

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ,ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΣΛΙΠΤΣΕΝΚΟ ΒΕΣΤΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΔΡ.ΦΙΛΤΙΣΕΝΙΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΠΑΤΡΑ 2014

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί και μπορεί να ιαθεί εάν ανιχνευθεί έγκαιρα. Παλαιότερα, ο καρκίνος αυτός αποτελούσε έναν από τους κύριους λόγους θνησιμότητας των γυναικών εξ' αιτίας καρκίνου. Σήμερα χάρη στα προγράμματα ανίχνευσης και θεραπείας των καταστάσεων εκείνων που μπορούν να οδηγήσουν στον καρκίνο αυτό, η θνησιμότητα που προκαλεί έχει μειωθεί σημαντικά κατά τα τελευταία χρόνια. Ο καρκίνος του τραχήλου είναι νόσος που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη κακόηθων (καρκινικών) κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου αναπτύσσεται συνήθως μετά από μακρό χρονικό διάστημα εξέλιξης ιστολογικών μεταβολών στα κύτταρα του τραχήλου οι οποίες είναι γνωστές ως δυσπλασία. Στο σύνολό τους οδηγούν στην εμφάνιση μη φυσιολογικών κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου. Προοδευτικά, τα καρκινικά κύτταρα αρχίζουν να αυξάνονται και να εξαπλώνονται σε μεγαλύτερο βάθος διήθησης μέσα στον τράχηλο και στις περιβάλλουσες ανατομικές δομές. Οι συχνότερες μορφές είναι ο επιθηλιακός καρκίνος (90% των περιπτώσεων) που αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου και το αδενοκαρκίνωμα (10% των περιπτώσεων) που εμφανίζεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού (ενδοτράχηλος).¹

Είναι αναγκαίο όλες οι γυναίκες να ενημερωθούν κατάλληλα σε ότι αφορά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Να εξαλείψουν κάθε φόβο και προκατάληψη έτσι ώστε να προστατέψουν την υγεία τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα εμμένουσας λοίμωξης από έναν ιό, τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Ο HPV είναι ένας ιός που προκαλεί πολύ συχνά λοιμώξεις και μεταδίδεται εύκολα. Μπορεί να μεταδοθεί χωρίς ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή, επομένως το προφυλακτικό δεν προστατεύει πλήρως τις γυναίκες. Μέχρι στιγμής, έχουν αναγνωριστεί περίπου 100 διαφορετικοί τύποι του HPV. Από αυτούς, 15 τύποι HPV είναι ογκογόνοι, δηλαδή μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι τύποι 16 και 18 του HPV ευθύνονται για πάνω από το 70% των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι τύποι 45 και 31 του HPV είναι οι τρίτος και τέταρτος αντίστοιχα συχνότεροι ογκογόνοι τύποι, παγκοσμίως. Συνολικά οι τύποι 16, 18, 45 και 31 του HPV ευθύνονται για το 80% των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος σε γυναίκες κάτω των 45 ετών, ενώ αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες παγκοσμίως, μετά τον καρκίνο του μαστού και του πνεύμονα. Κάθε σεξουαλικά ενεργή γυναίκα κινδυνεύει να προσβληθεί από λοίμωξη με HPV κατά τη διάρκεια της ζωής της. Η εμμένουσα λοίμωξη με ογκογόνο τύπο του ιού μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη παθολογικών και προκαρκινικών αλλοιώσεων στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας, γνωστών ως τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών (CIN) οι οποίες με τον καιρό μπορεί να εξελιχθούν σε καρκινικές.²

Summary

Cancer of the cervix develops as a result of persistent infection by a virus, the human papilloma virus (HPV). HPV is a virus that often causes infections and spreads easily. It can be transmitted without complete sexual intercourse, so the condom does not fully protect women. So far, they have identified about 100 different types of HPV. Of these 15 types of HPV are oncogenic, that can cause cancer of the cervix. Types 16 and 18 of HPV responsible for over 70% of cancers of the cervix. Types 45 and 31 of HPV are third and fourth respectively frequent oncogenic types worldwide. Overall, types 16, 18, 45 and 31 of HPV responsible for 80% of cancer cases of cervical cancer worldwide level. O cervix is the second most common cancer in women under 45 years, while a third cause of death by cancer in women worldwide, after breast cancer and lung. Every sexually active woman at risk of contracting HPV infection during her life. Persistent infection with oncogenic types of the virus may cause the development of pathological lesions and precancerous cells of the uterine cervix known as cervical intraepithelial neoplasia (CIN), which over time can become cancerous ².

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	02
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	03
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Στοιχεία ανατομίας

1.1 Έξω γεννητικά όργανα	11
1.1.1 Εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης.....	11
1.1.2 Μεγάλα και μικρά χείλη.....	11
1.1.3 Κλειτορίδα	11
1.1.4 Πρόδρομος του κολεού.....	11
1.1.5 Βολβοί του προδόμου.....	12
1.1.6 Βαρθολίνειοι αδένες	12
1.1.7 Παραουρηθρικοί αδένες	12
1.2 Έσω γεννητικά όργανα.....	12
1.2.1 Κόλπος ή Κολεός	12
1.2.2 Μήτρα	13
1.2.3 Τράχηλος της μήτρας	13
1.2.4 Ισθμός της μήτρας	13
1.2.5 Σώμα της μήτρας	14
1.2.6 Σύνδεσμοι της μήτρας.....	14
1.2.7 Σάλπιγγες.....	15
1.2.8 Ωοθήκες	15
1.2.9 Πυελικό έδαφος.....	16
1.3 Αγγείωση των γεννητικών οργάνων.....	16

1.3.1 Αρτηρίες.....	16
1.3.2 Φλέβες.....	16
1.3.3 Λεμφικά αγγεία.....	16
1.4 Νεύρωση γεννητικών οργάνων.....	17
1.5 Εμβρυολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.....	18

Κεφάλαιο 2:Παθολογία

2.1 Ορισμός του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	20
2.2 Παθοφυσιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	20
2.3 Αιτίες και πιθανοί παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου της μήτρας.....	20
2.4 Σημεία και συμπτώματα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	23

Κεφάλαιο 3:HPV και κονδυλώματα

3.1 HPV λοίμωξη.....	24
3.2 Οξυτενή κονδυλώματα και HPV.....	25
3.2.1 Οι παράγοντες που μπορεί να πυροδοτήσουν την νόσο – εμφάνιση κονδυλωμάτων.....	25
3.2.2 Διάγνωση των κονδυλωμάτων.....	27
3.2.3 Επιπλοκές των κονδυλωμάτων.....	27
3.2.4 Θεραπεία – Μέθοδοι αντιμετώπισης κονδυλωμάτων.....	28

Κεφάλαιο 4:Διάγνωση και ταξινόμηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

4.1 Σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	29
4.2 Η εξέλιξη της λοίμωξης με HPV.....	32
4.3 Ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	32
4.3.1 Τα πλακώδη καρκινώματα	33
4.3.2 Τα αδενοκαρκινώματα.....	34

4.4	Επέκταση του καρκίνου.....	34
-----	----------------------------	----

Κεφάλαιο 5: Διαγνωστικές μέθοδοι

5.1	Η κυτταρολογική εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος (Pap test).....	35
5.1.1	Πώς γίνεται το τεστ Παπανικολάου.....	36
5.2	Κολποσκόπηση.....	36
5.3	Βιοψία.....	37
5.4	Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση.....	37
5.5	Ενδοτραχηλική απόξεση.....	37
5.6	Λεμφαγγειογραφία.....	38
5.7	Υπερηχογράφημα.....	38
5.8	Μαγνητική τομογραφία	38
5.9	Κυστεοσκόπηση	38

Κεφάλαιο 6: Θεραπεία

6.1	Η θεραπεία του προ- καρκινικού σταδίου.....	40
6.2	Θεραπεία κατά στάδιο.....	41
6.3	Κωνοειδής εκτομή.....	43
6.4	Υστερεκτομή.....	44
6.4.1	Ολική Λαπαροσκοπική Ριζική Υστερεκτομή.....	45
6.4.2	Λαπαροσκοπική Ριζική Υστερεκτομία με Διατήρηση του Κάτω Υπογάστριου Πλέγματος.....	45
6.5	Λεμφαδενεκτομή σε γυναικολογικό καρκίνο.....	46
6.6	Κρυοθεραπεία.....	46
6.7	Πυελική εξεντέρωση.....	47
6.8	Ακτινοθεραπεία.....	47
6.8.1	Παρενέργειες ακτινοθεραπείας.....	47
6.9	Χημειοθεραπεία	48

6.9.1 Παρενέργειες χημειοθεραπείας.....	48
6.9.2 Άμεσες παρενέργειες της χημειοθεραπείας.....	49
6.9.3 Βραχυχρόνιες παρενέργειες της χημειοθεραπείας.....	49
6.9.4 Μακροχρόνιες και αθροιστικές παρενέργειες χημειοθεραπείας.....	50

Κεφάλαιο 7: Ψυχολογική Αποκατάσταση

7.1 Ψυχολογική υποστήριξη.....	51
7.2 Συναισθηματικές αντιδράσεις καρκινοπαθών.....	51
7.3 Ψυχολογία ογκολογικών ασθενών.....	51
7.4 Εξέλιξη της Ψυχικής Κατάστασης των ασθενών.....	52
7.5 Σημασία της Ψυχικής Κατάστασης του Ασθενούς.....	52

Κεφάλαιο 8: Πρόληψη

8.1 Πρωτογενής πρόληψη.....	54
8.2 Δευτερογενής πρόληψη.....	54
8.3 Τριτογενής πρόληψη.....	55
8.4 Η Πρόληψη μέσω Τεστ Παπ και Εμβολιασμού.....	55
8.4.1 Μελέτη εμβολίου έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	57
8.4.2 Σχετικά με το εμβόλιο <i>Cervarix</i>	59
8.5 HPV test.....	60

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 9: Νοσηλευτική παρέμβαση

9.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη.....	63
9.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία.....	64
9.2.1 Σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης.....	64
9.2.2 Νοσηλευτική προεγχειρητική παρέμβασή	64

9.2.3 Νοσηλευτική μετεγχειρητική παρέμβαση.....	65
9.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση.....	66
9.3.1 Νοσηλευτική ψυχολογική υποστήριξη προ και μετά τη θεραπεία.....	66
9.3.2 Αποδοχή της νόσου και ψυχοθεραπεία.....	67
9.4 Νοσηλευτική διεργασία.....	67
9.4.1 Κλινική περίπτωση 1.....	68
9.4.2 Κλινική περίπτωση 2.....	73
Βιβλιογραφία.....	78

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος σε γυναίκες κάτω των 45 ετών, ενώ αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες παγκοσμίως, μετά τον καρκίνο του μαστού και του πνεύμονα. Κάθε χρόνο, υπολογίζεται ότι πεθαίνουν 270.000 γυναίκες παγκοσμίως και 30.000 γυναίκες σε Ευρωπαϊκό επίπεδο από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. 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. Κάθε σεξουαλικά ενεργή γυναίκα κινδυνεύει να προσβληθεί από λοίμωξη με HPV κατά τη διάρκεια της ζωής της. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προκαλείται από διάφορους τύπους του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Υπάρχουν περισσότεροι από 100 τύποι του HPV και περίπου 40 από αυτούς μολύνουν τη γεννητική περιοχή. Κάποιοι από αυτούς προκαλούν τα γεννητικά κονδυλώματα, ενώ άλλοι προκαλούν αλλοιώσεις στα τραχηλικά κύτταρα οι οποίες μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο του τραχήλου. Οι περισσότερες γυναίκες που μολύνονται από HPV θα απαλλαγούν από αυτόν μέσα σε 6 έως 24 μήνες χωρίς κανένα σημείο ή σύμπτωμα. Ωστόσο, σε ένα μικρό αριθμό γυναικών δεν φεύγει ο HPV και είναι αυτές οι γυναίκες που έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο στον τράχηλο της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου αναπτύσσεται στο τμήμα της μήτρας που προβάλλει στον κόλπο. Εκδηλώνεται όταν τα κύτταρα του τραχήλου αλλοιώνονται και αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. Χρειάζεται να περάσουν πολλά χρόνια για να μετατραπούν τα αλλοιωμένα κύτταρα των προκαρκινικών καταστάσεων σε καρκίνο. Ευτυχώς, τα προκαρκινικά στάδια είναι πολύ εύκολο να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά. Παρ' όλα αυτά, επειδή δεν παρουσιάζουν εμφανή σημεία ή συμπτώματα, μπορούν να ανιχνευτούν μόνο με τον μαζικό έλεγχο του πληθυσμού με τεστ Παπανικολάου.¹

Κύριος σκοπός αυτής της εργασίας είναι να περιγράψουμε τι είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, πώς προλαμβάνεται, ποιες διαγνωστικές εξετάσεις γίνονται, για την πρόληψη αυτού, πώς θεραπεύεται και ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Κεφάλαιο 1 :Ανατομία γεννητικού συστήματος

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας εξασφαλίζει την αναπαραγωγή για ορισμένη περίοδο της ζωής της, από την ήβη έως την εμμηνόπαυση. Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται στα έξω γεννητικά όργανα και στα έσω γεννητικά όργανα.

1.1 Έξω γεννητικά όργανα

Το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κολεού, τους βολβούς του προδόμου, τους Bartholinείους αδένες και τους παραουρηθρικούς αδένες .

1.1.1 Εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης

Παριστά έπαρμα του δέρματος με λιπώδες υπόστρωμα κείμενο εμπροσθεν της ηβικής σύμφυσης. Στην ένηβο γυναίκα καλύπτεται από χαρακτηριστικό τρίχωμα.

1.1.2 Μεγάλα και μικρά χείλη

Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου παριστούν δύο επιμήκεις πτυχές του δέρματος με λιπώδη και συνδετικό ιστό. Εξορμώνται από το εφήβαιο και καταλήγουν όπισθεν στην ραφή του περινέου. Αντιστοιχούν στο όσχεο του άνδρα. Το δέρμα αποτελείται εκ των έξω προς τα έσω από την επιδερμίδα, το χόριο και στρώμα λείων μυϊκών ινών. Το χόριο περιέχει τους θυλάκους των τριχών, ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες. Στα μεγάλα χείλη καταλήγουν οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της μήτρας. Τα μικρά χείλη, κείμενα έσωθεν των μεγάλων χειλέων, παριστούν δύο δερματικές πτυχές. Έμπροσθεν σχηματίζουν την πόσθη και τον χαλινό της κλειτορίδας ενώ όπισθεν τον χαλινό των μικρών χειλέων. Συνίστανται από λεπτό δέρμα με σμηγματογόνους αδένες και παρουσιάζουν πολυπληθή φλεβικά δίκτυα.

1.1.3 Κλειτορίδα

Αντιστοιχεί στο ανδρικό πέος και αποτελείται από τα δυο σκέλη, το σώμα και την βάλανο. Τα σκέλη με μέρος του σώματος αποτελούν την κεκρυμμένη μοίρα της κλειτορίδας, ενώ το υπόλοιπο του σώματος μαζί με την βάλανο την ελεύθερη μοίρα, η οποία έχει μήκος περί τα 2 cm. Αποτελείται από δυο σφραγγώδη σώματα, τα οποία περιέχουν στυτικό ιστό. Η βάλανος περιέχει εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις για την σεξουαλική διέγερση.

1.1.4 Πρόδρομος του κολεού

Αυτός εκτείνεται μεταξύ της κλειτορίδας και του χαλινού των μικρών χειλέων. Σε αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα, ο κόλπος και τα στόμια των παρακειμένων αδένων. Στο κάτω μέρος υπάρχει ο σκαφοειδής βόθρος. Το κάτω στόμιο του κόλπου, που εκβάλλει στον πρόδρομο, αποφράσσεται από τον παρθενικό υμένα. Ο παρθενικός υμένας παριστά ένα ινώδες πέταλο με ελαστικές ίνες και επαλείφεται από πολύστοιβο

πλακώδες επιθήλιο. Ανάλογα με το σχήμα και την υφή του διακρίνεται σε μηνοειδή, δακτυλιοειδή, δίθυρο, ηθμοειδή, κροσσωτό κλπ. Τα υπολείμματα του παρθενικού μύεννα μετά την πρώτη συνουσία, ιδίως όμως μετά από τοκετό, αποτελούν τα μύρτα.

1.1.5 Βολβοί Πρόδρομου

Αντιστοιχούν στα σπαραγγώδη σώματα της ουρήθρας του άνδρα, ευρίσκονται στα πλάγια του κόλπου και περιέχουν πυκνά φλεβικά δίκτυα, τα οποία προκαλούν διόγκωση των βολβών κατά την συνουσία.

1.1.6 Βαρθολίνειοι αδένες

Είναι μικρού μεγέθους στρογγυλοί αδένες στα πλάγια του στομίου του κόλπου, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων. Αντιστοιχούν στους αδένες του Cowper του άνδρα και εκκρίνουν βλέννη για την ύγρανση του κόλπου κατά την συνουσία.

1.1.7 Παραουρηθρικοί αδένες

Εκβάλλουν στο στόμιο της ουρήθρας και οι μεγαλύτεροι από αυτούς (αδένες του Skene) στον πρόδρομο του κολεού.

1.2 Έσω γεννητικά όργανα

Στα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες (Εικόνα 1). Η σάλπιγγα και η σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το εξάρτημα .

1.2.1 Κόλπος ή Κολεός

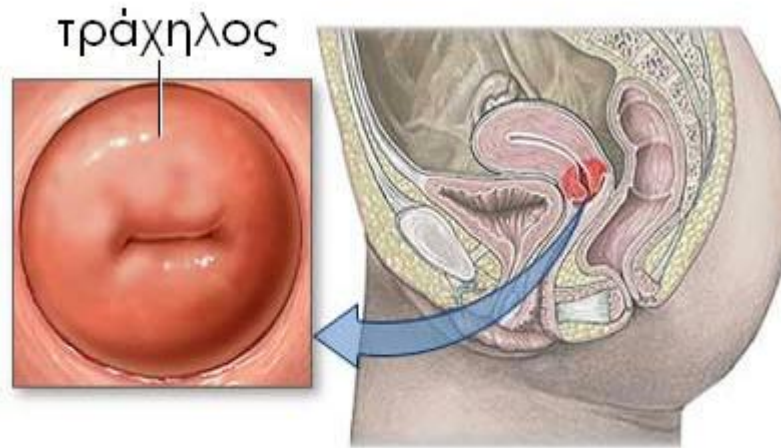
Ο κόλπος παριστά ινομυώδη διατατό σωλήνα, μήκους 8-9 cm και εκτείνεται από τον πρόδρομο μέχρι τον τράχηλο της μήτρας.

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από τέσσερις στιβάδες, οι οποίες εκ των έσω προς έξω είναι:

1. το ινώδες στρώμα, που προέρχεται από την πυελική περιτονία
2. το μυϊκό από μυϊκές και ελαστικές ίνες
3. το συνδετικό, που περιέχει αιμοφόρα αγγεία και
4. η έσω στοιβάδα, που συνίσταται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο.

Το τοίχωμα του κόλπου παρουσιάζει πτυχές για να διατείνεται κατά την συνουσία. Το άνω μέρος, το οποίο περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας, σχηματίζει τον πρόσθιο, οπίσθιο και πλάγιους θόλους. Ο οπίσθιος θόλος είναι βαθύτερος.

Εικόνα 1: Έσω γεννητικά όργανα



Πηγή:

www.women.health.gr

1.2.2 Μήτρα

Η μήτρα είναι κοίλο μυώδες όργανο μήκους 7-8 cm, σχήματος αχλαδιού και προέρχεται από την συνένωση των δύο πόρων του Muller. Έχει ιδιαίτερα παχύ μυϊκό τοίχωμα, ώστε να διατείνεται κατά την κύηση. Διακρίνεται στον τράχηλο, στον ισθμό και στο σώμα της μήτρας. Στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες το μέγεθος της μήτρας είναι μικρότερο, ενώ η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου, προϋούσης της ηλικίας, σχεδόν εξαφανίζεται.

1.2.3 Τράχηλος της μήτρας

Έχει μήκος 2-3 cm και διακρίνεται στην υπερκολπική και στην ενδοκολπική μοίρα, η οποία προβάλλει μέσα στον κόλπο, σχηματίζοντας τους θόλους. Η ενδοκολπική μοίρα καλύπτεται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ ο ενδοτραχηλικός αυλός από κυλινδρικό, που καταδύεται σε πτυχές ή κρυπτές με εκκριτική δραστηριότητα και παράγει κυρίως βλέννη από τους τραχηλικούς αδένες. Η τραχηλική βλέννη προφυλάσσει, ως πώμα, από την είσοδο μικροβίων στην μήτρα και στις σάλπιγγες και χρησιμεύει για την παραλαβή και ενεργοποίηση των σπερματοζωαρίων κατά την σεξουαλική επαφή. Το έξω στόμιο του τραχήλου έχει διάμετρο 4 mm περίπου και είναι στρόγγυλο στις άτοκες, ενώ έχει διάμετρο 6 mm περίπου και είναι εγκαρσίως ερρηγμένο στις πολύτοκες.

1.2.4 Ισθμός της μήτρας

Ο ισθμός της μήτρας παριστά μία στενή μοίρα του σώματος, η οποία αντιστοιχεί έσωθεν μεν στο έσω στόμιο του τραχήλου έξωθεν δε στην ανάκαμψη του περιτοναίου

από την ουροδόχο κύστη στην μήτρα (κυστεομητρική πτυχή). Προϊούσης της κύησης ο ισθμός διατείνεται και σχηματίζει το κατώτερο τμήμα της μήτρας, το οποίο στο τέλος της κύησης έχει έκταση περίπου 7 cm.

1.2.5 Σώμα της μήτρας

Από το άνω τμήμα της μήτρας, που ονομάζεται πυθμένας, εκπορεύονται οι στρογγυλοί σύνδεσμοι που καταλήγουν στα μεγάλη χείλη του αιδοίου και αμέσως πίσω οι σάλπιγγες που φέρονται προς τα πίσω και πλάγια και καταλήγουν με το κροσσωτό τους πέρας στην οπίσθια πλευρά των πλατεών συνδέσμων. Παράλληλα και πίσω από τις σάλπιγγες πορεύονται οι ίδιοι σύνδεσμοι των ωοθηκών. Το σώμα αποτελείται από παχύ μυϊκό τοίχωμα, που περικλείει την ενδομητρική κοιλότητα, η οποία είναι τριγωνική με την βάση προς τον πυθμένα. Στις γωνίες της βάσης ευρίσκονται τα σαλπινγικά στόμια. Το τμήμα της κοιλότητας που αντιστοιχεί στο στόμιο λέγεται κέρας της μήτρας.

Εκ των έξω προς τα έσω διακρίνονται:

1. ο ορογόνος χιτώνας,
2. το μυομήτριο, που διακρίνεται σε τρεις στοιβάδες και
3. το ενδομήτριο.

Οι στοιβάδες του μυομητρίου είναι:

1. η εξωτερική, η οποία αποτελείται από κάθετες και εγκάρσιες λείες μυϊκές ίνες που αρχίζουν από τον πυθμένα και φθάνουν έως τον τράχηλο,
2. η μέση, η οποία είναι παχύτερη και αποτελείται από αγκυλωτές ίνες που φθάνουν μέχρι το έσω τραχηλικό στόμιο και
3. η εσωτερική, η οποία αποτελείται από κάθετες και αγκυλωτές ίνες.

Το ενδομήτριο αποτελείται από πολύστοιβο κυλινδρικό επιθήλιο και από το στρώμα που περιέχει αδένες, τριχοειδή, αιμοφόρα αγγεία και λεμφαγγεία. Το ενδομήτριο με την επίδραση ορμονών υφίσταται μεταβολές κατά την διάρκεια του κύκλου και αποπίπτει κατά την εμμηνορροσία.³

1.2.6 Σύνδεσμοι της μήτρας

- Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι, οι οποίοι φέρονται από τα πλάγια του πυθμένα της μήτρας προς τα μεγάλα χείλη του αιδοίου.
- Οι πλατείς σύνδεσμοι, οι οποίοι είναι πτυχές του περιτοναίου και εκτείνονται από την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια της μήτρας προς τα πλάγια στο πυελικό περιτόναιο.

- Οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι, που εκφύονται από το οπίσθιο κάτω τοίχωμα της μήτρας και καταφύονται στον ιερόν οστόν.
- Οι εγκάρσιοι σύνδεσμοι (σύνδεσμοι του McKenrodt), οι οποίοι εκφύονται από τα πλάγια του τραχήλου της μήτρας και καταφύονται στα τοιχώματα της πυέλου.

1.2.7 Σάλπιγγες

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί είναι δύο λεπτοί μυϊκοί σωλήνες μήκους 10-12 cm που εξορμώνται από τον πυθμένα της μήτρας και φθάνουν μέχρι τις ωοθήκες.

Διακρίνονται τέσσερα τμήματα στην σάλπιγγα:

- το μητριαίο τμήμα
- ο ισθμός
- η λήκυθος
- ο κώδων

Η σάλπιγγα ευρίσκεται στο άνω χείλος του μεσοσαλπιγγίου, το οποίο αποτελεί μέρος του πλατέος συνδέσμου της μήτρας και καλύπτεται κατά συνέπεια από το περιτόναιο (ορογόνο χιτώνας). Εσωτερικά υπάρχει ο μυϊκός χιτώνας, ενώ ο αυλός καλύπτεται από μονόστοιβο κροσσωτό επιθήλιο.

Ο μυϊκός χιτώνας είναι παχύτερος στην περιοχή του ισθμού και λεπτότερος στην λήκυθο και το κωδωνικό τμήμα.

Το επιθήλιο της σάλπιγγας αποτελείται από κροσσωτά, εκκριτικά, στυλοειδή και εφεδρικά κύτταρα.

Τα κροσσωτά κύτταρα χρησιμεύουν για την μεταφορά των γαμετών και του γονιμοποιημένου ωαρίου, ενώ τα εκκριτικά για την ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου στην λήκυθο. Η διάμετρος του αυλού της σάλπιγγας στον ισθμό και το μητριαίο τμήμα είναι 5 mm περίπου, ενώ στην λήκυθο περίπου 1 cm.

1.2.8 Ωοθήκες

Αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, όπως οι όρχεις στον άνδρα, και ευρίσκονται εκατέρωθεν της μήτρας. Έχουν σχήμα αμυγδάλου, μήκους 3-4 cm και πάχους 1-3 cm. Η στήριξη της ωοθήκης επιτελείται από τον κρεμαστήρα και τον ίδιο σύνδεσμο αυτής.

Οι ωοθήκες αποτελούνται εκ των έξω προς τα έσω από:

1. το βλαστικό επιθήλιο, που καλύπτει την επιφάνεια της και αποτελείται από ένα στοίχο πλατεών κυττάρων,

2. την φλοιώδη μοίρα, που είναι μία λεπτή ζώνη από συνδετικό ιστό (στρώμα) όπου υπάρχουν τα ωοθυλάκια σε διάφορα στάδια ανάπτυξης και

3. την μυελώδη μοίρα, στο κέντρο της ωοθήκης, η οποία αποτελείται από συνδετικό ιστό, αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία, νεύρα και εμβρυικά υπολείμματα.

1.2.9 Πυελικό έδαφος

Εκτείνεται από την ηβική σύμφυση μέχρι τον κόκκυγα και πλαγίως μέχρι τα ισχιακά κυρτώματα.

Συνίσταται από τρεις στοιβάδες:

- την επιπολής, η οποία αποτελείται από τους δύο ισχιοσηραγγώδεις μύες, τους δύο βολβοσηραγγώδεις, τον επιπολής εγκάρσιο και τον έξω σφιγκτήρα του πρωκτού,
- την μέση, η οποία αποτελείται από τον εν τω βάθει εγκάρσιο και τον ουρηθροκολεϊκό μυ και
- την εν τω βάθει, η οποία αποτελείται από τον ανελκτήρα μυ του πρωκτού και τον ισχιοκοκκυγικό.

Το περίνεο διαπεράται εκ των έμπροσθεν προς τα όπισθεν από την ουρήθρα, τον κόλπο και το ορθό. Το πυελικό έδαφος, ιδίως ο ανελκτήρας του πρωκτού, έχει ιδιαίτερη σημασία για την στήριξη και συγκράτηση των οργάνων της ελάσσονος πυέλου. Εκσεσημασμένη χαλάρωση του πυελικού εδάφους, απόρροια κυρίως τοκετών, μπορεί να οδηγήσει σε πρόπτωση της μήτρας, κυστεοκήλη ή και ορθοκήλη.

1.3 Αγγείωση των γεννητικών οργάνων

Τα αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία των γεννητικών οργάνων είναι τα εξής :

1.3.1 Αρτηρίες

- Ωοθηκικές αρτηρίες
- Έσω λαγόνιες ή υπογάστριες αρτηρίες
- Μητριάιες αρτηρίες
- Έσω αιδοϊκές αρτηρίες
- Άνω αιμορροϊδικές αρτηρίες

1.3.2 Φλέβες

- Αιμορροϊδικό πλέγμα
- Κυστικό πλέγμα
- Μητροκολπικό πλέγμα
- Ωοθηκικό πλέγμα

1.3.3 Λεμφικά αγγεία

- Αιδοίου: Τα λεμφικά αγγεία του αιδοίου εκβάλλουν στους βουβωνικούς, στους μηριαίους και στους περιπρωκτικούς λεμφαδένες.

- Κόλπου: Τα λεμφικά αγγεία εκβάλλουν στους έξω και έσω λαγόνιους λεμφαδένες και λιγότερα στους προϊερούς.
- Τραχήλου της μήτρας: Η λεμφική παροχέτευση γίνεται προς τους λαγόνιους, τους προϊερούς και τους υπογάστριους λεμφαδένες.
- Σώματος της μήτρας: Η λεμφική παροχέτευση γίνεται προς τους λαγόνιους, τους παραορτικούς, τους προϊερούς και τους βουβωνικούς λεμφαδένες.
- Σαλπίγγων: Τα λεμφαγγεία των σαλπίγγων εκβάλλουν στους λαγόνιους και στους παραορτικούς λεμφαδένες.
- Ωοθηκών: Τα λεμφικά αγγεία των ωοθηκών εκβάλλουν στους λαγόνιους και στους παραορτικούς λεμφαδένες.

Η γνώση της ακριβούς ανατομικής θέσης των λεμφαδένων έχει ιδιαίτερη σημασία για την σταδιοποίηση των κακοηθών νεοπλασμάτων των γεννητικών οργάνων.

1.4 Νεύρωση γεννητικών οργάνων

Η νεύρωση των γεννητικών οργάνων προέρχεται από το οσφυϊκό, το ιερό και το αιδοϊκό πλέγμα.

Αναλυτικά, η νεύρωση ξεχωριστά για κάθε όργανο γίνεται ως εξής:

1. Εφήβαιο: Από το λαγονοβουβωνικό νεύρο.
2. Μεγάλα χείλη: Από τα αιμορροϊδικά νεύρα.
3. Περίνεο: Από αιμορροϊδικούς κλάδους των αιδοϊών νεύρων και περινεϊκούς των μηροδερματικών.
4. Μικρά χείλη: Από το λαγονοβουβωνικό, το αιδοϊκό και το αιμορροϊδικό.
5. Κλειτορίδα: Από τα αιδοϊκά, τα υπογάστρια και τα πυελικά συμπαθητικά νεύρα.
6. Κόλπος: Από τα αιδοϊκά, τα αιμορροϊδικά και τα πυελικά συμπαθητικά νεύρα.
7. Μήτρα: Από το μητροκολπικό πλέγμα.
8. Σάλπιγγες: Από το ωοθηκικό και μητροκολπικό πλέγμα.
9. Ωοθήκες: Από κλάδους του αορτικού και του νεφρικού συμπαθητικού πλέγματος.⁴

1.5 Εμβρυολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας

Μετά την γονιμοποίηση του ωαρίου αρχίζει η διαίρεση του και την 3η ή 4η ημέρα σχηματίζεται το μορίδιο. Το μορίδιο την 7η ημέρα μετατρέπεται σε βλαστοκύστη, η οποία διακρίνεται στην τροφοβλάστη και στην κοιλότητα της βλαστοκύστης. Στην εσωτερική επιφάνεια του τοιχώματος της βλαστοκύστης δημιουργείται μία συμπαγής συσώρευση κυττάρων, η εμβρυοβλάστη, από την οποία θα διαπλασθεί το έμβρυο. Μεταξύ των κυττάρων της εμβρυοβλάστης εμφανίζεται η αμνιακή κοιλότητα, ενώ στην εσωτερική της επιφάνεια αναπτύσσεται ο λεκιθικός ασκός.

Η αμνιακή κοιλότητα επικαλύπτεται εσωτερικά από μία στοιβάδα ενδοθηλιακών κυττάρων, που συνιστά το άμνιο.

Μεταξύ των δύο κοιλοτήτων (του λεκιθικού και του αμνίου) διαχωρίζονται τελικώς τα τρία πρωτογενή βλαστικά δέρματα του εμβρύου, από τα οποία θα προκύψουν οι διάφοροι ιστοί του σώματος του εμβρύου τις πρώτες 20 ημέρες. Οι τρεις στοιβάδες είναι το εξώδερμα προς την αμνιακή κοιλότητα, το μεσόδερμα και το ενδόδερμα ή έσω βλαστικό δέρμα. Ο συνδυασμός της τροφοβλάστης και του πρωτογενούς μεσοδέρματος αποτελεί το χόριο. Οι δύο κοιλότητες μετακινούμενες προς το μέσον της βλαστοκύστης συνδέονται με την τροφοβλάστη με ένα μίσχο από μεσόδερμα, τον κοιλιακό μίσχο, από τον οποίο θα διαπλασθεί ο ομφάλιος λώρος. Κατά την τρίτη εβδομάδα της εμβρυϊκής ζωής από το μέσο βλαστικό δέρμα σχηματίζονται οι πρόνεφροι και οι πόροι του Wolf που είναι οι αρχέγονοι ουρητήρες και οι οποίοι καταλήγουν στην αμάρα (αρχέγονο έντερο).

Την τέταρτη εβδομάδα ο πρόνεφρος υποπλάσσεται και στην θέση του αναπτύσσεται ο μεσόνεφρος, ο οποίος καλύπτεται από το επιθήλιο του σπλαγγχνικού κοιλώματος. Το επιθήλιο αυτό κατά την πέμπτη εβδομάδα εμφανίζει ταινιοειδές έπαρμα που εκτείνεται από το 6ο θωρακικό έως το 2ο ιερό σωματοτόμιο και ονομάζεται ουρογεννητική ταινία. Η ταινία αυτή στο κεφαλικό της άκρο υποπλάσσεται, ενώ στο κατώτερο τμήμα υπερπλάσσεται σχηματίζοντας το αρχέγονο γοναδικό όγκωμα. Σε αυτό μεταναστεύουν πρωτογενή γεννητικά κύτταρα από το τοίχωμα του λεκιθικού ασκού, που είναι εξωεμβρυϊκής προέλευσης.

Έτσι, δημιουργούνται οι αδιαφοροποίητοι γεννητικοί αδένες (γονάδες). Οι γονάδες αποτελούνται από τρία είδη κυττάρων:

1. κύτταρα του σπλαγγχνικού επιθηλίου,
2. κύτταρα του μεσεγγύματος και
3. πρωτογενή γεννητικά κύτταρα.

Με την μετανάστευση των πρωτογενών γεννητικών κυττάρων αρχίζει η φυλετική διαφοροποίηση των γονάδων σε όρχεις ή ωοθήκες, που έχουν καθορισθεί χρωματοσωμικά από τη στιγμή της σύλληψης.

Όταν διαφοροποιηθεί σε θήλυ, το επιθήλιο του σπλαγγχνικού κοιλώματος (βλαστικό επιθήλιο) σχηματίζει τις γεννητικές δοκίδες, μεταξύ των οποίων εγκαθίστανται τα πρωτογενή κύτταρα, που στην περίπτωση της ωοθήκης είναι τα ωογόνια. Έτσι, η ωοθήκη αποτελείται από δύο μοίρες: την μυελώδη μοίρα, που προέρχεται από το μεσεγγύμα, και την φλοιώδη μοίρα, που έχει προέλευση από τα επιθηλιακά κύτταρα

του σπλαγγνικού κοιλώματος. Αυτά περιβάλλουν τα ωογόνια σχηματίζοντας τα αρχέγονα ωοθυλάκια.

Την ίδια εποχή σχηματίζεται ο πόρος του Muller, έξωθεν του πόρου του Wolf, από κατάδυση του επιθηλίου του σπλαγγνικού κοιλώματος. Ο νέος αυτός πόρος καταλήγει στον ουρογεννητικό κόλπο, που προέρχεται από την αμάρα, σχηματίζοντας εκεί το λοφίδιο του Muller. Από τα κεφαλικά τμήματα των πόρων του Muller σχηματίζονται οι σάλπιγγες, ενώ από τα δύο ουραία τμήματα, τα οποία συνενούνται, σχηματίζεται ο μητροκολεϊκός σωλήνας, από τον οποίο τελικά, με εξαφάνιση των διαφραγμάτων κατά την μέση γραμμή, σχηματίζονται η μήτρα και το ανώτερο τμήμα του κόλπου. Παραμονή του διαφράγματος εν μέρει ή εξ ολοκλήρου έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία συγγενών διαμαρτιών, οι οποίες επηρεάζουν σε άλλοτε άλλο βαθμό την αναπαραγωγική ικανότητα της γυναίκας. Με την πάροδο του χρόνου η αμάρα με ένα μεσεγγυματογενές διάφραγμα χωρίζεται σε πρόσθια και οπίσθια μοίρα. Στην πρόσθια εκβάλλουν οι πόροι του Wolf και στην οπίσθια καταλήγει το έντερο. Στην συνέχεια η πρόσθια μοίρα της αμάρας χωρίζεται σε δυο άλλες κοιλότητες, από τις οποίες θα προκύψουν η ουροδόχος κύστη και ο ουρογεννητικός κόλπος. Ο ουρογεννητικός κόλπος ενώνεται με τους πόρους του Muller και δημιουργεί το γεννητικό φύμα, τις γεννητικές πτυχές και τα γεννητικά ογκώματα.

Από το γεννητικό φύμα σχηματίζεται η κλειτορίδα, η πόσθη και ο χαλινός της, όπως και τα μικρά χείλη του αιδοίου.

Από τα γεννητικά ογκώματα θα προκύψουν τα μεγάλα χείλη του αιδοίου.

Τέλος, από ένα πέταλο της αμάρας θα σχηματισθεί ο πρωκτός, ενώ το περίνεο δημιουργείται από δυο επάρματα από το μεσέγγυμα μεταξύ ουρογεννητικής και πρωκτικής πτυχής.^{3,5}

Κεφάλαιο2: Παθολογία

2.1 Ορισμός του καρκίνου του τραχήλου

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι νόσος που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη κακόηθων (καρκινικών) κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου αναπτύσσεται συνήθως μετά από μακρό χρονικό διάστημα εξέλιξης ιστολογικών μεταβολών στα κύτταρα του τραχήλου οι οποίες είναι γνωστές ως δυσπλασία. Στο σύνολό τους οδηγούν στην εμφάνιση μη φυσιολογικών κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου. Προοδευτικά, τα καρκινικά κύτταρα αρχίζουν να αυξάνονται και να εξαπλώνονται σε μεγαλύτερο βάθος διήθησης μέσα στον τράχηλο και στις περιβάλλουσες ανατομικές δομές. Οι συχνότερες μορφές είναι ο επιθηλιακός καρκίνος (90% των περιπτώσεων) που αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου και το αδενοκαρκίνωμα (10% των περιπτώσεων) που εμφανίζεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού (ενδοτράχηλος).⁵

2.2 Παθοφυσιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Το μεγαλύτερο ποσοστό του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας 90% είναι από πλακώδη επιθηλιακά κύτταρα του τραχήλου που εξαλλάσσονται. Προκαρκινική δυσπλασία (ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία τραχήλου CIN ,τραχηλικό in situ καρκίνωμα) υπολογίζεται ότι παρουσιάζεται σε 1 στις 8 γυναίκες πριν από την ηλικία των 20 και συχνά συνδέεται με λοίμωξη από το ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων ή θηλωμάτων HPV.Μελέτες έχουν επίσης αποδείξει μια ισχυρή συσχέτιση με λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων με χλαμύδια. Οι πρόδρομες αλλοιώσεις μπορεί να υποχωρήσουν αυτόματα να επιμείνουν ή να εξελιχθούν σε κάποια κακοήθεια. Σε ένα πολύ μικρό ποσοστό καθίστανται διηθητικά. Τα συστήματα σταδιοποίησης των δυσπλαστικών μεταβολών του τραχήλου χρησιμοποιούν τον όρο ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία τραχήλου CIN ή το σύστημα Bethesda.Το in situ καρκίνωμα είναι εντοπισμένο, ενώ το διηθητικό εξαπλώνεται βαθύτερες στιβάδες. Ο καρκίνος του τραχήλου εξαπλώνεται μέσω άμεσης διήθησης των εξαρτηματικών δομών, συμπεριλαμβανομένων του τοιχώματος του κόλπου, του πυέλου , της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Αν και οι μεταστάσεις συνήθως περιορίζονται στην πυελική χώρα, απομακρυσμένες μεταστάσεις μπορούν να συμβούν μέσω λεμφικού συστήματος.⁶

2.3 Αιτίες και πιθανοί παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου της μήτρας

Η μόλυνση από τον ανθρώπινο θηλωματοϊό (HPV) είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου. 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 πάνω από 80 τύποι του ιού HPV. Η μόλυνση του τραχήλου από τον ανθρώπινο θηλωματοϊό (HPV) αποτελεί την πιο κοινή αιτία του καρκίνου του**

τραχήλου. Εντούτοις, δε θα αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου όλες οι γυναίκες που έχουν μολυνθεί από HPV.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχει συσχετισθεί με ορισμένους παράγοντες οι οποίοι φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωσή του.

Πιθανοί παράγοντες κινδύνου είναι οι εξής:

- **Πρώτη σεξουαλική επαφή σε νεαρή ηλικία:** Οι γυναίκες που ήταν 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.
- **Μεγάλος αριθμός ερωτικών συντρόφων:** 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.
- **Η αμέλεια να επισκεφθούν τον γυναικολόγο** ενοχοποιείται για εμφάνιση αυτού του καρκίνου. Οι γυναίκες που δεν έκαναν ποτέ τεστ Παπανικολάου ή δεν το κάνουν όσο θα έπρεπε, έχουν ψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν ΚΤΜ. Σε πολλές περιπτώσεις το τεστ μπορεί να ανιχνεύσει προκαρκινικές αλλοιώσεις. Υπάρχουν 3 ειδών αυξανόμενης σοβαρότητας αλλοιώσεις, CIN I, CIN II και CIN III.
- **Μεγάλος αριθμός τοκετών.**
- **Φτωχή φροντίδα κατά τη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη**
- **Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο**
- **Κάπνισμα:** όπως και σε άλλες περιπτώσεις έχει συσχετιστεί με την καρκινογένεση. Έχει τη δυνατότητα να δημιουργεί χημικές ενώσεις οι οποίες προκαλούν βλάβες στα κύτταρα του τραχήλου με αποτέλεσμα να δημιουργούν ένα υπόστρωμα στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί καρκίνος.
- **Διατροφή φτωχή σε βιταμίνες A και C.**
- **Χρήση αντισυλληπτικών από το στόμα** (σε μορφή δισκίων). Υπάρχουν πολλές μελέτες που έχουν ερευνήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια. Αυτές οι μελέτες είναι περίπλοκες επειδή υπάρχουν πολλά διαφορετικά σκευάσματα αντισυλληπτικών και η χρήση τους είναι περιοδικά διακοπτόμενη. Μία πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη από την Διεθνή Υπηρεσία Ερεύνης Καρκίνου (2002) βρήκε ότι η παρατεταμένη χρήση αντισυλληπτικών αύξησε τον

κίνδυνο του τραχηλικού καρκίνου στις γυναίκες που είχαν ήδη μολυνθεί από έναν από τους HPV ιούς υψηλού κινδύνου (HPV 16 ή 18). Οι γυναίκες που είχαν χρησιμοποιήσει το χάπι για 5-9 χρόνια είχαν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα, από τις γυναίκες που δεν το χρησιμοποιούσαν, να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι γυναίκες που είχαν χρησιμοποιήσει το χάπι περισσότερο από 10 χρόνια είχαν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν την νόσο. Αυτός ο κίνδυνος δεν επηρεαζόταν από την ηλικία της πρώτης χρήσης ή το χρονικό διάστημα από την πρώτη /τελευταία χρήση. Σε μία μελέτη 889 γυναικών που απεβίωσαν από την νόσο, Vessey et al (2003), βρήκαν ότι αν και τα ορμονικά σκευάσματα που λαμβάνονται από το στόμα αυξάνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ελάττωναν τον κίνδυνο του καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών. Τα άλλα αντισυλληπτικά μέτρα, όπως το προφυλακτικό και οι ενδομητρικές αντισυλληπτικές συσκευές δεν φαίνεται να επηρεάζουν την ανάπτυξη ή την εξέλιξη του καρκίνου.

- **Ανοσοποιητικό σύστημα:** Η θεωρία ότι η ανοσοποιητική επίβλεψη μπορεί να είναι από τους πιο σημαντικούς φυσικούς τρόπους ελέγχου της ανάπτυξης καρκίνου στηρίζεται στο γεγονός ότι η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN) κυριαρχεί σε δέκτες μοσχευμάτων, σε καρκινοπαθείς και οροθετικές HIV γυναίκες. Αυτές οι ομάδες γυναικών έχουν μειωμένη ανοσολογική αντίδραση των T - λεμφοκυττάρων η οποία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα τους να παρουσιάσουν μία επαρκή ανοσολογική απάντηση εναντίων των ξένων αντιγόνων των καρκινικών κυττάρων και έτσι δεν είναι ικανές να τα περιορίσουν ή να τα καταστρέψουν.
- **Παχυσαρκία**
- **Η ηλικία:** Η νόσος παρουσιάζεται συχνότερα σε μεγαλύτερες γυναίκες (μέσης ηλικίας).
- **Φυλή:** Στις γυναίκες μαύρου χρώματος υπάρχουν περισσότερα περιστατικά διεισδυτικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.
- **Μικροβιακοί παράγοντες:** Ένα σύνολο από μικροοργανισμούς έχουν ενοχοποιηθεί στο παρελθόν ότι εμπλέκονται στην διαδικασία της καρκινογένεσης. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται η τριχομονάδα του κόλπου, ο έρπης των γεννητικών οργάνων και τα χλαμύδια. Οι πιο πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν τους ιούς του ανθρώπινου θηλώματος ως παράγοντες κλειδιά στην παθογένεση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και τις πρόδρομες αλλοιώσεις.
- **AIDS:** Οι γυναίκες που πάσχουν από AIDS έχουν περισσότερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο της μήτρας. ^{5,6}

2.4 Σημεία και συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου

Οι καταστάσεις που οδηγούν στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συνήθως δεν προκαλούν πόνο. Γι' αυτό η ασθένεια μπορεί να εξελιχθεί αθόρυβα χωρίς συμπτώματα. Δεν υπάρχει συνήθως κανένα κλινικό σημείο του καρκίνου του τραχήλου που βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο αλλά μπορεί να ανιχνευθεί εγκαίρως με ετήσιο προσυμπτωματικό έλεγχο (screening test). Ο καρκίνος του τραχήλου σε αρχικό στάδιο μπορεί να μην προκαλεί κλινικά συμπτώματα και σημεία. Οι πρώτες ενοχλήσεις εμφανίζονται όταν τα ανώμαλα κύτταρα γίνουν πλέον καρκινικά και αρχίζουν να διηθούν τους γειτονικούς ιστούς.

