

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:κ. Μπατσολάκη Μαρία

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: Δούρου Αγγελική
Ζεκιράι Τζουντίτα

ΠΑΤΡΑ 2014

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η υγεία της γυναίκας ως ζητούμενο, διαμορφώνει διεθνώς έντονο προβληματισμό και προτάσσει αναγκαιότητες προς την κατεύθυνση ενός μοντέλου ολιστικής αντίληψης για την υγεία. Βασικό δικαίωμα για όλες τις γυναίκες, όπως και για κάθε άνθρωπο, είναι η Υγεία ως «κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας», έτσι όπως ορίστηκε στη διεθνή Συνδιάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) και της UNICEF που έγινε στην Alma-Ata της πρώην Σοβιετικής Ένωσης το 1978.

Το δικαίωμα των γυναικών στα υψηλότερα επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας αναγνωρίστηκε από την Τέταρτη Παγκόσμια Διάσκεψη για τις Γυναίκες που έγινε στο Πεκίνο το 1995. Το Πρόγραμμα Δράσης που υιοθέτησε η Διάσκεψη υπογραμμίζει την ανάγκη να διασφαλιστεί διεθνώς η παροχή κατάλληλης και ποιοτικής ιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας στις γυναίκες (ενήλικες και μη) ως ένα από τα 12 "καθοριστικά σημεία" που απαιτούν την άμεση προσοχή της διεθνούς κοινότητας και των κυβερνήσεων.

Επιπλέον ο καρκίνος είναι μια χρόνια νόσος απειλητική για τη ζωή του ασθενούς. Πρόκειται για ένα τραυματικό γεγονός, χωρίς περιορισμένη και οριοθετημένη χρονική διάρκεια στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, που επεκτείνεται μέσα στον χρόνο και ανακινεί θέματα ψυχολογικής σημασίας για το άτομο. Τα στοιχεία της απειλής της ζωής, της ματαίωσης, των προσδοκιών και της ενδεχόμενης καταστροφής-ψυχικής και σωματικής, σε φαντασιωσικό ή πραγματικό επίπεδο κινητοποιούν τους μηχανισμούς άμυνας και τις ψυχικές εκείνες διεργασίες που θα μπορούσαν να ελέγξουν το άγχος που αναδύεται. Η εντόπιση του καρκίνου σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος συνδέεται με ορισμένες ιδιαιτερότητες σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Ανάλογα με τη συμβολική αξία του οργάνου που προσβάλλεται και τη συναισθηματική επένδυση σε αυτό, ανακινούνται φόβοι απόρριψης, τιμωρίας, αδυναμίας και εξάρτησης, που επιπλέκουν την προσαρμογή στη νόσο.

Μέσα από την παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια να καταγραφούν οι σύγχρονες απόψεις πρόληψης, εργαστηριακής και κλινικής διερεύνησης και θεραπείας δυο μορφών καρκίνου, που είναι οι πιο συχνές στον γυναικείο πληθυσμό: ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και ο καρκίνος του σώματος της μήτρας. Επιπλέον στόχος της εργασίας είναι να παρατεθούν τα παραπάνω από το πρίσμα της

νοσηλευτικής επιστήμης, από ένα διαφορετικό οπτικό πρίσμα, που έχει ως κέντρο τον άνθρωπο, τη γυναικεία υπόσταση, χωρίς να παραμερίζεται η επιστήμη και η τεκμηριωμένη γνώση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Μισό αιώνα μετά τη διαγνωστική πρόταση του Γεώργιου Παπανικολάου, (τεστ Παπανικολάου), η συγκεκριμένη εξέταση αποτελεί τον πιο έγκυρο μαζικό πληθυσμιακό έλεγχο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Έκτοτε, επικρατεί η άποψη ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μια κακοήθης πάθηση, η οποία ωστόσο μπορεί με την εν λόγω εξέταση να προληφθεί. Γνωρίζουμε με βεβαιότητα την αιτία που προκαλεί τον καρκίνο του τραχήλου. Η αιτία είναι ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων, γνωστός και ως HPV (Human Papilloma Virus). Ωστόσο, η πιο καθοριστική δυνατότητα εφαρμογής της σχετικής γνώσης, που αφορά την πρωτογενή πρόληψη του «ιογενούς αιτιολογίας» καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι το Εμβόλιο κατά του HPV.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξουμε το πρόβλημα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του ενδομητρίου, να παρουσιάσουμε όλα τα νεότερα δεδομένα σχετικά με την επιδημιολογία, την κλινική εικόνα, το διαγνωστικό έλεγχο και τις θεραπευτικές επιλογές και να αναδείξουμε τη σημαντικότητα του νοσηλευτικού ρόλου σε όλες τις παραπάνω διαδικασίες.

Μέθοδος: Για την εκπλήρωση του παραπάνω στόχου, χρησιμοποιήσαμε σύγχρονη βιβλιογραφία, από αναγνωρισμένα βιβλία του επιστημονικού χώρου, γραμμένα από έγκριτους επιστήμονες. Επίσης χρησιμοποιήσαμε άρθρα στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα, που αναζητήθηκαν σε ειδικές μηχανές αναζήτησης ιατρικών περιοδικών, από τα οποία χρησιμοποιήσαμε τα σημαντικότερα στοιχεία, που αντικατοπτρίζουν τα νεότερα δεδομένα για τη νόσο.

Αποτελέσματα: Με την παρούσα εργασία καταφέραμε να καταγράψουμε με πολύ αναλυτικό τρόπο το πρόβλημα του καρκίνου του τραχήλου και του σώματος της μήτρας. Οι θεραπευτικές επιλογές, που εφαρμόζονται στη σύγχρονη ιατρική για την αντιμετώπιση της παραπάνω νόσου είναι πολλές και ειδικεύονται κατά στάδιο και περίπτωση. Σημαντικός είναι ο ρόλος της πρόληψης και ειδικότερα το τεστ Παπανικολάου και η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Από την άλλη η εφαρμογή του εμβολιασμού κατά του ιού HPV δημιούργησε σημαντικά ερωτήματα και συζητήσεις για την αποτελεσματικότητα του και τις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να έχει στον γυναικείο πληθυσμό. Τέλος οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι πολυεπίπεδες και ακολουθούν την πορεία του ασθενούς από τον προληπτικό έλεγχο και τη διάγνωση ως την πλήρη ίαση ή το τέλος της ζωής του.

ABSTRACT

Introduction : Half a century after the diagnostic proposal Georgios Papanikolaou, (pap test), this examination is the most prestigious mass screening to prevent cancer of the cervix. Since then, there is a view that cancer of the cervix is a malignant disease, which may, however with that consideration be prevented. We know with certainty the cause of cervical cancer. The cause is the human papilloma virus, known as HPV (Human Papilloma Virus). However, the most crucial applicability of relevant knowledge concerning the primary prevention of "viral etiology" cancer of the cervix, is the vaccine against HPV.

Purpose: The purpose of this paper is to highlight the problem of cancer of the cervix and endometrium, to present all the newest data on the epidemiology , clinical picture, diagnosis and treatment options and to highlight the importance of nursing role in all of these processes .

Method: To achieve this objective, we used modern literature , books by recognized scientific area, written by eminent scientists. We also used articles in Greek and English, who sought in specific search engines medical journals, from which we used the major elements that reflect the newer data on the disease.

Results: In the present study we were able to record in a very detailed manner the problem of cancer of the cervix and uterus body. Treatment options applicable to modern medicine for the treatment of these disease are many and specialize in stage and event. An important role of prevention in particular pap test and sex education. On the other hand, the implementation of vaccination against HPV caused major questions and debates about the effectiveness and possible side effects they may have on the female population. Finally, nursing interventions are multifaceted and track the patient from screening and diagnosis to full cure or end of life.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	16
1.1.Έξω γεννητικά όργανα	16
1.2. Έσω γεννητικά όργανα	17
1.2.1.Ο κόλπος	17
1.2.2. Ο τραχήλος	18
1.2.3.Η μήτρα	19
1.2.4.Οι Σάλπιγγες (ωαγωγοί)	20
1.2.5.Οι Ωοθήκες	21
2.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	24
2.1.Ο γεννητικός κύκλος	24
2.2.Ενδομητρικός κύκλος	26
2.3.Τραχηλικός κύκλος	26
2.4.Σαλπιγγικός κύκλος	28
3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	30
3.1.Επιδημιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	30
3.2 Επιδημιολογία του καρκίνου του ενδομητρίου	31
4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	34
4.1. Παράγοντες ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	34
4.2. Ο ιός HPV	35
4.3. Παράγοντες ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου	38

5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	41
5.1. Κλινική εικόνα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	41
5.2. Κλινική εικόνα του καρκίνου του μυομητρίου	43
6. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	45
6.1. Κολποσκόπηση	45
6.2. Τραχηλογραφία (cervicography)	49
6.3. Διαγνωστική υστεροσκόπηση	50
6.4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά το διαγνωστικό έλεγχο	54
6.4.1. Συνέντευξη	54
6.4.2. Ιστορικό Υγείας και Ανασκόπηση Συστημάτων	55
6.4.3. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την κλινική και γυναικολογική εξέταση	60
7. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	70
7.1. Σταδιοποίηση του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας	70
7.2. Σταδιοποίηση του καρκίνου του ενδομητρίου	72
7.3. Οδοί διασποράς του γυναικολογικού καρκίνου	74
8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	75
8.1. Θεραπευτική αντιμετώπιση προκαρκινικών αλλοιώσεων	75
8.2. Καταστρεπτικές μέθοδοι θεραπείας	76
8.2.1. Κρυοθεραπεία	76
8.2.2. Ηλεκτρικός καυτηριασμός	77
8.2.3. Laser CO ₂ - Θερμική εξάχνωση (Laser Vaporization)	77
8.3. Αφαιρετικές μέθοδοι θεραπείας	78
8.3.1. Κωνοειδής εκτομή με νυστέρι	78
8.3.2. Κωνοειδής εκτομή με Laser CO ₂	79
8.3.3. Αγκύλη διαθερμίας	80
8.3.4. Ολική υστερεκτομή	84
8.4. Θεραπεία διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	84
9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	83
9.1. Συντηρητική θεραπεία	83
9.2. Χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του ενδομητρίου	84

