήσει να έλθει σε επαφή με το οικογενειακό περιβάλλον της άρρωστης, έτσι ώστε να ενημερώσει για το πώς μπορούν όλοι να βοηθήσουν την κατάστασή της.
- Να σεβαστεί τις επιθυμίες της ασθενούς, σε περίπτωση που είναι στο τελικό στάδιο της νόσου. (Αθανάτου, 2000)

6.1.2 Νοσηλευτική φροντίδα στην χειρουργική αντιμετώπιση (υστερεκτομή) του καρκίνου

Σκοπός του νοσηλευτή στην χειρουργική θεραπεία είναι η μείωση της ανησυχίας και του φόβου της εγχείρησης, η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην ασθενή και η –αποφυγή-μείωση μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος, τη σοβαρότητα της εγχείρησης και την γενική κατάσταση της ασθενούς. Η προεγχειρητική ετοιμασία συνίσταται σε:

- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία (Μαλγαρινού&Κωνσταντινίδου, 2001)

Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

Ο νοσηλευτής οφείλει:

- Να εξηγεί στην ασθενή τι σημαίνει «υστερεκτομή» και παίρνει και την συγκατάθεση του συζύγου για την τεχνητή στείρωση που θα γίνει ή την διακοπή της κύησης, αν η ασθενής είναι έγκυος.
- Να ενημερώσει την ασθενή σχετικά με τον μετεγχειρητικό σωματικό πόνο, αλλά και τις επιδράσεις της εγχείρησης στην ψυχολογία της ασθενούς. Επιπλέον, πρέπει να εκπαιδεύσει την ασθενή στην μετεγχειρητική αυτοφροντίδα.
- Να παρέχει πληροφορίες σχετικά με την σεξουαλική δραστηριότητα και την γονιμότητα μετά την εγχείρηση.
- Να υποστηρίζει ψυχολογικά την ασθενή, βοηθώντας την να προσαρμοστεί στην σκέψη της απώλειας των γεννητικών της οργάνων, να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει εγκαίρως σημάδια κατάθλιψης. Επιπλέον, η ασθενής πρέπει να εκφράσει όλα τα συναισθήματα που νιώθει και ο νοσηλευτής να προσπαθήσει να κατανοήσει τα προβλήματα που μπορεί να βασανίζουν την ασθενή.
- Να αντιμετωπίσει συμπτώματα της νόσου όπως : κολπική υπερέκκριση που μπορεί να είναι πυώδης ή αιματηρή. Χρειάζονται να γίνονται συχνές πλύσεις, συχνή αλλαγή εσωρούχων και έλεγχος της σύστασης της έκκρισης. Αν υπάρχει αιμορραγία από τον κόλπο, ελέγχεται η περιοδικότητα της, η ποσότητα, ο αιματοκρίτης, τα ζωτικά σημεία, χορηγούνται υγρά και η ασθενής παρακολουθείται σε πολύ τακτά χρονικά διαστήματα.
- Καχεξία και αδυναμία σε ασθενείς προχωρημένου σταδίου. Σε αυτές τις περιπτώσεις δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην διατροφή, χορηγούνται βιταμίνες και τροφές πλούσιες σε λιπαρά. Πλούσια διατροφή πρέπει να έχουν όλες οι ασθενείς πριν το χειρουργείο για την σωματική τους τόνωση.



- Να εξασφαλίσει στην ασθενή επαρκή και καλό ύπνο την νύχτα πριν την εγχείρηση. Ίσως χρειαστεί να χορηγήσει κάποιο ηρεμιστικό ή υπνωτικό φάρμακο, σε συνεννόηση με τον γιατρό(Dewit, 2009)

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει επίσης την γενική εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει να λάβει πλήρες νοσηλευτικό ιστορικό της ασθενούς. Πρέπει να περιλαμβάνονται ερωτήσεις για την ηλικία, την προσωπική κατάσταση της ασθενούς, την έμμηνου ρύση, το μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό. Επίσης, ερωτήσεις που αφορούν ατομικές υγιεινές συνήθειες, τυχόν προηγούμενα γυναικολογικά προβλήματα και την ημερομηνία και τα αποτελέσματα της τελευταίας εξέτασης Παπανικολάου. Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι διακριτικός στις ερωτήσεις του, να αποφύγει οποιοδήποτε σχόλιο και να καταγράψει λεπτομερώς το ιστορικό. Θα γίνει, επιπλέον, εξέταση της ασθενούς από χειρουργό και παθολόγο, καθώς και ιατρικές εξετάσεις, όπως εξέταση αίματος (γενική αίματος, τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξης αίματος, ομάδα και rhesus αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος) και γενική ούρων.

Από την στιγμή που θα ληφθεί η τελική απόφαση για το χειρουργείο της ασθενούς, καλείται αναισθησιολόγος για εξέταση του αναπνευστικού συστήματος για τον καθορισμό του είδους της αναισθησίας και νάρκωσης. (Shapiro,2001)

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Ο νοσηλευτής φροντίζει για την καθαριότητα της ασθενούς πριν από την επέμβαση. Γίνεται καθαρισμός του εντερικού σωλήνα με υποκλυσμό το βράδυ πριν το χειρουργείο, κοιλικές πλύσης με αντισηπτικό και καθαρισμός του δέρματος με λουτρό που αποσκοπεί στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεων.

Πριν από το χειρουργείο γίνεται ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου(του μέρους του σώματος που θα υποβληθεί σε επέμβαση), αποτρίχωση και αντισηψία.(Μαλγαρινού&Κωνσταντινιδου, 2001)

Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Πρόκειται για την ετοιμασία λίγη ώρα πριν το χειρουργείο. Ο νοσηλευτής :

- Παρατηρεί την γενική κατάσταση της ασθενούς, κάνει πρωινή λήψη ζωτικών σημείων και προσέχει για συμπτώματα που φανερώνουν κάποιο κρυολόγημα ή λοίμωξη.
- Καθησυχάζει την άρρωστη σχετικά με την επέμβαση
- Ειδοποιεί την ασθενή ότι πρέπει να ουρήσει, για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη και έπειτα την ντύνει με ποδονάρια, ρόμπα χειρουργείου και σκούφο.
- Αφαιρεί από την ασθενή κοσμήματα, φουρκέτες, τεχνητές οδοντοστοιχίες.
- Αφαιρεί το χρώμα από τα νύχια ή το βάψιμο του προσώπου για να είναι δυνατός ο έλεγχος για κυάνωση.
- Συμπληρώνει και υπογράφει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας και το τοποθετεί στον φάκελο της ασθενούς.
- Φροντίζει για την ασφαλή μεταφορά της ασθενούς στο χειρουργείο
- Μισή ώρα πριν την εγχείρηση γίνεται η προνάρκωση και το είδος της είναι καθορισμένο από αναισθησιολόγο. Με αυτό τον τρόπο χαλαρώνει το μυϊκό σύστημα, ελαττώνονται οι εκκρίσεις του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και προκαλείται υπνηλία.



- Εξασφαλίζει επικοινωνία με τους συγγενείς της ασθενούς (Μαλγαρινού&Κωνσταντινίδου, 2001)

Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Πρόκειται για ένα πολύ σοβαρό στάδιο στην φροντίδα της ασθενούς και χρειάζονται γνώσεις και επιδεξιότητα για την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών ζητημάτων. Ο νοσηλευτής σε αυτό το στάδιο θα συντελέσει στην προστασία της ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως, στην μετεγχειρητική εξέλιξη της ασθένειας, στην ανακούφιση από ενοχλήματα, στην πρόληψη επιπλοκών και στην βοήθεια της ασθενούς για να επανέλθει όσο το δυνατό γρηγορότερα στους φυσιολογικούς ρυθμούς της. (Μαλγαρινού &Κωνσταντινίδου, 2001)

Πριν επιστρέψει η ασθενής από το χειρουργείο, ο νοσηλευτής προετοιμάζει το θάλαμο για να την δεχτεί.

- Τακτοποιεί κατάλληλα το κρεβάτι, να είναι ζεστό, χωρίς μαξιλάρι (για ταχύτερη αποβολή της νάρκωσης), ανοικτό από όλες τις πλευρές για ταχύτερη μεταφορά της άρρωστης από το φορείο σε αυτό. Τοποθετεί, επίσης, πετσέτα προσώπου και αδιάβροχο κεφαλής για προστασία των σκεπασμάτων από εμετούς.
- Τακτοποιεί το κομοδίνο και τοποθετεί σε δίσκο τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα, ποτήρι με νερό και port cotton, νεφροειδές και καψάκι με χαρτοβάμβακα και τολύπια βάμβακος. Το τοποθετεί λίγο μακριά από το κρεβάτι για να αποφύγει τραυματισμούς της ασθενούς σε περίπτωση διεγέρσεων.
- Φροντίζει το δωμάτιο να είναι ζεστό, με χαμηλό φωτισμό και καλά αερισμένο (Αθανάτου, 2000)

Μετά το χειρουργείο, την επιστροφή της ασθενούς στον θάλαμο και μέχρι την αποχώρησή του από το νοσοκομείο, τα καθήκοντα του νοσηλευτή περιλαμβάνουν:

- κατάλληλη και άνετη θέση της ασθενούς στο κρεβάτι και την ανάπαυση και χαλάρωση της
- εκτίμηση ζωτικών σημείων και λήψη αυτών ανά 3ωρο. Ενημέρωση του γιατρού σε περίπτωση μη φυσιολογικών τιμών
- παρακολούθηση του επιπέδου συνειδήσεως
- έλεγχος της ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών
- μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
- τοποθέτηση, έλεγχος του καθετήρα κύστης και αφαίρεση του μετά από 5 μέρες
- έλεγχος της παροχέτευσης του τραύματος
- χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων για ανακούφιση από τον πόνο, μετά από οδηγίες του γιατρού. (Αθανάτου, 2000)
- Πρόληψη λοίμωξης του τραύματος. Χρησιμοποιούνται κρέμες και αλοιφές για να αποφευχθεί η λοίμωξη. Ο νοσηλευτής με τον έλεγχο των ζωτικών σημείων ελέγχει αν υπάρχει πυρετός(σημάδι λοίμωξης). Αν υπάρχει πυρετός, ελέγχεται το αναπνευστικό για πιθανή ατελεκτασία ή εμβολή. Πολλές φορές αιτία πυρετού αποτελεί και το ουροποιητικό σύστημα αν υπάρχει απόφραξη οφειλόμενη σε τραυματισμό των ουροφόρων οδών ή πυελονεφρίτιδα. Αν ο πυρετός συνεχιστεί, χρειάζεται εξέταση των λευκών αιμοσφαιρίων , γενική



ούρων ή ακτινογραφία θώρακος. Για να αποφευχθεί η κολπική λοίμωξη, πρέπει να αποφεύγεται το ντους και το αφρώδες μπάνιο. Σε κάθε περίπτωση πυρετού, θα πρέπει να ενημερώνεται ο γιατρός.