Αν οι αρχικές αλλοιώσεις στα κύτταρα εξελιχθούν σε καρκίνο του τραχήλου, τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Κολπική αιμορραγία μεταξύ των περιόδων
- Αιμορραγία μετά τη συνουσία
- Πόνος κατά τη συνουσία
- Ασυνήθιστες κολπικές εκκρίσεις (δύσοσμη ή ορώδες έκκριση)
- Κολπική αιμορραγία μετά την εμμηνόπαυση
- Υπερβολική κούραση

Στα προχωρημένα στάδια:

- Πόνος στα κάτω άκρα (συμμετοχή του ισχιακού νεύρου)
- Λαγόνιος πόνος (απόφραξη ουρητήρων)
- Νεφρική ανεπάρκεια
- Οσφυαλγία

Κεφάλαιο 3: HPV και κονδυλώματα

3.1 HPV λοίμωξη

HPV (Human Papilloma Viruses) είναι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Δεν είναι ένας, αλλά μία ομάδα DNA-ιών, γνωστών διεθνώς ως HPV (Human Papilloma Viruses). Οι HPV ιοί προκαλούν πλήθος αλλοιώσεων, καλοήθων και κακοήθων, στο δέρμα και τους βλεννογόνους του ανθρώπινου σώματος. Η μόλυνση από τους HPV ιούς είναι σήμερα η πιο συχνή σεξουαλικά μεταδιδόμενη μόλυνση στις γυναίκες και άνδρες. Αφορά έως και το 80% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού. Πρέπει να σημειώσουμε όμως ότι η μόλυνση από τους συγκεκριμένους ιούς δεν σημαίνει απαραίτητα και εκδήλωση νόσου. Έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα περισσότεροι από 140 γονότυποι HPV. Οι τύποι 6,11,41,42,43,44 προκαλούν καλοήθεις αλλοιώσεις, όπως τα οξυτενή κονδυλώματα που μπορεί να εμφανιστούν στην είσοδο του κόλπου, στα μικρά χείλη του αιδοίου, στα μεγάλα χείλη του αιδοίου, στο περίνεο και τον πρωκτό. Οι τύποι 16,18,26,31,33,34,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68,73,82 και 85 ανευρίσκονται συχνά στους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας (σε ποσοστό >95%), του κόλπου, του αιδοίου, του περινέου, και της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας (σε ποσοστό 50%). **Ο HPV είναι ένας επιθηλιοτρόπος ιός**, αυτό σημαίνει ότι υπάρχει και παρουσιάζεται μόνο στα επιθήλια του σώματος μας. Επιθήλια είναι τα καλύμματα του σώματος μας, είτε είναι εσωτερικά είτε εξωτερικά π.χ. το δέρμα, ο στοματικός βλεννογόνος, ο λαρυγγικός βλεννογόνος, ο κόλπος, τράχηλος της μήτρας, ο πρωκτός κ.ά. Μεταδίδεται μόνο από την περιοχή της βλάβης όταν έρθει σε επαφή με άλλα επιθήλια. Αυτό σημαίνει ότι δεν μεταδίδεται όπως ο ιός του AIDS (HIV), ο ιός της ηπατίτιδας και άλλοι, που μεταδίδονται με το αίμα ή με άλλα υγρά του σώματος. Οι διάφοροι τύποι του ιού HPV δηλαδή, μεταδίδονται με την τριβή προσβεβλημένου επιθηλίου με επιθήλιο και ο καθένας από αυτούς έχει περιοχή προτίμησης που παρουσιάζεται ή που παραμένει σε λανθάνουσα μορφή.

Ο HPV εισέρχεται στον οργανισμό από μικροαμιχές που δημιουργούνται κυρίως κατά:

- τη σεξουαλική επαφή και
- τη στοματική σεξουαλική επαφή
- σπανίως από την πισίνα

Όταν παρουσιάζεται ο ιός του HPV στον τράχηλο, οι πρώτες κυτταρικές αλλαγές που παρατηρούνται στο Παπ Τεστ είναι η κοίλοκυττάρωση, η παρακεράτωση, η διπυρήνωση και η διόγκωση των πυρήνων. Με όλες αυτές τις κυτταρικές αλλοιώσεις η βλάβη χαρακτηρίζεται ως HPV λοίμωξη. Με κάποιες από αυτές τις αλλοιώσεις, η βλάβη αναφέρεται ως ένδειξη ή ίχνη HPV λοίμωξης. Εάν η βλάβη προχωρήσει στο επόμενο στάδιο ανωμαλίας των κυττάρων, τότε παρουσιάζονται ελαφρές διογκώσεις και ανωμαλίες των πυρήνων των κυττάρων που αναφέρονται ως «ελαφρού βαθμού τραχηλική ενδοεπιθηλιακή βλάβη» δηλαδή CIN-I. Ομοίως εάν συνεχιστούν

περαιτέρω αλλαγές στα κύτταρα, προκύπτει η «μεσαίου βαθμού τραχηλική ενδοεπιθηλιακή βλάβη» δηλαδή CIN-II και με ακόμα μεγαλύτερες κυτταρικές αλλαγές η «σοβαρού βαθμού τραχηλική ενδοεπιθηλιακή βλάβη» ή CIN-III. Σε μία γυναίκα που δεν ελέγχεται, και αφού έχουν μεσολαβήσουν 3-5 χρόνια από την παρουσία της βλάβης, μπορεί να προκύψει καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Επομένως το CIN-I, CIN-II, CIN-III είναι μία κατηγοριοποίηση-σταδιοποίηση των κυτταρικών αλλαγών που προκαλεί ο HPV εάν παραμείνει.⁶

3.2 Οξυτενή κονδυλώματα και HPV

Τα οξυτενή κονδυλώματα, όπως είναι η τυπική τους ονομασία, μεταβιβάζονται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή. Οφείλονται στον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων: Human Papillomaviruses (HPV). Εντοπίζονται κυρίως στα γεννητικά όργανα και τις περιοχές γύρω από αυτά, καθώς και στην περιοχή του δακτυλίου του πρωκτού και της μεσογλουτιαίας αύλακας. Πολύ σπάνιες είναι εξωγεννητικές θέσεις, όπως η στοματική κοιλότητα ή οι γωνίες των χειλιών.

Είναι ροζ ή λευκά στο χρώμα, πιο μαλακά και πιο εύθρυπτα από τους συνηθισμένους σπίλους του δέρματος. Οι ακροχορδώνες αν παραμείνουν για πολλούς μήνες χωρίς θεραπεία επεκτείνονται και μπορεί να γίνουν πολύ αντιαισθητικοί. Πολλαπλασιαζόμενα μπορούν να σχηματίζουν μεγάλες πλάκες.

Η βλάβη προερχόμενη από την HPV λοίμωξη για την γυναίκα, δεν εξαιρεί τους άνδρες, όπως θέλουν να πιστεύουν λανθασμένα οι ίδιοι.

3.2.1 Οι παράγοντες που μπορεί να πυροδοτήσουν την νόσο – εμφάνιση γεννητικών ακροχορδώνων (κονδυλωμάτων) είναι:

- πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι
- άγνοια αν ο ερωτικός σύντροφος έχει προσβληθεί στο παρελθόν από κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο (ΣΜΝ)
- ενεργή σεξουαλική ζωή από νεαρή ηλικία
- κατανάλωση καπνού και αλκοόλ
- το άγχος και παράλληλες ιογενής λοιμώξεις (όπως HIV ή έρπης).

Το 1-2% των κονδυλωμάτων μπορεί να προκληθεί από τον ιό των κοινών μυρμηκιών. Εμφανίζονται σε παχύσαρκα άτομα και οι βλάβες είναι ασυμπτωματικές εκτός και αν ο ασθενής τις πειράξει. Η κληρονομικότητα δεν παίζει κανένα λόγο σε αυτή τη νόσο ωστόσο υπάρχει οικογενής προδιάθεση. Οι γυναίκες με οξυτενή κονδυλώματα παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση λοίμωξης με HPV του τραχήλου της μήτρας και ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία.

Η μετάδοση γίνεται μέσω της άμεσης επαφής με τις μολυσματικές βλάβες που προκαλεί ο ιός. Ειδικότερα:

- οι πρωκτογεννητικές HPV λοιμώξεις μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή (στοματική, πρωκτική, γεννητική). : Άτομα με μη ορατή νόσο μπορεί να μεταδίδουν τον ιό (πρόκειται για ασυμπτωματικούς φορείς του ιού).
- Οι δερματικές HPV λοιμώξεις μεταδίδονται με τη στενή προσωπική επαφή, ειδικά σε περιοχές που υπάρχουν μικροτραυματισμοί. Συνήθως, οι ίδιες οι βλάβες είναι μολυσματικές και αυτοενοφθαλμίζονται (μετάδοση σε άλλο σημείο δέρματος στο ίδιο άτομο).

Η εκδήλωση της νόσου εξαρτάται από τον τύπο του ιού και την εντόπιση των βλαβών. Οι πιο συχνές εκδηλώσεις είναι:

1. Οι κοινές μυρμηγκιές (Verrucae vulgaries), συνήθως εμφανίζονται:

στα χέρια, σαν καφεοειδείς ή στο χρώμα του δέρματος,

2.εξωφυτικές (μισχωτές) και υπερκερατωτικές βλατίδες στα πέλματα, οι οποίες είναι και αρκετά επώδυνες.

3.Οι επίπεδες ή ομαλές μυρμηγκιές (Verrucae plana), είναι πιο συχνές στα παιδιά και εμφανίζονται πιο συχνά στο πρόσωπο, το λαιμό, θώρακα και, τις καμπτικές (έσω) επιφάνειες των χεριών και ποδιών.

4.Οι ορθοπρωκτικοί ακροχορδώνες (οξυτενή κονδυλώματα-Condylomata accuminata), παρουσιάζονται στο δέρμα και στους βλενογόννους της περιοχής των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού.

Στις γυναίκες εντοπίζονται κυρίως:

- στο αιδοίο
- στον κόλπο
- τράχηλο
- περίνεο

Οι εξωτερικές βλάβες, και στα δύο φύλα, συνήθως υποδηλώνουν την παρουσία και εσωτερικών βλαβών (σε πρωκτό και κόλπο-τράχηλο) ενώ οι εσωτερικές βλάβες μπορεί να υπάρχουν χωρίς την παρουσία εξωτερικών κονδυλωμάτων.

Τα συνήθη συμπτώματα είναι :

- Κνησμός (φαγούρα) της πρωκτικής χώρας ή του κόλπου
- Περιστασιακά παθολογική κολπική αιμορραγία (μη συνδυασμένη με την έμμηνο ρύση) μετά τη σεξουαλική επαφή
- Αιμορραγία από τον τράχηλο

- Επιμόλυνση των βλαβών από μικρόβια

Τα μεγάλα κονδυλώματα μπορούν να προκαλέσουν μηχανικά προβλήματα όπως:

- Απόφραξη του κόλπου ή
- Απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος.
- Δυσπλασίες του τραχήλου που είναι συνήθως ασυμπτωματικές μέχρι να εκδηλωθεί καρκίνωμα του τραχήλου της
- Αγχώδεις διαταραχές και
- Κατάθλιψη στα άτομα που πάσχουν από πρωκτογεννητικά κονδυλώματα.
- Αυξημένες κολπικές εκκρίσεις

3.2.2 Διάγνωση των κονδυλωμάτων

Η εξέταση των γεννητικών οργάνων αποκαλύπτει αλλοιώσεις σε οποιοδήποτε σημείο των οργάνων αναπαραγωγής, αλλοιώσεις στο χρώμα της σάρκας ή λευκές, επίπεδες ή επηρμένες, μεμονωμένες ή κατά συστάδες. Άρα η διάγνωση τίθεται κλινικά. Τα οξυτενή κονδυλώματα πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκονται από τα συφιλιδικά πλατέα κονδυλώματα και τις κακοήθειες. Στις γυναίκες, μια γυναικολογική / κολπική εξέταση, μπορεί να αποκαλύψει μορφώματα στα κολπικά τοιχώματα ή στον τράχηλο.

Οι εξετάσεις που πρέπει να γίνουν σε περίπτωση που υποψιαζόμαστε τα κονδυλώματα είναι:

- Η κολποσκόπηση
- Η εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος
- Το τεστ Παπανικολάου (μπορεί να εντοπίσει διαφοροποιήσεις που έχουν σχέση με το HPV)

3.2.3 Οι επιπλοκές των κονδυλωμάτων

- Καρκίνος του τραχήλου
- Καρκίνος του αιδοίου
- Καρκίνος πρωκτού
- Οι έγκυες γυναίκες που έχουν κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων μπορεί να έχουν προβλήματα στην ούρηση
- Οι ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει αύξηση του αριθμού των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων.

3.3.4 Θεραπεία – Μέθοδοι αντιμετώπισης κονδυλωμάτων

Η θεραπεία των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων πρέπει να στοχεύει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων:

- Καταστρεπτικά χημικά

- Τριχλωροξικό οξύ. Διάλυμα 85% επαλείφεται πάνω στα κονδυλώματα στο αιδοίο, τον κόλπο και τον τράχηλο, μία φορά την εβδομάδα, για 4 εβδομάδες. Τα αποτελέσματα είναι αμφίβολα.
- Ποδοφυλλίνη. Διάλυμα 10% ή 25% για εβδομαδιαία μία φορά την εβδομάδα, για 4 εβδομάδες. Πρέπει να ξεπλένεται 2-3 ώρες μετά την επάλειψη
- Ποδοφυλλοτοξίνη. Αυτή είναι μία τυποποιημένη παρασκευή των τριών πιο δραστικών ουσιών της ποδοφυλλίνης. Η επάλειψη γίνεται ημέρα παρά ημέρα για 3 εβδομάδες ή δύο φορές την ημέρα για 3 μέρες την εβδομάδα επί 3-4 εβδομάδες. Προσοχή αντενδείκνυται στην κύηση.
- 5-φλουουρακίλη. Μία κρέμα 5-FU 5% επαλείφεται στο αιδοίο ή στον κόλπο κάθε ημέρα για 5-7 ημέρες.

Συνήθως προκαλεί σημαντική δυσφορία και έχει γίνει λιγότερο δημοφιλής. Η συχνότητα των υποτροπών είναι υψηλή και μπορεί να δημιουργηθούν επώδυνα κολπικά έλκη και ουλές.

- Ανοσοτροποποιητικά

- Ιντερφερόνη-α.
- Imiquimod (Aldara)

- Χειρουργικές μέθοδοι

- Laser CO2. Μπορεί να γίνει υπό τοπική ή και γενική αναισθησία όταν η νόσος είναι εκτεταμένη. Είναι η θεραπεία εκλογής για εκτεταμένη κολπική νόσο.
- Χειρουργική εκτομή. Γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία σε εκτεταμένη νόσο. Μπορεί να απαιτήσει δερματικά μοσχεύματα και δεν είναι κατάλληλη για εκτεταμένες κολπικές αλλοιώσεις.
- Εκτομή με ηλεκτρικό βρόχο. Μπορεί να είναι χρήσιμος για μικρές αλλοιώσεις. Είναι δύσκολο να ελεγχθεί το βάθος της εκτομής. Τα κονδυλώματα έχουν τάση για υποτροπές. Πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά μέχρι να εξασθενούν, δεδομένου ότι μεταδίδονται σεξουαλικά και έχουν κίνδυνο για κακοήθη εξαλλαγή.⁷

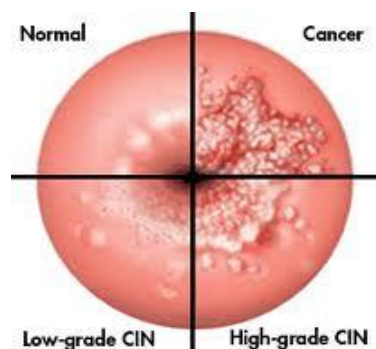
Κεφάλαιο 4: Διάγνωση και ταξινόμηση του καρκίνου του τραχήλου

Η διάγνωση πραγματοποιείται με βιοψία ενός ορατού ή ψηλαφητού ογκιδίου ή και τα δύο. Η σταδιοποίηση παραμένει κατά βάση κλινική και βασίζεται στην πλήρη αμφίχειρη και ορθοκολπική εξέταση, στην κυστεοσκόπηση και στην ορθοσκόπηση. Ο συμπληρωματικός ακτινολογικός έλεγχος περιλαμβάνει την απλή ακτινογραφία θώρακος, την ενδοφλέβια πυελογραφία και το βαριούχο υποκλυσμό. Το στάδιο δεν αλλάζει ποτέ από τα διεγχειρητικά ευρήματα και παραμένει ο πιο σημαντικός προγνωστικός δείκτης, με 88% 5ετή επιβίωση για το στάδιο 1 και το 38% για το στάδιο 3 της νόσου.

4.1 Σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Έχουν περιγραφεί πέντε κλινικά στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Μαιευτικής και Γυναικολογίας (FIGO) (Εικόνα 2). Αυτά αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα.

Εικόνα 2: στάδια καρκίνου



Πηγή: <http://www.anticancer.gov.gr>

- **ΣΤΑΔΙΟ 0** : in situ καρκίνωμα ο πιο πρώιμος τύπος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ο μη διηθητικός, ο οποίος είναι ιάσιμος.
- **ΣΤΑΔΙΟ IA** (Figo pT1a1 , pT1a2): Ο καρκίνος περιορίζεται μόνο στον τράχηλο (διήθηση: pT1a1: 3-7 χιλιοστά, pT1a2: 5-7 χιλιοστά)
- **ΣΤΑΔΙΟ IB** (Figo pT1b1, pT1b2): Ο καρκίνος περιορίζεται μόνο στον τράχηλο (διήθηση: pT1b1 < 4 εκατοστά, pT1b2 > 4 εκατοστά, με περιορισμό του καρκίνου στον τράχηλο)
- **ΣΤΑΔΙΟ II** (Figo pT2a , pT2b): Ο καρκίνος έχει επεκταθεί πέρα από τον τράχηλο, αλλά όχι στο πυελικό τοίχωμα (pT2a: διήθηση του άνω 1/3 του κόλπου, pT2b: διήθηση του παραμήτριου, του ιστού γύρω από τον τράχηλο)

- **ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ** (Figo ΙΙΑ, ΙΙΒ): Ο καρκίνος έχει προχωρήσει πέρα από τον τράχηλο και επεκτείνεται μέχρι το πυελικό τοίχωμα (ΙΙΑ: διήθηση του κάτω 1/3 του κόλπου ΙΙΒ: προκαλεί υδρονέφρωση) αλλά όχι την ουροδόχο κύστη και το ορθό.
- **ΣΤΑΔΙΟ ΙV** (Figo ΙVΑ, ΙVΒ): Ο καρκίνος πρόσβαλε την ουροδόχο κύστη και το ορθό (ΙVΑ). Ο καρκίνος επεκτείνεται πέρα από την πύελο σε απομακρυσμένα όργανα, π.χ. πνεύμονα, ήπαρ (ΙVΒ).⁸

Πίνακας 1: Ιστολογικό σύστημα σταδιοποίησης, το σύστημα TNM

TNM	FIGO	ΟΡΙΣΜΟΣ
T1	I	Καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, το οποίο περιορίζεται στην μήτρα (η επέκταση στο σώμα δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψη)
T1α	IA	Προ-κλινικό διηθητικό καρκίνωμα ,το οποίο διαγιγνώσκεται μόνο μικροσκοπικά
T1α1	IA1	Μικροσκοπική διήθηση του στρώματος, όχι μεγαλύτερη από 3mm σε βάθος και όχι μεγαλύτερη από 7mm σε πλάτος
T1α2	IA2	Ο όγκος με διήθηση του στρώματος, βάθους μεταξύ 3 και 5mm και όχι μεγαλύτερη από 7mm σε πλάτος
T1β	IB	Ο όγκος περιορίζεται στον τράχηλο, αλλά είναι μεγαλύτερος από τον IA2
T1β1	IB1	Κλινικές βλάβες όχι μεγαλύτερες από 4 cm σε μέγεθος
T1β2	IB2	Κλινικές βλάβες μεγαλύτερες από 4 cm σε μέγεθος
T2	II	Ο όγκος διηθεί ιστούς πέρα από τον τράχηλο, αλλά όχι στο πλάγιο τοίχωμα της πύελου ή στο κατώτερο τριτημόριο του κόλπου
T2α	IIA	Ο όγκος χωρίς συμμετοχή των παραμητρίων
T2β	IIB	Ο όγκος με συμμετοχή των παραμητρίων
T3	III	Ο όγκος επεκτείνεται προς το πλάγιο πυελικό τοίχωμα και /ή περιλαμβάνει το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου και /ή οδηγεί σε υδρονέφρωση ή μη λειτουργικό νεφρό

T3α	III A	Ο όγκος διηθεί το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου χωρίς επέκταση στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα
T3β	III B	Ο όγκος επεκτείνεται προς το πλάγιο πυελικό τοίχωμα και /ή οδηγεί σε υδρονέφρωση ή μη – λειτουργικό νεφρό
T4	IV A	Ο όγκος διηθεί τον βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης ή ορθού και ή επεκτείνεται πέρα από την πύελο
M1	IV B	Απομακρυσμένη μετάσταση

Όλοι οι κλινικοί που εφαρμόζουν έλεγχο κατά Παπανικολάου θα πρέπει να γνωρίζουν το σύστημα Bethesda για την αξιολόγηση της δοκιμασίας Pap καθώς και τους διαγνωστικούς και θεραπευτικούς αλγορίθμους. Στην πλειοψηφία των επιχρισμάτων, η διάκριση μεταξύ των καλοήθων επιθηλιακών κυττάρων και των νεοπλασματικών κυττάρων μπορεί να γίνει από ένα πεπειραμένο κυτταροτεχνολόγο ή έναν έμπειρο κυτταρολόγο και τα επιχρίσματα μπορούν να ταξινομηθούν ως «LSIL» ή «HSIL» σύμφωνα με το σύστημα Bethesda. Εντούτοις σε ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων μπορεί να υπάρξει αμφιβολία ως προς το εάν τα επιθηλιακά κύτταρα είναι καλοήθη ή νεοπλασματικά.

Σύμφωνα με το σύστημα Bethesda τέτοια επιχρίσματα ταξινομοούνται στην κατηγορία που περιέχει «άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιορίστου σημασίας (ASCUS)». Υπάρχουν δύο περιπτώσεις στις οποίες η κατηγορία ASCUS αναφέρεται /εφαρμόζεται:

- Σε συνδυασμό με HPV αλλοιώσεις. (κοίλοκυτταρική ατυπία)
- Στα επιχρίσματα στα οποία είναι πραγματικά δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ καλοήθους, αντιδραστικής ή εκφυλιστικής αλλοίωσης από LSIL, HSIL ή διηθητικό καρκίνο

Μελέτες κατά την παρακολούθηση των γυναικών με ASCUS, με την βοήθεια της κολποσκόπησης, της βιοψίας ή της επανάληψης της κυτταρολογικής εξέτασης έχουν δείξει ότι αποτελούν μια ομάδα με ποικιλία ευρημάτων. Στο 50-60% καμία σημαντική ανωμαλία δεν βρίσκεται, ενώ έχει αναφερθεί ότι μέχρι και 20% των περιπτώσεων έχει CIN2 ή CIN3. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες με επίχρισμα ASCUS πρέπει να παρακολουθηθούν προσεκτικά.⁹

Πίνακας 2: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

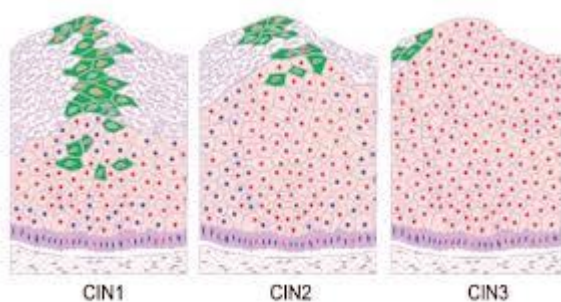
Σύστημα Bethesda	Σύστημα CIN	Ιστολογικό
------------------	-------------	------------

Φυσιολογικό	Φυσιολογικό	Φυσιολογικό
Καλοήθειες κυτταρικές μεταβολές	Φλεγμονώδης ατυπία	Άτυπα κύτταρα
Ανωμαλίες πλακωδών κυττάρων	CIN 1	Ήπια δυσπλασία
Άτυπα πλακώδη κύτταρα μέσης σημασίας (ASCUS)	CIN 1	Ήπια δυσπλασία
Χαμηλού βαθμού πλακώδης ενδοεπιθηλική βλάβη	CIN 1	Ήπια δυσπλασία
Υψηλού βαθμού πλακώδης ενδοεπιθηλική βλάβη	CIN II ή III	Μέτρια ή βαριά δυσπλασία

4.2 Η εξέλιξη της λοίμωξης με HPV

Η εμμένουσα λοίμωξη με ογκογόνο τύπο του ιού μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη παθολογικών και προκαρκινικών αλλοιώσεων στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας, γνωστών ως τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών (CIN) οι οποίες με τον καιρό μπορεί να εξελιχθούν σε καρκινικές. Οι αλλοιώσεις κατηγοριοποιούνται ανάλογα με την πιθανότητα που έχουν να εξελιχθούν σε διηθητικό καρκίνο, σε CIN1, CIN2 και CIN3, ενώ ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι πιθανόν να εξελιχθεί από CIN3. Η εξέλιξη σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι γενικά ασυμπτωματική (δηλαδή δεν παρουσιάζονται, συνήθως, συμπτώματα της ασθένειας) ενώ η χρονική διάρκεια της εξέλιξης είναι συνήθως μεγάλη.⁶

Εικόνα 3:διηθητικός καρκίνος



Πηγή:www.biomagazine.gr

4.3 Ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) αναγνωρίζει δύο κύριους ιστολογικούς τύπους διηθητικού καρκίνου.