9.2.1.Θεραπεία νόσου σταδίου I	84
9.2.2.Θεραπεία νόσου σταδίου II	84
9.2.3. Θεραπεία νόσου σταδίου III και IV	84
9.2.4.Λαπαροσκόπηση και καρκίνος του ενδομητρίου	85
10.ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	87
10.1.Ορισμός	87
10.2.Είδη υστερεκτομής	87
10.3.Τύποι υστερεκτομής	89
10.4.Προκαρκινικές ενδείξεις υστερεκτομής	91
10.4.1. Υπερπλασία ενδομητρίου	91
10.4.2.Τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN)	91
10.4.3.Καρκινικές ενδείξεις υστερεκτομής	92
11.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	93
11.1.Προετοιμασία για τη χειρουργική επέμβαση-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	94
11.2.Προεγχειρητική Αγωγή-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	95
11.3.Προεγχειρητική Εκπαίδευση του Ασθενούς και της Οικογένειας	96
11.4.Φάρμακα που Χορηγούνται Μετεγχειρητικά-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	97
11.5.Άμεση Μετεγχειρητική Φροντίδα-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	98
11.6.Συνήθειες μετεγχειρητικές επιπλοκές-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	100
11.6.1.Αιμορραγία-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	101
11.6.2.Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	101
11.6.3.Πνευμονική εμβολή-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	103
11.6.4.Πνευμονία-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	105
11.6.5.Ατελεκτασία	107
11.6.6.Επιπλοκές από το Τραύμα	109
12.ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ	112
12.1.Χημειοθεραπεία στην καρκίνο του τραχήλου της μήτρας	113
12.2.Δράσεις των Χημειοθεραπευτικών Φαρμάκων	114

12.3 Αντιμετώπιση Ασθενών που Υποβάλλονται σε Χημειοθεραπεία	115
12.4. Η αντιμετώπιση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας- Νοσηλευτικοί Ρόλοι	117
12.4.1. Ναυτία και έμετος	118
12.4.2. Ανορεξία	119
12.4.3. Διάρροια- δυσκοιλιότητα	120
12.4.4. Ξηρότητα στόματος, στοματίτιδα-βλεννογονίτιδα	120
12.4.5. Αλωπεκία	121
12.4.6. Αναιμία	122
12.4.7. Λευκοπενία-θρομβοπενία	123
12.5. Μέτρα ασφάλειας για τον άρρωστο	124
13. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ	125
13.1..Ενδοκοιλιακή και ενδοϊστική βραχυθεραπεία	127
13.2. Καρκίνος τράχηλου της μήτρας	128
13.3. Καρκίνος ενδομητρίου	130
13.4. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς υπό ακτινοθεραπεία	131
14. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ-ΤΡΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ – ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ-ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	135
14.1. Εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες στην ογκολογική νοσηλευτική	136
14.2. Δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας	136
14.3. Διεπιστημονική συνεργασία	138
14.4. Στεσσογόνοι παράγοντες και προσαρμογή	139
14.5. Διαχείριση θεμάτων υγιεινής και ασφάλειας	140
14.6. Εκπαιδευτικές δράσεις ογκολογικών νοσηλευτών	140
14.7. Φροντίδα των Φροντιστών	141
15. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	143
16. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	150
16.1. Άγχος	150
16.2. Διαταραχή της Εικόνας Σώματος	152

16.3.Κίνδυνος Λοίμωξης	153
16.4.Ναυτία / Εμετός	155
16.5.Πόνος	156
16.6.Κόπωση	159
16.7.Καχεξία, ανορεξία και δυσφαγία	160
16.8.Διάρροια	163
17.ΠΡΟΓΝΩΣΗ	165
17.1.Πρόγνωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	166
17.2. Πρόγνωση του καρκίνου του μυομητρίου	166
18.ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	168
18.1. Αρχές πρωτογενούς πρόληψης	168
18.1.1.Το εμβόλιο κατά του HPV	170
18.1.2.Η ηλικία του εμβολιασμού	171
18.1.3.Αποδοχή του εμβολιασμού	172
18.1.4.Διάρκεια της ανοσοποίησης	172
18.1.5.Επίδραση του εμβολιασμού στον προληπτικό έλεγχο με τεστ Παπ	172
18.2.Δευτερογενής πρόληψη - προσυμπτωματικός έλεγχος	173
18.2.1.Το HPV DNA τεστ	174
18.2.2.Το τεστ παπανικολαου	176
18.2.3.Ενδείξεις – οδηγίες προς τις γυναίκες που υποβάλλονται στην εξέταση	177
18.2.4.Ταξινόμηση κυτταρολογικών ευρημάτων στο τεστ Παπανικολάου	177
18.2.5.Αξιολόγηση του τεστ Παπανικολάου	180
18.3.Δοκιμασία κατά Παπανικολάου (Pap test)- Νοσηλευτικές διεργασίες	180
19.ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ	184
20.ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ- ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	189
20.1.Ορισμός	189
20.2.Πολυδύναμη Ομάδα παρηγορητικής φροντίδας	190
20.3.Αντικείμενο της παρηγορητικής φροντίδας	190

20.3.1.Αντιμετώπιση Φυσικών συμπτωμάτων	190
20.3.2.Αντιμετώπιση Ψυχολογικών και Ψυχιατρικών συμπτωμάτων	191
20.3.3.Αντιμετώπιση Κοινωνικών Προβλημάτων	191
21.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	193
21.1. Ιστορικό υγείας	193
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	202
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	205

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μισό αιώνα μετά τη διαγνωστική πρόταση του Γεώργιου Παπανικολάου, η οποία αποκαλείται διεθνώς με το όνομα του, δηλαδή «τεστ Παπανικολάου», η συγκεκριμένη εξέταση αποτελεί τον πιο έγκυρο μαζικό πληθυσμιακό έλεγχο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Έκτοτε, επικρατεί η άποψη ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μια κακοήθης πάθηση, η οποία ωστόσο μπορεί με την εν λόγω εξέταση να προληφθεί. Σε λιγότερο αναπτυγμένες περιοχές, όπως η Αφρική και η νοτιοανατολική Ασία, αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου γυναικών από καρκίνο. Γνωρίζουμε με βεβαιότητα την αιτία που προκαλεί τον καρκίνο του τραχήλου. Η αιτία είναι ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων, γνωστός και ως HPV (Human Papilloma Virus). Ωστόσο, η πιο καθοριστική δυνατότητα εφαρμογής της σχετικής γνώσης, που αφορά την πρωτογενή πρόληψη του «ιογενούς αιτιολογίας» καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι το Εμβόλιο κατά του HPV. Αυτό το εμβόλιο, έπειτα από προσπάθειες 15 περίπου ετών, σήμερα υπάρχει, και τα πρώτα αποτελέσματα εφαρμογής του είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Πρόκειται για προφυλακτικό εμβόλιο κατά της μόλυνσης από τον ιό, ενώ σε εξέλιξη βρίσκονται και οι μελέτες που αφορούν την αξιολόγηση ενός θεραπευτικού εμβολίου, εναντίον ήδη υπαρχουσών κυτταρικών αλλοιώσεων οφειλόμενων στη δράση του ιού.

Στα επόμενα χρόνια υπολογίζεται να απαντηθούν, κατά το μεγαλύτερο μέρος τους, τα υπάρχοντα προβλήματα και οι αναπάντητες ερωτήσεις, όσον αφορά τη διάρκεια της ανοσοπροστασίας, την πιθανή υπάρχουσα διασταυρούμενη προστασία και από άλλους υποτύπους του ιού, την αποδοχή του εμβολιασμού από το κοινό, την αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού σεξουαλικά ενεργών γυναικών, την αναγκαιότητα εμβολιασμού των νεαρών αγοριών ή αντρών, τον φορέα που θα αναλάβει τον εμβολιασμό, το αναγκαίο κόστος, κ.ά.

Συμφωνά με τις ενδείξεις, σύντομα, η δυνατότητα πρωτογενούς πρόληψης κατά το μεγαλύτερο ποσοστό του τραχηλικού καρκίνου μέσω προληπτικού εμβολιασμού κατά του HPV θα αποτελεί πλέον γεγονός. Συμπερασματικά, γίνεται σαφές ότι, στο εγγύς μέλλον, όλες αυτές οι καινούργιες γνώσεις θα επηρεάσουν σημαντικά την εφαρμογή μεγάλου μέρους της προληπτικής ιατρικής στον γυναικείο πληθυσμό κάθε χώρας, τόσο στον προηγμένο όσο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Παράλληλα, όμως, με την ενεργοποίηση των επιστημόνων και των φορέων υγείας, απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή ενός Νέου Προγράμματος Πρόληψης του Τραχηλικού Καρκίνου

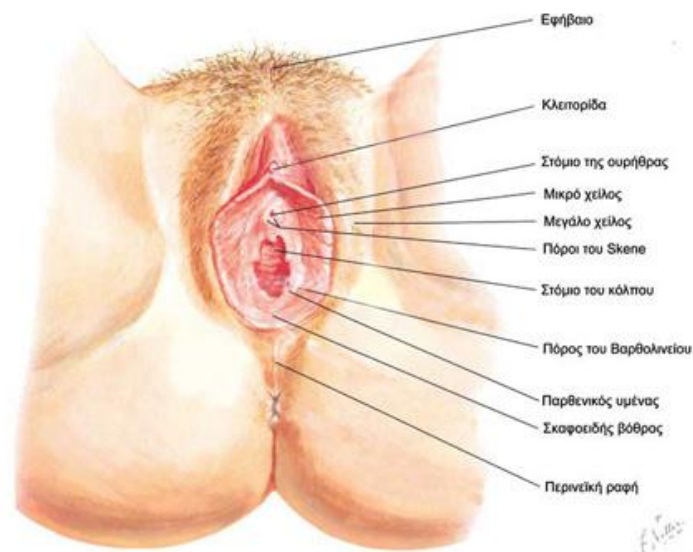
αποτελεί η ευρεία και πλήρης ενημέρωση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σε ό,τι αφορά τη διαδικασία καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας, τη σημασία της μόλυνσης από τον ιό, τις αληθινές διαστάσεις του κινδύνου, τη σημασία της πρόληψης, τις πραγματικές δυνατότητες του εμβολίου κλπ. Έτσι μπορούμε να ελπίζουμε ότι μετά την ευρεία διαθεσιμότητα του εμβολίου κατά του HPV, κάθε γυναίκα θα γνωρίζει πώς και πότε πρέπει να ελέγχεται, με στόχο την πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου και θα προτρέπει προς αυτό από την κεντρική ηγεσία των υπεύθυνων εθνικών φορέων. Παράλληλα, θα εισαχθεί πρόγραμμα προφυλακτικού εμβολιασμού των νέων κοριτσιών είτε στο σχολείο -στο πλαίσιο των ήδη υπαρχόντων προγραμμάτων εμβολιασμού για άλλα ιογενή νοσήματα- είτε μέσω των παιδιάτρων και γυναικολόγων.