- Παρακολούθηση των κολπικών εκκρινμάτων και συχνή αλλαγή γαζών και άσηπτη τεχνική. Παρακολουθείται το χρώμα και η ποιότητα του εκκρίματος κάθε δύο ώρες για ένα 24ωρο και στην συνέχεια κάθε οχτώ ώρες. Αν η ασθενής αποβάλλει πήγματα ή μεγάλη ποσότητα ζωηρών ερυθρών εκκρινμάτων, ενημερώνεται ο γιατρός. Τοποθετείται ταμπόν στον κόλπο και αφαιρείται μετά από 24 ώρες.
- Σύσταση στην ασθενή να αποφεύγει την ορθοστασία και την καθιστική στάση για τα πρώτα δύο 24ωρα, γιατί η βαρύτητα και το αντανάκλαστικό του ισχίου αυξάνουν την φλεβική συμφόρηση
- Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού
- Περιορισμός τροφών μέχρις ότου επανέλθει η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου
- Αλλαγή της θέσης της ασθενούς κάθε 2 ώρες προς αποφυγή κατακλίσεων
- Επισκόπηση των κάτω άκρων για παρουσία κίρσων, προαγωγή καλής κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις, χρήση ελαστικών καλτσών
- Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους
- Έγκαιρη έγερση της ασθενούς για πρόληψη επιπλοκών
- Ενημέρωση και συμβουλές στην ασθενή για την αυτοφροντίδα της μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο(Dewit, 2009)

Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών δυσχερειών

Η υστερεκτομή ανήκει, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, στις χειρουργικές επεμβάσεις. Οι μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι ίδιες όπως σε όλα τα χειρουργεία και προστίθενται σε αυτές οι δυσχέρειες που αφορούν την γυναικολογική φύση του χειρουργείου.

Άλγος (πόνος) :Πρόκειται για τις πιο συχνές μετεγχειρητικές δυσχέρειες δεδομένου του ότι η ασθενής βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από τους μύς, τα οστά, το περιτόναιο ή τα σπλάχνα. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα (τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών). Ο νοσηλευτής δίνει την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Φροντίζει για την γενικότερη άνεση της ασθενούς και κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος και αν ο πόνος δεν υποχωρεί, χορηγεί, έπειτα από ιατρική συνταγή, αναλγητικά, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά.

Δίψα:Είναι αποτέλεσμα της γενικής νάρκωσης και της απώλειας υγρών κατά την διάρκεια της εγχείρησης. Αντιμετωπίζεται εύκολα με συχνές στοματικές πλύσεις, με ύγραση των χειλιών και της γλώσσας με γάζα ή port cotton ποτισμένο σε κρύο νερό και με χορήγηση υγρών για της πεπτικής ή παρεντερικής οδού.

Εμετός: Μετεγχειρητικά η άρρωστη μπορεί να παρουσιάσει ναυτία ή εμετούς, εξαιτίας της γενικής νάρκωσης που προκαλεί συλλογή υγρών στο στομάχι. Εδώ και λίγα χρόνια, λόγω των σύγχρονων αναισθητικών φαρμάκων, η εμφάνιση του εμετού σαν μετεγχειρητική δυσχέρεια έχει μειωθεί κατά πολύ. Ο νοσηλευτής μπορεί να τοποθετήσει το κεφάλι της ασθενούς σε πλάγια θέση και της προμηθεύει νεφροειδές που απομακρύνει αμέσως μετά τον εμετό. Έπειτα, πλένει το στόμα της με νερό και



διατηρεί καθαρά τα σκεπάσματα. Σε περιπτώσεις συνεχιζόμενων εμετών, τοποθετείται ρινοκαθετήρας Levin και χορηγούνται αντιεμετικά. Πρέπει να γίνεται καταγραφή της ποσότητας, της συχνότητας και του χαρακτήρα των εμεσμάτων στο νοσηλευτικό δελτίο της ασθενούς (Αθανάτου, 2000)

Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών από τα διάφορα συστήματα

Από το κυκλοφορικό

Αιμορραγία: ο νοσηλευτής προσπαθεί να βρει την εστία της αιμορραγίας. Αν είναι εμφανής, τοποθετούνται αιμοστατικά ράμματα και η αιμορραγία τίθεται υπό έλεγχο ή τοποθετείται πιεστικό ταμπόν για 24-48 ώρες. Αν η αιμορραγία είναι ενδοπεριτοναϊκή και συνεχής, γίνεται επανέλεγχος της κοιλίας για ανεύρεση πιθανώς αιμορραγούντος αγγείου. Σε περίπτωση διάχυτης αιμορραγίας, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ετοιμάζεται για μετάγγιση στην άρρωστη.

Ο νοσηλευτής τοποθετεί την άρρωστη σε ανάρροπη θέση, της συστήνει να μείνει ακίνητη και τοποθετεί πιεστικό επίδεσμο στο σημείο που αιμορραγεί, αν η αιμορραγία είναι εξωτερική. Αν η αιμορραγία είναι εσωτερική, έχει έτοιμα αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού, την κρατάει ζεστή και ήρεμη.

Σημάδια από τα οποία μπορεί να διαγνωστεί μία αιμορραγία είναι ο γρήγορος σφυγμός, ψυχρά άκρα και γενική ωχρότητα δέρματος, εφίδρωση, ανησυχία, πτώση της αρτηριακής πίεσης και εμφανή σημάδια αίματος. (Ignatavicius & Workman, 2008)

Shock ή καταπληξία: Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Τα συμπτώματα είναι αργός και μόλις αισθητός σφυγμός, ανώμαλη αναπνοή, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση θερμοκρασίας, δέρμα ωχρό και άκρα ψυχρά και ψυχροί ιδρώτες. Επιπλέον, εμφανίζεται μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Για να αποφευχθεί η καταπληξία, χρειάζεται ο ασθενής να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό και να χορηγηθούν άφθονα υγρά μετά την εγχείρηση. Επίσης, πρέπει να παρακολουθείται συχνά.

Θρομβοφλεβίτιδα: πρόκειται για σημαντική μετεγχειρητική επιπλοκή. Αναγνωρίζεται από τον πυρετό, το οίδημα και τον πόνο στην περιοχή του αγγείου που έχει αποφραχθεί. Το άκρο θα πρέπει να τεθεί σε απόλυτη ακινησία και ανάρροπη θέση και να τοποθετηθούν θερμά υγρά επιθέματα. Μετά από ιατρικές οδηγίες, χορηγείται αντιπηκτική αγωγή. (Αθανάτου, 2000)

Από το αναπνευστικό:

Πνευμονία-ατελεκτασία: η πρόληψη σε αυτή την περίπτωση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Η ασθενής παρακολουθείται στενά και να προστατεύεται από ρεύματα αέρα. Ο νοσηλευτής πρέπει να περιποιείται την στοματοφαρυγγική κοιλότητα, να προτρέπει την ασθενή να βήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές

Πνευμονική εμβολή: ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει τα συμπτώματα αυτής της θανάσιμης επιπλοκής και να τα αναφέρει ταχύτατα στον γιατρό. Προληπτικά μέτρα που μπορούν να ληφθούν είναι η καθιστική στάση της ασθενούς στο κρεβάτι για λίγη ώρα, συχνές κινήσεις των κάτω άκρων, αναπνευστικές ασκήσεις, έγερση της ασθενούς μετά το πρώτο 24ωρο.



Αν η εμβολή δεν προληφθεί τελικά, χορηγούνται αναλγητικά μετά από ιατρική εντολή, οξυγόνο, βρογχοδιασταλτικά και τοποθετείται η ασθενής σε ημικαθιστή θέση.

Ασφυξία: αιτία της ασφυξίας είναι η εισρόφηση εμεσμάτων στην αναπνευστική οδό, φραγμός του λάρυγγα από την γλώσσα ή η επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνοής. Τα συμπτώματα είναι δύσπνοια και κυάνωση. Για να προληφθεί η ασφυξία, ο νοσηλευτής τοποθετεί το κεφάλι της ασθενούς σε πλάγια θέση, καθαρίζει το στόμα της με υγρό βαμβάκι για να απαλλάσσει την περιοχή από εκκρίσεις και συνιστά στην ασθενή βαθιές αναπνοές. Αν παρατηρηθούν ασφυκτικά φαινόμενα, ο νοσηλευτής πιέζει τις γωνίες της κάτω γνάθου προς τα πάνω με τους αντίχειρες για να ανοίξει το στόμα και να πιάσει τη γλώσσα ή τοποθετεί αεραγωγό. Αν δεν υπάρχει απόφραξη της αναπνευστικής οδού, χορηγείται οξυγόνο. (Μαλγαρινού& Κωνσταντινίδου, 2001)

Από το πεπτικό:

Μετεωρισμός κοιλίας: για την πρόληψη μετεωρισμού τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας από το χειρουργείο. Αν δεν καταφέρουμε να τον αποφύγουμε, περιορίζονται τα υγρά και οι τροφές και τοποθετείται θερμοφόρα στο επιγάστριο, προς αύξηση της περισταλτικότητας και αποβολή των αερίων. Επίσης, μπορεί να τοποθετηθεί σωλήνας αερίων ή να γίνει υποκλυσμός με υπέρτονο διάλυμα χλωριούχο νατρίου. Όταν επιστρέψει ο περισταλτισμός του εντέρου, χορηγούνται υγρά και υδαρής τροφή (Ignatavicius& Workman, 2008)

Παραλυτικός ειλεός: πρόκειται για παρατεταμένη διάταση του εντέρου και του στομάχου. Η αντιμετώπισή του είναι ιατρική ενέργεια (διασωληνώνεται το έντερο με καθετήρα). Ο νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί καθαρό τον εντερικό σωλήνα προεγχειρητικά και να προβαίνει σε έγκαιρη έγερση της ασθενούς.

Από το ουροποιητικό:

Επίσχεση ούρων: πρόκειται για κατάσταση κατά την οποία η ασθενής ενώ έχει ούρα στην ουροδόχο κύστη, δεν μπορεί να ουρήσει. Αυτό οφείλεται στην υποτονία των κοιλιακών τοιχωμάτων και την σύσπαση του σφιγκτήρα. Ο νοσηλευτής πρέπει να αλλάζει θέση στην ασθενή, να ρίχνει χλιαρό νερό στο αιδοίο και να ανοίγει την βρύση να τρέχει νερό. Μπορεί επίσης να τοποθετεί θερμοφόρα στην ουροδόχο κύστη. Αν τα μέτρα αυτά δεν φέρουν αποτέλεσμα, μπορεί να χορηγηθεί σπασμολυτικό υπόθετο ή ακόμα καλύτερα να γίνει καθετηριασμός της κύστης. Συνήθως η επιπλοκή εμφανίζεται μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα.

Φλεγμονή: σε περίπτωση φλεγμονής, λαμβάνεται δείγμα ούρων για καλλιέργεια, με άσηπτη τεχνική από τον καθετήρα.. Στην συνέχεια χορηγείται αντιβίωση, εφόσον έχει εντοπιστεί το μικρόβιο. Παράλληλα, ο νοσηλευτής κάνει συχνή αλλαγή του ουροκαθετήρα και αντιμετωπίζει τον πυρετό με αντιπυρετικά, κρύο μπάνιο και παγοκύστες.