- **Πλακώδες καρκίνωμα** (το οποίο αποτελεί περίπου το 85% όλων των περιπτώσεων)

- **Αδενοκαρκίνωμα** (το οποίο αποτελεί περίπου το 10-12% όλων των περιπτώσεων)

Άλλοι τύποι καρκινώματος π.χ. αδеноπλακώδες καρκίνωμα, αδενοκυστικό καρκίνωμα, μεταστατικό καρκίνωμα αποτελούν το υπόλοιπο 3-5% όλων των περιπτώσεων.^{10,11}

4.3.1 Τα πλακώδη καρκινώματα

Σχεδόν οι μισές από τις γυναίκες που διαγιγνώσκονται με πλακώδες καρκίνωμα του τραχήλου είναι μέσης ηλικίας ενώ το 20% περίπου είναι πάνω από 65 ετών. Προ-καρκινικές αλλοιώσεις είναι δυνατόν να ανιχνευτούν σε οποιαδήποτε ηλικία μετά την έναρξη της σεξουαλικής ζωής. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να πραγματοποιούνται συχνά τεστ Pap κατά τη διάρκεια όλης της ζωής μια γυναίκας. **Τα πλακώδη καρκινώματα διακρίνονται σε κερατινοποιούμενα και μη κερατινοποιούμενα.** Τα κερατινοποιούμενα καρκινώματα μπορεί να είναι υψηλής διαφοροποίησης ή μέτριας διαφοροποίησης και αποτελούνται από μεγάλα καρκινικά κύτταρα. Τα μη κερατινοποιούμενα καρκινώματα (χαμηλής διαφοροποίησης) μπορεί να αποτελούνται από μεγάλα ή μικρού τύπου κύτταρα. Ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου αποτελεί η επίμονη λοίμωξη από τον ίο των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) και η εξέλιξη μιας προκαρκινικής αλλοίωσης. Η μη πραγματοποίηση συχνού ελέγχου με το τεστ Pap αποτελεί και αυτή ένα παράγοντα κινδύνου. Περισσότερες από τις μισές γυναίκες με διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα δεν είχαν πραγματοποιήσει κανέναν έλεγχο με το τεστ Pap την τελευταία πενταετία Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το οικογενειακό ιστορικό, το κάπνισμα, ανοσοκαταστολή. Η καλύτερη άμυνα απέναντι στην ανάπτυξη διηθητικού πλακώδους καρκινώματος του τραχήλου αποτελεί η πρόληψη με τη χρήση του τέστ Pap. Τραχηλικά κύτταρα είναι δυνατόν λόγω μιας επίμονης λοίμωξης από τον ίο HPV να αποκτήσουν προκαρκινικά χαρακτηριστικά. Σε ένα μικρό αριθμό περιπτώσεων και μετά από ένα μακρύ χρονικό διάστημα, συνήθως τουλάχιστον 10 χρόνια, τα κύτταρα αυτά μπορεί να αποκτήσουν διηθητικές ιδιότητες. Ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του τραχήλου είναι το πλακώδες καρκίνωμα (80 έως 90%) των περιπτώσεων και το αδενοκαρκίνωμα (10 έως 20% των περιπτώσεων). **Καρκινώματα με χαρακτηριστικά και των δυο τύπων ονομάζονται αδενοπλακώδη.**

Πλακώδη καρκινώματα σε πρώιμα στάδια συνήθως είναι χωρίς συμπτώματα. Σε προχωρημένα στάδια η συμπτωματολογία μπορεί να συμπεριλαμβάνει ανώμαλες κολπικές αιμορραγίες, πόνους στην πύελο ή και πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του πλακώδους καρκίνου του τραχήλου περιλαμβάνει το χειρουργείο, την ακτινοθεραπεία και την χημειοθεραπεία ή/και συνδυασμό αυτών των μεθόδων, σε συνδυασμό με ψυχολογική υποστήριξη και αντιμετώπιση πιθανού πόνου.

Η χειρουργική αντιμετώπιση συνήθως χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς όγκου που βρίσκεται περιορισμένος στον τράχηλο και σε γειτονικές περιοχές.^{11 12 13}

4.3.2 Τα αδενοκαρκινώματα

Είναι πιο σπάνιος τύπος και αποτελεί περίπου το 10% των καρκίνων του τραχήλου, αρχίζει από το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου, τους διηθεί τους κάτω από τη βλάβη ιστούς και επεκτείνεται στη μήτρα, στον κόλπο και στα παραμήτρια. Αν και ο κάθε τύπος είναι ξεχωριστή ιστολογική οντότητα, δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο δύο ή περισσότεροι ιστολογικοί τύποι αδενοκαρκινώματος να είναι παρόντες σε έναν όγκο. Η συχνή συνύπαρξη αδενικού και πλακώδους καρκινώματος υπονοεί την πιθανή κοινή προέλευση από τα εφεδρικά κύτταρα του τραχήλου, καθώς και κοινή αιτιοπαθογένεια. Ο πιο συχνός τύπος αδενοκαρκινώματος στον τράχηλο της μήτρας είναι το βλενώδες αδενοκαρκίνωμα ενδοτραχηλικού τύπου. Αναγνωρίζονται τρεις βαθμοί ενδοτραχηλικού καρκινώματος: υψηλής διαφοροποίησης, μέτριας διαφοροποίησης, και χαμηλής διαφοροποίησης – που εξαρτώνται από τον βαθμό ομοιότητας του καρκινικού κυττάρου με το φυσιολογικό αδενικό κύτταρο του επιθηλίου του ενδοτραχήλου.¹¹

4.4 Επέκταση του καρκίνου

Η επέκταση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας γίνεται κατά συνέχεια ιστών και μέσω των λεμφαγγείων, ενώ σε προχωρημένα στάδια γίνεται και αιματογενώς. Η τοπική προς το παραμήτριο επέκταση αφορά στους πλάγιους τραχηλικούς συνδέσμους και μπορεί να περιλαμβάνει ολόκληρο το σύνδεσμο μέχρι το πυελικό τοίχωμα ή να υπάρχει μόνο κατά τόπους. Επίσης, μπορεί να περιλαμβάνει λεμφαδένες, που υπάρχουν μέσα στο παραμήτριο (τραχηλικό σύνδεσμο) και είναι ανεξάρτητοι των πυελικών λεμφαδένων. Η διήθηση των παραμητρικών λεμφαδένων εξαρτάται από το στάδιο και ανέρχεται περίπου σε 15% στο στάδιο I και 20-25% στο στάδιο Ib, εμφανίζει δε θετική συσχέτιση με τη διήθηση των πυελικών λεμφαδένων. Η επέκταση του καρκίνου του τραχήλου μπορεί επίσης να γίνει τοπικά προς τον κόλπο και προς το σώμα της μήτρας (ιδίως από τον ενδοτράχηλο). Η πιθανότητα επέκτασης του καρκίνου του τραχήλου στις ωοθήκες ή στο περιτόναιο είναι πολύ μικρή. Επίσης, ο καρκίνος μπορεί να επεκταθεί σε γειτονικά όργανα, όπως είναι η ουροδόχος κύστη και το ορθό. Το βάθος της διήθησης μετράται από το όριο του επιθηλίου με το στρώμα των πλέον επιφανειακών επιθηλιακών θηλών μέχρι το μέγιστο σημείο της διήθησης. Η διήθηση αγγειακών φλεβωδών ή λεμφωδών χώρων δεν αλλάζει τη σταδιοποίηση. Οι λεμφαγγειακές μεταστάσεις είναι ο κυριότερος τρόπος επέκτασης του καρκίνου και γίνονται προς τους πυελικούς λεμφαδένες και από κει στους παραορτικούς. Ο πρώτος σταθμός λεμφαδένων εκτός από τους παραμητρικούς περιλαμβάνει τις έσω λαγονίου αρτηρίας (θυρεοειδούς βόθρου-υπογαστρικούς), της έξω λαγονίου αρτηρίας, τους προιερούς και τους κοινούς λαγόνιους. Οι παραορτικοί λεμφαδένες θεωρούνται έως δεύτερος σταθμός και κατά βάση χαρακτηρίζονται ως απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η διήθηση των λεμφαδένων εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου. Γενικώς, υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ μεγέθους της πρωτοπαθούς εστίας και του αριθμού των λεμφαδένων, που διηθούνται.

Οι λεμφαδένες, που συχνότερα ανευρίσκονται διηθημένοι, είναι η ομάδα του θυρεοειδούς νεύρου. Σε ποσοστό περίπου 16% του σταδίου II, υπάρχει διήθηση των παραορτικών λεμφαδένων. Σε ελάχιστες περιπτώσεις είναι δυνατή η απ' ευθείας διήθηση των παραορτικών λεμφαδένων, χωρίς να ανευρίσκονται θετικοί πυελικοί λεμφαδένες. Τέλος, απομακρυσμένες μεταστάσεις σε όργανα, όπως στους πνεύμονες, το ήπαρ, τα οστά, το έντερο, τον εγκέφαλο, τα επινεφρίδια, το σπλήνα και το πάγκρεας έχουν παρατηρηθεί στον καρκίνο του τραχήλου.^{12,13}

Κεφάλαιο 5 : Διαγνωστικές μέθοδοι

Ο τράχηλος της μήτρας είναι περιοχή ιδιαίτερα προσιτή στον κλινικό, κυτταρολογικό και κολποσκοπικό έλεγχο, ώστε η αναγνώριση των προκαρκινικών βλαβών και κατά συνέπεια η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου είναι εύκολη, υπό την προϋπόθεση της ύπαρξης προληπτικού ελέγχου, της ενημέρωσης και επαγρύπνησης των γυναικών και της σωστής ιατρικής αντιμετώπισης.

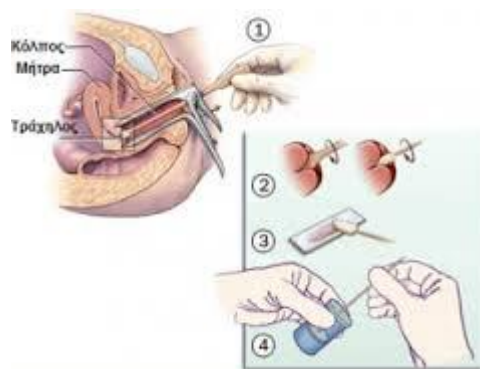
Η κυτταρολογική εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος (Pap test), η κολποσκόπηση και η βιοψία αποτελούν τις βασικές διαγνωστικές μεθόδους για την έγκαιρη διάγνωση της προκαρκινικής ενδοεπιθηλιακής βλάβης.¹⁴

5.1 Η κυτταρολογική εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος (Pap test)

Το test pap είναι ένα τεστ ανίχνευσης που χρησιμοποιείται στη γυναικολογία να ανιχνεύσει προκαρκινικές και κακοήθειες (καρκινική) διεργασίες στο ectocervix (Εικόνα 4). Σημαντικές αλλαγές μπορούν να αντιμετωπιστούν, αποτρέποντας έτσι τον καρκίνο του τραχήλου.

Το τεστ επινοήθηκε από και πήρε το όνομά της από τον εξέχοντα ελληνική γιατρός Γεώργιος Παπανικολάου. Κατά τη λήψη test pap, ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για τη συλλογή των κυττάρων από το εξωτερικό άνοιγμα του τραχήλου της μήτρας (λατινικά "λαιμό"), της μήτρας και του ενδοτραχήλου.

Εικόνα 3: Τεστ Pap



Πηγή : www.river.sideonline.com

Τα κύτταρα εξετάζονται στο μικροσκόπιο για να ψάξουν για ανωμαλίες.

Η δοκιμή αποσκοπεί στη διάγνωση των εν δυνάμει προκαρκινικών αλλαγών (που ονομάζεται τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN) ή του τραχήλου της μήτρας δυσπλασία), τα οποία συνήθως προκαλούνται από σεξουαλικά μεταδιδόμενα ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (ιοί HPV).

Η δοκιμή θα παραμείνει ένα αποτελεσματικό, ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος για την έγκαιρη ανίχνευση των προ-καρκίνου και του καρκίνου του τραχήλου. Η δοκιμή μπορεί επίσης να ανιχνεύσει τις λοιμώξεις και ανωμαλίες στο ενδοτραχήλου και του ενδομητρίου.

5.1.1 Πώς γίνεται το τεστ Παπανικολάου:

Η γυναίκα τοποθετείται στην θέση της γυναικολογικής εξέτασης. Ο Γυναικολόγος αφού πρώτα παρατηρήσει τα τοιχώματα του κόλπου και του τραχήλου, παίρνει ένα δείγμα κυττάρων από την επιφάνεια του τραχήλου με την βοήθεια μιας ξύλινης σπάτουλας. Κατόπιν παίρνει ένα δείγμα κυττάρων από τον ενδοτράχηλο με ένα βουρτσάκι. Και τα δύο δείγματα κυττάρων τοποθετούνται σε ειδικό γυάλινο πλακάκι και σταθεροποιούνται με ειδικό σπρέϊ, ώστε να αντέχουν για μερικές ημέρες. Μετά αποστέλλονται στον Κυτταρολόγο, ο οποίος εξετάζει τα πλακάκια στο μικροσκόπιο.¹⁵

5.2 Κολποσκόπηση

Είναι μία απλή, μη επεμβατική και σύντομη στην διενέργειά της εξέταση (15 με 20 λεπτά). Ο ειδικός Γυναικολόγος παρατηρεί τον τράχηλο σε μεγάλη μεγέθυνση, με την βοήθεια ειδικού μικροσκοπίου που λέγεται κολποσκόπιο. Η γυναίκα κάθεται στο ειδικό εξεταστικό κρεβάτι, όπως κατά την γυναικολογική εξέταση. Χρησιμοποιείται ένας κολποδιαστολέας έτσι ώστε να μπορεί να φανεί ο τράχηλος. Το κολποσκόπιο τοποθετείται στο άνοιγμα του κόλπου, έξω από αυτόν. Είναι ένα τηλεσκοπικό μικροσκόπιο, το οποίο μεγενθύνει την εικόνα έως και 60 φορές. Με την βοήθεια του κολποσκοπίου ο γιατρός είναι σε θέση να ελέγξει τον τράχηλο με λεπτομέρεια. Χρησιμοποιούνται ειδικές ουσίες (οξικό οξύ, Lugol) και φωτισμός. Αν υπάρχει ύποπτη περιοχή (ανάλογα με το βαθμό) είναι πιθανόν ο γιατρός να πάρει ιστό για βιοψία. Αφαιρείται ανώδυνα ένα δείγμα ιστού (σαν κεφάλι καρφίτσας). Το δείγμα του ιστού τοποθετείται σε ένα μπουκαλάκι με συντηρητικό και αποστέλλεται στο εργαστήριο για εξέταση.

Η κολποσκόπηση γίνεται σε εξής περιπτώσεις:

- Μετά από κάθε μη φυσιολογικό τεστ Παπανικολάου.
- Όταν υπάρχουν ορατές βλάβες στον τράχηλο, ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα του τεστ Παπανικολάου.
- Όταν διαγιγνώσκεται ατυπία πλακωδών κυττάρων, κύτταρα ASCUS, HPV λοίμωξη, ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες

τραχήλου CINI, CIN II, CIN III, LGSIL, HGSIL, διεισδυτικός καρκίνος τραχήλου της μήτρας, κονδυλώματα αιδοίου, πρωκτού, κόλπου, τραχήλου

- Επιμένουσες φλεγμονές τραχήλου
- Παρακολούθηση προκαρκινικών καταστάσεων, έλεγχος μετά θεραπεία καρκίνου του τραχήλου.

Η κολποσκόπηση θα δείξει με λεπτομέρεια την ύπαρξη, την έκταση, την βαρύτητα και το είδος της βλάβης, όπως και το αν χρειάζεται βιοψία.¹⁵

5.3 Βιοψία

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

5.4 Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση.

Ελέγχεται ο κόλπος, ο τράχηλος, η μήτρα, οι παραμήτριοι χώροι, οι ωοθήκες, και το ορθό έντερο. Ο γιατρός εισάγει ένα ή δύο δάκτυλα του ενός χεριού φορώντας γάντια και έχοντάς λιπάνει τον κόλπο ενώ το άλλο χέρι τοποθετείται πάνω από το κατώτερο μέρος της κοιλίας ψηλαφώντας το μέγεθος, τη μορφή και τη θέση της μήτρας και των ωοθηκών. Ένα ενδοσκόπιο εισάγεται επίσης στον κόλπο, ο οποίος εξετάζεται μαζί με τον τράχηλο για πιθανές αλλοιώσεις χαρακτηριστικές της νόσου. Παράλληλα λαμβάνεται υλικό για τεστ Παπανικολάου. Επίσης διενεργείται δακτυλική εξέταση του ορθού για τυχόν διογκώσεις ή παθολογικές περιοχές.

5.5 Ενδοτραχηλική απόξεση.

Συνίσταται στη συλλογή κυττάρων ή ιστού από τον τράχηλο χρησιμοποιώντας ένα ξέστρο (όργανο σε μορφή κουταλιού). Δείγματα ιστού μπορούν να ληφθούν για βιοψία. Αυτή η διαδικασία διεξάγεται μερικές φορές ταυτόχρονα με την κολποσκόπηση.

Αφού εντοπιστεί ο καρκίνος του τραχήλου, διενεργούνται εξετάσεις για να ελεγχθεί εάν τα καρκινικά κύτταρα έχουν εξαπλωθεί μέσα στον τράχηλο ή επεκτείνονται και σε άλλα μέρη του σώματος. Η διαδικασία που χρησιμοποιείται για να εξεταστεί κατά πόσον ο καρκίνος εκτείνεται ενδοτραχηλικά ή διασπείρεται σε απομακρυσμένα μέρη του σώματος ονομάζεται σταδιοποίηση. Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τη διαδικασία της σταδιοποίησης καθορίζουν το στάδιο της νόσου, η γνώση του οποίου είναι απαραίτητη για την επιλογή της καλύτερης δυνατής θεραπείας. Οι ακόλουθες εξετάσεις και διαδικασίες χρησιμοποιούνται στη σταδιοποίηση.

5.6 Λεμφαγγειογραφία

Η εξέταση αυτή χρησιμοποιείται για να απεικονίσει το λεμφικό σύστημα. Μια χρωστική ουσία εγχέεται εντός των λεμφαγγείων των κάτω άκρων. Καθώς η χρωστική ουσία πορεύεται προς τα άνω μέσω των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων λαμβάνονται ακτινογραφίες για να διαπιστωθούν τυχόν στενώσεις ή διακοπή της συνέχειας της λεμφικής παροχέτευσης. Η εξέταση αυτή βοηθάει στην ανίχνευση και εκτίμηση της λεμφαδενικής επέκτασης του καρκίνου. Ο ρόλος της λεμφαγγειογραφίας για την ανακάλυψη μεταστάσεων στους λεμφαδένες υπερέχει της αξονικής τομογραφίας.

5.7 Υπερηχογράφημα

Το ενδοκολπικό υπερηχογράφημα γίνεται με τη χρήση ειδικής και ιδιαίτερα λεπτού πομποδέκτη, που τοποθετείται ενδοκολπικά και φθάνει σε μικρή απόσταση από τη μήτρα και τις ωοθήκες, με αποτέλεσμα η ευκρίνεια απεικόνισης να είναι ασύγκριτα καλύτερη σε σχέση με το κοιλιακό υπερηχογράφημα. Ο κοιλιακός έλεγχος γίνεται εξωτερικά στο κάτω μέρος της κοιλιάς και απαιτεί ειδική προετοιμασία ώστε η ουροδόχος κύστη να είναι τελείως γεμάτη. Πρέπει να αναφερθεί ότι η απόσταση του πομποδέκτη από τα γυναικολογικά όργανα, το ενίοτε παχύ κοιλιακό τοίχωμα και η αδυναμία πλήρωσης της ουροδόχου κύστης επηρεάζουν αρνητικά την ευκρίνεια απεικόνισης. Σε νεαρές κοπέλες που δεν έχουν ακόμη σεξουαλική δραστηριότητα, καθώς και σε ηλικιωμένες γυναίκες με ατροφία και στενότητα κόλπου, εφαρμόζεται το κοιλιακό υπερηχογράφημα. Σε κάθε άλλη περίπτωση συνιστάται το ενδοκολπικό υπερηχογράφημα ως πιο αξιόπιστη μέθοδος εξέτασης.

5.8 Μαγνητική τομογραφία

Μαγνητική Τομογραφία (MRI) είναι μια διαγνωστική τεχνική σάρωσης που βασίζεται στις αρχές του μαγνητικού συντονισμού. Στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι αναγκαία καθώς καθορίζει το μέγεθος του όγκου και τυχόν συμμετοχή των λεμφαδένων. Η Μαγνητική Τομογραφία (MRI) χρησιμοποιεί ένα ισχυρό μαγνητικό πεδίο κυμάτων και ραδιοσυχνοτήτων να παράγει λεπτομερείς εικόνες των εσωτερικών οργάνων και ιστών. Ο εξεταζόμενος σε μία μαγνητική τομογραφία δεν εκτίθεται σε ιονίζουσα ακτινοβολία.