Με την παρούσα εργασία θα παρουσιάσουμε αναλυτικά το πρόβλημα του γυναικείου καρκίνου, στις περιοχές του τραχήλου της μήτρας και του σώματος της μήτρας. Θα δοθούν λεπτομέρειες για την ανατομία και τη φυσιολογία του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Ακολουθεί η παρουσίαση του κλινικού μέρους της νόσου, με αναφορά στα θέματα της επιδημιολογίας, της κλινικής εξέτασης, της διάγνωσης, της σταδιοποίησης και της θεραπείας της νόσου, με παράλληλη παρουσίαση των νοσηλευτικών ρόλων που σχετίζονται με τις παραπάνω διαδικασίες. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στις νοσηλευτικές διεργασίες που αφορούν τις θεραπευτικές επιλογές και πιο συγκεκριμένα τους νοσηλευτικούς ρόλους στη χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου, στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας και στην εφαρμογή της ακτινοθεραπείας. Ιδιαίτερη σημασία έχει το θέμα της πρόληψης, καθώς η ενημέρωση και η εφαρμογή του ελέγχου στον πληθυσμό με το test Pap, προλαμβάνει τον καρκίνο σε προκαρκινικά στάδια και οδηγεί σε πλήρη ίαση. Τέλος εξίσου σημαντική θεωρείται η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, ακολουθώντας τα προβλεπόμενα στάδια, με σκοπό την ολοκλήρωση της νοσηλευτικής παρέμβασης.

1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γυναικείο γεννητικό σύστημα αποτελείται από τα εξωτερικά και εσωτερικά γεννητικά όργανα. Και τα έσω και τα έξω γεννητικά όργανα αναπτύσσονται με την ηλικία και στην περίοδο της εφηβίας λαμβάνουν την τελική τους μορφή, με την ολοκλήρωση της διαμόρφωσης του γυναικείου σώματος. Τα έξω γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν το εφήβαιο, ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τους Bartholinίους αδένες, τους παραουρηθρικούς αδένες και το έξω στόμιο της ουρήθρας. Τα έσω γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες.

1.1.Έξω γεννητικά όργανα



Εικόνα 1. Έξω γεννητικά όργανα

Είναι γνωστά στο σύνολό τους ως αιδούο. Αποτελούνται από:

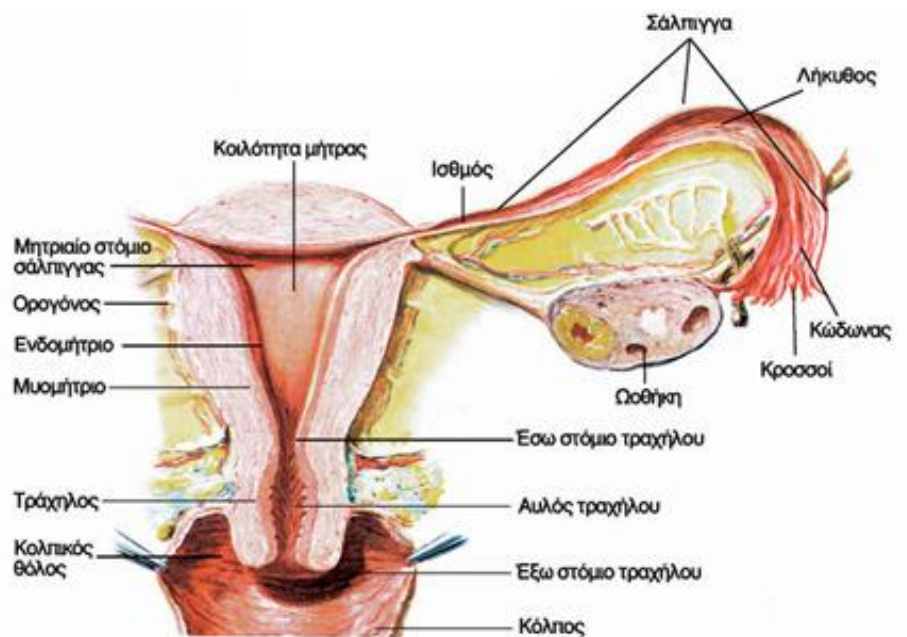
- Το εφήβαιο, ή όρος της Αφροδίτης, το οποίο είναι έπαρμα του δέρματος που καλύπτεται από χαρακτηριστικό τρίχωμα.
- Τα μεγάλα χείλη, τα οποία είναι δύο εξωτερικές πτυχές δέρματος που περιβάλλουν το άνοιγμα του κόλπου.
- Τα μικρά χείλη, που παριστούν δύο μικρότερες πτυχές και βρίσκονται εσωτερικά των μεγάλων χειλέων.

- Την κλειτορίδα, η οποία βρίσκεται στο σημείο που ενώνονται τα άνω άκρα των μικρών χειλέων. Η κλειτορίδα είναι μικρό όργανο με στυτικό ιστό, όπως το πέος.
- Τον πρόδομο του κόλπου. Παριστά χώρο, στον οποίο εκβάλλουν: η ουρήθρα, ο κόλπος και τα στόμια των βαρθολινείων και παραουρηθρικών αδένων.
- Τους βαρθολινείους αδένες. Μικρού μεγέθους αδένες, που βρίσκονται όπισθεν των μικρών χειλέων και εκκρίνουν βλέννα για τη διευκόλυνση της σεξουαλικής επαφής.
- Τους παραουρηθρικούς αδένες (ονομάζονται και αδένες του Skene) που εκβάλλουν στον πρόδομο του κόλπου.
- Μεταξύ κλειτορίδας και στομίου του κόλπου, βρίσκεται το έξω στόμιο της ουρήθρας (Μιχαλάς 2000).

1.2. Έσω γεννητικά όργανα

1.2.1. Ο κόλπος

Ο κόλπος είναι ένας ινομυώδης σωλήνας που υποδέχεται το πέος κατά τη σεξουαλική επαφή. Έχει μήκος περίπου 7,5-9 cm και βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και εντέρου. Το τοίχωμά του παρουσιάζει πτυχές, για να εκτείνεται κατά τη σεξουαλική επαφή. Στο άνω μέρος του (θόλος), προβάλλει ο τράχηλος της μήτρας, ενώ το κάτω μέρος του καταλήγει στο αιδοίο. Μετά την εκσπερμάτιση, το σπέρμα συγκεντρώνεται στον θόλο του κόλπου. Ο κόλπος αποτελεί “διάδρομο” για τη ροή του αίματος της εμμηνου ρύσεως και την έξοδο του εμβρύου κατά τον τοκετό. Ο κόλπος καλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο. Το επιθήλιο του κόλπου περιέχει μεγάλες ποσότητες γλυκογόνου. Οι γαλακτοβάκιλοι που αποτελούν τη φυσιολογική μικροβιακή χλωρίδα μεταβολίζουν το γλυκογόνο σε γαλακτικό οξύ και δημιουργούν το όξινο pH του κόλπου. Το όξινο περιβάλλον μειώνει την εμφάνιση των παθογόνων μικροοργανισμών που δημιουργούν τις κολπίτιδες. Το κολπικό έκκριμα συμπληρώνεται από τις εκκρίσεις της τραχηλικής βλέννας, των βαρθολινείων αδένων των παραουρηθρικών αδένων. Περιέχει αποφολιδωμένα κύτταρα και ακόμη εκκρίσεις από τη μήτρα και τις σάλπιγγες. Στην είσοδο του κόλπου βρίσκεται μια μεμβράνη συνδετικού ιστού, ο παρθενικός υμένας (Χατζημπούγιας 2003).