Ουραιμία: πρόκειται για τοξική κατάσταση που οφείλεται στην κατακράτηση λευκωμάτων, λόγω βλάβης στο ουροποιητικό ή μόλυνσης του νεφρικού ιστού. Επίσης, μπορεί να οφείλεται σε μεγάλη αφυδάτωση ή σε μειωμένη νεφρική αιμάτωση. Τα συμπτώματα είναι καταβολή δυνάμεων, κεφαλαλγία, εμετοί, ολιγουρία, δύσπνοια, κώμα (Αθανάτου, 2000)



Από το τραύμα:

Μόλυνση του τραύματος: τα τοπικά συμπτώματα είναι αυξημένος πόνος, θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα και πυώδης εκροή, ενώ τα γενικά συμπτώματα είναι πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία και ανορεξία. Για να αποφευχθεί, χρειάζεται συχνή φροντίδα και περιποίηση του τραύματος με άσηπτη τεχνική. Η συγκεκριμένη επιπλοκή εμφανίζεται σε περιπτώσεις λαπαροτομίας

Ρήξη τραύματος: αν η υστερεκτομή έγινε λαπαροτομικά και αν η ασθενής είναι παχύσαρκη ή κάνει συχνούς και βίαιους εμετούς ή έντονο βήχα, υπάρχει κίνδυνος ρήξης τραύματος. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο νοσηλευτής υποστηρίζει το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης, καταστολή του εμετού ή του βήχα και συμβουλεύει τον ασθενή να κρατάει με τις παλάμες του το τραύμα όταν βήχει. (Ignatavicius & Workman, 2008)

Διδασκαλία ασθενούς πριν την έξοδο από το νοσοκομείο

Όταν η ασθενής είναι έτοιμη να βγει από το νοσοκομείο, πρέπει να γίνει διδασκαλία για το ότι:

- Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα
- Χρειάζεται ορμονική αντικατάσταση, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε υστερεκτομή με ωθηκεκτομή/σαλπιγγοτομή
- Η ασθενής πρέπει να αποφεύγει να σηκώνει βαριά αντικείμενα για δύο περίπου μήνες ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες όπως οδήγηση ή ανέβασμα σκάλας για πρόληψη διάσπασης τραύματος. Παρ'όλα αυτά, καλή είναι η ελαφριά άσκηση γιατί αποτρέπει το αίμα να λιμνάσει στην πύελο και να δημιουργηθούν θρομβοεμβολές.
- Η συνουσία θα πρέπει να αποφεύγεται για 6-8 εβδομάδες μετά το χειρουργείο
- Η ποσότητα κοιλιακής έκκρισης με καφεοειδές χρώμα θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει
- Η ασθενής θα πρέπει να μπει σιγά σιγά στην καθημερινή της ρουτίνα, έτσι ώστε να αποφευχθούν συμπτώματα κατάθλιψης και αποθάρρυνσης. Σε περίπτωση που νιώσει την ανάγκη να μιλήσει για άσχημα συναισθήματα, να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό για να την βοηθήσει.
- Χρειάζεται να τρέφεται πολύ καλά και να επαναλαμβάνει τους εργαστηριακούς ελέγχους που της έχει συστήσει ο γιατρός της. (Corner & Bailey, 2006)

6.1.3 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία

Από την στιγμή που ο νοσηλευτής θα έρθει σε επαφή με την ασθενή που θα υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία, ξεκινά η νοσηλευτική φροντίδα αυτής. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να:

- Ενημερώσει την ασθενή για την φύση της θεραπείας, τον σκοπό και τις παρενέργειες της.
- Επεξηγήσει την διαδικασία με απλά λόγια και να δώσει πληροφορίες για την διάρκειά της και για το αν θα πονέσει η ασθενής.
- Λάβει προληπτικά μέτρα για την προστασία του περιβάλλοντος από το ραδιοϊσότοπο.



- Λάβει μέτρα για την προσωπική του προστασία από το ραδιοϊσότοπο
- Τονώσει την ψυχολογία του ασθενή και να της τονίσει ότι η ακτινοβολία αποσκοπεί στην καταστροφή του καρκίνου.
- Συμβουλέψει την ασθενή για το πώς να περιποιείται τον εαυτό της κατά την διάρκεια της ακτινοβολίας. Να μη φοράει στενά ρούχα, να χρησιμοποιεί φαρμακευτικά προϊόντα με ουδέτερο pH και χωρίς οινόπνευμα και αρώματα, για να μην ερεθίζεται το δέρμα, να αποφεύγει το ξύρισμα, Επίσης, θα πρέπει να αποφεύγει τον ήλιο και το κρύο. (Μαλγαρινού&Κωνσταντινίδου, 2001)

Παρενέργειες ακτινοθεραπείας και αντιμετώπιση τους

Ναυτία και έμετοι: Χορηγούνται ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντισταμινικά, μετά από ιατρική οδηγία. Επίσης, δίνονται γεύματα υψηλής θερμιδικής αξίας. Η ασθενής παρακολουθείται στενά.

Αντιδράσεις από το δέρμα: Ο νοσηλευτής ελέγχει το δέρμα της ασθενούς για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση και προσπαθεί να προστατεύει την ακτινοβολούμενη περιοχή από τον ερεθισμό.

Διάρροια: Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά μετά από ιατρική οδηγία.

Αντιδράσεις από την στοματική κοιλότητα: Η ασθενής χρειάζεται να έχει καλή στοματική υγιεινή για να απομακρύνονται οι νεκρωμένοι ιστοί και να αποφεύγει τις ερεθιστικές ουσίες όπως κάπνισμα, αλκοόλ, πικάντικα φαγητά.

Καταστολή λειτουργίας μυελού των οστών: Η ασθενής θα πρέπει να προστατεύεται από λοιμώξεις και τραυματισμούς και να παρακολουθείται στενά για σημεία λοίμωξης και αιμορραγίες. Αν η ασθενής παρουσιάσει γενικά συμπτώματα όπως αίσθημα κόπωσης και αδυναμίας, ίσως χρειαστεί να ενημερωθεί το οικογενειακό της περιβάλλον για να λάβει βοήθεια στην καθημερινή της ζωή. (Ignatavicius& Workman, 2008))

6.1.4 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι μία πολύ επιθετική μορφή θεραπείας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προστατεύει και να παρακολουθεί την ασθενή συνέχεια. Για την προσωπική του ασφάλεια, προστατευτικά μέτρα πρέπει να λάβει και ο νοσηλευτής. Η ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς σε αυτό το στάδιο είναι πολύ σημαντική, καθώς θα αλλάξει πολλά πράγματα στη ζωή της η χημειοθεραπεία. Ψυχολογική ενίσχυση θα πρέπει να λάβει και η οικογένεια της ασθενούς. (Ignatavicius& Workman, 2008)

Ο νοσηλευτής κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας προβαίνει στις εξής ενέργειες:

Συναισθηματική προσέγγιση της ασθενούς και ενημέρωσή της με κατατοπιστικές συζητήσεις: η χημειοθεραπεία θα αλλάξει το σωματικό είδωλο της ασθενούς και αυτή θα πρέπει να είναι ενημερωμένη γι' αυτό, για να μπορέσει σιγά σιγά να το αποδεχτεί. Ο νοσηλευτής πρέπει να εξηγήσει στην ασθενή ότι όλες οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν είναι τίποτα μπροστά στην ευεργετική δράση των



φαρμάκων αυτών. Επιπλέον, ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει την ασθενή να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της και την καθησυχάσει σε κάθε περίπτωση.

Λήψη ιστορικού και γενική αξιολόγηση της αρρώστου. Γίνεται προσπάθεια η ασθενής να τρέφεται σωστά, να διατηρείται το δέρμα της σε καλή κατάσταση, καθώς επίσης και η στοματική της υγιεινή και να ενισχύεται η κινητική δραστηριότητα.

Αποφυγή λοιμώξεων: γίνεται σχολαστική καθαριότητα της ασθενούς και αλλαγή της συσκευής ενδοφλέβιας έγχυσης κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

Λήψη μέτρων αν το φάρμακο έρθει σε επαφή με το δέρμα της ασθενούς : γίνεται πλύσιμο με άφθονο νερό

Λήψη μέτρων για την αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών: παρακολουθείται συχνά η έγχυση και η περιοχή γύρω από το σημείο φλεβοκέντησης.

Παρακολούθηση λευκών αιμοσφαιρίων, αιμοπεταλίων και λήψη ζωτικών σημείων ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Παρακολούθηση συχνότητας εμέτων και ο χαρακτήρας αυτών: αν οι εμετοί έχουν μεγάλη συχνότητα, χορηγούνται αντιεμετικά μετά από ιατρική οδηγία, γίνεται προσεκτική επιλογή των γευμάτων, να είναι μικρά και συχνά.

Παρακολούθηση διαρροϊκών κενώσεων (χρώμα, ποσότητα, ποιότητα): για αποφυγή των διαρροϊκών κενώσεων περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο, χορηγούνται φάρμακα και υγρά.

Παρακολούθηση λειτουργικότητας ζωτικών οργάνων, όπως το ήπαρ και τα νεφρά.

Παρακολούθηση ορμονικών αλλαγών στην ασθενή όπως αμηνόρροια και διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου. Ενημερώνεται η ασθενής ότι για μερικούς μήνες μετά την χημειοθεραπεία δεν θα πρέπει να μείνει έγκυος για αποφυγή τερατογένεσης.

Ενημέρωση ασθενούς για την ζωή της μετά την χημειοθεραπεία: δίνονται οδηγίες περιποίησης του σώματος, καθησυχάζεται η ασθενής για το ότι τα μαλλιά της θα φυτρώσουν ξανά και δίνονται έντυπες πληροφορίες για κάθε ζήτημα που μπορεί να την απασχολεί σχετικά με την υγεία της. (Κάρλου&Σουρτζή, 2006)

Αντιμετώπιση επιπλοκών χημειοθεραπείας:

Καταστολή μυελού των οστών:

Λευκοπενία: γίνεται παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων. Σε περίπτωση μεγάλης πτώσης αυτών, διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός. Επίσης, γίνεται λήψη θερμοκρασίας, καθώς άνοδος αυτής μπορεί να σημαίνει φλεγμονή.

Θρομβοπενία: αν η ασθενής έχει αιμοπετάλια κάτω από 50.000/ mm³ θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο. Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης αιμορραγιών όπως περιορισμός υποδορίων και ενδομυϊκών ενέσεων. Αν οι ενέσεις είναι απαραίτητες, ασκείται πίεση στο σημείο για 3 λεπτά. Επιπλέον, περιοδική άσκηση πιέσεως σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος πρέπει να είναι μικρής διάρκειας (πχ. Ασκός πιεσόμετρου). Δίνονται συμβουλές στην ασθενή να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας (βίαιο καθάρισμα μύτης, σκληρή οδοντόβουρτσα, κλπ).

Αναιμία: παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη της ασθενούς και η κατάσταση της (να μην παρουσιάσει ωχρότητα, κόπωση, απάθεια). Βοηθείται η άρρωστος με διαιτολόγιο πλούσιο σε σίδηρο και αποφεύγει την κόπωση (Αθανάτου, 2000)



Διαταραχές γαστρεντερικού συστήματος:

Ναυτία-εμετοί: παρακολουθείται η συχνότητα και ο χαρακτήρας των εμετών και λαμβάνονται μέτρα πρόληψης, όπως αντιεμετικά φάρμακα. Επιπλέον, η χορήγηση του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου προτιμάται να γίνεται με άδειο στομάχι ή την ώρα που η ασθενής θα κοιμηθεί. Μόλις παρουσιαστεί ναυτία, δίνονται στην ασθενή μικρά κομμάτια πάγου.

Διάρροια: παρακολουθείται η συχνότητα και η περιεκτικότητα της κένωσης. Γίνονται ενέργειες για αποφυγή αφυδάτωσης της ασθενούς με τη λήψη πολλών υγρών και ηλεκτρολυτών, αποφεύγονται τροφές με κυτταρίνη και δίνονται τα ανάλογα φάρμακα.