Οι Μαγνητικοί Τομογράφοι με ισχυρό μαγνητικό πεδίο 1,5 Tesla απεικονίζουν με πολύ υψηλή ακρίβεια, περιορίζουν τον χρόνο εξέτασης στο 1/8 των παλαιότερων μηχανημάτων, μειώνουν σημαντικά το θόρυβο και προσφέρουν πολύ μεγαλύτερη άνεση στον εξεταζόμενο.^{14,15}

5.9 Κυστεοσκόπηση

Η κυστεοσκόπηση είναι μια διαγνωστική εξέταση κατά την οποία ο ουρολόγος μέσω ενός ειδικού ενδοσκοπικού εργαλείου (το κυστεοσκόπιο) μπορεί να δει τον εσωτερικό της ουρήθρας και της ουροδόχου κύστης. Σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου χρησιμοποιείται για αναζήτηση ενδείξεων παθολογίας από το

ουροποιητικό. Ο ασθενής τοποθετείται πάνω στο κυστεοσκοπικό τραπέζι σε ειδική θέση (περίπου όμοια με της γυναικολογικής εξέτασης, δηλαδή με τα πόδια ψηλά) , όταν η κυστεοσκόπηση γίνεται με άκαμπτο κυστεοσκόπιο και σε κανονική ύπτια θέση όταν η εξέταση γίνεται με εύκαμπτο κυστεοσκόπιο. Στη συνέχεια ακολουθεί ο καθαρισμός των γεννητικών οργάνων με ένα αντισηπτικό διάλυμα. Εισάγονται 5 ml ξυλοκαΐνης μέσα στην ουρήθρα και στη συνέχεια εισάγεται το κυστεοσκόπιο , που με ήπιους και κατάλληλους χειρισμούς , ωθείται σιγά- σιγά στην κύστη. Αφού γίνει αυτό, γεμίζει η κύστη με φυσιολογικό ορό , ώστε να διαταθεί το τοίχωμα της και να εξαφανιστούν οι πτυχές του βλεννογόνου που διαφορετικά θα καλύψουν την οπή του κυστεοσκοπίου και θα εμποδίσουν την εξέταση. Η κυστεοσκόπηση είναι μπορεί να γίνει είτε με τοπική αναισθησία (εισαγωγή gel ξυλοκαΐνης μέσα στην ουρήθρα), είτε με ελαφριά αναισθησία, που κατά την γνώμη μας είναι προτιμότερη. Η πρόκληση πόνου εμποδίζει την άνετη εξέταση της κύστης ,και μπορεί να οδηγήσει σε επίσπευσή της και στην εξαγωγή όχι απόλυτα σωστών διαγνωστικών συμπερασμάτων. Η εξέταση είναι πιο εύκολη και πιο ανώδυνη στις γυναίκες , γιατί έχουν ευθεία και μικρή σε μήκος ουρήθρα (περίπου 4 εκ.) σε σχέση με τον άνδρα, η ουρήθρα του οποίου έχει τις φυσιολογικές καμπές και μήκος περίπου 14εκ.Η κυστεοσκόπηση είναι σχετικά ανώδυνη σαν εξέταση. Αυτό όμως εξαρτάται και από τη εμπειρία του γιατρού που την κάνει. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται και τα εύκαμπτα κυστεοσκόπια , που είναι εντελώς ανώδυνα για τον ασθενή. Επίσης υπάρχει η δυνατότητα καταγραφής της εξέτασης σε DVD , το οποίο δίδεται στον ασθενή. Η κυστεοσκόπηση πρέπει να γίνεται με συνθήκες ασηψίας όμοιες με αυτές στην εκτέλεση μιας εγχείρησης. Είναι δυνατόν μετά την κυστεοσκόπηση , ο ασθενής να ουρεί «ροζέ» ούρα για μερικές ώρες. Δεν πρέπει να ανησυχεί. Επί εμμονής όμως της κατάστασης ή η εμφάνιση κόκκινων (ζωηρό, έντονο χρώμα) ούρων, πρέπει ο ασθενής να επικοινωνήσει και να συμβουλευτεί το γιατρό του.^{14,15,16}

Κεφάλαιο 6: Θεραπεία

Ύστερα από διάγνωση η οποία τίθεται με βιοψία παίρνοντας μικρές ποσότητες ιστού για ιστολογική εξέταση ,στη συνέχεια σχεδιάζεται η παρακολούθηση και η θεραπεία:

1. Εάν στο test Pap διαγνωσθεί ελαφρού βαθμού δυσπλασία (CIN I) μπορεί να γίνει παρακολούθηση κυτταρολογικά για 1 χρόνο (με επανεξέταση ανά 3 - 6 μήνες). Εάν η βλάβη δεν έχει υποστρέψει, αλλά παραμένει η ίδια ή γίνεται βαρύτερη, τότε απαραίτητα θα πρέπει να γίνει κολποσκόπηση και αναλόγως των ευρημάτων, είτε συχνή κυτταρολογική/κολποσκοπική παρακολούθηση, ή θεραπευτική χειρουργική αντιμετώπιση της βλάβης.
2. Εάν στο test Pap διαγνωσθεί μετρίου ή σοβαρού βαθμού δυσπλασία (CIN II , III), τότε στη γυναίκα συστήνεται κολποσκόπηση και εφόσον τα κυτταρολογικά με τα κολποσκοπικά ευρήματα συμφωνούν, γίνεται η χειρουργική αντιμετώπιση της βλάβης.
3. Οι απλές HPV λοιμώξεις, εφόσον δεν συνυπάρχει κυτταρολογική ή κολποσκοπική ένδειξη συνυπάρχουσας ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN), μπορούν να παρακολουθούνται με test Pap και κολποσκοπική εξέταση.

Για την επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής αγωγής πρέπει να λαμβάνονται και οι παράμετροι που θεωρούνται σήμερα σημαντικές όπως :

- η ηλικία της ασθενούς
- η γενική υγεία και το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς
- η επιθυμία της για τεκνοποίηση
- το στάδιο της νόσου και η διαφοροποίηση του όγκου (Grading).

Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί θεμέλιο λίθο της αντιμετώπισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η λαπαροσκοπική χειρουργική μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε για την αντιμετώπιση της νόσου, είτε για τη σταδιοποίησή της, την επιβεβαίωση δηλαδή του σταδίου και της έκτασής της.⁸

6.1 Η θεραπεία του προ- καρκινικού σταδίου

Μερικές φορές τα ανώμαλα κύτταρα που ανιχνεύονται κατά τον πληθυσμιακό έλεγχο είναι ήπια (CIN 1). Σε αυτές τις περιπτώσεις τα ανώμαλα κύτταρα από μόνα τους μπορεί να επανέλθουν σε φυσιολογικά, και επομένως δεν χορηγείται καμιά θεραπεία για τις ενδείξεις CIN 1, όμως η εξέταση πρέπει να επαναληφθεί σε μερικούς μήνες. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν μέτριες ή σοβαρές αλλαγές στα κύτταρα (CIN2 ή CIN3) θα πρέπει να εξετασθούν με κολποσκόπιο από τον ιατρό, παρ' όλο που είναι πολύ μικρός ο αριθμός των γυναικών με CIN που πιθανό να αναπτύξουν καρκίνο στον τράχηλο. Στις περιπτώσεις των γυναικών που είναι στο προκαρκινικό στάδιο και

που πιθανό να εξελιχθεί σε καρκίνο κάνουν διάφορες θεραπείες. Η θεραπεία στοχεύει στην καταστροφή ή την αφαίρεση των επηρεασμένων κυττάρων χειρουργικά με αγκυλωτό εργαλείο ή με κωνοειδή εκτομή και βιοψία. Άλλου είδους θεραπευτική αντιμετώπισης είναι με λέιζερ ή με κρυοπηξία. Αυτές οι θεραπείες γίνονται σε τμήματα εξωτερικών ασθενών από το ιατρό ή από εξειδικευμένη νοσηλεύτρια.^{5,18}

6.2 Θεραπεία κατά στάδιο

Το είδος της θεραπείας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Έτσι, η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται μέχρι το στάδιο Πα ,ενώ για τα υπόλοιπα στάδια η χειρουργική θεραπεία αποφεύγεται και εφαρμόζεται η ακτινοθεραπεία. Ειδικότερα:

- **Στο στάδιο 0, αδενοκαρκίνωμα in situ**(δηλ. περιοριζόμενο στον τράχηλο). Αν οι γυναίκες θέλουν να διατηρήσουν ικανότητα τεκνοποίησης πραγματοποιείται κωνοειδής εκτομή ώστε να αποκλειστεί η περίπτωση διηθητικού καρκινώματος. Για τις γυναίκες που έχουν συμπληρώσει την τεκνοποίηση , η θεραπεία εκλογής είναι η απλή υστερεκτομή.
✓ Πενταετής επιβίωση 100%
- **Στο στάδιο Ia1**, σε νέα άτομα και εφόσον η αγγειακή και λεμφώδεις χώροι δεν έχουν διηθηθεί, ο καρκίνος μπορεί να αντιμετωπισθεί όπως ο καρκίνος in situ, δηλαδή με ευρεία κωνοειδή εκτομή, με την προϋπόθεση ότι η αφαίρεση έγινε επί υγιών ιστών. Σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, που έχουν τεκνοποιήσει, η αντιμετώπιση στο στάδιο Ia1 γίνεται με απλή ολική υστερεκτομία. Η αφαίρεση των ωοθηκών δεν είναι απαραίτητη στις περιπτώσεις αυτές, επειδή ο καρκίνος του τραχήλου δεν είναι ορμονοεξαρτώμενος, εκτός αν η γυναίκα είναι ηλικίας άνω των 45 ετών ή μετεμμηνοπαυσιακή.
✓ Πενταετής επιβίωση 100%
- **Στο στάδιο Ia2** ,(όπου το βάθος της διήθησης δεν υπερβαίνει τα 5mm από την επιφάνεια και είναι μικρότερο των 7mm σε πλάτος),αλλά και στο Ia1 εφ' όσον έχουν διηθηθεί η αγγειακή και οι λεμφώδεις χώροι και μέχρι το στάδιο Πα εφαρμόζεται η ριζική υστερεκτομία η οποία περιλαμβάνει εκτός από την ολική αφαίρεση της μήτρας και των εξαρτημάτων, την αφαίρεση των παραμητρίων (τραχηλικών συνδέσμων) και συνεπώς και των λεμφαδένων, που υπάρχουν σε αυτά καθώς επίσης την αφαίρεση των λεμφαδένων της περιοχής του θυρεοειδούς νεύρου και των αγγείων, την αφαίρεση των λεμφαδένων των έξω λαγόνιων αγγείων, των κοινών λαγόνιων αγγείων, των έσω λαγόνιων αγγείων και την αφαίρεση των προιερών λεμφαδένων. Παράλληλα, αφαιρείται ο κυτταρολιπώδης ιστός, που καλύπτει τον περικυστικό και περιοριστικό χώρο, ενώ αφαιρείται εκτεταμένα ο πλατύς σύνδεσμος και το άνω τριτημόριο του κόλπου. Επίσης, αφαιρούνται οι λεμφαδένες της περιοχής του ουρητήρα πλησίον δηλαδή του χιασμού του με

τη μητριάια αρτηρία καθώς επίσης και οι παραορτικοί λεμφαδένες. Ένας άλλος τρόπος είναι η εξωτερική ακτινοβολία (συνολική δόση 4.000cGy χορηγούμενη διακεκομμένα πέντε ημέρες την εβδομάδα και για διάστημα πέντε εβδομάδων) που ακολουθείται από ενδοτραχηλική εισαγωγή ραδιενεργού Κασίου για δύο ημέρες ,επαναλαμβανόμενη έπειτα από δυο εβδομάδες.

✓ Πενταετής επιβίωση 80-90%

- Στο στάδιο **IIa**, ο καρκίνος είτε επεκτείνεται πέραν του τραχήλου αλλά όχι στο τοίχωμα της πυέλου, είτε προσβάλλει τον κόλπο αλλά όχι το κατώτερο τριτημόριο. Κατά το στάδιο αυτό δεν υπάρχει εμφανής προσβολή των ιστών που περιβάλλει το τράχηλο ,προσβάλλονται όμως τα άνω δύο τρίτα του κόλπου. Η θεραπεία που ακολουθείται είναι ριζική υστερεκτομή και αφαίρεση των λεμφαδένων της πυέλου είτε εξωτερική ακτινοβολία ακολουθούμενη από ενδοτραχηλική εισαγωγή ραδιενεργού κασίου.

✓ Πενταετής επιβίωση 75-80%

- Στα στάδια **IIb, IIIa, IIIb και IV**, εφαρμόζεται μόνο ακτινοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει την ενδοκολπική και ενδοτραχηλική ακτινοβολία, καθώς και την εξωτερική πυελική ακτινοβολία των λεμφαδένων. Τα τελευταία χρόνια, γίνεται προσπάθεια της εφαρμογής ολοένα και λιγότερο εκτεταμένων χειρουργικών επεμβάσεων. Έτσι, στα στάδια Ia2 μέχρι IIa, δοκιμάζεται η λαπαροσκοπική λεμφαδενεκτομή των πυελικών λεμφαδένων και η κολπική ριζική τραχηλεκτομή με εξαίρεση και τμήματος του παραμητρίου. Με τη μέθοδο αυτή είναι δυνατόν να διατηρηθεί η γονιμότητα της γυναίκας. Παρ' όλα αυτά, μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από τη χρήση της μεθόδου, δεν είναι ακόμα διαθέσιμα. Συνήθως, μετά τη χειρουργική επέμβαση συνιστάται συμπληρωματική ακτινοθεραπεία των πυελικών λεμφαδένων, αν και δεν είναι βέβαιο ότι στο στάδιο I αυτό βελτιώνει την πρόγνωση περισσότερο από τη χειρουργική θεραπεία μόνη της. Για τα στάδια Ib και IIa, το μέγεθος του όγκου και η επέκταση στους πυελικούς λεμφαδένες κυρίως της κοινής λαγονίου αποτελούν παράγοντες κίνδυνου, που συνεκτιμώνται για την εφαρμογή συμπληρωματικής ακτινοθεραπείας. Και στην περίπτωση αυτή, η επιβίωση των ασθενών δεν είναι βέβαιο ότι βελτιώνεται με τη συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. Παρόλα αυτά, μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία συνιστάται μετά από τη χειρουργική επέμβαση και στα στάδια Ia2 μέχρι και IIa σχεδόν σε όλες τις ασθενείς, ιδιαίτερα εάν υπάρχουν κακοί προγνωστικοί παράγοντες, όπως εκτομή πλησίον των ορίων του καρκίνου, περισσότεροι από δυο θετικοί πυελικοί λεμφαδένες ή ένδειξη για μικροσκοπική διήθηση του παραμητρίου. Σχετικά με την ακτινοβολήση των παραορτικών λεμφαδένων, αυτή κρίνεται ως μη σκόπιμη σε περιπτώσεις, που έχουν αφαιρεθεί πλήρως οι λεμφαδένες της περιοχής αυτής. Η εφαρμογή προεγχειρητικής ακτινοθεραπείας αποτελεί επίσης μια πρακτική, η οποία όμως αυξάνει τον κίνδυνο των επιπλοκών. Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία συνιστάται από ορισμένους στο στάδιο Ib2 ακολουθούμενη από χειρουργική επέμβαση. Αν και, όπως αναφέρθηκε, η κλινική σταδιοποίηση αποτελεί το

βασικό τρόπο εκτίμησης της έκτασης της νόσου, ορισμένοι κατά τη χειρουργική επέμβαση διενεργούν ταχεία βιοψία των παροντικών λεμφαδένων και εάν αυτή αποβεί θετική, σταματούν την επέμβαση, θεωρώντας την ως εκτεταμένη, έστω 25% και εάν κλινικά είχε εκτιμηθεί ως στάδιο I ή II. Η συχνότητα θετικών παραορτικών λεμφαδένων ανέρχεται σε 20% στο στάδιο II και σε 30% στο στάδιο III. Περίπου το 10% των ασθενών με στάδιο II ή μεγαλύτερο στάδιο έχουν μεταστάσεις στο περιτόναιο, τα εξαρτήματα ή το ήπαρ, οι οποίες διαγιγνώσκονται και κατά τη χειρουργική επέμβαση.

Η σοβαρότερη επιπλοκή της ριζικής υστερεκτομίας είναι η στένωση ή τα συρίγγια του ουρητήρα. Η συχνότητα αυτών σήμερα έχει μειωθεί στο 1-2% επειδή αποφεύγεται η έντονη απογύμνωση του ουρητήρα από την αγγείωση του. Η συχνότερη επιπλοκή της ριζικής υστερεκτομίας είναι η κακή λειτουργία της ουροδόχου κύστεως, λόγω διατομής των νεύρων, που διέρχονται μετά από τους τραχηλικούς και τους ιερομητρικούς συνδέσμους. Μια άλλη λιγότερο συχνή, αλλά πιο επικίνδυνη επιπλοκή, είναι η θρομβοφλεβίτις και η πνευμονική εμβολή.

Στην περίπτωση, κατά την οποία μετά από ολική απλή υστερεκτομία σε προηγουμένως μη διαγνωσθείσα περίπτωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αποδειχθεί ότι πρόκειται για διηθητικό καρκίνωμα, η ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε μετεγχειρητική πυελική ακτινοθεραπεία. Αν πρόκειται μόνο για μικροδιηθητικό καρκίνωμα, δεν χρειάζεται προσθετική θεραπεία.

✓ **Πενταετής επιβίωση 66%-80% στο στάδιο IIb**

✓ **Πενταετής επιβίωση 60% στο στάδιο IIIa, IIIb**

- **Στάδιο IV** ο καρκίνος έχει διασπαρεί σε απομακρυσμένα όργανα πέρα της πυέλου ή έχει προσβάλει ουροδόχο κύστη ή το ορθό. Αντιμετωπίζεται με ακτινοθεραπεία ή με χειρουργική αφαίρεση της μήτρας, του κόλπου, της ουροδόχου κύστης και του ορθού (πυελική εκσπλάχνωση).

✓ **Πενταετής επιβίωση 20%-30%** ^{9,11,24}

6.3 Η κωνοειδής εκτομή

Πρόκειται για γυναικολογική επέμβαση στον τράχηλο της μήτρας, στην οποία υποβάλλεται μία γυναίκα προκειμένου να αντιμετωπίσει την κυτταρική δυσπλασία υψηλού βαθμού, αν αυτή έχει αποδειχθεί μετά από Τεστ Παπανικολάου. Πριν την επέμβαση της Κωνοειδούς Εκτομής, προκειμένου να αποφασιστεί η έκταση και το βάθος της εκτομής, διενεργείται κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος με: κολποσκόπηση, για χαρτογράφηση της δυσπλασίας, ιστολογική κατάταξη του βαθμού της κυτταρικής ατοπίας (CIN I, II ή III), του είδους της επιθηλιακής βλάβης (αδενικό ή πλακώδες επιθήλιο κ.ά) και της τυποποίησης του ιού H.P.V. (στελέχη H.P.V. 16, 18 κ.ά.)

Η διαδικασία της Κωνοειδούς Εκτομής περιλαμβάνει αφαίρεση ενός τμήματος του τραχήλου με laser ή ειδική διαθερμία (μέθοδος LLETZ). Κατόπιν, ο ιστός που αφαιρέθηκε εξετάζεται ιστολογικά. Η επέμβαση απαιτεί σύντομη νοσηλεία λίγων ωρών και πραγματοποιείται με ελαφρά μέθη ή τοπική αναισθησία. Συνιστάται ο τακτικός επανέλεγχος των ασθενών μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, για πιθανή επανεμφάνιση της δυσπλασίας.¹⁷

6.4 Υστερεκτομή

Είναι μια χειρουργική διαδικασία αφαίρεσης της μήτρας. Μπορεί να διεξαχθεί ως ολική κοιλιακή υστερεκτομή με αφαίρεση της μήτρας, των ωοθηκών και των σαλπίγγων ή ως κοιλιακή υστερεκτομή όπου η μήτρα αφαιρείται μέσω του κόλπου.

Η υστερεκτομή περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας με τους εξής τρεις τρόπους:

1. Μέσω κοιλιακής τομής
2. Μέσω του κόλπου
3. Με λαπαροσκοπικές τομές στη κοιλιά

Περίπτωση **μερικής υστερεκτομής** είναι η αφαίρεση του άνω τμήματος της μήτρας αφήνοντας τον τράχηλο ανέπαφο. **Ολική υστερεκτομή** με αφαίρεση μήτρας και τραχήλου. **Ριζική υστερεκτομή** με αφαίρεση μήτρας, τραχήλου και άνω τμήματος του κόλπου.

6.4.1 Ολική Λαπαροσκοπική Ριζική Υστερεκτομή με τη μέθοδο Nerve - Sparing που προστατεύει τα νεύρα

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος σε συχνότητα γυναικολογικός καρκίνος παγκοσμίως. Η ενδεδειγμένη θεραπεία για τα αρχικά στάδια της νόσου είναι η χειρουργική αντιμετώπιση και συγκεκριμένα η Ριζική Υστερεκτομία (τύπου III ή Wertheim – Meigs) λεμφαδενικό καθαρισμό. Σε αυτή την επέμβαση αφαιρείται η μήτρα, ο τράχηλος και ο ιστός γύρω από τον τράχηλο μαζί με τους λεμφαδένες της περιοχής. Αυτό διαφοροποιεί την επέμβαση από μια απλή Υστερεκτομία για άλλη πάθηση, καθώς πολύ κοντά στον τράχηλο διέρχεται ο ουρητήρας και πολύ σημαντικά αγγεία και νεύρα. Αυτά πολύ συχνά τραυματίζονται στη διάρκεια της επέμβασης με αποτέλεσμα είτε μεγάλη αιμορραγία και μη αφαίρεση όλου του ιστού γύρω από τον τράχηλο είτε μόνιμες βλάβες για την ασθενή.

Στην περίπτωση που δεν αφαιρεθεί σωστά ο όγκος στον τράχηλο και ο παρακείμενος ιστός τα ποσοστά υποτροπής της νόσου αυξάνονται κατακόρυφα με συνέπεια τη μείωση της επιβίωσης της ασθενούς. Ο τραυματισμός των νεύρων είναι δυνατόν να προκαλέσει διαταραχές στην ούρηση και την αφόδευση, οι οποίες τις περισσότερες φορές είναι μόνιμες και δεν είναι δυνατό να διορθωθούν. 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 Υστερεκτομία

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. Μια τελευταία εξέλιξη της Λαπαροσκοπικής Ριζικής Υστερεκτομίας 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.

6.4.2 Λαπαροσκοπική Ριζική Υστερεκτομία με Διατήρηση του Κάτω Υπογάστριου Πλέγματος

Η Ριζική Υστερεκτομία τύπου III συχνά συνοδεύεται από μετεγχειρητική νοσηρότητα, όπως δυσλειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος και απώλεια της αισθητικότητας της ουροδόχου κύστεως και του εντέρου. Περιγράφουμε την νέα τεχνική της Λαπαροσκοπικής Ριζικής Υστερεκτομίας με σύγχρονη Διατήρηση του Κάτω Υπογάστριου Πλέγματος και παραθέτουμε τα πλεονεκτήματά της στο εγχειρητικό αποτέλεσμα. 32 ασθενείς υπεβλήθησαν σε Λαπαροσκοπική Ριζική Υστερεκτομία με διατήρηση του κάτω υπογάστριου πλέγματος και ταυτόχρονο πυελικό λεμφαδενικό καθαρισμό. Το υπογάστριο καθώς και το σπλαγγνικό νεύρο αναγνωρίστηκαν αμφοτερόπλευρα κατά τη διάρκεια της λεμφαδενεκτομίας. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 52 έτη, ενώ η μέση εγχειρητική διάρκεια ήταν 221 λεπτά. Δε σημειώθηκαν διεγχειρητικές ή μετεγχειρητικές επιπλοκές σε καμία ασθενή. Μετεγχειρητικά, όλες οι ασθενείς ανέκτησαν την ικανότητα αυτόματης κένωσης της ουροδόχου κύστεως κατά την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα, με ένα μέσο όρο υπολειπόμενης ούρησης μικρότερο των 50ml. Η εφαρμογή της λαπαροσκοπικής ριζικής υστερεκτομίας με διατήρηση του κάτω υπογάστριου πλέγματος είναι μία πολλά υποσχόμενη νέα τεχνική, καθώς η λαπαροσκοπική αναγνώριση του κάτω υπογάστριου νεύρου και του κάτω υπογάστριου πλέγματος είναι μία εφικτή διαδικασία για εκπαιδευμένους λαπαροσκόπους, που έχουν επαρκή γνώση όχι μόνο της ανατομίας των περιτοναϊκών

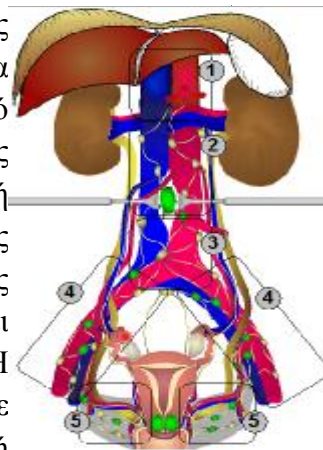
δομών αλλά και της πυελικής νευροανατομίας. Η μέθοδος αυτή θα μπορούσε να αποτρέψει μακροχρόνιες επιπλοκές στην λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος και να προσφέρει καλύτερη ποιότητα ζωής στις ασθενείς που υποβάλλονται σε ριζική υστερεκτομία με ταυτόχρονο λεμφαδενικό καθαρισμό.