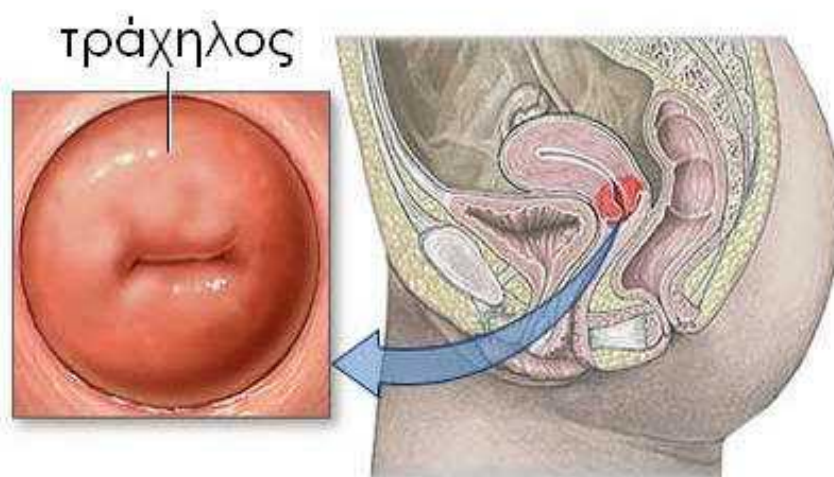


Εικόνα 2. Έσω γεννητικά όργανα

1.2.2. Ο τράχηλος

Ο τράχηλος αποτελεί τμήμα της μήτρας με σχήμα κυλίνδρου, που συνδέει την κοιλότητα της μήτρας με τον κόλπο και διαστέλλεται κατά τον τοκετό. Το έξω στόμιο του τραχήλου προβάλλει στον θόλο του κόλπου και καλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο, όμοιο με το επιθήλιο του κόλπου. Ο αυλός του τραχήλου (ενδοτράχηλος) έχει μήκος περίπου 4 cm και καλύπτεται από κυλινδρικό αδενικό επιθήλιο. Το έσω στόμιο του τραχήλου αποτελεί το ανατομικό όριο μεταξύ του τραχήλου και της κοιλότητας της μήτρας. Οι αδένες του ενδοτραχήλου παράγουν βλέννα, η οποία αποτελεί διάδρομο και ηθμό για τα σπερματοζώαρια. Η τραχηλική βλέννα υφίσταται ουσιαστικές αλλαγές κατά τη διάρκεια του κύκλου υπό την επίδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης όσον αφορά την ποσότητα, τη σύσταση, την πυκνότητα κ.ά. Οι αλλαγές αυτές της τραχηλικής βλέννας είναι άμεσα εξαρτώμενες από τον ωοθηκικό κύκλο, έτσι ώστε να προσφέρουν τις ιδανικότερες συνθήκες για τη διέλευση των σπερματοζωαρίων στη φάση της ωοθυλακιορρηξίας. Η ύπαρξη

αντισπερματικών αντισωμάτων στην τραχηλική βλέννα δυσχεραίνει τη διέλευση των σπερματοζωαρίων (Χατζημπούγιας 2003).



Εικόνα 3. Ο τράχηλος της μήτρας

1.2.3. Η μήτρα

Η μήτρα είναι ένα κοίλο όργανο απιοειδούς σχήματος, που μεγαλώνει όσο φιλοξενεί και τρέφει το αναπτυσσόμενο έμβρυο, μέχρι τη γέννηση. Βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και ορθού και έχει μήκος 7,5 cm, πλάτος 5 cm και πάχος 2,5 cm περίπου, ενώ το μέγεθός της ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας και τον αριθμό των τοκετών.

Η μήτρα είναι όργανο ευκίνητο, που εύκολα διογκώνεται. Στηρίζεται από μυς και συνδέσμους και αιματώνεται από τις μητριαίες αρτηρίες. Η θέση της μήτρας ποικίλλει, με συνηθέστερη την πρόσθια κάμψη της προς την ουροδόχο κύστη και σπανιότερη την οπίσθια κάμψη προς το έντερο. Η θέση της μήτρας δεν έχει σχέση με τη γονιμότητα, ενώ οι παραμορφώσεις της κοιλότητας μπορεί να συνδέονται με υπογονιμότητα.

Από ανατομικής πλευράς διακρίνεται στον τράχηλο, στον ισθμό και στο σώμα της μήτρας.

- Ο ισθμός: Παριστά στενή μοίρα του σώματος της μήτρας, η οποία αντιστοιχεί στο έσω τραχηλικό στόμιο. Κατά τη διάρκεια της κύησης, ο ισθμός διατείνεται και σχηματίζει το κατώτερο τμήμα της μήτρας.

- Το σώμα της μήτρας: Από το άνω τμήμα της μήτρας, που ονομάζεται πυθμένας, εκφύονται οι σάλπιγγες. Το σώμα αποτελείται από παχύ μυϊκό τοίχωμα που περικλείει την ενδομητρική κοιλότητα, η οποία έχει τριγωνικό σχήμα με τη βάση προς τον πυθμένα.

Η κοιλότητα της μήτρας αποτελεί τον χώρο όπου αναπτύσσεται το έμβρυο. Στις δύο άνω άκρες της τριγωνικής κοιλότητας, που ονομάζονται κέρατα της μήτρας, εκβάλλουν οι σάλπιγγες με τα μητριαία στόμιά τους.

Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τρεις χιτώνες:

- έναν λεπτό εξωτερικό χιτώνα, που λέγεται ορογόνο υμένας,
- έναν παχύ μυϊκό χιτώνα στο μέσον, που λέγεται μυομήτριο,
- έναν λεπτό εσωτερικό χιτώνα (βλεννογόνο) που επενδύει την κοιλότητα και λέγεται ενδομήτριο.
- Το ενδομήτριο: Το ενδομήτριο είναι ο ιστός που αποπίπτει κατά την έμμηνο ρύση (περίοδο) μαζί με αίμα. Αποτελείται από πολύστοιβο κυλινδρικό επιθήλιο και από στρώμα, το οποίο περιέχει αδένες και τριχοειδή αγγεία. Υπό την επίδραση αρχικά των οιστρογόνων, το ενδομήτριο αυξάνει σε πάχος. Εν συνεχεία, υπό την επίδραση και της προγεστερόνης που εκκρίνεται κυρίως μετά την ωοθυλακιορρηξία, προετοιμάζεται για να δεχθεί την εμφύτευση του εμβρύου (Μιχαλάς 2000).

1.2.4. Οι Σάλπιγγες (ωαγωγοί)

Είναι τα όργανα, εντός των οποίων φυσιολογικά επέρχεται η γονιμοποίηση. Έχουν σχήμα επιμήκους σωληνίσκου και συνδέουν την κοιλότητα της μήτρας με την κοιλότητα της κοιλιάς. Οι σάλπιγγες είναι δύο και εκφύονται από τα πλάγια του σώματος της μήτρας. Έχουν μήκος περίπου 10-13 cm και εξωτερική διάμετρο 0,05-1,0 cm. Διακρίνονται τέσσερα τμήματα της σάλπιγγας: το ενδομήτριο (διάμεσο) τμήμα της σάλπιγγας, ο ισθμός, η λήκυθος και ο κώδωνας, που το άκρο του καταλήγει στους κροσσούς. Το διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας πορεύεται εντός του τοιχώματος της μήτρας και εκβάλλει στο κέρασ δια του μητριαίου στομίου της σάλπιγγας. Ο ισθμός είναι το εστενωμένο μικρό τμήμα της σάλπιγγας πλησίον της μήτρας με εσωτερική διάμετρο 1 έως 3 mm. Η λήκυθος είναι το μακρύτερο και ευρύτερο τμήμα και διευρύνεται στο ακραίο τμήμα της, καταλήγοντας στον κώδωνα

και στους κροσσούς. Η σάλπιγγα, με τη βοήθεια των κροσσών, παραλαμβάνει το ωάριο μετά την ωοθυλακιορρηξία. Στον αυλό της σάλπιγγας το ωάριο γονιμοποιείται από ένα μόνο σπερματοζωάριο, από τα πολλά που έχουν φθάσει εν τω μεταξύ μέσω του τραχήλου και της μήτρας.

Το εσωτερικό της σάλπιγγας καλύπτεται από επιθήλιο που αποτελείται από κροσσωτά και εκκριτικά κύτταρα, όπως επίσης και από στυλοειδή και εφεδρικά κύτταρα. Τα κροσσωτά κύτταρα χρησιμεύουν για τη μεταφορά των γαμετών, ενώ τα εκκριτικά για την ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου. Έτσι η μεγαλύτερη αναλογία των κροσσωτών κυττάρων βρίσκεται στη λήκυθο (περίπου 65-75%), είναι μικρότερη στον ισθμό (15-20%), ενώ στο ενδομήτριο τμήμα της σάλπιγγας τα κροσσωτά κύτταρα απουσιάζουν εντελώς.

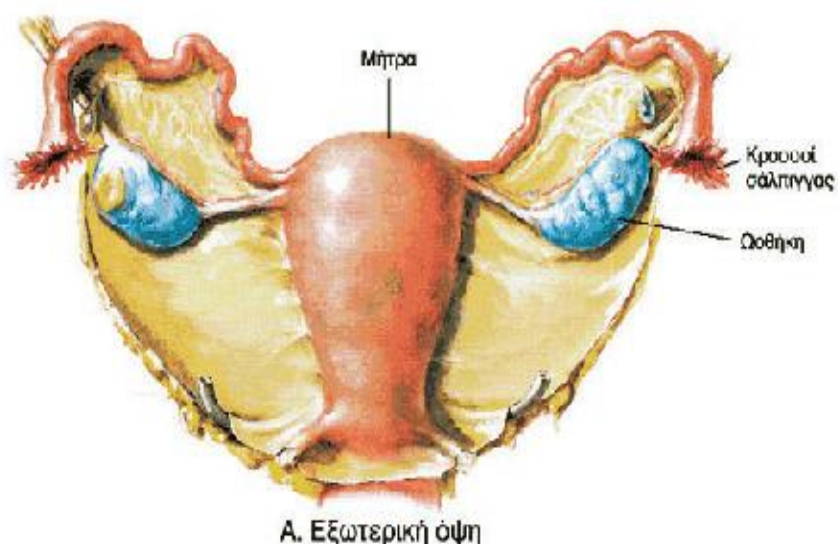
Η σάλπιγγα εξωτερικά καλύπτεται από ορογόνο χιτώνα, ενώ ανάμεσα σε ορογόνο και βλεννογόνο υπάρχει μυϊκό τοίχωμα. Το μυϊκό τοίχωμα είναι παχύτερο στην περιοχή του ισθμού και λεπτότερο στη λήκυθο και στον κώδωνα. Ο περισταλτισμός του μυϊκού τοιχώματος και η κίνηση του κροσσωτού επιθηλίου υποβοηθούν την προώθηση του ωαρίου και των σπερματοζωαρίων. Θεωρείται ότι η γονιμοποίηση επέρχεται στη λήκυθο της σάλπιγγας. Η σάλπιγγα φαίνεται να διαθέτει τη μοναδική ικανότητα μεταφοράς του ωαρίου σε αντίθετη κατεύθυνση από αυτήν του σπερματοζωαρίου. Μετά τη γονιμοποίηση, η κίνηση των κροσσωτών κυττάρων και ο περισταλτισμός του μυϊκού τοιχώματος προωθούν τον ζυγώτη προς την κοιλότητα της μήτρας. Τα εκκριτικά (μη κροσσωτά κύτταρα) παράγουν υγρό, το οποίο περιέχει πρωτεΐνες, λιποπρωτεΐνες, Ca, Mg, όξινη και αλκαλική φωσφατάση, κ.ά. θρεπτικά συστατικά που χρησιμεύουν για τη διατροφή του γονιμοποιημένου ωαρίου τις 4-5 πρώτες ημέρες της ζωής του, καθώς αυτό προωθείται προς την κοιλότητα της μήτρας όπου θα εμφυτευθεί και θα αναπτυχθεί (Χατζημπούγιας 2003).