Στοματίτιδες: παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας για ξηρότητα, ερυθρότητα ή φλεγμονές. Γίνεται πρόληψη της στοματίτιδας με καλή στοματική υγιεινή και επάλειψη χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές τη μέρα

Νευροτοξικότητα:

Παρακολουθείται η ασθενής για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρύς πόνος στα χέρια και τα πόδια ή συμπτώματα βαριάς νευροπάθειας όπως μείωση δύναμης στα χέρια, απώλεια συντονισμού, πτώση πέλματος, κλπ. Με την πρώτη εμφάνιση των λειτουργικών συμπτωμάτων, ενημερώνεται ο γιατρός γιατί ίσως χρειαστεί αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας.

Ηπατοτοξικότητα και νεφροτοξικότητα:

Παρακολουθούνται οι λειτουργίες των δύο αυτών οργάνων με τις κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις. Αν εμφανιστούν συμπτώματα όπως οιδήματα, ίκτερος, υψηλός πυρετός, ενημερώνεται ο γιατρός.

Ορμονικές διαταραχές:

Αν η ασθενής εμφανίσει αμηνόρροια ή διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου, την ενημερώνουμε ότι πρόκειται για κάτι περιοδικό.

Αλωπεκία: για μείωση της αλωπεκίας, κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή, εφαρμόζεται ελαστικός επίδεσμος με παγοκύστη στο κεφάλι. Όταν η αλωπεκία φτάσει σε προχωρημένο στάδιο, τα μαλλιά ξυρίζονται και το κεφάλι καλύπτεται με μαντήλι. Η ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει και περούκα. Χρειάζεται μεγάλη ψυχολογική υποστήριξη σε αυτό το στάδιο από το νοσηλευτή αλλά και από το περιβάλλον της. (Κάρλου&Σουρτζή, 2006)

6.2 Αντιμετώπιση καρκινικού πόνου

Η καρκινοπαθής ασθενής πονάει σωματικά, αλλά και ψυχικά, καθώς είναι πολλά τα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσει και πάσης φύσεως.

Ο πόνος μπορεί να προέρχεται από τον ίδιο τον όγκο, από απομακρυσμένες επιδράσεις του όγκου, από τις διαγνωστικές δοκιμασίες ή από τις επιπλοκές των θεραπειών. Ταξινομείται ανάλογα με τη διάρκεια του, την αιτία και την εντόπιση.



Ωστόσο, ο πόνος είναι υποκειμενικό ζήτημα. Η προσεκτική κλινική εκτίμηση μπορεί να εντοπίσει την παθοφυσιολογία του πόνου. Τα συμπτώματα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη για να γίνει η κατάλληλη αντιμετώπιση. (Ignatavicius & Workman, 2008). Ο βαθμός που η άρρωση μπορεί να ανεχθεί τον πόνο επηρεάζεται από:

- Την έννοια που έχει ο πόνος στην άρρωση
- Τα ήθη, τα έθιμα και το πολιτιστικό επίπεδο της
- Την πείρα πόνου που είχε στο παρελθόν
- Το άγχος
- Την γενική κατάσταση της αρρώστου

Ο νοσηλευτής μπορεί να μειώσει τον πόνο της ασθενούς με ενέργειες όπως:

- Μείωση των παραγόντων που προκαλούν άγχος στην άρρωση
- Καθαριότητα της ασθενούς
- Ευχάριστη προσέγγιση και ήπιο τόνο φωνής
- Διερεύνηση της αιτίας του πόνου
- Συζήτηση με την ασθενή για την περιγραφή του πόνου

Εκτός από τις θεραπείες που γίνονται για την αντιμετώπιση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας, ο καρκινικός πόνος αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική υποστήριξη. Σε ασθενείς με ήπιο πόνο τα μη ναρκωτικά φάρμακα όπως η ασπιρίνη, η παρακεταμόλη ή κάποιο μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες μπορούν να έχουν επιτυχή αντιμετώπιση του πόνου.

Σε ασθενείς όπου ο πόνος είναι μεγαλύτερος, χρησιμοποιούνται ισχυρά αναλγητικά όπως προσθοξυφαίνη. Σε ασθενείς όπου ο πόνος αυξάνεται χρησιμοποιείται η κωδεΐνη, που ανήκει στην κατηγορία των ελαφρά οπιούχων. Τέλος, σε ασθενείς όπου ο πόνος είναι ανυπόφορος και δυσκολεύει βασικές λειτουργίες, χρησιμοποιείται η μορφίνη. Πρόκειται για ισχυρό ναρκωτικό και πρέπει οι νοσηλευτές να είναι πολύ προσεκτικοί στην χορήγησή του και πάντα μετά από ιατρική οδηγία, όπως όλα τα φάρμακα. (Αθανάτου, 2000)

Ψυχοσωματικός πόνος

Ο πόνος της ασθενούς μπορεί να προέρχεται από ψυχολογικά αίτια. Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας «χτυπάει» την γυναίκα σε πολύ σημαντικά όργανα γι' αυτή, όργανα συνδεδεμένα με τη δημιουργία ζωής. Επιπλέον, οι διάφορες θεραπείες που αλλοιώνουν το σωματικό είδωλο γεμίζουν την γυναίκα με αρνητικά συναισθήματα.

Ο ψυχοσωματικός πόνος δεν είναι όπως τον σωματικό, αρχίζει από την στιγμή που βγαίνει το τεστ παπ με ύποπτα αποτελέσματα. Η γυναίκα φοβάται για το μέλλον της υγείας της, νιώθει υπεύθυνη πολλές φορές για αυτό που της συμβαίνει, ανησυχεί μήπως δεν μπορεί να νιώσει «ολοκληρωμένη γυναίκα» ξανά. Όσο η νόσος εξελίσσεται, η ψυχολογία της ασθενούς διαταράσσεται όλο και πιο πολύ. Οι θεραπείες επηρεάζουν το σώμα της, την διάθεσή της και την καθημερινότητά της.

Η ασθενής περνάει από όλα τα στάδια μέχρι την αποδοχή της κατάστασης: το στάδιο της άρνησης, το στάδιο της εξέγερσης εναντίον της μοίρας της (γιατί εγώ και όχι άλλη?), το στάδιο της ανταλλαγής (αν κάνω αυτό, θα γίνω καλά), το στάδιο της κατάθλιψης και τέλος το στάδιο της παραδοχής.

Ο νοσηλευτής σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σταθεί στο πλάι της σαν φίλος. Να την προσεγγίζει κάθε φορά με λεπτότητα, να μην ασκεί ποτέ κριτική και να δέχεται ακόμα και άσχημες συμπεριφορές της ασθενούς. Ιδιαίτερα αν πρόκειται για



ασθενείς σε τελικό στάδιο, θα πρέπει να είναι διακριτικός, να σέβεται τις επιλογές της και να είναι ειλικρινής μαζί της. (Ignatavicius & Workman, 2008)

Γενικότερα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να σκέφτεται ότι αυτός ο άνθρωπος νοσεί σωματικά και ψυχικά και να του συμπεριφέρεται σαν να είναι κάτι «εύθραυστο», με αγάπη και υπομονή.

6.3 Αποκατάσταση καρκινοπαθούς

Με τον όρο αποκατάσταση εννοούμε την επαναφορά του ατόμου στην κατάσταση που ήταν πριν την νόσο και την αλλαγή που αυτή έφερε στη ζωή του. Ο νοσηλευτής οφείλει να βλέπει την ασθενή σαν ψυχο-σωματο-κοινωνική οντότητα και η αποκατάστασή της θα πρέπει να στοχεύει σε αυτές τις τρεις παραμέτρους.

Σωματική αποκατάσταση: αρχίζει από την στιγμή που θα διαγνωσθεί ο καρκίνος. Μετά τις επεμβάσεις, η ασθενής θα πρέπει να προσέχει την υγεία της, να ασκείται στον βαθμό που της επιτρέπεται και να κάνει τακτικά εξετάσεις για να παρακολουθείται η πορεία της υγείας της. Επιπλέον, θα πρέπει να ακολουθεί πιστά τις οδηγίες που θα τις δώσει ο γιατρός της.

Ψυχική αποκατάσταση: η ασθενής έχει ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη για να αντέξει όλα αυτά τα οποία περνάει εξαιτίας της νόσου. Το περιβάλλον της, αλλά και ειδικοί μπορούν και πρέπει να την βοηθήσουν. Η κακή ψυχολογία είναι αρνητικό στοιχείο και επηρεάζει και σωματική της υγεία, γι' αυτό πρέπει να ενισχυθεί ψυχολογικά η ασθενής με κάθε τρόπο. Υπάρχουν ειδικά προγράμματα που μπορεί να ακολουθήσει, αλλά ακόμα κι αν δεν επιλέξει αυτό τον τρόπο, χρειάζεται ανθρώπους να την στηρίζουν και της δίνουν ελπίδα. Σημαντικό βήμα για την ψυχική της αποκατάσταση είναι η ανάκτηση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Χρειάζεται να δοθεί χρόνος στην ίδια από τον σύντροφό της και η ίδια να μην αφήσει την νόσο να καθορίσει την ερωτική της έκφραση.

Κοινωνική αποκατάσταση: η ασθενής πρέπει να επιστρέψει στις καθημερινές της ασχολίες το συντομότερο δυνατό-ακόμα και κάτω από πίεση. Αυτό θα την βοηθήσει να ενταχθεί ξανά στην κατάσταση που ζούσε μέχρι τώρα, θα την βοηθήσει να αποσπαστεί από την νόσο και να έχει καλύτερη ψυχολογία. Οι ειδικοί συστήνουν συχνά εργοθεραπεία για την αποκατάσταση των καρκινοπαθών. Το περιβάλλον της οφείλει να την παροτρύνει να συνεχίσει την ζωή της και να μην γίνει παθητικός δέκτης όσων της συνέβησαν. Ακόμα και κατά την διάρκεια των θεραπειών, μπορεί να εργάζεται, να διασκεδάσει, να ασκείται, κλπ. (Nies M. & McEwen, 2001)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ



7.1 Νοσηλευτική διεργασία

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι η συστηματική, δυναμική, ανθρωπιστική, επιστημονική διαδικασία, με σκοπό την αναζήτηση και την επίλυση των προβλημάτων του/της ασθενούς. Είναι «εργαλείο» δουλειάς για τον νοσηλευτή και συμπληρώνει τις άλλες επιστήμες υγείας. Τα στάδια της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι:

- Νοσηλευτική Εκτίμηση-καταγραφή προβλημάτων ασθενούς
- Αντικειμενικοί σκοποί για την επίλυση των προβλημάτων
- Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας
- Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας
- Αξιολόγηση αποτελεσμάτων

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- Η διατήρηση της υγείας του ατόμου
- Η πρόληψη της νόσου
- Η προαγωγή της ανάρρωσης
- Η αποκατάσταση της ευεξίας και της λειτουργικότητας του ατόμου.