6.5 Λεμφαδενεκτομή σε γυναικολογικό καρκίνο

Οι λεμφαδένες στους οποίους αποχετεύεται η λέμφος από τα έσω γεννητικά όργανα (σώμα της μήτρας, τράχηλος και ωοθήκες - σάλπιγγες) είναι οι πυελικοί και οι παραορτικοί. Οι πυελικοί (4, 5) λεμφαδένες περιλαμβάνουν τους λεμφαδένες του θυροειδούς

Εικόνα 3 :Λεμφαδενεκτομή

βόθρου, της έξω λαγονίου, της έσω λαγονίου και της κοινής λαγονίου. Σε αυτούς αποχετεύεται η λέμφος από το σώμα της μήτρας και τον τράχηλο κυρίως και λιγότερο συχνά από τις ωοθήκες. Οι παραορτικοί (1, 2, 3) λεμφαδένες περιλαμβάνουν τους λεμφαδένες πάνω από τη νεφρική φλέβα, κάτω από τη νεφρική φλέβα και τους λεμφαδένες κάτω από τη μεσεντέριο αρτηρία. Η λέμφος από τις ωοθήκες αποχετεύεται κυρίως σε αυτούς τους λεμφαδένες και λιγότερο από τη μήτρα και τα εξαρτήματα της (Εικόνα5). Η κλινική σημασία των λεμφαδένων αυτών είναι σε περιπτώσεις κακοήθειας αποτελούν θέσεις μεταστάσεων ή μικρό - μεταστάσεων. Η σωστή χειρουργική αντιμετώπιση των κακοηθειών του τραχήλου και του σώματος της μήτρας και των ωοθηκών επιβάλλει την αφαίρεσή τους κατά περίπτωση. Ο λεμφαδενικός καθαρισμός όμως είναι αναγκαίο να γίνεται από έμπειρους Γυναικολόγους – Ογκολόγους. Στη διάρκεια του χειρουργείου απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και εμπειρία καθώς δε πρέπει να τραυματιστούν ζωτικής σημασίας αγγεία και νεύρα που υπάρχουν στην περιοχή.



Πηγή: Henry Gray (1918), *Anatomy of the Human Body*, p. 677, retrieved 2008-06-15

Η Λαπαροσκοπική Λεμφαδενεκτομή αποτελεί τα τελευταία χρόνια διεθνώς την καλύτερη επιλογή χειρουργικής αντιμετώπισης. Παρέχει τη δυνατότητα αναγνώρισης τόσο των λεμφαδένων, όσο και των σημαντικών ανατομικών σημείων της περιοχής με σαφώς μεγαλύτερη ευκρίνεια από ότι σε ένα ανοικτό χειρουργείο. Έτσι αφαιρείται πλήρως ο λεμφαδενικός ιστός, αποφεύγοντας παράλληλα σοβαρές επιπλοκές και μόνιμες βλάβες (μουδιάσματα, μειωμένη κινητικότητα ή αισθητικότητα) μετά το χειρουργείο. Η ογκολογική ασφάλεια της μεθόδου είναι αδιαμφισβήτητη, ενώ η ταχύτατη μετεγχειρητική πορεία και ανάρρωση εξασφαλίζει την άμεση και χωρίς καθυστέρηση έναρξη συμπληρωματικής θεραπείας (Χημειοθεραπεία ή Ακτινοθεραπεία) στις περιπτώσεις που χρειάζεται^{16,18,24}

6.6 Κρυοχειρουργική

Η Κρυοθεραπεία, που επίσης ονομάζεται κρυοχειρουργική, κρυοπηξία (cryoablation) ή στοχευόμενη θεραπεία κρυοπηξίας αναφέρεται στη χρήση υπερβολικού ψύχους για την καταστροφή του παθολογικού ιστού, συμπεριλαμβάνοντας τα καρκινικά κύτταρα. Η κρυοθεραπεία διενεργείται χρησιμοποιώντας συσκευή κρυοπηξίας, λεπτή συσκευή που μοιάζει με ράβδο η οποία φέρει λαβή ή σκανδάλη ή φέρει σειρά μικρών βελόνων οι οποίες συνδέονται με πηγή αζώτου ή αργού, το οποίο καταψύχει το άκρο της συσκευής. Οι περισσότερες συσκευές κρυοπηξίας χρησιμοποιούν αέριο αργό και είναι εγκεκριμένες από την U.S Food and Drug Administration (FDA) για γενική ουρολογική και ογκολογική χρήση. Η συσκευή τοποθετείται στην κατάλληλη θέση υπό απεικονιστική καθοδήγηση και καθώς οι εσωτερικοί ιστοί ψύχονται, ο ιατρός αποφεύγει να καταστρέψει υγιή ιστό παρακολουθώντας την κίνηση του άκρου της συσκευής με υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία ή μαγνητική τομογραφία και προβολή των εικόνων σε οθόνη παρόμοια με την οθόνη της τηλεόρασης.

6.7 Πυελική εξεντέρωση

Είναι η αφαίρεση όλων των πυελικών οργάνων, συμπεριλαμβανομένου του εντέρου, του κόλπου, και της κύστης.

Πρόσθια εξεντέρωση είναι η αφαίρεση της μήτρας των ωοθηκών, των σαλπίγγων, του κόλπου, της κύστης, της ουρήθρας καθώς και των λεμφαγγείων και των λεμφαδένων. (Για την αποβολή ούρων δημιουργείται ειλεοκύστη.)

Οπίσθια εξεντέρωση είναι η αφαίρεση της μήτρας των ωοθηκών, των σαλπίγγων, του εντέρου και του ορθού. (Για τη διευκόλυνση αποβολής των κοπράνων γίνεται κολοστομία)¹⁵

6.8 Ακτινοθεραπεία

Αποτελεί χορήγηση ακτινών υψηλής ενέργειας σε θέση να σκοτώσουν τα κακοήθη κύτταρα. Αποτελεί μια θεραπεία που δεν προκαλεί πόνο η οποία έχει το πλεονέκτημα να εμπλέκει όχι μόνο τη μήτρα αλλά και τις γύρω περιοχές οι οποίες μπορεί να έχουν προσβληθεί ενδεχομένως από καρκίνο. Η πηγή των ακτινών μπορεί να είναι και εξωτερική και εσωτερική. Στην δεύτερη περίπτωση μιλάμε για βραχυθεραπεία, μια νέα τεχνική που προβλέπει την εισαγωγή στη μήτρα της ασθενούς μικρών «αυγών» που εκπέμπουν ακτίνες. Η Ταυτόχρονη Χημειοθεραπεία, Ακτινοθεραπεία και βραχυθεραπεία συνιστάται στους καρκίνους, Figo pT1b1, pT1b2 και pT2a μετά το χειρουργείο και σε περιπτώσεις R1 (μη καθαρά χειρουργικά όρια) για να μειώσουν τον κίνδυνο υποτροπιασμού

6.8.1 Επιπλοκές ακτινοθεραπείας

Οι κυριότερες επιπλοκές από την ακτινοθεραπεία είναι η δημιουργία συριγγίων. Τα συρίγγια αφορούν στην ουροδόχο κύστη, τους ουρητήρες, το ορθοσιγμοειδές και το λεπτό έντερο. Άλλες πιθανές επιπλοκές είναι η αιμορραγική κυστίτις, η πρωκτίτις, η σιγμοειδίτις και ο αποφρακτικός ειλεός. (για τα δυο πρώτα στάδια) Παρόλα αυτά, ορισμένοι εφαρμόζουν ως μοναδική θεραπεία την ακτινοθεραπεία σε όλα τα στάδια της νόσου με εξίσου καλά αποτελέσματα με τη ριζική υστερεκτομία. Συνήθως, εφαρμόζεται εξωτερική ακτινοβολία στην πύελο και εσωτερική στον τράχηλο με ράδιο ή κάσιο.⁵

6.9 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχει αρχίσει να εφαρμόζεται ευρύτερα τα τελευταία χρόνια. Μπορεί να χορηγηθεί είτε πριν από τη χειρουργική επέμβαση είτε μετά από αυτήν ως συμπληρωματική θεραπεία μόνη σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία. Μπορεί επίσης να εφαρμοστεί σε υποτροπές της νόσου μόνη ή σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία. Η εφαρμογή της πριν από την εγχείρηση έχει ως στόχο να ελαττώσει το μέγεθος του όγκου, ιδιαίτερα σε ασθενείς σταδίου Ib ή μεγαλύτερου σταδίου. Έτσι, ανεγχείρητες περιπτώσεις μπορεί στη συνέχεια να γίνουν χειρουργήσιμες. Το θεραπευτικό χημικοθεραπευτικό σχήμα έχει ως βάση τη σισπλατίνη. Η συμπληρωματική χημειοθεραπεία μετά από τη χειρουργική φαίνεται κατά ορισμένες μελέτες να αυξάνει την πενταετή επιβίωση και να ελαττώνει τις υποτροπές και τους θανάτους από τη νόσο σε μεγαλύτερο ποσοστό, πάρα όταν η χειρουργική θεραπεία εφαρμοστεί μόνη της ή συμπληρωθεί με ακτινοθεραπεία. Στα στάδια III και IV, η ακτινοθεραπεία, που είναι και η πρωταρχική θεραπεία, παρέχει καλύτερα αποτελέσματα, εάν συνδυαστεί με χημειοθεραπεία, παρά εάν χορηγηθεί μόνη της. Σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου με διήθηση της ουροδόχου κύστεως ή και του ορθού ή σε υποτροπές, ορισμένοι εφαρμόζουν την πρόσθια ή οπίσθια εξεντέρωση, η οποία θεωρείται ακρωτηριαστική μέθοδος και συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών και αυξημένη θνησιμότητα. Σε περίπτωση υποτροπής της νόσου μετά από ακτινοθεραπεία χωρίς προηγούμενη επέμβαση, εφόσον πρόκειται για μικρή περιορισμένη εντόπιση στο κέντρο της πύελου και χωρίς μεταστάσεις, εφαρμόζεται ριζική υστερεκτομή και μερική κολποεκτομή. Εάν όμως πρόκειται για μεγαλύτερες υποτροπές, ενδεχομένως η χημειοθεραπεία να ενεργήσει παρηγορητικά. Στην περίπτωση, που έχει προηγηθεί ολική υστερεκτομία και αναπτυχθεί καρκίνος αργότερα στο κοιλικό κολόβωμα, η αντιμετώπιση είναι ίδια με αυτή, που αναφέρθηκε παραπάνω.

6.9.1 Παρενέργειες χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία είναι συστηματική αγωγή η οποία μπορεί να προκαλέσει ποικίλες παρενέργειες σε όλο το σώμα, που εξαρτώνται από το είδος του φαρμάκου, ή το συνδυασμό των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται, τη δόση, το πρόγραμμα χορήγησης και την οδό χορήγησης. Η αξιολόγηση στην καθημερινή κλινική πρακτική

των τοξικοτήτων της αντικαρκινικής χημειοθεραπείας προϋποθέτει γνώση γύρω από τις γενικές επιδράσεις των κυτταροτοξικών φαρμάκων στο σώμα του ασθενούς ,καθώς και εξοικείωση με τη δράση συγκεκριμένων φαρμάκων ή συνδυασμών που χρησιμοποιούνται. Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι δυνατόν να καταταχθούν σε τρεις κατηγορίες:

1. Άμεσες παρενέργειες: συμβαίνουν εντός 30 λεπτών από την έναρξη της θεραπείας
2. Οι βραχυπρόθεσμες παρενέργειες ,εμφανίζονται 3 με 7 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας
3. Μακροχρόνιες παρενέργειες ,εμφανίζονται μετά από 7 ημέρες

6.9.2 Άμεσες παρενέργειες της χημειοθεραπείας :

- Πόνος στο σημείο εισόδου του ενδοφλεβίου καθετήρα μέσω του οποίου χορηγείται η χημειοθεραπεία
- Φλεβικός πόνος
- Ψυχρή αίσθηση κατά μήκος της φλέβας
- Ερυθρότητα κατά μήκος της φλέβας
- Ερυθρότητα του προσώπου
- Ερυθρότητα σώματος
- Υπόταση
- Αναφυλαξία
- Ασυνήθης γεύση και οσμή

6.9.3 Βραχυχρόνιες παρενέργειες της χημειοθεραπείας:

- Ανορεξία
- Ναυτία
- Εμετός
- Στοματίτιδα
- Πόνος στη περιοχή του όγκου
- Κακουχία
- Σύνδρομο που μοιάζει με γρίπη και πυρετός

- Χημική κυστίτιδα
- Ερυθρά ή πράσινα ούρα
- Δυσκοιλιότητα
- Διάρροια

6.9.4 Μακροχρόνιες και αθροιστικές παρενέργειες χημειοθεραπείας:

- Καταστολή του μυελού των οστών
- Αλωπεκία
- Δερματικές αντιδράσεις συμπεριλαμβανομένων εξανθημάτων, φλεγμονής, υπέρχρωσης, φωτοευαισθησίας
- Ραβδώσεις των νυχιών
- Θρομβοφλεβίτιδα
- Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
- Ηπατική δυσλειτουργία
- Νεφροτοξικότητα
- Σεξουαλική δυσλειτουργία
- Νευρολογικά προβλήματα
- Τοξικότητα ΚΝΣ^{21,23,24}

Κεφάλαιο 7 : Ψυχολογική αποκατάσταση

7.1 Ψυχολογική υποστήριξη

Από την διάγνωση της νόσου ο ασθενής και το περιβάλλον του υποβάλλονται σε μία έντονη αγχωτική κατάσταση. Η επικοινωνία με τους ασθενείς αποτελεί θεμελιώδη αρχή της κλινικής πρακτικής, είναι όμως μείζονος σημασίας στον ογκολογικό ασθενή. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι δυνατή από διάφορους φορείς, με την προϋπόθεση να υπάρχει επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκομένων στην φροντίδα του ασθενούς. Η κοινωνική ζωή, η εμφάνιση του ασθενούς είναι ζητήματα που από την αρχή της διάγνωσης θα πρέπει να τεθούν στον ασθενή για την καλύτερη διαχείρισή τους.

7.2 Συναισθηματικές αντιδράσεις καρκινοπαθών

1. Μείωση αυτοεκτίμησης: Ο καρκινοπαθής βλέπει τις δυνάμεις του να τον εγκαταλείπουν. Φοβάται ότι μόνος του δε μπορεί να σωθεί. Αισθάνεται ένοχος για τη νόσο του (Δε πρόσεξα όσο έπρεπε!)
2. Έλλειψη εμπιστοσύνης: Ο καρκινοπαθής επειδή συνήθως αντιλαμβάνεται ότι το περιβάλλον του δεν του λέει την αλήθεια και βλέποντας την κατάστασή του, χάνει την εμπιστοσύνη του στους ανθρώπους, ακόμα και στο Θεό.
3. Μείωση υπόληψης και σεβασμού
4. Ανάπτυξη αισθημάτων κόπωσης: Κουράστηκε να ελπίζει και να προσπαθεί.

7.3 Ψυχολογία ογκολογικών ασθενών

Κάθε ασθενής αντιδρά με τον δικό του προσωπικό τρόπο στη διάγνωση της νόσου, την εφαρμογή της αντικαρκινικής θεραπείας και την περίοδο μετά την ολοκλήρωση αυτής. Γενικά, οι ογκολογικοί ασθενείς βιώνουν πολλά αντικρουόμενα συναισθήματα και ο τρόπος, που κάθε ασθενής αντιμετωπίζει τη νόσο και τη θεραπεία, είναι αυστηρά προσωπικός. Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής:

1. Αίσθημα μειωμένης αυτοεκτίμησης. Το αίσθημα μειωμένης αυτοεκτίμησης συσχετίζεται με την αντίληψη ορισμένων ασθενών ότι η εμφάνιση της νόσου είναι συνέπεια δικού τους λάθους, την εξάρτηση των ασθενών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τα άτομα που τους φροντίζουν (ακόμα και για τις βασικότερες ανάγκες - π.χ. σίτιση, καθαριότητα) και άλλους παράγοντες.
2. Υιοθέτηση μίας αισιόδοξης στάσης σε σχέση με την έκβαση της θεραπείας, αν και οι περισσότεροι ασθενείς βρίσκονται σε δυσμενή ψυχολογική κατάσταση κατά την έναρξη της αγωγής.
3. Απογοήτευση, ιδιαίτερα εάν ο ασθενής πιστεύει ότι δεν έχει την απαιτούμενη υποστήριξη από τα συγγενικά και φιλικά του πρόσωπα.

4. Σύγχυση στην οποία συμβάλλει και η συμμετοχή ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων στη θεραπεία (παθολόγος, γυναικολόγος, παθολόγος – ογκολόγος, χειρουργός, ακτινοθεραπευτής, κ.α.) στο πλαίσιο του άγνωστου νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

5. Φόβος του θανάτου. Ορισμένοι ασθενείς εκδηλώνουν θυμό έναντι του προσωπικού υγείας και άλλοι αναπτύσσουν πνευματικές αναζητήσεις. Βασικό υπόστρωμα αυτών των συμπεριφορών αποτελεί ο φόβος του θανάτου.

6. Παραίτηση ή πανικός. Όταν δεν υπάρχουν – πλέον – δυνατότητες αντιμετώπισης της νόσου, ορισμένοι ασθενείς αναζητούν βοήθεια από μη επιστημονικές ομάδες ή άτομα, κατάσταση που συχνά οδηγεί στην οικονομική εκμετάλλευσή τους (αμφισβητούμενες θεραπείες). Άλλοι ασθενείς επιθυμούν να σταματήσει κάθε προσπάθεια.

7.4 Εξέλιξη της Ψυχικής Κατάστασης των ασθενών

Έχει διατυπωθεί μία αλληλουχία πέντε σταδίων, που χαρακτηρίζει την εξέλιξη της ψυχικής κατάστασης των ασθενών, μέχρι τον ενδεχόμενο θάνατο από τη νόσο :

1. Στάδιο άρνησης. Η άρνηση μπορεί να αφορά συγκεκριμένα γεγονότα (π.χ. εμφάνιση κάποιου συμπτώματος), τις επιπτώσεις της νόσου ή την πιθανότητα θανάτου από αυτή.

2. Στάδιο διαπραγμάτευσης. Αποσκοπεί στην αποτροπή των δυσάρεστων επιπτώσεων της νόσου ή του θανάτου. Η διαπραγμάτευση γίνεται με κάποιο άτομο κύρους ή τον Θεό.

3. Στάδιο κατάθλιψης

4. Στάδιο αποδοχής. Η συμπεριφορά του ασθενούς εκφράζει την αποδοχή της κατάστασης (π.χ. περιορισμένη επικοινωνία, απόσυρση).

7.5 Σημασία της Ψυχικής Κατάστασης του Ασθενούς

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ψυχική κατάσταση του ασθενούς μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη του καρκίνου. Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες φαίνεται ότι παίζουν ρόλο στην ταχύτητα επέκτασης της νόσου και διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς για την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας του ασθενούς:

- Θετικοί παράγοντες:

1. Ανησυχία ακόμα και για την παραμικρή σωματική ενόχληση (ο συχνός ιατρικός έλεγχος οδηγεί σε έγκαιρη διάγνωση)

2. Ταχείες συναισθηματικές αντιδράσεις, ιστορικό νευρωσικών συμπτωμάτων

3. Εξωστρεφής επιθετικότητα – αποφόρτιση ενοχικών συναισθημάτων

4. Ικανότητα χειρισμού του άγχους
 5. Αισιοδοξία – αγωνιστικότητα
 6. Ευκολία στις κοινωνικές σχέσεις
 7. Ικανότητα για ψυχοθεραπευτικού τύπου σχέση
- Αρνητικοί παράγοντες:
1. Άρνηση της νόσου (απώλεια του πλεονεκτήματος της έγκαιρης διάγνωσης)
 2. Συγκρατημένες συναισθηματικές αντιδράσεις, απουσία νευρωσικών συμπτωμάτων
 3. Εσωστρεφόμενη επιθετικότητα – έντονα ενοχικά συναισθήματα
 4. Αδυναμία χειρισμού του άγχους
 5. Απαισιοδοξία – παθητικότητα, τάση για εκδήλωση κατάθλιψης
 6. Μειωμένη ικανότητα επικοινωνίας
 7. Αδυναμία ψυχοθεραπευτικής σχέσης

Κεφάλαιο 8: Πρόληψη

Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της νόσου διακρίνονται τρία επίπεδα παρεμβάσεων. Η πρωτογενής, η δευτερογενής και η τριτογενής προληπτική παρέμβαση.

8.1 Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που πραγματοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες, και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Σκοπός η παραγωγή της γενικής κατάστασης υγείας και την προστασία από το συγκεκριμένο πρόβλημα. Στις παρεμβάσεις περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν υγιεινό τρόπο ζωής. Βασικό κανόνα στην πρωτογενή πρόληψη αποτελεί η διδασκαλία και η ενημέρωση.

Όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει:

- Διαφώτιση του κοινού σχετικά με τη μέγιστη σημασία της προληπτικής εξέτασης του test pap
- Προτροπή των γυναικών για υγιεινή διαβίωση και καθαριότητα.
- Ενημέρωση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς και την αποφυγή πολλών ερωτικών συντρόφων.
- Αποφυγή καπνίσματος

8.2 Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την ασθένεια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Σκοπός της είναι να θεραπευτεί η ασθένεια κατά το δυνατό στα πρώιμα στάδια, σε περίπτωση που αυτό δεν είναι δυνατόν να περιοριστεί η εξέλιξη της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για δευτερογενή πρόληψη. Σημαντικότερο παράδειγμα μπορεί να είναι το τεστ Παπανικολάου. Ο μαζικός έλεγχος του πληθυσμού με τεστ Παπανικολάου έχει στόχο να ανιχνεύσει αλλοιωμένα κύτταρα στον τράχηλο σε πολύ πρώιμη εξέλιξη, όταν αυτά μπορούν να αφαιρεθούν εύκολα, έτσι ώστε να μη μπορέσουν να εξελιχθούν σε καρκίνο του τραχήλου. Όταν αναπτυχθεί ο καρκίνος του τραχήλου, η θεραπεία γίνεται πολύ πιο δύσκολη και με μικρότερες πιθανότητες επιτυχίας. Όλες οι γυναίκες ηλικίας 20 μέχρι 65 χρόνων θα πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο μια φορά το χρόνο. Ο μαζικός έλεγχος προσφέρει την καλύτερη προστασία αν επαναλαμβάνεται τακτικά¹

8.3 Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η νόσος και την αποκατάσταση των ατόμων. Παρεμβαίνει όταν οι βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας. Ο στόχος της νοσηλευτικής αποβλέπει στην παροχή ανθρωπιστικής φροντίδας στην καρκινοπαθή ασθενή και την οικογένειά της, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη νόσο και τη θεραπεία, ώστε να μπορέσει η ασθενής να συμμετέχει ικανοποιητικά στις δραστηριότητες της ζωής.⁴

8.4 Η Πρόληψη μέσω Τεστ Παπ και Εμβολιασμού

Το τεστ Παπ, είναι σύμφωνα με μελέτες 90-95%, ακριβές στην πρόωμη διάγνωση προκαρκινικών βλαβών και πρέπει να ξεκινά εντός τριετίας από την έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας, ή στην ηλικία των 21 ετών και να επαναλαμβάνεται ετησίως για τρία χρόνια. Εάν δεν εντοπιστεί καμία αλλοίωση μπορεί στη συνέχεια να επαναλαμβάνεται κάθε τρία χρόνια. Μετά την ηλικία των 65- 70 ετών και εφόσον δεν έχει εντοπιστεί καμία ανωμαλία στα τρία τελευταία τεστ Παπ, ο έλεγχος μπορεί να διακοπεί. Ομάδες υψηλού κινδύνου (πχ. παρατεταμένη χρήση αντισυλληπτικών, πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι) πολλές φορές χρειάζονται πιο εντατικοποιημένους ελέγχους.

Ο εμβολιασμός μπορεί να προστατέψει έναντι έως και 70% των περιστατικών του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ωστόσο για την βέλτιστη πρόληψη ο εμβολιασμός πρέπει να συνδυάζεται με προληπτικό έλεγχο. Μοντέλα δείχνουν ότι ο εμβολιασμός σε συνδυασμό με τον τακτικό προληπτικό έλεγχο θα μπορούσε να μειώσει την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά 94% σε σύγκριση με την περίπτωση της μη παρέμβασης. Όπου υπάρχουν, τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου μπορούν να εντοπίσουν παθολογικά και προκαρκινικά κύτταρα στον τράχηλο, ωστόσο δεν προλαμβάνουν την αιτία των τραχηλικών αλλοιώσεων, δηλαδή την εμμένουσα λοίμωξη με ογκογόνους τύπους του HPV. Επιπλέον, με τον προληπτικό έλεγχο δεν εντοπίζονται πάντα όλες οι προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου ή τα περιστατικά καρκίνου, εγκαίρως. Στις περισσότερες χώρες, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι περίπου πέντε φορές μεγαλύτερος σε γυναίκες που δεν ελέγχονται τακτικά

Ο εμβολιασμός μπορεί να μειώσει δραματικά τα ποσοστά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, των προκαρκινικών αλλοιώσεων και της ανάγκης για περαιτέρω θεραπεία. Αυτό θα μπορούσε να μειώσει το σημαντικό άγχος και την αβεβαιότητα που μπορεί να συνοδεύει τα αποτελέσματα ενός παθολογικού επιχρίσματος στο τεστ Παπανικολάου.