1.2.5.Οι Ωοθήκες

Αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Είναι όργανα με διπλή λειτουργία. Παράγουν ωάρια (το γεννητικό υλικό της γυναίκας) και ορμόνες (κυρίως οιστρογόνα και προγεστερόνη). Η κύρια λειτουργία των ωοθηκών είναι η αναπαραγωγική. Από ανατομικής πλευράς, οι ωοθήκες αποτελούν δύο ωοειδή αποπεπλατυσμένα μορφώματα με μήκος 3-5 cm, πλάτος 1,5-3 cm και πάχος 1,5-2,5 cm, που βρίσκονται στη μικρή πύελο. Έχουν χρώμα ροδίζον λευκό προς γκρι.Στις

ωοθήκες διακρίνουμε δύο πόλους, δύο χείλη και δύο επιφάνειες, όπως επίσης και δύο ζώνες, τον φλοιό και τον μυελό. Ο φλοιός αποτελείται από το επιθήλιο, τον ινώδη χιτώνα, το στρώμα και τα ωοθυλάκια. Ο μυελός καταλαμβάνει το εσωτερικό του αδένα, χωρίς να ξεχωρίζει σαφώς από τον φλοιό και αποτελείται από συνδετικό ιστό, αγγεία και νεύρα.

Στην ωοθήκη συντελείται η αποθήκευση, η ωρίμανση και η απελευθέρωση των ωαρίων κατά την ωοθυλακιορρηξία. Ταυτόχρονα εμφανίζεται και η ενδοκρινής λειτουργία των ωοθηκών με έκκριση ορμονών. Οι δύο αυτές λειτουργίες (αναπαραγωγική και ενδοκρινής) δεν είναι ανεξάρτητες, αλλά συνδέονται άμεσα μεταξύ τους. Οι ωοθήκες λειτουργούν ως ενδοκρινείς αδένες υπό την επίδραση των υποφυσιακών ορμονών, της θυλακιοτρόπου (FSH, follicle-stimulating hormone) και της ωχρινοτρόπου (LH, luteinizing hormone) ορμόνης και παράγουν κυρίως οιστρογόνα. Παράλληλα, η ωοθήκη είναι και μια δεξαμενή ωοθυλακίων, τα οποία βρίσκονται σε διάφορα στάδια ωρίμανσης (αρχέγονα, πρωτογενή, δευτερογενή). Έχει περιγραφεί (Gougeon et al., 1986) ότι ενώ κατά τη γέννηση ο αριθμός των ωοθυλακίων είναι περίπου 2 εκατομμύρια, στην αρχή της ήβης απομένουν περί τις 300-400 χιλιάδες. Στην ηλικία των 38 ετών ο αριθμός ωοθυλακίων εκτιμάται στις 25.000 και στην εμμηνόπαυση περίπου σε 1.000.



Εικόνα 4. Μήτρα, ωοθήκες και σάλπιγγες

Από αυτά, κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας το πολύ 400 θα εξελιχθούν σε κυρίαρχα ωοθυλάκια, που κατά τη διάρκεια της παραγωγικής φάσης του κύκλου θα μεγαλώσουν προοδευτικά και θα ραγούν (ωοθυλακιορρηξία). Με την ωοθυλακιορρηξία θα απελευθερωθεί το ωάριο, το οποίο εάν γονιμοποιηθεί θα εξελιχθεί σε έμβryo. Μετά την ωοθυλακιορρηξία, το ωοθυλάκιο θα μετατραπεί σε ωχρο σωματίο, το οποίο παράγει κυρίως προγεστερόνη. Το ωχρο σωματίο διατηρείται επί 14 ημέρες και μετατρέπεται σε λευκό σωματίο, εκτός αν επιτευχθεί εγκυμοσύνη, οπότε μετατρέπεται σε ωχρο σωματίο της κήσεως (Χατζημπούγιας 2003).

2.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος της γυναίκας περιλαμβάνει δύο κύριες διαδικασίες. Στην πρώτη επιτελείται η ωρίμανση και η απελευθέρωση ενός ωαρίου ικανού για γονιμοποίηση, ενώ στην δεύτερη γίνεται κατάλληλη προετοιμασία του ενδομητρίου για την εμφύτευση του γονιμοποιηθέντος ωαρίου. Η γόνιμη ζωή της γυναίκας ξεκινάει από την εφηβεία, που σηματοδοτείται από την πρώτη περίοδο και τελειώνει με την εμμηνόπαυση, δηλαδή όταν σταματήσει η περίοδος. Στη φάση της γονιμότητας, μόνο 350-400 ωοθυλάκια ωριμάζουν και παράγουν ωάρια. Τα υπόλοιπα εκφυλίζονται. Η απελευθέρωση ενός (συνήθως) ωαρίου σε κάθε κύκλο, ονομάζεται ωορρηξία. Το ωάριο αυτό περιμένει – σε κάθε κύκλο- να γονιμοποιηθεί από το σπερματοζωάριο του άνδρα, για να αρχίσει ο σχηματισμός του ανθρώπινου πλάσματος. Αν όμως δεν γονιμοποιηθεί πέφτει, αποβάλλεται από τη μήτρα, χάνεται και ακολουθεί κανονικά η περίοδος. Το ωοθυλάκιο μετά την ρήξη του, μετατρέπεται σε ωχρό σωματίο. Οι ωοθήκες παράγουν τις θηλυκές ορμόνες. Από αυτές τα Οιστρογόνα και Προγεστερόνη είναι οι σημαντικότερες. Αυτές οι ορμόνες ρυθμίζουν την ανάπτυξη των γυναικείων χαρακτηριστικών δηλ. το στήθος, τον τόνο της φωνής, την τριχοφυΐα, αλλά και τον κύκλο και την εγκυμοσύνη.

2.1.Ο γεννητικός κύκλος

Ο γεννητικός κύκλος είναι το διάστημα που μεσολαβεί από την πρώτη ημέρα της εμμήνου ρύσεως μέχρι την πρώτη ημέρα της επόμενης εμμήνου ρύσεως. Η συνήθης διάρκειά του είναι 28 ημέρες, αλλά μπορεί να ποικίλει από γυναίκα σε γυναίκα και από κύκλο σε κύκλο. Για παράδειγμα και ο κύκλος των 22 και των 38 ημερών συνήθως είναι φυσιολογικός. Η δεύτερη (ωχρινική) φάση του κύκλου είναι πιο σταθερή και υπολογίζεται σε 14 +/- 2 ημέρες.

Οι αναπαραγωγικοί κύκλοι αρχίζουν στην ήβη και συνεχίζονται έως την εμμηνόπαυση, ενώ σε μερικές γυναίκες δεν παρατηρείται γεννητικός κύκλος, ως αποτέλεσμα της έλλειψης ωοθηκών ή εξαιρετικά πρόωμης εμμηνόπαυσης.

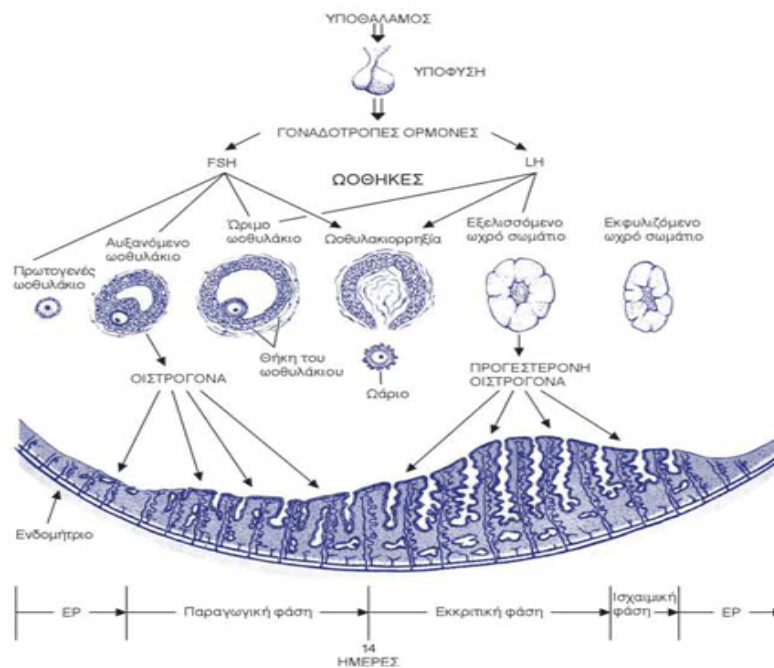
Στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου εκκρίνονται ορμόνες από τον υποθάλαμο, την υπόφυση και τις ωοθήκες που προκαλούν την ωρίμανση και τελικά την απελευθέρωση του ωαρίου από την ωοθήκη. Οι ορμόνες αυτές εμφανίζουν μια

αρμονικά αλληλορυθμιζόμενη σχέση μεταξύ τους, με σκοπό τη δημιουργία του κατάλληλου περιβάλλοντος για να ευοδωθεί η σύλληψη. Η αναπαραγωγική λειτουργία ρυθμίζεται μέσω ενός πολύπλοκου μηχανισμού ορμονικών ισορροπιών. Η ενδοκρινολογία της αναπαραγωγής έχει φθάσει στις μέρες μας να θεωρείται ειδικός επιστημονικός κλάδος, τον οποίο δεν έχει νόημα να εκθέσουμε εδώ με λεπτομέρεια. Θα αναφερθούμε μόνον στις ορμόνες εκείνες που επηρεάζουν τις βασικές λειτουργίες της παραγωγής ωαρίων και σπερματοζωαρίων, καθώς και τη λειτουργία του γυναικείου κύκλου.