Στην νοσηλευτική διεργασία, για την επίλυση των προβλημάτων συλλέγονται πληροφορίες από τον άρρωστο, την οικογένεια του και άτομα του περιβάλλοντός του, αλλά και από τα ιατρικά δελτία που αφορούν τον άρρωστο. (Nies M.&Mcewen M, 2001)

Παρακάτω αναλύονται οι περιπτώσεις δύο γυναικών που ήρθαν αντιμέτωπες με τον καρκίνο



ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

ΙΑΤΡΙΚΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Δημογραφικά στοιχεία

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: Ψ

Όνομα πατρός: Ψ

Ηλικία: 68 ετών

Τόπος γέννησης: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Επάγγελμα: Οικιακά

Ασφαλιστικός φορέας: ΟΓΑ

Θρησκεία: Χ.Ο

Επίπεδο σπουδών: απόφοιτη δημοτικού

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Τέκνα: κανένα

Αριθμός προηγούμενων εισαγωγών: καμία

Ημερομηνία εισαγωγής: 18/12/2012

Διάγνωση Εισαγωγής: Καρκίνος τραχήλου μήτρας σταδίου Ια

Πηγή ιστορικού: η ίδια η ασθενής

Ασθενής ονόματι Ψ, ετών 68, προσήλθε στις 13/12/2012 στα Τ.Ε.Ι του 409 Δ.Ν. Πατρών. Η κυρία Ψ είχε κλείσει ραντεβού με σκοπό να αξιολογήσει γυναικολόγος γενικές γυναικολογικές εξετάσεις και εξετάσεις για καρκινικούς δείκτες που είχε κάνει η κυρία μετά από προτροπή γενικού ιατρού.

Ο γιατρός προς μεγάλη του έκπληξη (καθώς η κυρία δεν είχε κανένα σύμπτωμα) διαπίστωσε πως τα επίπεδα του SCC καρκινικού δείκτη ήταν 50% αυξημένα, πράγμα που δηλώνει παρουσία καρκίνου στον τράχηλο. Το βασικότερο κριτήριο για την εισαγωγή της κυρίας στο νοσοκομείο ήταν το test pap το οποίο ήταν κλάσης IV-V. Η κυρία δεν είχε θορυβηθεί, καθώς δεν είχε γνώση περί της σημασίας των αποτελεσμάτων του τεστ pap. Αποφασίστηκε να γίνει άμεση βιοψία τραχήλου, η οποία έδειξε καρκίνο σταδίου Ια και άμεση εισαγωγή στην γυναικολογική κλινική με διάγνωση καρκίνου τραχήλου μήτρας. Επιπλέον, αποφασίστηκε ριζική ολική υστερεκτομή, δεδομένου ότι ηλικιακά δεν υπήρχε δυνατότητα τεκνοποίησης.

Στις 18/12/2012 η ασθενής εισήχθη στο χειρουργείο στις 8.00πμ όπου υποβλήθηκε σε ριζική ολική υστερεκτομή με γενική αναισθησία και εξήχθη στις 11.00. Η ασθενής παρουσίασε γενικά καλή μετεγχειρητική πορεία και στις 30/12/2012 εξήλθε από το νοσοκομείο. Ο γιατρός συνέστησε χημειοθεραπεία για καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας, ωστόσο η ασθενής αρνήθηκε πιστεύοντας ότι η εγχείρηση ήταν αρκετή και η ηλικία της δεν της επιτρέπει μεγαλύτερη ταλαιπωρία του εαυτού της.

Γενικές πληροφορίες

Ημερομηνία εισαγωγής: 15/12/2012

Ωρα παραλαβής: 09.30 πμ



Είδος εισαγωγής: προγραμματισμένη
Τρόπος μεταφοράς: περιπατητικός
Συνοδεύεται από: τον σύζυγό της
Της πληροφορίες δίνει: η ασθενής

Ατομικό Αναμνηστικό:

Αλλεργίες: καμία
Λοιμώδη νοσήματα: κανένα
Νοσήματα ενήλικα: κανένα
Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής: καμία
Περιοδικές εξετάσεις: αναφέρει τακτικό αιματολογικό έλεγχο κάθε εξάμηνο
Εμβόλια: αναφέρει πλήρη εμβολιασμό παιδικής ηλικίας

Γυναικολογικό ιστορικό:

Ηλικία πρώτης περιόδου: 12 ετών
Ηλικία τελευταίας περιόδου: 53 ετών
Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής: 19 ετών
Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων: 3
Γυναικολογικά νοσήματα: η κυρία αναφέρει συχνές κολπίτιδες
Τελευταίο τεστ παπ: πριν 7 χρόνια. Είχε βγει κατηγορίας I-II με ενδείξεις μέτριας τραχηλίτιδας. Ο γυναικολόγος που παρακολουθούσε την κυρία τότε δεν το αξιολόγησε ως ανησυχητικό και της συνέστησε να το επαναλάβει σε ένα χρόνο, κάτι που η κυρία αμέλησε να κάνει.

Οικογενειακό ιστορικό:

Ο πατέρας της έπασχε από αρτηριακή υπέρταση και πέθανε σε ηλικία 80 ετών από φυσικά αίτια. Η μητέρα της πέθανε σε ηλικία 82 ετών από φυσικά αίτια. Η αδελφή της έπασχε στο παρελθόν από καρκίνο μαστού, έκανε ολική μαστεκτομή και ζει ακόμα (59 ετών). Τα αδέρφια της, 70 και 65 ετών, ζουν χωρίς πρόβλημα υγείας.

Ο σύζυγός της, 67 ετών, έχει κάνει μία χειρουργική επέμβαση κύστης κόκκυγας πριν 20 χρόνια.

Παρούσα κατάσταση:

Διάγνωση εισόδου: καρκίνος τραχήλου μήτρας
Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή: κανένα
Ζωτικά σημεία: Αρτηριακή Πίεση: 120/90mmHg
Σφίξεις: 98/min
Θερμοκρασία: 36.8°C
Αναπνοές: 12/min

Βάρος: 65 κιλά

Εξέταση κατά συστήματα:

Αισθητήρια όργανα
Ομιλία: καλή
Όραση: πρεσβυωπία
Ακοή: καλή



Αναπνευστικό

Αναπνοή: φυσιολογική

Βήχας: απουσία βήχα

Κυκλοφορικό

Καρδιακός ρυθμός: ρυθμικός

Πεπτικό

Δίαιτα: ελεύθερη, με λίγα λιπαρά. Η κυρία προσέχει να μην λαμβάνει πολλά λιπαρά καθώς προσέχει το βάρος της.

Όρεξη: καλή

Διαταραχές πεπτικού: καμία

Κένωση εντέρου: 1 φορά τη μέρα

Ουροποιητικό

Η κυρία αναφέρει απώλεια ούρων μερικές φορές. Χαλάρωση τοιχωμάτων ουροδόχου κύστεως με αποτέλεσμα απώλεια ούρων

Μυοσκελετικό:

Αυτοεξυπηρέτηση: ναι

Βάδιση: κανονική

Ιστορικό καταγμάτων: κανένα

Η κυρία περπατάει καθημερινά περίπου 3 χιλιόμετρα για εκγύμναση

Ενδοκρινικό: φυσιολογικό

Ψυχική διανοητική κατάσταση: Ανήσυχη

Επικοινωνία: προφορική

Νευρικό:

Επίπεδο συνείδησης: προσανατολισμένη σχετικά με τον τόπο-χρόνο-πρόσωπα

Κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες:

Κάπνισμα: ναι, 1 πακέτο ημερησίως

Χρήση αλκοόλ: όχι

Ύπνος: 8 ώρες το 24ωρο

Ενδιαφέροντα: περπάτημα, πλέξιμο

Σύνθεση οικογένειας:

Ζει με τον σύζυγό της

Σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον: καλή

Οικονομική κατάσταση: μέτρια

Φάρμακα που παίρνει: δεν παίρνει φάρμακα, αλλά συμπληρώματα διατροφής με βιταμίνες, σίδηρο και μέταλλα.



Την προηγούμενη μέρα από το χειρουργείο έγιναν οι κατάλληλες ιατρικές εξετάσεις που όρισαν οι γιατροί και γενική προεγχειρητική προετοιμασία της αρρώστου.

Οι νοσηλευτές μετέφεραν την ασθενή σε δίκλινο δωμάτιο, ήρεμο και φωτεινό. Φρόντισαν να είναι καθαρή και έγινε υποκλυσμός μετά από ιατρική οδηγία.



Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

<i>Νοσηλευτική Εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
Η ασθενής παρουσιάζει άγχος και φόβο για την επέμβαση καθώς και τις συνέπειες της εγχείρησης στην θηλυκότητά της	- Να απαλλαγεί η ασθενής από το άγχος και το φόβο της έως τη στιγμή εισαγωγής στο χειρουργείο -	-Να εξηγηθεί η διαδικασία στην ασθενή χρησιμοποιώντας απλή ορολογία, προσαρμοσμένη στο γνωστικό της επίπεδο -Να δοθούν συμβουλές καθώς και ψυχολογική υποστήριξη για την εξάλειψη του άγχους. (Το άγχος των συγγενών επηρεάζει άμεσα και την ασθενή) -Να εφαρμοστούν τεχνικές χαλάρωσης όπως βαθιές αναπνοές, απόσπαση της προσοχής και συγκέντρωση σε άλλα θέματα -Να ολοκληρωθεί ο προεγχειρητικός έλεγχος και προετοιμασία της ασθενούς χωρίς δημιουργία άγχους -Ενημέρωση και ακριβή, όσο γίνεται, τήρηση στο	-Δόθηκαν στην ασθενή οι απαραίτητες εξηγήσεις σχετικά με το χειρουργείο και δόθηκαν απαντήσεις σε όλες τις απορίες της. -Εξασφαλίστηκε κατάλληλο περιβάλλον, ήσυχο, με χαμηλό φωτισμό και θέρμανση -Έγινε προεγχειρητικός έλεγχος χωρίς καθυστερήσεις.	-η ασθενής εξωτερέκευσε τις ανησυχίες της, τους φόβους της και τα συναισθήματά της -η εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και οι τεχνικές χαλάρωσης συνέβαλαν στο να είναι η ασθενής ήρεμη



Καρκίνος τραχήλου της μήτρας: νοσηλευτική παρέμβαση και πρόληψη

		<p>πρόγραμμα του χειρουργείου</p> <ul style="list-style-type: none">-Εξασφάλιση ήρεμου και αναπαυτικού περιβάλλοντος-Να δημιουργηθεί ζεστό και φιλικό περιβάλλον για την ασθενή-Να παραχθεί ψυχολογική υποστήριξη		
--	--	---	--	--



Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

<i>Νοσηλευτική Εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-Χειρουργική επέμβαση 18-02-2012 Ολική υστερεκτομή	-Η ασθενής να είναι καθόλα έτοιμη για το χειρουργείο -Να ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση χωρίς προβλήματα-επιπλοκές	-Ενημέρωση ασθενούς για το είδος-σκοπό και διάρκεια του χειρουργείου -Τόνωση ηθικού -Προετοιμασία εντερικού σωλήνα, σύσταση να ουρήσει -Χορήγηση προνάρκωσης-αφαίρεση ξένων αντικειμένων και χειρουργική ενδυμασία στην ασθενή -Λήψη ζωτικών σημείων και συμπλήρωση του προεγχειρητικού δελτίου που συνοδεύει την ασθενή -Καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας	-Η ασθενής ενημερώθηκε για το χειρουργείο και απαντήθηκαν όλες οι απορίες της. -Η ασθενής δεν σιτίστηκε και έγινε χαμηλός υποκλυσμός το πρωί, την ημέρα της επέμβασης. -Έγινε λήψη ζωτικών σημείων:Α.Π 120/70mmg Σφ: 95, Θερμ: 36,4°c, Αναπν: 21/min -Χορηγήθηκαν σταγόνες προνάρκωσης Dormicum -Η ασθενής ντύθηκε με την ειδική στολή χειρουργείου -Συμπληρώθηκε το προεγχειρητικό δελτίο καθώς και το φύλλο νοσηλείας.	-Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία με επιτυχία, ο υποκλυσμός απέδωσε, η ασθενής ούρησε. -Η μιδαζολάμη (midazolam) είναι παράγωγο της ομάδας των ιμιδαζοβενζοδιαζεπινών με κατασταλτική και υπναγωγό ενέργεια σημαντικού βάθους. Η μιδαζολάμη είναι ένας δραστικός κατασταλτικός παράγοντας που απαιτεί ρύθμιση δόσεως και αργή χορήγηση. Η ρύθμιση συνιστάται επισταμένως ώστε να εξασφαλιστεί ακίνδυνα το επιθυμητό επίπεδο καταστολής σύμφωνα με την κλινική ανάγκη, τη φυσική κατάσταση,την ηλικία και τη συγχορήγηση άλλων φαρμάκων.



Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

<i>Νοσηλευτική εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-Χειρουργικό τραύμα	-Να ανακουφισθεί η ασθενής από τα συμπτώματα του τραύματος -Να επουλωθεί το τραύμα όσο το δυνατό γρηγορότερα -Πρόληψη επιπλοκών	-Περιποίηση χειρουργικού τραύματος σύμφωνα με τις νοσηλευτικές αρχές. -Χρήση άσηπτης τεχνικής κατά την διάρκεια της περιποίησης καθώς και χρήση αποστειρωμένου υλικού -Παρακολούθηση χειρουργικού τραύματος για τυχόν αιμορραγία -Να δοθεί στην ασθενή κατάλληλη θέση έτσι ώστε να έχουμε χάλαση των μυών και άρση της πίεσης στο χειρουργικό τραύμα -χρήση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες -Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα Εκτίμηση και επανεκτίμηση χειρουργικού τραύματος	-Ζωτικά σημεία: Α.Π.100/70 mmHg Σφ.: 96/min Θερμ: 36,1°c Αναπν. 16 -Έγινε περιποίηση του τραύματος με άσηπτη τεχνική και χρήση αποστειρωμένου υλικού	-Δεν παρατηρήθηκαν σημεία μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος -Δεν εμφανίστηκαν επιπλοκές από το χειρουργικό τραύμα -Παρατηρήθηκε σταδιακή επούλωση του τραύματος



Καρκίνος τραχήλου της μήτρας: νοσηλευτική παρέμβαση και πρόληψη

		και της ασθενούς για να αποφευχθούν οι επιπλοκές από το τραύμα		
--	--	--	--	--



<i>Νοσηλευτική εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-πόνος οφειλόμενος στην επέμβαση	-Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο -Να απαλλαγθεί η ασθενής από τον πόνο	-Αντικειμενική εκτίμηση του πόνου -Να της ζητηθεί να περιγράψει τον πόνο της με την βοήθεια εκφράσεων του προσώπου της ή αριθμητικής κλίμακας του πόνου -Μείωση παραγόντων που αναστατώνουν την ασθενή -Διερεύνηση παραγόντων πόνου -Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες -Προσεκτική παρακολούθηση και καταγραφή της ανταπόκρισης της ασθενούς στα αναλγητικά φάρμακα -Λήψη ζωτικών σημείων για πιθανή αυξημένη καρδιακή συχνότητα και πίεση του αίματος. -Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος	-Η ασθενής αναφέρει ότι ο πόνος της σύμφωνα με την αριθμητική κλίμακα είναι 9/10 -Ζωτικά σημεία: Α.Π. 100/70mmHg, Σφ.:96/min Θερμ.:36,1°C,Αναπν: 16 -Χορηγήθηκε παρακεταμόλη(depon) κατόπιν ιατρικής οδηγίας -Δόθηκε κατάλληλη θέση στην ασθενή -Μειώθηκε ο θόρυβος και ο φωτισμός στο δωμάτιο	-Μισή ώρα μετά την χορήγηση του depon ο πόνος υποχώρησε, -Η παρακεταμόλη έχει ισχυρή αναλγητική και αντιπυρετική δράση, παρόμοια με αυτή του ακετυλοσαλικυλικού οξέος, ανακουφίζει γρήγορα και αποτελεσματικά από πόνους, αδιαθεσία και πυρετό επειδή απορροφάται γρήγορα από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Η παρακεταμόλη είναι ασθενής αναστολέας της βιοσύνθεσης των προσταγλανδινών στο ΚΝΣ. Αυτό εξηγεί τις αναλγητικές και αντιπυρετικές ιδιότητες. -Κατά τη διάρκεια της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου τα αναλγητικά θα πρέπει να χορηγούνται προσεκτικά λόγω της



Καρκίνος τραχήλου της μήτρας: νοσηλευτική παρέμβαση και πρόληψη

		-Καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας		υπολειμματικής δράσης των αναισθητικών παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή και υπόταση. -Η ήρεμη και ζεστή φωνή και το ήρεμο περιβάλλον ηρέμησαν την ασθενή και μείωσαν την ένταση του πόνου
--	--	--	--	---



<i>Νοσηλευτική εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-Ναυτία-έμετος εξαιτίας της γενικής νάρκωσης	-Να ανακουφιστεί και να απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα ναυτίας και τους εμετούς -Να διατηρηθεί το ισοζύγιο υγρών	-Τοποθέτηση ασθενούς σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης -Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή -Πλύση στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε εμετό -Μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών -Καταγραφή της ποσότητας, της σύστασης και της συχνότητας των εμετών στο φύλλο νοσηλείας και τη λογοδοσία.	-Χορηγήθηκαν αντιεμετικά (Primperan amp 2x3 IV) μετά από ιατρική εντολή -Τοποθετήθηκε η ασθενής σε πλάγια θέση χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο πλάι -Χορηγήθηκαν υγρά (N/S 0,9%,1000 ccX2 και L/R 500ccx1) -Καταγράφηκαν συνολικά 2 εμετοί στο φύλλο νοσηλείας -Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο	-Αποφεύχθηκε η εισρόφηση με τη σωστή θέση του σώματος-κεφαλής(πτώση επιγλωττίδας και αποφυγή εισροής των εμεσμάτων στην αναπνευστική οδό) -Η χορήγηση Primperan είχε θετικά αποτελέσματα -Το primperan έχει ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση.Επίσης, επιταχύνει την κένωση του στομάχου και την διάβαση στο λεπτό έντερο



Καρκίνος τραχήλου της μήτρας: νοσηλευτική παρέμβαση και πρόληψη

<i>Νοσηλευτική εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-Ξηρότητα στοματικής κοιλότητας λόγω γενικής νάρκωσης	-Ανακούφιση της ασθενούς -Πρόληψη στοματίτιδας	-Υγρανση των χειλιών και της γλώσσας -Πλύση στοματικής κοιλότητας -Επάλειψη χειλιών με λιπαντική ουσία	-Έγινε ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας με port-cotton ποτισμένο σε νερό -Έγιναν πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με στοματικό διάλυμα (Hexalen) πρωί-βράδυ -Έγινε επάλειψη των χειλιών με βαζελίνη	-Η ξηρότητα υποχώρησε το βράδυ της ίδιας μέρας -Απεφύχθη η στοματίτιδα λόγω συστηματικής περιποίησης της στοματικής κοιλότητας



Καρκίνος τραχήλου της μήτρας: νοσηλευτική παρέμβαση και πρόληψη

<i>Νοσηλευτική εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-Θλίψη οφειλόμενη στην απώλεια οργάνων αναπαραγωγής και στις συνέπειες στην εμφάνιση και λειτουργία του σώματος.	-Η ασθενής να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της -Η ασθενής να απαλλαγεί από την θλίψη	-Αξιολόγηση σημείων και συμπτωμάτων θλίψης(μεταβολή στις συνήθειες διατροφής, αϋπνία, θυμός) -Προτροπή ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά της με όποιον τρόπο θεωρεί κατάλληλο -Εφαρμογή μέτρων για δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης -Να ενημερωθούν οι οικείοι για τα στάδια του φαινομένου θλίψης, ενθαρρύνοντας την υποστήριξη και την κατανόησή τους -Πληροφορίες σχετικά με συμβουλευτικές υπηρεσίες και ομάδες υποστήριξης που μπορούν να βοηθήσουν στην παρούσα φάση	-Η ασθενής είναι λιγομίλητη, απόμακρη, κοιμάται ελάχιστα και κλαίει -Έγινε συζήτηση με την ασθενή για κάποια προβλήματα της όσο εκείνη το επέτρεπε -Οι οικείοι της ενημερώθηκαν και είναι δίπλα της και την υποστηρίζουν -Η ασθενής ήρθε σε επαφή με τη συμβουλευτική ομάδα -Ζήτησε και την επισκέφτηκε ο ψυχολόγος	-Η ασθενής εξέφρασε τα συναισθήματά της και παρουσίασε πρόοδο στην διαδικασία αντιμετώπισης των συναισθημάτων θλίψης



ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β'

ΙΑΤΡΙΚΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Δημογραφικά στοιχεία

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: X

Όνομα πατρός: X

Ηλικία: 42

Τόπος γέννησης: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Επάγγελμα: Δημόσια Υπάλληλος

Ασφαλιστικός φορέας: Δημόσιο

Θρησκεία: Χ.Ο

Επίπεδο σπουδών: απόφοιτη ΤΕΙ Λογιστικής

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη

Τέκνα: κανένα

Αριθμός προηγούμενων εισαγωγών: καμία

Ημερομηνία εισαγωγής: 8/10/2012

Διάγνωση Εισαγωγής: καρκίνωμα in situ

Πηγή ιστορικού: η ίδια η ασθενής

Ασθενής ονόματι X, ετών 42, προσήλθε στις 18/9/2012 στα εξωτερικά ιατρεία του 409 Δ.Ν Πατρών. Η κυρία X είχε κλείσει ραντεβού με σκοπό να πραγματοποιηθεί έλεγχος τεστ Παπ. Στις 27/9/2012 η κυρία X προσήλθε ξανά στα ΤΕΙ του νοσοκομείου για να παραλάβει την απάντηση της εξέτασης. Το τεστ παπ της βρέθηκε κλάσης III-IV (CIN3). Ο γυναικολόγος συνέστησε να γίνει κολποσκόπηση και βιοψία τραχηλικού δείγματος του οποίου η λήψη θα γινόταν κατά τη διάρκεια της κολποσκόπησης.

Η ασθενής πραγματοποίησε την κολποσκόπηση και την βιοψία στις 28/9/2012 σε εξωτερικό ιατρείο. Τα αποτελέσματα της κολποσκόπησης ήταν καρκίνωμα in situ (προδιηθητικό), σταδίου I. Έπειτα, αποφασίστηκε από τον γυναικολόγο, η ασθενής να υποβληθεί σε κωνοειδής εκτομή του τραχήλου.

Στις 9/10/2012, στις 11.30πμ η ασθενής εισήχθη στο χειρουργείο, όπου υποβλήθηκε σε κωνοειδή εκτομή τραχήλου με τοπική αναισθησία και εξήχθη στις 12.15. Η ασθενής παρουσίασε άριστη μετεγχειρητική πορεία και στις 10/10/2012 εξήλθε από το νοσοκομείο. Ο γιατρός συνέστησε επανάληψη του τεστ παπ κάθε 3 μήνες για 5 χρόνια και διατήρηση της καλής γενικής κατάστασης της υγείας της με σωστή διατροφή και άσκηση.