Στην Ελλάδα, ο εμβολιασμός έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, συμπεριλαμβάνεται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών από το 2008 και

συνιστάται σε κορίτσια ηλικίας 12-15 ετών, αλλά και σε κορίτσια ηλικίας 15-26 ετών εάν δεν έχουν εμβολιαστεί στη συνιστώμενη ηλικία.

Δύο εμβόλια εναντίον του HPV κυκλοφορούν στην Ελλάδα. Ένα τετραδύναμο, το Gardasil, που περιέχει τους τύπους 6,11,16 και 18 και ένα διδύναμο με την ονομασία Cervarix που περιέχει τους τύπους 16 και 18.

Τα δύο διαθέσιμα εμβόλια, παρέχοντας μερική προστασία και για άλλους τύπους πλην αυτών που περιέχουν, προλαμβάνουν πάνω από το 75% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και τις περισσότερες περιπτώσεις των άλλων μορφών καρκίνου της γεννητικής χώρας που προκαλεί ο ιός.

Το τετραδύναμο εμβόλιο προφυλάσσει και από το 90% των γεννητικών κονδυλωμάτων.

Το εμβόλιο δεν περιέχει τον ιό στη σύνθεσή του και ως εκ τούτου δεν μπορεί να μολύνει τον οργανισμό. Όλοι οι Διεθνείς Οργανισμοί Υγείας, μεταξύ των οποίων ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) και ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων έχουν αποφανθεί για την αποτελεσματικότητα αλλά και για την ασφάλεια του εμβολίου, το οποίο έχει διανεμηθεί σε πάνω από 70 εκατομμύρια δόσεις παγκοσμίως και έχει μελετηθεί εκτεταμένως σε κλινικές μελέτες.

Δημοσιεύματα χωρίς επιστημονική βάση για την ασφάλεια του εμβολίου αποδεικνύεται σήμερα ότι το μόνο που πέτυχαν ήταν να αναστείλουν έφηβες και γυναίκες από το να ασκήσουν το δικαίωμα να εμβολιαστούν και να προστατευτούν από την HPV λοίμωξη.

Στην Ελλάδα το εμβόλιο κυκλοφορεί από το 2007 και πολλές χιλιάδες κορίτσια και νεαρές γυναίκες έχουν ήδη εμβολιασθεί. Το εμβόλιο χορηγείται σε 3 δόσεις ως ενδομυϊκή ένεση στο βραχίονα κατά προτίμηση εντός εξαμήνου.

Στη χώρα μας, ο εμβολιασμός έναντι του ιού HPV έχει ενταχθεί επίσημα στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών του Υπουργείου Υγείας. Τα εμβόλια χορηγούνται δωρεάν σε όλα τα κορίτσια και τις νέες γυναίκες ηλικίας 12-26 ετών. Το μεγάλο αυτό ηλικιακό εύρος πολλές φορές λειτουργεί ως άλλοθι στους γονείς και τους εφήβους για αναβλητικότητα του εμβολιασμού.

Είναι σημαντικό να μη συσχετισθεί το εμβόλιο με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής ή να θεωρηθεί πως δίνει το 'πράσινο φως' για κάτι τέτοιο. Ο εμβολιασμός έναντι του HPV αποτελεί εμβόλιο ρουτίνας για τα κορίτσια ηλικίας 12-15 ετών για λόγους ανεξάρτητους με την επικείμενη ή όχι έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας.

Η ηλικία αυτή, με αιχμή την ηλικία των 12 ετών, είναι η περίοδος που ολοκληρώνεται όλη η σειρά των εμβολίων του εθνικού προγράμματος εμβολιασμών, καθώς η ανταπόκριση στους εμβολιασμούς είναι η βέλτιστη και η συμμόρφωση των εφήβων στις ιατρικές συστάσεις υψηλή.

Είναι κρίμα να χαθεί η ευκαιρία να γίνει το εμβόλιο, αφού μετά τα 14-15 έτη οι έφηβοι σπάνια χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας, ενώ εστιάζουν στη σχολική επίδοση, τις δραστηριότητες και το συναρπαστικό ταξίδι τους στις εξερευνήσεις της εφηβικής ηλικίας.

Οι γονείς από την άλλη επηρεάζουν όλο και λιγότερο το νεαρό άτομο, είναι συχνά αμήχανοι μπροστά στον καταγισμό των μεταβολών και συμπεριφορών της εφηβείας και προσπαθώντας τελικά να ισορροπήσουν, μπορεί να αμελήσουν θέματα όπως οι εμβολιασμοί.

Είναι λάθος να θεωρείται από τους γονείς ότι το εμβόλιο αποτελεί διαβατήριο για έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας.

Το εμβόλιο παρέχεται δωρεάν έως την ηλικία των 26 ετών λόγω των πολλαπλών οφελών που προσφέρει ο εμβολιασμός και στις έφηβες και νεαρές γυναίκες που δεν έχουν εμβολιαστεί στην ηλικία των 12-15 ετών. Στις μεγαλύτερες κοπέλες, ανεξάρτητα από το αν έχουν εκτεθεί στον ιό ή όχι, ο εμβολιασμός με το HPV εμβόλιο θα τις προστατεύσει από μελλοντικές λοιμώξεις.

Πρέπει να εξαλειφθεί η παρανόηση ότι το τεστ Παπανικολάου είναι ανταγωνιστική μέθοδος για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το τεστ Παπ θα ανιχνεύσει πρώιμα βλάβες από τους πιο σπάνιους τύπους του ιού HPV, για τους οποίους το εμβόλιο δεν παρέχει απόλυτη προστασία.

Ο εμβολιασμός είναι η σύγχρονη μέθοδος πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας για έφηβες και νεαρές γυναίκες χωρίς σεξουαλική δραστηριότητα, ενώ ο εμβολιασμός ακολουθούμενος από τη συστηματική χρήση του τεστ Παπανικολάου είναι η ενδεικνυόμενη μέθοδος πρόληψης για τις μεγαλύτερες γυναίκες.

Συμπερασματικά, ο εμβολιασμός καλό είναι να γίνει στην πρώτη ευκαιρία σε όλες τις εφήβους ή νεαρές γυναίκες, με προτίμηση στο χαμηλότερο ηλικιακό όριο των 12 ετών.²¹

8.4.1 Μελέτη εμβολίου έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Η μεγαλύτερη μελέτη αποτελεσματικότητας εμβολίου έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, έδειξε ότι το Cervarix προστατεύει έναντι των 5 πιο συχνών ογκογόνων τύπων του HPV. Δημοσίευση στο επιστημονικό περιοδικό *TheLancet*: Η επιπρόσθετη αποτελεσματικότητα θα μπορούσε να μεταφραστεί σε 11-16% επιπρόσθετη προστασία έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα τελικά αποτελέσματα της μεγαλύτερης μελέτης αποτελεσματικότητας εμβολίου έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δημοσιεύθηκαν σήμερα στο επιστημονικό περιοδικό *TheLancet*.

Η μελέτη, η οποία περιελάμβανε 18.644 γυναίκες, επιβεβαίωσε ότι το εμβόλιο *Cervarix* της GlaxoSmithKline παρέχει υψηλή αποτελεσματικότητα προσφέροντας προστασία έναντι των δύο πιο συχνών ογκογόνων τύπων του ιού των

Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV), του 16 και του 18. Η μελέτη έδειξε επίσης ότι το εμβόλιο προσφέρει διασταυρούμενη προστασία έναντι των τύπων 31, 33 και 45 του HPV, οι οποίοι αποτελούν τους 3 συχνότερους ογκογόνους τύπους, μετά τους τύπους 16 και 18.

Ο Thomas Breuer, Επικεφαλής της Παγκόσμιας Κλινικής Έρευνας και Ανάπτυξης και Chief Medical Officer της GSK Biologicals σχολίασε σχετικά: “Τα εξαιρετικά αυτά αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα που προσφέρει το *Cervarix* έναντι των τύπων 16 και 18 του HPV.

Για πρώτη φορά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το εμβόλιο αυτό είναι αποτελεσματικό έναντι προ-καρκινικών αλλοιώσεων στον τράχηλο που σχετίζονται με τους 5 πιο συχνούς ογκογόνους τύπους του HPV. Αυτό αποτελεί εξαιρετικό νέο για την πρωτογενή πρόληψη έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθώς υποδεικνύει ότι το εμβόλιο μπορεί να προσφέρει στις γυναίκες επιπλέον προστασία έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, πέραν από την αρχική πρόβλεψη.”

Η μελέτη έδειξε ότι σε γυναίκες οι οποίες συμμορφώθηκαν με το πρωτόκολλο της δοκιμής (87% του συνολικού δείγματος), το εμβόλιο πρόσφερε προστασία 92,9% έναντι προ-καρκινικών αλλοιώσεων στον τράχηλο (τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες 2+ ή αλλιώς CIN 2+) που σχετίζονται αιτιολογικά με τον HPV 16 ή 18. Μία περαιτέρω ανάλυση της ίδιας ομάδας που απέκλειε τις βλάβες που πιθανά δεν σχετίζονταν με τους HPV 16 και 18, αποκάλυψε ότι το εμβόλιο ήταν 98,1% αποτελεσματικό έναντι των τραχηλικών προ-καρκινικών αλλοιώσεων (CIN 2+) που είχαν προκληθεί από τους 2 αυτούς τύπους.

Η μελέτη έδειξε - για πρώτη φορά αναφορικά με εμβόλιο έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας - ότι το *Cervarix* πρόσφερε σημαντική διασταυρούμενη προστασία έναντι προ-καρκινικών αλλοιώσεων που δεν σχετίζονταν με τους τύπους 16 και / ή 18 του HPV.

Αυτή η επιπρόσθετη αποτελεσματικότητα μπορεί να μεταφραστεί σε περίπου 11-16% μεγαλύτερη προστασία έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, επιπλέον της προστασίας που παρέχεται από την αποτελεσματικότητα του εμβολίου έναντι των τύπων HPV 16 και 18. Η θετική αυτή επίπτωση ήταν κυρίως το αποτέλεσμα της προστασίας έναντι των τύπων 31, 33 και 45 του HPV.

Ο καθηγητής Jorma Paavonen, από το πανεπιστήμιο του Ελσίνκι, Φινλανδία - επικεφαλής ερευνητής της μελέτης και κύριος συγγραφέας της δημοσίευσης - σχολίασε: “Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το *Cervarix* προσφέρει υψηλή αποτελεσματικότητα έναντι των πιο συχνών ογκογόνων τύπων του HPV και έχει τη δυνατότητα να μειώσει σημαντικά την επίπτωση προ-καρκινικών αλλοιώσεων, καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των σχετιζόμενων διαγνωστικών και χειρουργικών παρεμβάσεων.

Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την εμπιστοσύνη στον εμβολιασμό ως μέτρο πρωτογενούς πρόληψης έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε συνδυασμό με τον τακτικό προληπτικό έλεγχο. Στη μελέτη, το ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών και σοβαρών ιατρικών καταστάσεων στην ομάδα που εμβολιάστηκε με *Cervarix*[®] ήταν παρόμοιο με την ομάδα ελέγχου.^{21,22}

8.4.2 Σχετικά με το εμβόλιο *Cervarix*

Το *Cervarix* είναι ειδικά σχεδιασμένο με ένα καινοτόμο ανοσοενισχυτικό σύστημα, το AS04, για να επάγει υψηλά και διατηρούμενα επίπεδα αντισωμάτων με στόχο να προσφέρει μακροχρόνια προστασία έναντι των τύπων 16 και 18 του HPV, των πιο συχνών ογκογόνων τύπων του HPV. Έχει δείξει ότι είναι γενικά καλά ανεκτό.

Τα πιο συχνά συμπτώματα μετά τον εμβολιασμό περιλάμβαναν πόνο, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο της ένεσης, κόπωση, πυρετό, άλγος, κεφαλαλγία, κνησμό, εξάνθημα ή γαστρεντερικές διαταραχές.

Μέχρι στιγμής το *Cervarix* έχει εγκριθεί σε 97 χώρες ανά τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένων των 27 κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), την Αυστραλία, τη Βραζιλία, τη Νότιο Κορέα, το Μεξικό και την Ταϊβάν.

Αιτήσεις για έγκριση έχουν υποβληθεί σε περισσότερες από 20 επιπλέον χώρες συμπεριλαμβανομένης της Ιαπωνίας και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Τον Σεπτέμβριο 2007, η GSK υπέβαλε αίτηση στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για προ-έγκριση του εμβολίου.

- Παρενέργειες εμβολίου:

Το εμβόλιο προστατεύει και έχει περιορισμένες σχετικά ανεπιθύμητες ενέργειες συγκριτικά με τον κίνδυνο από κάποια μόλυνση από τον HPV και τις επιπλοκές αυτού. Με τα μέχρι σήμερα ερευνητικά δεδομένα και μετά από ευρεία χρήση 5-6 ετών, κρίνεται από τους υπεύθυνους οργανισμούς και τις αντίστοιχες επιστημονικές εταιρείες ως πολύ ασφαλές.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειές του χαρακτηρίζονται ως: σοβαρές, με κύρια την αλλεργική αντίδραση (με πολύ μικρή πιθανότητα θανάτου) και ήπιες, (οι οποίες δε διαρκούν πολύ και υποχωρούν μόνες τους) που είναι οι εξής:

- Πόνος στο σημείο την ένεσης που παρουσιάζουν 9 στους 10 εμβολιαζόμενοι,
- Ερυθρότητα στο σημείο της ένεσης που παρουσιάζει 1 στους 2,
- Πυρετός που παρουσιάζει 1 στους 5,
- Κεφαλαλγία – Καταβολή που παρουσιάζει 1 στους 2,
- Ναυτία, έμετοι, διάρροια ή κοιλιακό άλγος που παρουσιάζει 1 στους 4,
- Ζάλη και αδυναμία περίπου 15-20 λεπτά μετά τον εμβολιασμό, οι οποίες με σύντομη κατάκλιση υποχωρούν.¹⁶

8.5 HPV test

Το test Παπανικολάου συνέβαλε σημαντικά στη μείωση των κρουσμάτων του καρκίνου του τραχήλου, ο οποίος όμως εξακολουθεί να παραμένει δεύτερος σε συχνότητα στις γυναίκες παγκοσμίως. Νέες τεχνικές, όμως, προσφέρουν υψηλότερη ακρίβεια στον έλεγχο, με αποτέλεσμα η πρόληψη να είναι περισσότερο εφικτή.

Οι HPV, σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα ερευνητικά και κλινικά ευρήματα, είναι ο αναγκαίος αιτιολογικός παράγοντας για την ανάπτυξη καρκινώματος και σοβαρών προκαρκινικών αλλοιώσεων τραχήλου της μήτρας. Από τους 100 και πλέον τύπους HPV που έχουν ταυτοποιηθεί, οι 15 ανιχνεύονται σε καρκινώματα τραχήλου και θεωρούνται υψηλού κινδύνου.

Οι περισσότερες γυναίκες μολύνονται με κάποιον από τους ιούς HPV σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών. Σε νεαρές γυναίκες (μικρότερες των 25 ετών) η προσβολή φτάνει στη μέγιστη συχνότητα, όμως αυτές οι HPV λοιμώξεις έχουν παροδικό χαρακτήρα και μόνο ένα ποσοστό από αυτές διατηρεί μακροχρόνια τους HPV.

Στη διατήρηση της χρονιότητας της HPV λοίμωξης και στην αύξηση της πιθανότητας ανάπτυξης προκαρκινικών αλλοιώσεων σημαντικό ρόλο παίζει η παρουσία και άλλων παραγόντων, όπως η ταυτόχρονη λοίμωξη από χλαμύδια ή ερπητοϊούς, το κάπνισμα, οι σοβαρές ψυχολογικές καταπονήσεις αλλά και οι καταστάσεις καταστολής του ανοσοποιητικού συστήματος.

Η λοίμωξη από τους HPV προκαλεί κατά κανόνα στα κύτταρα του τραχήλου ορισμένες χαρακτηριστικές ανωμαλίες, που μπορούν να ανιχνευτούν από μια κυτταρολογική εξέταση. Η κυτταρολογική εξέταση των κυττάρων του τραχήλου (γνωστή και ως test Παπανικολάου) συνέβαλε σημαντικά στη μείωση των κρουσμάτων του καρκίνου του τραχήλου, ο οποίος όμως εξακολουθεί να παραμένει δεύτερος σε συχνότητα στις γυναίκες παγκοσμίως.

Η ευαισθησία των γυναικών με μια κυτταρολογική εξέταση σήμερα δεν μπορεί να θεωρηθεί επαρκής για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό του Εθνικού Καρκινικού Ινστιτούτου των ΗΠΑ ('Journal of the National Cancer Institute', Ιανουάριος 2009), η ανίχνευση του HPV DNA υπερέιχε σημαντικά ως μέθοδος μαζικού ελέγχου για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου.

Ειδικότερα η ανίχνευση του HPV DNA με PCR είχε 35% μεγαλύτερη ευαισθησία από το test Παπ στην ανακάλυψη σοβαρών προκαρκινικών αλλοιώσεων (CIN2/3).

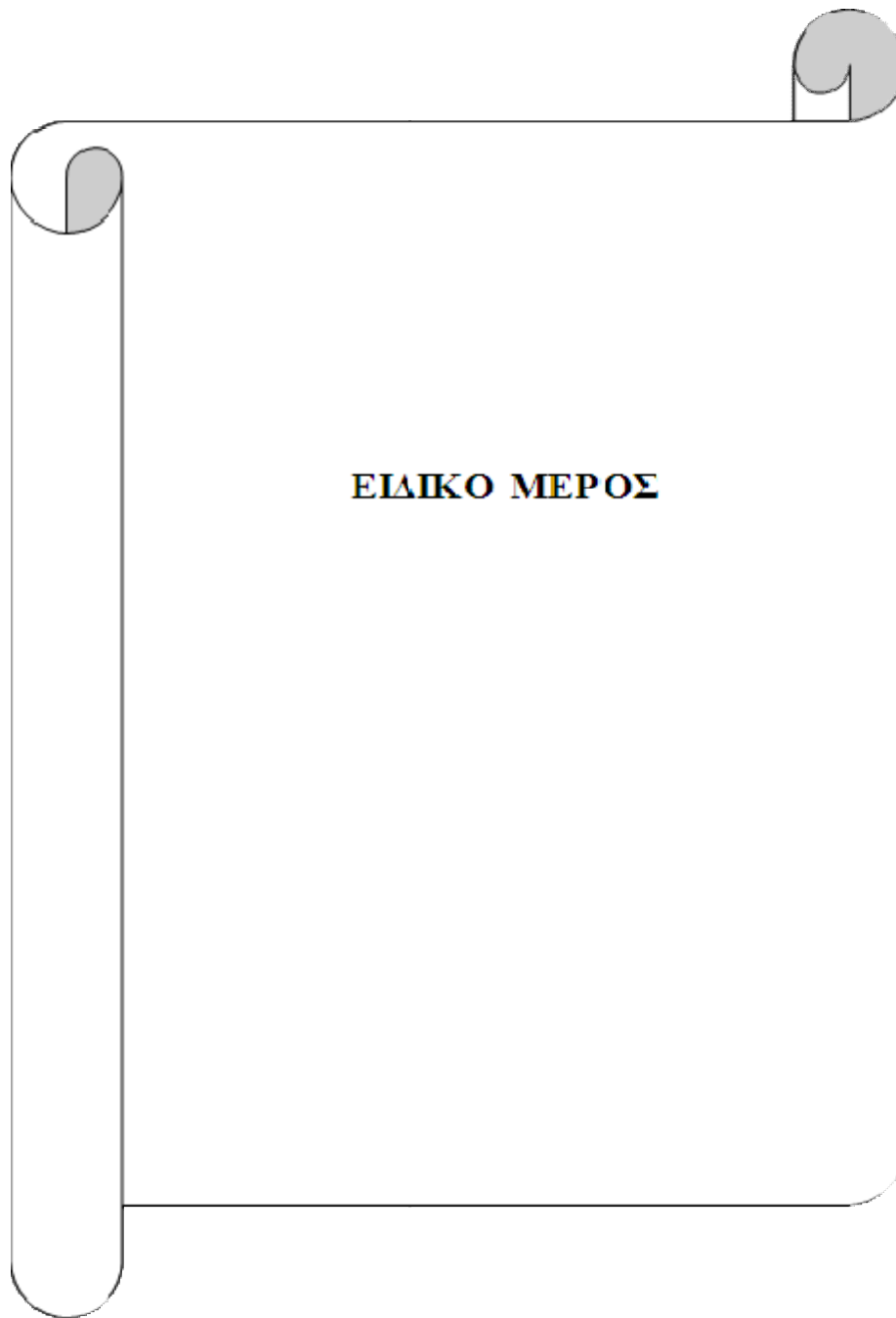
Ακόμη και στην περίπτωση όπου το test HPV ήταν αρνητικό και επαναλήφθηκε ύστερα από ένα χρόνο και ήταν θετικό, η ευαισθησία του επαναλαμβανόμενου HPV

test ήταν 30% μεγαλύτερη από αυτή του απλού test Παπ για την ανίχνευση των προκαρκινικών αλλοιώσεων.

Έτσι γίνεται φανερό ότι ο τρόπος μαζικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου πρέπει να προσαρμοστεί στα σύγχρονα δεδομένα.

Θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να ενσωματώσουμε όλοι μας τις τεχνικές της Μοριακής Ιστοπαθολογίας, όπως η PCR, ως εργαλείο μαζικού προληπτικού ελέγχου του καρκίνου του γεννητικού συστήματος. Ένα αρνητικό test Παπ δεν πρέπει να μας καθυσιάζει.

Θα πρέπει να ζητούμε και την επιβεβαίωση ανά διαστήματα αλλά και την ανάλυση του HPV DNA με PCR. Και, αν το εύρημα είναι θετικό, ακόμη και με αρνητική κυτταρολογική εξέταση, η γυναίκα θα πρέπει να υποβάλλεται σε κολποσκόπηση και σε βιοψία για την έγκαιρη διάγνωση και για την αποτελεσματική θεραπεία των προκαρκινικών αλλοιώσεων.).^{24,25}



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 9: Νοσηλευτική παρέμβαση

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή ψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους.

Οι νοσηλευτές/τριες σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.²⁰

9.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη

Όπως έχουμε αναφέρει και στο προηγούμενο κεφάλαιο η πρόληψη χωρίζεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός και απαραίτητος και στα τρία επίπεδα πρόληψης.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη είναι:

- Εκπαίδευση για τη μείωση της συμπεριφοράς που θέτει σε κίνδυνο, μέσω της αγωγής υγείας και της συμβουλευτικής
- Ενημέρωση για HPV εμβολιασμό
- Ενημέρωση σχετικά με παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του τραχήλου, όπως για παράδειγμα το κάπνισμα.
- Προτροπή των γυναικών για υγιεινή διαβίωση και καθαριότητα.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη δευτερογενή πρόληψη:

Ο σκοπός είναι η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και αυτό επιτυγχάνεται με κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου. Το τεστ Παπανικολάου αποτελεί μια εξέταση ρουτίνας, την οποία θα πρέπει να πραγματοποιούν όλες οι γυναίκες από την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής και κατόπιν κάθε χρόνο. Είναι μια από τις εξετάσεις ρουτίνας και screening για τον καρκίνο του τράχηλου, που εφαρμόζονται σήμερα με σκοπό τον εντοπισμό πιθανών παθολογικών κυττάρων ή των μη φυσιολογικών κυττάρων πάνω στο τράχηλο ενώ παράλληλα αποτελεί την πρώτη γραμμή εντοπισμού του ιού HPV ο οποίος πλέον τείνει να αποκτήσει εικόνα επιδημίας αφού αγγίζει πάνω από 40 με 45 % του γυναικείου πληθυσμού.