Στη γυναίκα όπως και στον άνδρα, η λειτουργία των γονάδων ρυθμίζεται από τον εγκέφαλο και πιο συγκεκριμένα από μια περιοχή του που ονομάζεται υποθάλαμος. Ο υποθάλαμος εκκρίνει την ορμόνη απελευθέρωσης των γοναδοτροπινών (GnRH, gonadotropin-releasing hormone). Με τη σειρά της, η GnRH επιδρά σε έναν μικρό αδένα που βρίσκεται κάτω από τον εγκέφαλο, την υπόφυση. Η υπόφυση εκκρίνει ορμόνες για τη ρύθμιση της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένου, των επινεφριδίων, των γονάδων και επίσης αυξητική ορμόνη και προλακτίνη. Για τη λειτουργία των γονάδων ειδικότερα, η υπόφυση εκκρίνει δύο ορμόνες που ονομάζονται γοναδοτροπίνες: την θυλακιοτρόπο ορμόνη (FSH, follicle-stimulating hormone), η οποία προάγει την ανάπτυξη των ωοθυλακίων και την ωχρινοποιητική ορμόνη (LH, luteinizing hormone), η οποία προάγει τη στεροειδογένεση στην ωοθήκη και είναι υπεύθυνη για την τελική ωρίμανση του ωαρίου, την ωοθυλακιορρηξία, την έναρξη και τη συνέχιση της λειτουργίας του ωχρού σωματίου. Όπως είδαμε, η υπόφυση τελεί υπό τον έλεγχο του υποθαλάμου, μέσω της GnRH. Αντιστρόφως, η έκκριση ορμονών από την υπόφυση και τον υποθάλαμο επηρεάζεται από τα επίπεδα των ορμονών των ωοθηκών. Υπάρχει επομένως ένας ορμονικός άξονας υποθάλαμος – υπόφυση – ωοθήκες, με μηχανισμό παλίνδρομης αλληλορύθμισης. Η οιστραδιόλη που παράγεται από την ωοθήκη ασκεί αρνητική ανάδραση (δηλαδή ανασταλτική δράση) στην έκκριση της FSH και θετική ανάδραση στην έκκριση LH.

Στην αρχή του γεννητικού κύκλου έχουμε μια αύξηση της έκκρισης FSH, με συνέπεια τη στρατολόγηση μιας ομάδας ωοθυλακίων για περαιτέρω ωρίμανση. Σε κάθε φυσικό κύκλο, υπό την αρχική αυτή επίδραση της FSH αρχίζουν να αναπτύσσονται 3-7 ωοθυλάκια. Από αυτά τα ωοθυλάκια επικρατεί μόνον ένα, το οποίο αυξάνεται πιο γρήγορα και ονομάζεται «κυρίαρχο» ωοθυλάκιο. Τα υπόλοιπα

ωοθυλάκια θα καταστούν άτρητα (δηλαδή θα εκφυλισθούν με τον μηχανισμό της ατρησίας) (Gayton, Hall 2004).



Εικόνα 5. Ο καταμήνιος κύκλος

Το κυρίαρχο ωοθυλάκιο είναι μια μικρή κύστη γεμάτη υγρό (ωοθυλακικό υγρό). Το ωάριο ωριμάζει σε μια άκρη του ωοθυλακίου στον ωοφόρο λόφο, έναν λοφίσκο κοκκιωδών κυττάρων τα οποία επαλείφουν το εσωτερικό της θήκης του ωοθυλακίου. Καθώς το ωοθυλάκιο αναπτύσσεται, τα κοκκιώδη κύτταρά του παράγουν την ορμόνη οιστραδιόλη σε διαρκώς αυξανόμενες ποσότητες. Η οιστραδιόλη έχει ποικίλες δράσεις στο αναπαραγωγικό σύστημα, με κυριότερη την αύξηση του βλεννογόνου της μήτρας (ενδομητρίου) με πολλαπλασιασμό των κυττάρων του. Τα υψηλά επίπεδα της οιστραδιόλης στο αίμα τελικά προκαλούν απότομη έκκριση LH από την υπόφυση. Αυτή η αιχμή έκκρισης της LH έχει ποικίλες δράσεις, με κυριότερες την τελική ωρίμανση του ωαρίου μέσα στο ωοθυλάκιο και την ωοθυλακιορρηξία. Η ωοθυλακιορρηξία προκαλείται μέσω ενός πολύπλοκου μηχανισμού και έχει ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση του συμπλέγματος ωαρίου-κοκκιωδών κυττάρων στην κοιλιά μαζί με ωοθυλακικό υγρό. Μετά τη ρήξη του ωοθυλακίου, η LH επίσης συμβάλλει στη μετατροπή των υπολειμμάτων του και ιδιαίτερα των κοκκιωδών κυττάρων, σε ωχρό σωματίο. Τα κύτταρα του ωχρού σωματίου εκκρίνουν κυρίως σε μεγάλες ποσότητες την ορμόνη προγεστερόνη (PRG),

αλλά και σε μικρότερες ποσότητες 17-β οιστραδιόλη και ανδροστενδιόνη. Σε συνδυασμό με τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη προετοιμάζει και σταθεροποιεί το ενδομήτριο για να υποδεχθεί και να θρέψει το έμβρυο (Gayton, Hall 2004).

2.2.Ενδομητρικός κύκλος

Στο ενδομήτριο, κατά τη διάρκεια του κύκλου, υπό την επίδραση της κυκλικής έκκρισης των ωοθηκικών ορμονών, συμβαίνουν μορφολογικά και βιοχημικά γεγονότα. Τα μορφολογικά περιλαμβάνουν αλλαγές στα αδενικά κύτταρα, στα κύτταρα του στρώματος και στα αγγειακά ενδοθηλιακά κύτταρα, τα οποία οδηγούν κατά την παραγωγική φάση στην υπερτροφία του ενδομητρίου (βλεννογόνου της μήτρας).

Διακρίνουμε τρεις φάσεις του κύκλου, που προκαλούνται από την κυκλική επίδραση των ωοθηκικών ορμονών στη δομή του αναπαραγωγικού συστήματος.

- Εμμηνορρυσιακή φάση: Στην εμμηνορρυσιακή φάση, που διαρκεί συνήθως 3-5 ημέρες, μαζί με το αίμα αποπίπτει και η λειτουργική στοιβάδα του ενδομητρίου.
- Παραγωγική φάση: Στο τέλος της εμμήνου ρύσεως το ενδομήτριο είναι λεπτό και ισχαιμικό. Συγκεκριμένα, το καλυπτικό επιθήλιο στην αρχή είναι χαμηλό με κύτταρα κυλινδρικά και οι αδένες βραχείς, ευθείς και στενοί. Το στρώμα είναι συμπακνωμένο. Το καλυπτικό επιθήλιο προοδευτικά αυξάνει και γίνεται υψηλότερο και οι αδένες βαθύτεροι, ευρύτεροι με ελικοειδή πορεία, ενώ αυξάνει το πάχος του στρώματος. Στη δεύτερη εβδομάδα του κύκλου η παραγωγή των οιστρογόνων που εκκρίνονται από το αναπτυσσόμενο ωοθυλάκιο προκαλούν αναγέννηση του επιθηλίου και αύξηση του πάχους του ενδομητρίου. Τα κύτταρα του ενδομητρίου αυξάνουν και γίνονται υψηλότερα και οι αδένες βαθύτεροι και ευρύτεροι. Καλείται επίσης θυλακινική ή οιστρογονική φάση λόγω της σημαντικής επίδρασης των οιστρογόνων.
- Εκκριτική φάση: Η φάση αυτή περιλαμβάνει τις δύο τελευταίες εβδομάδες του κύκλου. Αρχίζει μετά την ωοθυλακιορρηξία και έχει σταθερή διάρκεια περί τις 14 +/- 2 ημέρες. Υπό την επίδραση της προγεστερόνης που κυριαρχεί σε αυτή τη φάση του κύκλου, αλλά και των οιστρογόνων, οι ενδομητρικοί αδένες επιμηκύνονται, γίνονται πιο δαιδαλώδεις και ευρύτεροι. Η παρουσία