Γενικές πληροφορίες

Ημερομηνία εισαγωγής: 8/10/2012

Ώρα παραλαβής: 9.00 π.μ

Είδος εισαγωγής: προγραμματισμένη

Τρόπος μεταφοράς: περιπατητικός

Συνοδεύεται από: την αδελφή της

Τις πληροφορίες δίνει: η ασθενής



Ατομικό Αναμνηστικό:

Αλλεργίες: αλλεργική ρινίτιδα κάθε άνοιξη

Λοιμώδη νοσήματα: κανένα

Νοσήματα ενήλικα: κανένα

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο: καμία

Περιοδικές εξετάσεις: αναφέρει πλήρη αιματολογικό έλεγχο μία φορά το χρόνο

Εμβόλια: αναφέρει πλήρη εμβολιασμό παιδικής ηλικίας

Γυναικολογικό ιστορικό:

Ηλικία πρώτης περιόδου: 11 ετών

Ηλικία τελευταίας περιόδου: υπάρχει ακόμα περίοδος

Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων: 8

Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής: 22 ετών

Γυναικολογικά νοσήματα: αναφέρει συχνές κολπίτιδες

Τελευταίο τεστ παπ: έγινε όταν η κυρία ήταν 25 ετών και είχε βρεθεί ότι πάσχει από HPV. Έγινε εσωτερικός καυτηριασμός. Έπειτα, η κυρία μέχρι σήμερα δεν επανέλαβε την εξέταση Παπ.

Οικογενειακό ιστορικό:

Ο πατέρας της έπασχε από Χ.Α.Π και πέθανε σε ηλικία 80 ετών από εγκεφαλική αιμορραγία μετά από πτώση. Η μητέρα της είναι 68 χρονών και ζει ακόμη. Έχει δύο αδελφές, 37 και 40 ετών, χωρίς προβλήματα υγείας και έναν αδελφό 35 χρονών, υγιής επίσης.

Παρούσα κατάσταση

Διάγνωση εισόδου: καρκίνωμα in situ

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή: κανένα

Ζωτικά σημεία: Αρτηριακή πίεση: 110/70mmHg

Σφίξεις: 85/min

Θερμοκρασία: 36.5°C

Αναπνοές: 12/min

Βάρος: 60 κιλά

Εξέταση κατά συστήματα

Αισθητήρια όργανα:

Ομιλία: καλή

Όραση: υπερμετροπία

Ακοή: καλή

Αναπνευστικό:

Αναπνοή: φυσιολογική

Βήχας: απουσία βήχα

Κυκλοφορικό:

Καρδιακός ρυθμός: ρυθμικός



Πεπτικό

Δίαιτα ελεύθερη, πλούσια σε άμυλο. Η κυρία αναφέρει την προτίμησή της σε αμυλούχες τροφές.

Όρεξη: καλή

Διαταραχές πεπτικού: καμία

Κένωση εντέρου: 1-2 φορές τη μέρα

Ουροποιητικό:

Καμία αναφορά προβλήματος

Μυοσκελετικό:

Αυτοεξυπηρέτηση: ναι

Βάδιση: κανονική

Ιστορικό καταγμάτων: κανένα

Η κυρία περπατάει καθημερινά 4-5 χιλιόμετρα καθώς πηγαίνει στις υποχρεώσεις της με τα πόδια.

Ενδοκρινικό: φυσιολογικό

Ψυχική διανοητική κατάσταση: ήρεμη

Επικοινωνία: προφορική

Νευρικό:

Επίπεδο συνείδησης: προσανατολισμένη σχετικά με τον τόπο-χρόνο-πρόσωπα

Κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες

Κάπνισμα: όχι

Χρήση αλκοόλ: όχι

Ύπνος : 6-7 ώρες το 24ωρο

Ενδιαφέροντα: περπάτημα, μαγείρεμα

Σύνθεση οικογένειας:

Ζει με την μητέρα της και την μικρότερη αδελφή της.

Σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον: καλή

Οικονομική κατάσταση: μέτρια

Φάρμακα που παίρνει: κανένα

Την προηγούμενη μέρα από το χειρουργείο έγινε καρδιογράφημα στην ασθενή και αιματολογικές εξετάσεις.



Προεγχειρητική Νοσηλευτική διεργασία

<i>Νοσηλευτική εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-Η ασθενής είναι ανήσυχη σχετικά με την επέμβαση καθώς και για την πορεία της υγείας της μετά από αυτό	-- Να απαλλαγεί η ασθενής από το άγχος και το φόβο της έως τη στιγμή εισαγωγής στο	-Ενημέρωση ασθενούς σχετικά με το χειρουργείο, την διάρκεια του, την διαδικασία, την σημαντικότητα αυτού. -Να νιώσει ήρεμη και έτοιμη να προβεί σε αυτό -Να ενημερωθεί σχετικά με τις θετικές επιπτώσεις στην υγεία μετά από το χειρουργείο. -Να δημιουργηθεί σχέση εμπιστοσύνης έτσι ώστε η ασθενής να αισθάνεται πιο άνετα -Να ολοκληρωθεί ο προεγχειρητικός έλεγχος και προετοιμασία της ασθενούς χωρίς δημιουργία άγχους -Ενημέρωση και ακριβή, όσο γίνεται, τήρηση στο προγράμματος του χειρουργείου -Να εξασφαλιστεί ζεστό και ήρεμο περιβάλλον για	-Δόθηκαν στην ασθενή όσες πληροφορίες χρειαζόταν σχετικά με το χειρουργείο και λύθηκαν οι απορίες της σχετικά με το χειρουργείο, την διαδικασία και την πορεία της υγείας της μετά από αυτό -Έγινε προεγχειρητικός έλεγχος χωρίς καθυστερήσεις. -Εξασφαλίστηκε ήσυχο περιβάλλον και η ασθενής προσεγγίστηκε με φιλικό τρόπο	-Η ασθενής ηρέμησε και κατανόησε πόσο σημαντικό είναι αυτό το χειρουργείο για την υγεία της -η ασθενής μίλησε με τους οικείους της και την ενθάρρυναν λέγοντάς της πως το χειρουργείο θα την βοηθήσει να προλάβει χειρότερες επιπλοκές στην υγεία της.



Καρκίνος τραχήλου της μήτρας: νοσηλευτική παρέμβαση και πρόληψη

		την ασθενή		
--	--	------------	--	--



Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

<i>Νοσηλευτική Εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-Χειρουργική επέμβαση 09-10-12 Κωνοειδής εκτομή τραχήλου	-Η ασθενής να είναι καθόλα έτοιμη για το χειρουργείο -Να ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση χωρίς προβλήματα- επιπλοκές	-Ενημέρωση ασθενούς για το είδος-σκοπό και διάρκεια του χειρουργείου -Τόνωση ηθικού -Προετοιμασία εντερικού σωλήνα, σύσταση να ουρήσει --αφαίρεση ξένων αντικειμένων και χειρουργική ενδυμασία στην ασθενή -Λήψη ζωτικών σημείων και συμπλήρωση του προεγχειρητικού δελτίου που συνοδεύει την ασθενή -Καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας	-Η ασθενής ενημερώθηκε για το χειρουργείο και απαντήθηκαν όλες οι απορίες της. -Η ασθενής δεν σιτίστηκε και έγινε χαμηλός υποκλυσμός το πρωί, την ημέρα της επέμβασης. -Έγινε λήψη ζωτικών σημείων: Α.Π 110/65mmg Σφ: 75, Θερμ: 36,3°c, Αναπν: 20/min -Η ασθενής ντύθηκε με την ειδική στολή χειρουργείου -Συμπληρώθηκε το προεγχειρητικό δελτίο καθώς και το φύλλο νοσηλείας.	-Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία με επιτυχία, ο υποκλυσμός απέδωσε, η ασθενής ούρησε.



Μετεγχειρητική Νοσηλευτική διεργασία

<i>Νοσηλευτική Εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-ήπιος μετεγχειρητικός πόνος, ιδιαίτερα κατά το κάθισμα και το βάδισμα	-να μειωθεί ο πόνος της ασθενούς το ταχύτερο δυνατό - να απαλλαγθεί η ασθενής από τον πόνο	-Να τοποθετηθεί η ασθενής σε άνετη θέση -Χορήγηση αναλγητικών μετά από ιατρική οδηγία -Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και μείωση παραγόντων που ενοχλούν την ασθενή -Παρακολούθηση ανταπόκρισης ασθενούς στα αναλγητικά φάρμακα	-Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση στο κρεβάτι της -Χορηγήθηκε παρακεταμόλη ως παυσίπονο -Εξασφαλίστηκε ήμερο περιβάλλον, χωρίς έντονο φωτισμό και απομακρύνθηκαν παράγοντες ανησυχίας της ασθενούς	-Η χορήγηση του παυσίπονου απέδωσε και ο πόνος της ασθενούς μειώθηκε σταδιακά. -Η παρακεταμόλη είναι ισχυρό αναλγητικό και αντιπυρετικό, με αποτελεσματική δράση στους πόνους, τον πυρετό και την αδιαθεσία εξαιτίας της ταχείας απορρόφησής του από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Κατά τη διάρκεια της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου τα αναλγητικά θα πρέπει να χορηγούνται προσεκτικά λόγω της υπολειμματικής δράσης των αναισθητικών παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή και υπόταση.



Καρκίνος τραχήλου της μήτρας: νοσηλευτική παρέμβαση και πρόληψη

<i>Νοσηλευτική Εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-Η ασθενής παρουσιάζει αιματηρά κολπικά υγρά	-η ασθενής να αισθάνεται καθαρή και άνετη	-Συχνό λουτρό ασθενούς, ειδικά στην γεννητική περιοχή -Έλεγχος ποιότητας και ποσότητας αίματος στα κολπικά υγρά -ενημέρωση ασθενούς ότι πρόκειται για φυσιολογικό σύμπτωμα μετά την κωνοειδή εκτομή -Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας	-Έγινε λουτρό της ασθενούς με έμφαση στην γεννητική περιοχή -Ζητήθηκε από την ασθενή να ενημερώσει αν παρατηρήσει αυξημένη κολπική αιμορραγία -Ενημερώθηκε η ασθενής σχετικά με το φυσιολογικό του συμπτώματος	-Η ασθενής μετά το λουτρό αισθάνθηκε πιο άνετα με την υγιεινή της. Της έγινε κατανοητό ότι μετά από μία τέτοια επέμβαση είναι φυσιολογικό για λίγες μέρες να βλέπει μικρή ποσότητα αίματος στα κολπικά υγρά και θα πρέπει να είναι προσεκτική σε περίπτωση που δει αυξημένη ποσότητα αίματος.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στις μέρες μας, όπου η τεχνολογική και η επιστημονική εξέλιξη γίνεται με ραγδαίους ρυθμούς, υπάρχουν κάποια πράγματα που ακόμα τρομάζουν τον άνθρωπο, όπως ο καρκίνος και ο θάνατος. Η επιστήμη έχει κάνει μεγάλα βήματα στην αντιμετώπιση του καρκίνου και πολλές φορές καταφέρνει να τον νικάει-όχι πάντα όμως.

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας φοβίζει μόνο στο άκουσμά του, πόσο μάλλον στην πραγματικότητά του. «Θερίζει» εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο και βασανίζει άλλες τόσες.