Επιπλέον, πέρα από τον εντοπισμό τυχόν παθολογικών ή των μη φυσιολογικών κυττάρων στον τράχηλο και στον ενδοτράχηλο της γυναίκας με το τεστ Παπ μπορούμε να εντοπίσουμε και ελαφριές τραχηλίτιδες, κολπίτιδες, ή πιθανές μυκητιασικές μολύνσεις.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη τριτογενή πρόληψη:

Ο στόχος της νοσηλευτικής αποβλέπει στην παροχή ανθρωπιστικής φροντίδας στην καρκινοπαθή ασθενή και την οικογένεια της, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη νόσο και τη θεραπεία, ώστε να μπορέσει η ασθενής να συμμετέχει ικανοποιητικά στις δραστηριότητες της ζωής.⁴

9.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία

Τα προβλήματα που συμβαίνουν στον ασθενή με καρκίνο είναι σύνθετα και εξαρτώνται και από την εντόπιση και τον τύπο του καρκίνου και τη θεραπεία που ακολουθείται. Στο σημείο αυτό γίνεται συζήτηση σχετική με τα συνηθέστερα προβλήματα και τη σχετική νοσηλευτική φροντίδα.

Προβλήματα της άρρωστης:

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

9.2.1 Σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης

1.Άμεσοι :

- α. Μείωση ανησυχίας και φόβου της εγχείρησης.
- β. Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου.

2.Μακροπρόθεσμοι:

- α. Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με την διάγνωση του καρκίνου.
- β. Μείωση κινδύνου υποτροπής.

9.2.2 Νοσηλευτική προεγχειρητική παρέμβαση

1.Ενημέρωση της άρρωστης σχετικά με μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία), πόνο, δραστηριότητα, δίαιτα, συνουσία, έμμηνη ρύση.

2.Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.

3. Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της

4.Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης (φυσικών, συγκινησιακών και κοινωνικών).

5.Υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων.

6.Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο:

- Εξέταση αιμοσφαιρίνης, αντιμετώπιση αναιμίας, αν υπάρχει

- Προσδιορισμός ομάδας αίματος και εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση
- Ενδοφλέβια πυελογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί)
- Διακοπή αντισυλληπτικών δισκίων
- Ακτινογραφία θώρακα
- Διδασκαλία αναπνευστικών, κοιλιακών ασκήσεων
- Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου
- Καθαρτικός υποκλυσμός και κολπική πλύση με αντισηπτικό στην κολπική υστερεκτομή
- Χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση ύπνου.

9.2.3 Νοσηλευτική μετεγχειρητική παρέμβαση

1.Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνο, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος.

2.Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.

3.Ανακούφιση από τον πόνο.

4.Προαγωγή επούλωσης του τραύματος.

5 Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους. Αν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.

6.Μείωση πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την κύστη:

- Παρακολούθηση και αναγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία.
- Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα (σύμφωνα με οδηγία)

7.Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης.

8.Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υποθέτων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.

9. Παρακολούθηση για κολπική απέκκριση, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.

10.Έγκαιρη έγερση της άρρωστης, για πρόληψη επιπλοκών.

11. Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία (προφυλακτικά) με ακτίνες Rontgen ή ραδιενεργό κοβάλτιο.

12.Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο-Διδασκαλία.^{17,18}

9.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση

9.3.1 Νοσηλευτική ψυχολογική υποστήριξη προ και μετά τη θεραπεία

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα: αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλασματος κατάσταση σωματικής - ψυχικής - κοινωνικής υγείας. Μια αναγκαιότητα που προέκυψε μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερα νόσου. Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή/τριας είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου. Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου. Τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής είναι:

- Χειρισμός/ διαχείριση καρκινικού πόνου.
- Αντιμετώπιση ψυχολογικών - κοινωνικών ηθικών προβλημάτων.
- Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων.
- Διατροφική υποστήριξη, αντιμετώπιση καχεξίας.
- Φροντίδα τελικού σταδίου.

Οι νοσηλευτές/τριες οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το:

- Να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου.
- Να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή.
- Να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο

"palliative care" - "ανακουφιστική φροντίδα", έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας.

9.3.2 Αποδοχή της νόσου και ψυχοθεραπεία

Το πιο δύσκολο για έναν καρκινοπαθή είναι η διατήρηση των ισορροπιών στη ζωή του όπως και η αποδοχή των νέων συνθηκών. Το πρώτο εξαρτάται από το δεύτερο καθώς η αποδοχή της κατάστασης θα ισορροπήσει τη ζωή του. Η αποδοχή αυτή είναι δύσκολο να επιτευχθεί και για να γίνει πρέπει ο ίδιος ο καρκινοπαθής να περάσει από κάποια στάδια. Η ολοκληρωτική αποδοχή της ύπαρξης του καρκίνου πιθανόν και να μην επιτευχθεί αλλά βήματα προς αυτήν μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του καθώς μαθαίνει να διαχειρίζεται το άγχος του μέλλοντος, τον φόβο του θανάτου και τη συναισθηματική παραίτηση.

Η ψυχολογική υποστήριξη ενός καρκινοπαθή από τον νοσηλευτή είναι σημαντική όχι γιατί ο ίδιος έχει χάσει εξ' αιτίας της νόσου την ικανότητα για λογική σκέψη, αλλά επειδή αυτό που αντιμετωπίζει είναι μια σοβαρή και απρόσμενη αλλαγή και τον κατακλύζουν πολύ έντονα συναισθήματα στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, όπως η θλίψη, η σύγχυση, η οργή, ο πόνος, το άγχος κ.λπ.

Παράλληλα με τον ίδιο τον ασθενή και η οικογένεια πλήττεται από την είδηση ότι κάποιο αγαπημένο οικογενειακό πρόσωπο πάσχει από καρκίνο, κυρίως, σε συναισθηματικό, αλλά και σε κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη για το οικογενειακό περιβάλλον του καρκινοπαθή που επωμίζεται την φροντίδα του και τη διεκπεραίωση διαδικαστικών θεμάτων. Σκοπός της παρέμβασης από έναν ειδικό είναι η δημιουργία ενός υποστηρικτικού πλαισίου κατάλληλου να βοηθήσει τους συγγενείς να είναι δυνατοί ώστε να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες καταστάσεις που βιώνουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα που νιώθουν. Μέσα από αυτήν την ψυχοθεραπευτική διαδικασία οι συγγενείς θα μπορέσουν να εκτονώσουν την ένταση, τις σκέψεις και τα συναισθήματα που κρατούσαν μέσα τους από φόβο ή ενοχές.^{23,24}

9.4 Νοσηλευτική διεργασία

Η **Νοσηλευτική Διεργασία** είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσεις προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, αποφάσεων και διεκπεραίωση αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν. Η Νοσηλευτική Διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παραβάσεις, οι οποίοι βασίζονται στην αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών

παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παραβάσεων.²⁰

Οι σκοποί της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου
2. Η πρόληψη της νόσου
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου .

Η Νοσηλευτική Διεργασία αποτελείται από 5 στάδια:

- 1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου**
- 2. Νοσηλευτικοί σκοποί**
- 3. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας**
- 4. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας**
- 5. Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας (εκτίμηση και αποτελέσματα)^{17,18,20}**

9.4.1 Κλινική περίπτωση 1

Νοσηλευτικό ιστορικό:

Η κυρία Μ.Π., 55 ετών μόλις έχει επιστρέψει στην κλινική μετά από μια χειρουργική επέμβαση ριζικής υστερεκτομής για διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Έχει γίνει εκτομή της μήτρας των ωαγωγών και του άνω τριτημόριου του κόλπου και των λεμφαδένων. Στην ασθενή χορηγούνται 1000ml φυσιολογικού ορού από το αριστερό της χέρι, φέρει ουροκαθετήρα και αντλία αναλγησίας ελεγχόμενης από την ασθενή(PCA)η οποία περιέχει μορφίνη. Τα Ζ.Σ. της είναι:

ΑΠ :120/70

ΣΦ:75/λεπτό

ΑΝ:16

Θ:36.7

Προβλήματα- ανάγκες	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
<p>1) Έντονος πόνος που νέρχεται στο επίπεδο 7 με βάση τη 10βάθμια κλίμακα μέτρησης του άλγους</p>	<p>Ο πόνος θα ελεγχθεί με αναλγητικά και θα αποφευχθούν επεισόδια οξέος πόνου.</p>	<p>Εξήγηση χρήσης της αντλίας (PCA)</p> <p>Αξιολόγηση του πόνου</p> <p>Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος</p> <p>Παρακολούθηση για παρενέργειες φαρμάκων</p> <p>Έλεγχος ουροκαθετήρα</p>	<p>Εξήγησα στην ασθενή να χρησιμοποιεί την αντλία (PCA)</p> <p>Αξιολόγησα την εντόπιση, τον τύπο και την ποιότητα του πόνου κάθε 3-4 ώρες με τη χρήση κλίμακας βαθμολόγησης του πόνου.</p> <p>Εξασφάλισα ήσυχο και σκοτεινό περιβάλλον για ανάπαυση και ύπνο.</p> <p>Παρακολούθησα για παρενέργειες αναλγητικών κυρίως την αναπνευστική συχνότητα.</p> <p>Έλεγα τη βατότητα του ουροκαθετήρα και της παροχέτευσης προκειμένου να προληφθεί η διάταση της κύστεως</p>	<p>Η αναλγησία μέσω της αντλίας παρέχει ικανοποιητική ανακούφιση του πόνου.</p> <p>Ο πόνος βαθμολογείται μεταξύ 3-5 στην κλίμακα</p> <p>Η ασθενής κοιμάται για αρκετές ώρες και ξεκουράζεται.</p> <p>Αριθμός αναπνοών: 18</p> <p>Απουσία διάτασης στην κύστη. Ο καθετήρας παροχετεύει διαυγή ούρα.</p>

2)Πιθανότητα αιμορραγίας	Τα ζωτικά της σημεία θα παραμείνουν σταθερά, χωρίς σημεία καταπληξίας ή αιμορραγίας	Παρακολούθηση Ζ.Σ. με βάση συγκεκριμένο μετεγχειρητικό πρωτόκολλο. Αξιολόγηση της αιμορραγίας από τον κόλπο	Παρακολούθησα Ζ.Σ. με βάση συγκεκριμένο μετεγχειρητικό πρωτόκολλο. Έλεγχσα τυχόν αιμορραγία από τον κόλπο	Τα Ζ.Σ. είναι σταθερά . 70 Α.Π:110/60 ΣΦ:75 ΑΝ:16 Δεν υπάρχουν ενδείξεις αιμορραγίας
3)Η χειρουργική τομή προκαλεί πόνο κατά την εισπνοή	Η ασθενής δεν θα εμφανίσει σημεία ατελεκτασίας ή πνευμονίας	Βοήθεια της ασθενούς να χρησιμοποιήσει το σπιρόμετρο εξάσκησης της αναπνοής Βοήθεια από την οικογένεια της προκειμένου να της θυμίζουν να παίρνει βαθιές αναπνοές.	Βοήθησα την ασθενή να χρησιμοποιήσει το σπιρόμετρο εξάσκησης της αναπνοής , να κάθεται, να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει κάθε δύο ώρες όταν είναι ξύπνια. Ζήτησα βοήθεια από την οικογένεια της προκειμένου να της θυμίζουν να παίρνει βαθιές αναπνοές. Έλεγχσα για τυχαίους μειωμένους ή απόντες αναπνευστικούς ήχους ή τρίζοντες.	Η ασθενής είναι σε θέση να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει στις 8 και στις 10 το πρωί και στις 12 και στις 2 το απόγευμα. Η οικογένεια βοηθάει την ασθενή και της υπενθυμίζει να πραγματοποιεί τις αναπνευστικές ασκήσεις. Οι αναπνευστικοί ήχοι είναι καθαροί .

<p>4) Ανησυχεί για απώλεια ηλυκότητας διαταραγμένη εικόνα σώματος σχετιζόμενη με την αφαίρεση της μήτρας.</p>	<p>Η ασθενής θα εκφράσει τις ανησυχίες της σχετικά με την απώλεια της μήτρας της πριν την έξοδο από το νοσοκομείο.</p> <p>Η ασθενής θα αποδεχθεί τη νέα εικόνα σώματος μέσα σε 3 μήνες όπως καταδεικνύεται από την απουσία κατάθλιψης και την επανεπένδυση στις συνήθειες δραστηριότητες.</p>	<p>Συζήτηση σχετικά με τις ανησυχίες της ασθενούς για την απώλεια της μήτρας και τι αυτό σημαίνει γι' αυτήν.</p>	<p>Έδωσα ευκαιρίες για συζήτηση σχετικά με τις ανησυχίες της ασθενούς για την απώλεια της μήτρας και τι αυτό σημαίνει γι' αυτήν.</p> <p>Εξερεύνησα τα συναισθήματα της γυναίκας σχετικά με τη σεξουαλικότητα της μετά την υστερεκτομή.</p> <p>Ενθάρρυνα την έκφραση των θετικών αποτελεσμάτων της υστερεκτομής και του γεγονότος ότι δεν έχει αλλάξει ως πρόσωπο.</p>	<p>Η ασθενής είναι σε θέση να ξεκινήσει συζήτηση σχετικά με τις ανησυχίες της ,η συζήτηση θα συνεχιστεί και την επόμενη.</p>
---	---	--	---	--

9.4.2 Κλινική περίπτωση 2

Νοσηλευτικό ιστορικό:

Η Μαρία Χ. διαγνώσθηκε με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας πριν από ένα μήνα. Βρίσκεται στο ΙΙΙ στάδιο του καρκίνου και έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, δεν υπάρχει μετάσταση στο πυελικό τοίχωμα και λαμβάνει χημειοθεραπεία. Αυτή είναι η τρίτη δόση εβδομαδιαίας ενδοφλέβιας θεραπείας. Ο αριθμός των αιμοπεταλίων μειώθηκε στις 180.000, δυσκολεύεται στη λήψη τροφής και νιώθει αδυναμία, ναυτία και εξάντληση. Έχει χάσει 5 κιλά μέσα σε χρονικό διάστημα 2 εβδομάδων.

Προβλήματα- ανάγκες	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
1)Χορήγηση χημειοθεραπείας /κίνδυνος για λοίμωξη σχετιζόμενος με καταστολή των οστών.	Η ασθενής θα παραμείνει ελεύθερος λοίμωξης	<p>Παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων (περισσότερο επιρρεπής σε λοίμωξη όταν < 3000 και ο αριθμός κοκκιοκυτάρων είναι < 2000)</p> <p>Αξιολόγηση για σημεία λοίμωξης σε κάθε βάρδια</p> <p>Διδασκαλία σωστής υγιεινής, στοματικής φροντίδας, πλυσίματος των χεριών πριν και μετά τη χρήση τουαλέτας</p> <p>Περιορισμός των επισκεπτών ,να μην επιτρέπεται η επίσκεψη σε άτομα με λοίμωξη</p> <p>Ενθάρρυνση για σωστή διατροφή και ενυδάτωση</p> <p>Χορήγηση Neorogen,σύμφωνα με τις οδηγίες</p>	<p>Παρακολούθησα τα λευκά αιμοσφαίρια</p> <p>Έλεγχα για σημεία λοίμωξης στη βάρδια 7-3</p> <p>Δίδασκα σωστή υγιεινή, στοματική φροντίδα, πλύσιμο των χεριών πριν και μετά τη χρήση τουαλέτας</p> <p>Περιορίσα τους επισκέπτες</p> <p>Ενθάρρυνα για σωστή διατροφή και ενυδάτωση</p> <p>Χορήγησα Neorogen,σύμφωνα με τις οδηγίες</p>	<p>Λευκά αιμοσφαίρια 3200</p> <p>Θερμοκρασία 37.1 χωρίς σημεία λοίμωξης</p> <p>Ο ασθενής εφαρμόζει το σωστό πλύσιμο χεριών</p> <p>Παρακολουθούνται οι επισκέπτες</p> <p>Λαμβάνεται επαρκής τροφή και υγρά</p> <p>300mg Neorogen υποδορίως 1 φορά/ημέρα</p>

<p>2) Χορήγηση χημειοθεραπείας/ κίνδυνος για βλάβη σχετιζόμενος με ελαττωμένη ικανότητα πήξης του αίματος</p>	<p>Η ασθενής να παραμείνει ελεύθερη αιμορραγίας</p>	<p>Παρακολούθηση του αριθμού των κυττάρων του αίματος , αξιολόγηση για αιμορραγία από τα ούλα ή μώλωπες και αιμορραγία σε αρθρώσεις ανά βάρδια</p> <p>Παρατήρηση για σημεία αιμορραγίας ,αιματοουρία, μέλαινες κενώσεις κτλ.</p> <p>Αποφυγή κατά το δυνατόν τα τρυπήματα βελονών</p> <p>Χορήγηση μαλακτικού κοπράνων για πρόληψη διάτασης από τα κόπρανα και αιμορραγίας</p>	<p>Παρακολούθησα των αριθμό των κυττάρων του αίματος , αξιολόγησα για αιμορραγία από τα ούλα ή μώλωπες και αιμορραγία σε αρθρώσεις ανά βάρδια</p> <p>Παρακολούθησα για σημεία αιμορραγίας ,αιματοουρία, μέλαινες κενώσεις κτλ.</p> <p>Απέφυγα κατά το δυνατόν τα τρυπήματα βελονών</p> <p>Χορήγησα μαλακτικό κοπράνων για πρόληψη διάτασης από τα κόπρανα και αιμορραγίας</p> <p>Σύστησα βούρτσισμα των δοντιών με πολύ μαλακή βούρτσα και απαγόρευση οδοντικού νήματος</p>	<p>Ο αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων 3200, ο αριθμός των αιμοπεταλίων 180.000</p> <p>Κανένα σημείο αιμορραγίας</p> <p>Κόπρανα μαλακά ύστερα από χορήγηση μαλακτικού κοπράνων</p> <p>Εφαρμόζεται κατάλληλη στοματική υγιεινή</p>
---	---	--	---	---

<p>3)Ναυτία χωρίς όρεξη/μη ισορροπημένη διατροφή</p>	<p>Η ασθενής θα εκφράσει ανακούφιση από την ναυτία</p> <p>Η ασθενής θα είναι ικανή να φάει με ελάχιστη δυσανεξία</p> <p>Η ασθενής θα διατηρήσει το βάρος της</p>	<p>Διατήρηση του δωματίου ελεύθερου οσμών , παροχή στοματικής φροντίδας πριν τα γεύματα</p> <p>Χορήγηση αντιεμετικών πριν και κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας</p> <p>Παροχή στοματικής φροντίδας ανά δύο ώρες</p> <p>Χρήση απόσπασης της προσοχής και χαλάρωσης</p> <p>Παροχή μικρών και συχνών γευμάτων</p> <p>Ενθάρρυνση προσθήκης επιπλέον θερμίδων στα γεύματα</p>	<p>Διατήρησα το δωμάτιο ελεύθερο οσμών , παρείχα στοματική φροντίδας πριν τα γεύματα</p> <p>Χορήγησα αντιεμετικά πριν και κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας</p> <p>Παρείχα στοματική φροντίδα ανά δύο ώρες</p> <p>Χρησιμοποίησα απόσπασης της προσοχής και χαλάρωσης</p> <p>Παρείχα μικρά και συχνά γεύματα</p> <p>Ενθάρρυνα για προσθήκη επιπλέον θερμίδων στα γεύματα</p>	<p>Χορηγούνται αντιεμετικά 45 λεπτά πριν από τα γεύματα</p> <p>Στοματική φροντίδα στις 7,9,11,1 και 3</p> <p>Δεν έχει κάνει εμετό σε αυτή τη βάρδια</p> <p>Εμπλουτισμένα μείγματα ανάμεσα στα γεύματα</p>
--	--	---	--	---

<p>4)Απώλεια μαλλιών λόγω χημειοθεραπεία /διαταραγμένη εικόνα σώματος σχετιζόμενη με την αλωπεκία και την απώλεια βάρους</p>	<p>Η ασθενής θα προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματος της εντός 3 εβδομάδων</p>	<p>Ενθάρρυνση για διατήρηση της αίσθησης του χιούμορ</p> <p>Χρήση μαντιλιού κεφαλής</p> <p>Διαβεβαίωση ότι η τριχοφυΐα θα επανέλθει</p> <p>Ενθάρρυνση για έκφραση των συναισθημάτων και για εστίαση στις δυνάμεις</p> <p>Δημιουργία και διατήρηση σχέσης εμπιστοσύνης</p>	<p>Ενθάρρυνα για διατήρηση της αίσθησης του χιούμορ</p> <p>Σύστησα χρήση μαντιλιού κεφαλής</p> <p>Διαβεβαίωσα ότι η τριχοφυΐα θα επανέλθει</p> <p>Ενθάρρυνα για έκφραση των συναισθημάτων και για εστίαση στις δυνάμεις</p> <p>Δημιούργησα και διατήρησα σχέση εμπιστοσύνης</p> <p>Ενθάρρυνα για προμήθεια των κατάλληλων ενδυμάτων</p>	<p>Δεν έχει απώλεια μαλλιών ,έλεγχος για απόκτηση περούκας, η οικογένεια έφερε μαντίλα κεφαλής</p> <p>Συζήτηση σχετικά με τα συναισθήματα για την απώλεια βάρους και την εμφάνιση</p> <p>Το σχέδιο φροντίδας συνεχίζεται.</p>
--	---	---	---	---

Βιβλιογραφία

- 1..Mallin Pollinger M.D ,<<Ο Καρκίνος >>,Διάγνωση και πρόληψη, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992
- 2.ShapiraP.,Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική ,Επίτομος, Έκδοση 5^η,Αθήνα 1999,εκδόσεις ΕΛΛΗΝ
3. Moore K. Κλινική Ανατομία ΙΙ. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2005
- 4.Lippert H.Ανατομική, Επίτομος, Έκδοση 1^η ,Αθήνα 1993,εκδόσεις Παρισιάνος
5. Eseberg R. Εχειρίδιο κλινικής αιτιολογίας. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2000
6. Koutsky L.Epidemiology of genital human papilloma virus infection, Am J.Med 1997 3-8
7. www.iatronet.gr/symptom-checker/otyteni-kondylwmata.htm
8. Washington. Εγχειρίδιο χειρουργικής ιατρικής. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2006
- 9.Παπανικολάου Νίκος , <<Γυναικολογία >>,3^η έκδοση ,επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1994
10. www.cancer.ca
11. James Drife and Brian Magowan , κλινική μαιευτική και γυναικολογία, Αθήνα 1999
- 12.Cecil, Carpenter Griggs,Βασική Παθολογία (Τόμος 2),εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2010
- 13.Goldman-Bennett. Νοσολογία (Τόμος 2). Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, America 2000
- 14.Osborn Wra Watson,Παθολογική –χειρουργική νοσηλευτική , (Τόμος 2),εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2010
15. www.iatropedia.gr
16. www.eurocytology.eu,gre
17. Dewit S. Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική (Τόμος 1). Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2009
18. Dewit S. Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική (Τόμος 2). Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2009

19. Frank H.Netter,Παθολογία βασικές αρχές (Τόμος 2),εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2009
20. Άννα Σαχίνη-Κορδάση ,παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, β' τόμος, ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 1997
21. Aguilar J.Vaccine adjuvants revisited,vaccine 2007
22. Cohen J.Hight Hopes and Dilemmas for cervical cancer vaccine,science 2005
618-821
- 23.Jessica Cornet,Christopher Bailey ,Νοσηλευτική ογκολογία ,το πλαίσιο φροντίδας, β' τόμος, ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 1997
- 24.Priscilla Lemone ,Karen Burke, Παθολογική –Χειρουργική νοσηλευτική, β' τόμος, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος , Αθήνα 2008
- 25.Sunanda Gupta-Alli Kubba, Εγχειρίδιο Γυναικολογικής Νοσηλευτικής Φροντίδας, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2011