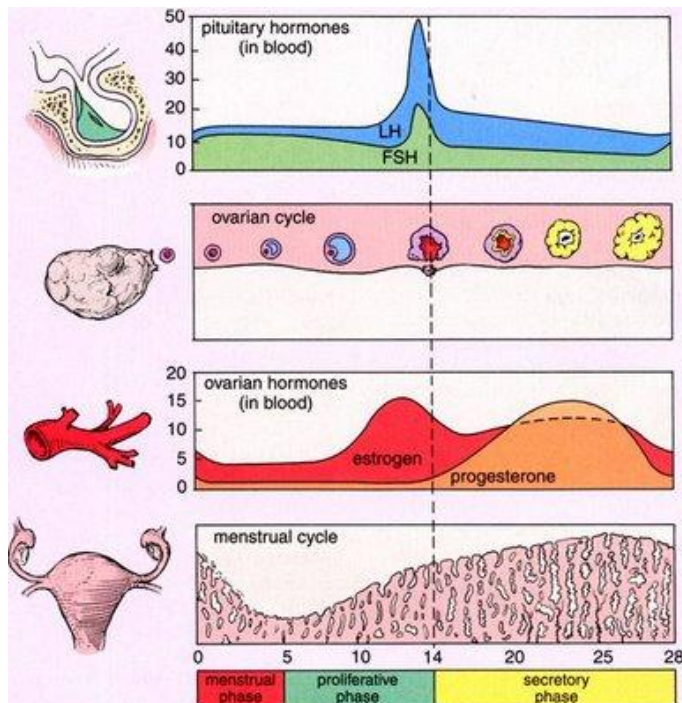
της εκκριτικής δραστηριότητας είναι εμφανής στα επιθηλιακά κύτταρα, τα οποία παράγουν μεγάλες ποσότητες γλυκογόνου και άλλων ουσιών όπως πολυσακχαριτών, λιπιδίων κ.λπ. Το πάχος του στρώματος και η αιμάτωση του ενδομητρίου αυξάνονται, ενώ τα αρτηρίδια γίνονται περισσότερο ελικοειδή, με σκοπό να θρέψουν το στρώμα του ενδομητρίου εφ' όσον επιτευχθεί σύλληψη. Η φάση αυτή ονομάζεται επίσης, ωχρινική και προγεστερονική φάση. Η προεμμηνορρυσιακή ή ισχαιμική φάση πρακτικά αποτελεί μέρος της εκκριτικής φάσης και εμφανίζεται προς το τέλος της. Στην ισχαιμική φάση, δηλαδή 13-14 ημέρες μετά την ωοθυλακιορρηξία, συστέλλονται οι ελικοειδείς αρτηρίες του ενδομητρίου, το λειτουργικό στρώμα γίνεται ωχρο και πτυχώνεται λόγω της ανοξίας και της αναιμίας. Λίγο αργότερα έπεται η αιμορραγία και η φάση της εμμηνου ρύσεως αρχίζει πάλι (Gayton, Hall 2004).

2.3.Τραχηλικός κύκλος

Υπό την επίδραση των ορμονικών αλλαγών κατά τη διάρκεια του ωοθηκικού κύκλου συμβαίνουν αλλαγές στα μακροσκοπικά, μικροσκοπικά και βιοχημικά χαρακτηριστικά των ιστών του τραχήλου και της τραχηλικής βλέννας. Οι αλλαγές αυτές αντανακλούν τις μεταβολές του αίματος των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στο αίμα και εξαρτώνται από αυτές. Στην παραγωγική φάση του κύκλου, τα αυξημένα οιστρογόνα διαφοροποιούν τον βλεννογόνο του ενδοτραχήλου και επηρεάζουν την αγγείωση, τη διαστολή και το μέγεθος του τραχήλου. Επίσης, η σύσταση της τραχηλικής βλέννας αλλάζει. Αυξάνεται η ποσότητα, η γλοιότητα και η εκτασιμότητα της βλέννας στο προωρρηκτικό στάδιο, με σκοπό τη διευκόλυνση της διόδου και την ενεργοποίηση των σπερματοζωαρίων. Η βλέννα αποτελείται από ύδωρ σε ποσοστό 85-99%, υδατοδιαλυτές ουσίες (όπως πρωτεΐνες, λιπίδια, ηλεκτρολύτες), μη υδατοδιαλυτές ουσίες (όπως πρωτεογλυκάννες που δίνουν στη βλέννα μια σύσταση δίκην πηκτής), καθώς επίσης και κύτταρα του τραχήλου, του γεννητικού συστήματος και του αίματος. Στην εκκριτική φάση, η βλέννα είναι πολύ πιο παχύρρευστη, με συνέπεια να καθίσταται απροσπέλαστη από τα σπερματοζωάρια (Gayton, Hall 2004).

2.4.Σαλπινγικός κύκλος

Τα κροσσωτά κύτταρα της σάλπιγγας αποκτούν μέγιστο αριθμό και ύψος κατά τη διάρκεια του τέλους της παραγωγικής φάσης του κύκλου. Στο τέλος της παραγωγικής φάσης υπάρχει η μέγιστη έκκριση από τα εκκριτικά κύτταρα και έπειτα μειώνεται το ύψος των κροσσωτών και η έκκριση στο ελάχιστο κατά την προεμμηνορρυσιακή και εμμηνορρυσιακή φάση. Τα κροσσωτά κύτταρα συρρικνώνονται ταχύτερα από τα εκκριτικά. Ατροφία και μείωση του αριθμού των κροσσωτών κυττάρων συνυπάρχει με αυξημένα επίπεδα προγεστερόνης και παρατηρείται επίσης στη διάρκεια της κνήσεως και της λοχείας. Μετά τη γονιμοποίηση, λόγω της κίνησης των κροσσωτών κυττάρων σε συνδυασμό με τον περισταλτισμό του μυϊκού τοιχώματος της σάλπιγγας, το γονιμοποιημένο ωάριο προωθείται προς την κοιλότητα της μήτρας. Κατά τη διάρκεια της διαδρομής στον αυλό της σάλπιγγας αρχίζει η αυλάκωση: ο ζυγώτης διαιρείται διαδοχικά και διανύει τα εμβρυικά στάδια 2, 4, 8 κυττάρων, μοριδίου και βλαστοκύστης, η οποία θα εμφυτευθεί στο ενδομήτριο.



Εικόνα 6. Καταμήνιος κύκλος: υπόφυση, ορμόνες, ορμόνες αίματος και ενδομήτριο.

3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η επιδημιολογία είναι η επιστημονική μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την συχνότητα εμφάνισης της υγείας και των ασθενειών σε έναν πληθυσμό, μέσω της εφαρμογής της στατιστικής στην ιατρική. Είναι η βάση και η λογική των παρεμβάσεων με ενδιαφέρον για τη Δημόσια Υγεία. Ο ενεργός επιδημιολόγος που εργάζεται σε τομείς η θεματολογία των οποίων εκτείνεται από πρακτικά ζητήματα, όπως η διερεύνηση μίας επιδημίας, μία περιβαλλοντική έκθεση και η αγωγή υγείας, μέχρι πιο θεωρητικά, όπως η ανάπτυξη στατιστικών, μαθηματικών, φιλοσοφικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών θεωριών. Έτσι, οι επιδημιολόγοι ασχολούνται σε μία σειρά τύπων επιστημονικής μελέτης –από μελέτες παρατήρησης έως πειραματικές μελέτες- με σκοπό τον προσδιορισμό αμερόληπτων σχέσεων μεταξύ εκθέσεων, όπως η διατροφή, οι βιολογικοί παράγοντες, το άγχος, και του αποτελέσματος, όπως π.χ. μία ασθένεια, η υγεία κ.τ.λ. Στη σύγχρονη επιδημιολογία, χρησιμοποιούνται μέθοδοι και τεχνικές από την Πληροφορική της Υγείας. Οι επιδημιολογικές μελέτες κατηγοριοποιούνται γενικά σε περιγραφικές, αναλυτικές (που έχουν ως σκοπό τη διερεύνηση συσχετίσεων, συχνά αιτιατών σχέσεων) και σε πειραματικές (για παράδειγμα κλινικές δοκιμές).

3.1.Επιδημιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος για το γυναικείο φύλο διεθνώς, μετά τον καρκίνο του μαστού. Είναι, επίσης, η κύρια αιτία θανάτου των γυναικών από καρκίνο στις αναπτυσσόμενες χώρες. Λαμβάνοντας υπόψιν τις διαφορές από χώρα σε χώρα, συμπερασματικά θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η επίπτωσή του αυξάνει κυρίως μετά την ηλικία των 30 και είναι ιδιαίτερα υψηλή την 5η και 6η δεκαετία της ζωής των γυναικών. Το 2005 τα νέα περιστατικά καρκίνου τραχήλου μήτρας έφτασαν τις 500.000 και το 90% αυτών στις αναπτυσσόμενες χώρες. Την ίδια χρονιά, πέθαναν σχεδόν 260.000 γυναίκες από τη νόσο και το 95% των γυναικών αυτών ήταν στις αναπτυσσόμενες χώρες (WHO 2006).

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζει τον υψηλότερο σταθμισμένο για την ηλικία δείκτη επίπτωσης (33,5/100.000) στη Λατινική Αμερική και στις χώρες της Καραϊβικής, στην υποσαχάρια Αφρική, στη νότια και νοτιοανατολική Ασία. Στα 25 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαγνώστηκαν για το 2004

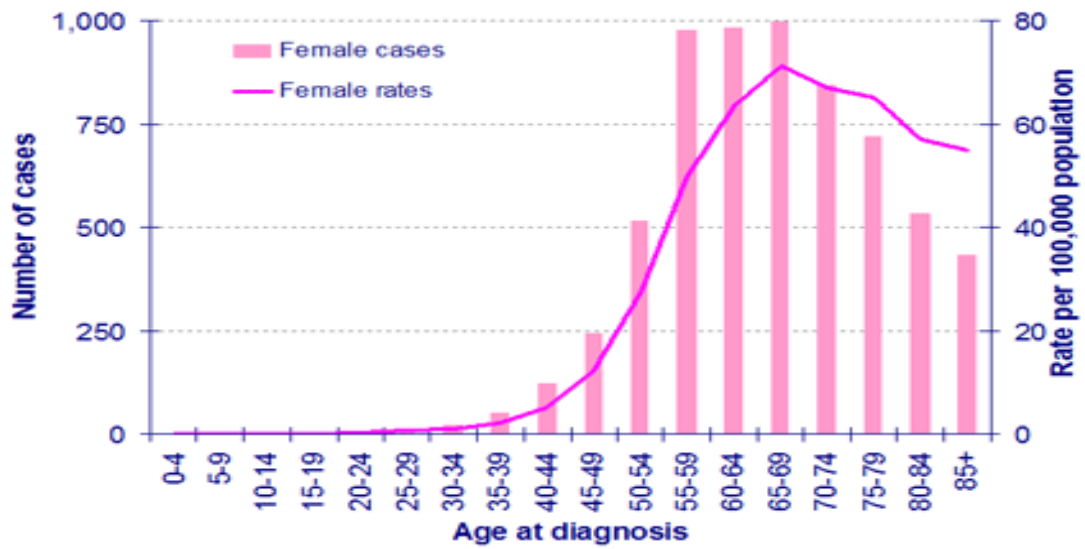
περίπου 31.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου τραχήλου μήτρας, ενώ 14.000 γυναίκες πέθαναν από τη συγκεκριμένη νόσο στις χώρες αυτές. Ο παγκόσμιος σταθμισμένος κατά ηλικία δείκτης επίπτωσης είναι 10,7/100.000 και ο παγκόσμιος σταθμισμένος κατά ηλικία δείκτης θνησιμότητας είναι 3,5/100.000, στην ΕΕ των 25 χωρών. Στην Ευρώπη συνολικά καταγράφηκαν περίπου 52.000 γυναίκες με καρκίνο τραχήλου μήτρας μέσα στο 2004 και 27.000 θάνατοι από τη νόσο (WHO 2006).