Αυτό που πρέπει να γίνει κατανοητό είναι ότι **ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΛΗΦΘΕΙ** με απλές εξετάσεις, και ότι **ΜΠΟΡΕΙ** να χάσει την μάχη ο καρκίνος, όχι η ασθενής.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γίνει σύμμαχος και συνοδοιπόρος της ασθενούς από την πρώτη στιγμή. Με τις γνώσεις του, την εμπειρία του, την αγάπη του και την κατανόησή του, να βοηθήσει την γυναίκα-καρκινοπαθή ή όχι- να μείνει μακριά από τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας.

Η πρόληψη είναι το μεγαλύτερο όπλο των γυναικών απέναντι στον καρκίνο τραχήλου και έχουν σημαντικούς σύμμαχους σε αυτό τον αγώνα το Τεστ Παπ και το εμβόλιο.

Ακόμα κι αν τελικά η γυναίκα προσβληθεί από τον καρκίνο, δεν πρέπει να χάσει τις ελπίδες της και την θέλησή της για ζωή. Πρέπει να παλέψει, με την βοήθεια της επιστήμης, του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού και της οικογένειάς της, να συνεχίσει την ζωή της σαν να μην διαγνώστηκε ποτέ ο καρκίνος γι' αυτή.

Ας ευχηθούμε όλοι αυτός ο εφιάλτης σύντομα να λάβει τέλος, κι αν όχι τέλος, περιορισμό. Είναι κρίμα νέες γυναίκες να στερούνται τα όνειρά τους και γιατί αμέλησαν να κάνουν ένα τεστ παπ



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη εργασία έγινε με σκοπό την ενημέρωση σχετικά με τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας, την πρόληψη που μπορεί να γίνει αλλά και τη νοσηλευτική φροντίδα γυναικών που προσβλήθηκαν από αυτόν, καθώς επίσης και την νοσηλευτική διεργασία σε συγκεκριμένα περιστατικά.

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος σε συχνότητα γυναικολογικός καρκίνος. Η εξέλιξη στην ανίχνευση και την θεραπεία του είναι μεγάλη, ωστόσο μεγάλη είναι και η θνησιμότητα από αυτόν.

Στον συγκεκριμένο καρκίνο απαραίτητη είναι η σταδιοποίηση αυτού εξαιτίας των μεγάλων διαφορών από το ένα στάδιο στο άλλο.

Τα αίτια που προκαλούν τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας είναι πολλά και το σημαντικότερο από αυτά είναι η προσβολή από τον ιό HPV. Πλέον, οι γυναίκες μπορούν να προστατευθούν από τον ιό με το εμβόλιο κατά του HPV. Οι γυναίκες χρειάζεται να ενημερωθούν σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες του ιού και τους τρόπους προφύλαξης από αυτόν. Η ενημέρωση αυτή είναι καθήκον του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού.

Επανάσταση στον καρκίνο τραχήλου της μήτρας έφερε το τεστ Παπ, από τον Γεώργιο Παπανικολάου, όπου προσφέρει ανίχνευση της νόσου σε πολύ πρώιμα στάδια και συνεπώς πολλές επιλογές σχετικά με την αντιμετώπισή της και την πρόγνυσή της. Το τεστ παπ είναι σημαντικότερο κομμάτι της πρόληψης.

Από την στιγμή που θα βγει παθολογικό το τεστ παπ, οι εξετάσεις που ακολουθούν, όπως η κολποσκόπηση, συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση της νόσου και βοηθούν το ιατρικό προσωπικό να αποφασίσει για την κατάλληλη θεραπεία.

Οι θεραπείες κατά του καρκίνου τραχήλου της μήτρας είναι αρκετά επιθετικές τόσο για το σώμα όσο και για την ψυχολογία της ασθενούς. Ωστόσο, θα πρέπει να κατανοηθεί από την ασθενή ότι η ζωή της η ίδια εξαρτάται από την επιτυχία αυτών των θεραπειών και να είναι συνεργάσιμη με το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό.

Από τη μεριά του, ο νοσηλευτής οφείλει να συμμετέχει στην πρόληψη καρκίνου τραχήλου της μήτρας και στην συνέχεια σε κάθε διαδικασία και θεραπεία που απαιτείται για την αντιμετώπισή του. Πρέπει να προσεγγίσει την ασθενή με αγάπη, ευαισθησία και κατανόηση, να σκύψει σαν φίλος πάνω από το πρόβλημά της, να την φροντίσει σωματικά και ψυχικά και να μην την κρίνει ποτέ. Οφείλει σε κάθε στάδιο της θεραπείας να ασκεί το λειτούργημά του με υπευθυνότητα, σοβαρότητα και αγάπη.

Με τη βοήθεια όλης της ιατρο-νοσηλευτικής κοινότητας, η ασθενής με καρκίνο τραχήλου της μήτρας μπορεί να προσπεράσει αυτό το εμπόδιο και να συνεχίσει την ζωή της.



SUMMARY

This work was aimed at informing about cervical cancer, the prevention that can be done and the nursing care of women affected by it, as well as the nursing process in specific cases.

The cervical cancer is the second most prevalent gynaecological cancer. The evolution in the detection and treatment is long, however great is the mortality from this.

In particular cancer staging is essential that due to the large differences from one stage to another.

The reasons that cause cervical cancer are numerous and most important of these is infection with HPV. Plus, women can protect themselves from the virus with the vaccine against HPV. Women need to be informed about the negative effects of the virus and ways of protection against him. This information is the duty of the medical-nursing staff.

Revolution in cancer cervical Pap smears brought by George Papanikolaou, which offers detection of the disease in its very early stages and therefore many options for treatment and the prognosis. The Pap test is a very important part of prevention.

From the moment you get abnormal Pap test, the tests that follow, such as colposcopy, contribute to a better understanding of the disease and help the medical staff to decide on the appropriate treatment.

Treatments against cervical cancer are quite aggressive for both the body and the psychology of the patient. However, it should be understood that the patient's life itself depends on the success of these treatments and be cooperative with the medical-nursing staff.

For his part, the nurse should be involved in prevention of cervical cancer and then in each procedure and treatment required to deal with it. Should approach the patient with love, tenderness and understanding, like a friend to lean over her problem to take care of her physically and mentally and not to judge. Required at each stage of treatment to exercise his office with responsibility, seriousness and love.

With the help of all medico-nursing community, patient with cervical cancer can pass this hurdle and continue her life.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Άγιος Α. (2007) Περιγραφική και εφαρμοσμένη Ανατομική. Γενική ανατομία. University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Αγοραστός Θ, Βαβίλης Δ, Μποντής Ι (2006) Σύγχρονες εξελίξεις στην πρόληψη του Γυναικολογικού καρκίνου. Εκδόσεις University studio press Θεσσαλονίκη.
- Αγοραστός Θ., Βαβίλης Δ, Μπόντης Ι. (2008) Λοίμωξη από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Αγοραστός Θ και Μπόντης Ι (2001) Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου. Εκδόσεις University studio press, Θεσσαλονίκη.
- Αθανάτου Κ (2000) Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Έκδοση ΣΤ, Αθήνα
- Αντσακλής Α (2008) Μαιευτική και Γυναικολογία. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα.
- Γίγης Π και Παρασκευάς Γ (2002) Εισαγωγή στην ανατομία του ανθρώπου. University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Corner J. και Bailey Ch (2006) Νοσηλευτική Ογκολογία. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
- Δετοράκης Ι (2003) Βασικές αρχές της υγιεινής. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα
- Dewit S. (2009) Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική, τόμος 1^{ος}. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα
- Διακομανώλης Ε (2010) Κολποσκόπηση και παθολογία του κατώτερου γεννητικού συστήματος της γυναίκας. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
- Gulanick M, Puzas M & Grudishar D. (2003) Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική φροντίδα. Εκδόσεις Έλλην. Αθήνα
- Guyton A. (2001) Φυσιολογία του ανθρώπου. Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα
- Harvey R. και Champe P (2007) Φαρμακολογία. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα
- Ιατράκης Γ. (2006) Γυναικολογία. Εκδόσεις Παπαδόπουλος, Αθήνα



- Ignatavicius D και Workman M (2008) Παθολογική-χειρουργική νοσηλευτική, Τόμος 4^{ος}. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα
- Κάρλου Χρ. και Σουρτζή Π.(2006) Υγιεινή και ασφάλεια στη Χημειοθεραπεία. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα
- Katz Lentz Loboger Shenson, Comprehensive Gynaecology, 2007. Mosby.
- Κουρούνης Χ (2000) Παθολογία τραχήλου μήτρας-κολποσκόπηση. Εκδόσεις Κουρούνης, Αθήνα
- Κουρούνης Γ (2004) Παθολογία κατώτερου γεννητικού συστήματος-κολποσκόπηση, Εκδόσεις Κουρούνης, Αθήνα.
- Κρεατσάς Γ.Κ.(2001) Γυναικολογία και μαιευτική της νεαρής ηλικίας. Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα
- Λώλης Ε.Δ. (2004) Γυναικολογία και Μαιευτική τόμος Α. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα
- Μαλγαρινού Α& Κωνσταντινίδου Φ (2001) Νοσηλευτική γενική παθολογική χειρουργική. Τόμος Α. Εκδόσεις Ταβιθά. Αθήνα
- Μιχαλάς Σ.Π.(2000) Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία. Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα
- Μπακάλης Ν (2000) Σημειώσεις κοινοτικής νοσηλευτικής Ι. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πατρών. Πάτρα
- Μπόντης (2007) Βασικές γνώσεις μαιευτικής και γυναικολογίας. University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Netter F (2006) Παθολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
- Nies M.&McEwen M.(2001) Κοινοτική Νοσηλευτική, Ιατρικές Εκδόσεις. Θεσσαλονίκη
- Novak (2002) Γυναικολογία ΙΙΙ , 12^Η Έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα
- Παπαθανασίου Κ. (2002) Γυναικολογική Ογκολογία. University Studio Press. Θεσσαλονίκη
- Παπανικολάου Ν&Παπανικολάου Α.(2005) Κακοήθη Νεοπλάσματα-Γυναικολογία. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα
- Πεκτασίδης Δ και Δημόπουλος Μ (2001) Γυναικολογική Ογκολογία Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα



- Phillip I, Disaia MD, William T, Greasman MD (2007) Κλινική Γυναικολογία-Ογκολογία. Mosby
- Ρούπα Ζ. (2006) Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα
- Shapiro P (2001) Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική Εκδόσεις Έλλην Αθήνα
- Stoppard M, (2003) Το γυναικείο σώμα.. Αθήνα. Εκδόσεις Δομική.
- Tortora G (2006) Ανατομία του ανθρώπινου σώματος. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα
- Φύλλο οδηγιών χρήσης εμβολίου Cervarix (2006) Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
- Φύλλο οδηγιών Χρήσης εμβολίου Gardasil (2010) Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
- Φωτίου (2009) Γυναικολογική Ογκολογία. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα
- Χριστόπουλος Χ (2009) Καρκίνος και μητρότητα. Επίτομος. Έκδοση 1^η Πάτρα

Διαδικτυακές Πηγές

- Καβαλλάρης Α. (2011) “Ενημερωτικές πληροφορίες για τον Καρκίνο Τραχήλου της μήτρας” διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.andreaskavallaris.gr/serv_onc_cervical_cancer.html# την 17.11.2011
- Χατζηγεωργίου Κ (2007) “ HPV εμβόλιο και καρκίνος του τραχήλου της μήτρας “ διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.gyn.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=328:hpv-&catid=23:2010-06-11-16-48-52&Itemid=193 την 24.2.2007
- <http://www.gynmed.gr/>
- <http://www.medlook.net>
- <http://www.aretaielio-obgyn.com/>



