Στην Ελλάδα, η σταθμισμένη για την ηλικία επίπτωση είναι 7,2/100.000 και η σταθμισμένη για την ηλικία θνησιμότητα 2,1/100.000. Στην έλλειψη πρωτογενούς ή και δευτερογενούς πρόληψης θα μπορούσε να αποδοθεί η έλλειψη πτωτικής τάσης στη θνησιμότητα από καρκίνο τραχήλου μήτρας στην Ελλάδα, σε σύγκριση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ευρώπης συνολικά. Στην Ελλάδα παρατηρείται αύξηση της θνησιμότητας μετά το 1960 και σταθεροποίηση, χωρίς πτωτική τάση, το διάστημα 1980-2006 (Κωνσταντινίδης 2006).

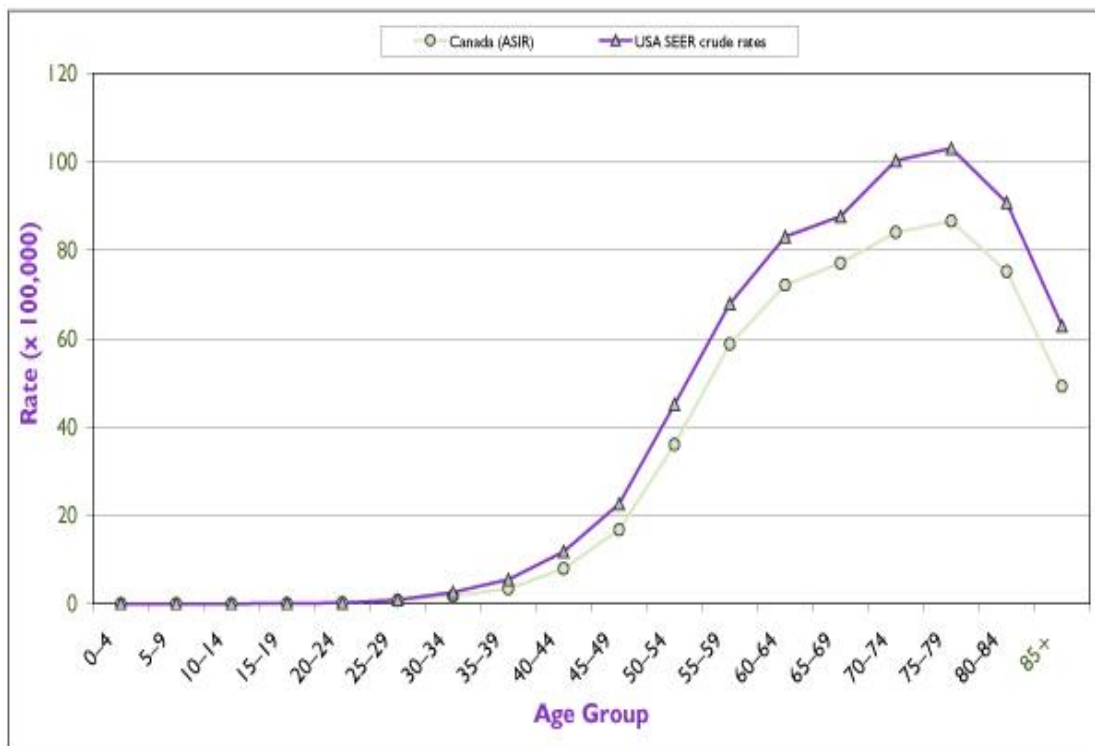
3.2 Επιδημιολογία του καρκίνου του ενδομητρίου

Ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι ο συχνότερος γυναικολογικός καρκίνος στον αναπτυγμένο κόσμο. Συγκεκριμένα, το 2007 στις ΗΠΑ αναφέρθηκαν 40.100 νέες περιπτώσεις και 7.470 θάνατοι. Υπολογίζεται ότι το 2.6% των γυναικών στις ΗΠΑ θα αναπτύξουν καρκίνο ενδομητρίου στη ζωή τους. Η μέση ηλικία εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου είναι μεταξύ 50-60 ετών, ενώ υπολογίζεται ότι το 20-25% των περιπτώσεων αναφέρεται σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι η ηλικία δεν είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγων επιβίωσης, αλλά νέες γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν καρκίνο του ενδομητρίου καλής διαφοροποίησης (grade 1) (Πανοσκάλτσης 2011).

Numbers of new cases and age-specific incidence rates, uterus cancer, UK 2004



Εικόνα 7. Αριθμός νέων περιπτώσεων και η αναλογία /100.000 πληθυσμού στη Μεγ. Βρετάνια το 2004



Εικόνα 8. Η ηλικιακή εμφάνιση του καρκίνου του ενδομητρίου

Πρέπει να σημειώσουμε ότι ο καρκίνος του ενδομητρίου διαφέρει και σε άλλα χαρακτηριστικά από τον καρκίνο του τραχήλου. Έτσι το πρώτο απαντάται συχνότερα σε ανώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, ενώ το δεύτερο σε χαμηλότερα. Επίσης η συχνότητα ανάπτυξης του πρώτου είναι διπλάσια στη λευκή φυλή σε σχέση με τη μαύρη, ενώ η ανάπτυξη του δεύτερου είναι υπερδιπλάσια στη μαύρη φυλή σε σχέση με τη λευκή. Τέλος ενώ δεν έχει παρατηρηθεί καμμία συσχέτιση του καρκίνου του ενδομητρίου με τη σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας, η σχέση της με την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου είναι σαφέστατη και γενικά αποδεκτή . Στο πλαίσιο αυτό πρέπει να αναφερθεί η έλλειψη συνάρτησης μεταξύ εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου με τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV), ο οποίος θεωρείται σαν ο πιο σημαντικός παράγοντας ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου (Λώλης 2004).

4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του γυναικολογικού καρκίνου δεν σχετίζονται τόσο περιβαλλοντικές ή διατροφικές παραμέτρους, αλλά περισσότερο με ορμονικές ή μικροβιακές παραμέτρους. Έτσι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας σχετίζεται με τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων, γνωστός σαν Human Papilloma Virus ή HPV, με συνήθειες της σεξουαλικής δραστηριότητας και με την ηλικία. Από την άλλη ζς κύριος παράγοντας κινδύνου στην ανάπτυξη καρκίνου του ενδομητρίου θεωρείται η επίδραση των οιστρογόνων στο ενδομήτριο.

4.1. Παράγοντες ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

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

- Μόλυνση από ιούς: Ο ιός των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων, γνωστός σαν Human Papilloma Virus ή HPV, θεωρείται σαν μια πιθανή αιτία του καρκίνου του τραχήλου. Συχνά είναι ανιχνεύσιμος στον τράχηλο γυναικών που πάσχουν από τον καρκίνο αυτό. Υπάρχουν 80 τύποι του ιού HPV.
- Σεξουαλική δραστηριότητα: Οι γυναίκες που ήσαν σεξουαλικά δραστήριες σε μια νεαρή ηλικία και που είχαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους έχουν περισσότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν τον καρκίνο αυτό. Όσο νωρίτερα στην ηλικία αρχίσει την σεξουαλική δραστηριότητα μια γυναίκα τόσο περισσότερο είναι αυξημένος ο κίνδυνος της για την ασθένεια. Το ίδιο επίσης ισχύει με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων με αποτέλεσμα, αυτές με πολλούς να έχουν περισσότερο κίνδυνο. Να σημειωθεί ότι ο καρκίνος αυτός είναι σπάνιος στις παρθένες. Πιστεύεται ότι ο αυξημένος κίνδυνος στις γυναίκες με πολλούς ερωτικούς συντρόφους και σε αυτές που αρχίζουν σε μικρή ηλικία το σεξ, έχει σχέση με την μόλυνση με τον ιό HPV.
- Ηλικία: Οι καρκίνοι που ανιχνεύονται επί του τραχήλου, οι οποίοι δεν έχουν ξαπλωθεί στα υπόλοιπα μέρη του σώματος είναι αυξημένοι στις ηλικίες από 20

έως 30 ετών. Μετά από τα 25, αυξάνονται ανάλογα με την ηλικία τα περιστατικά διεισδυτικού καρκίνου. Στις γυναίκες μαύρου χρώματος αυξάνονται περισσότερο.

- **Κάπνισμα:** Το κάπνισμα έχει την δυνατότητα να δημιουργεί χημικές ενώσεις οι οποίες προκαλούν βλάβες στα κύτταρα του τραχήλου με αποτέλεσμα να δημιουργούν ένα υπόστρωμα στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί ο καρκίνος του τραχήλου.
- **Τεστ Παπανικολάου:** Οι γυναίκες που δεν έκαναν ποτέ τεστ Παπανικολάου ή δεν το κάνουν όσο θα έπρεπε, έχουν ψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου. Σε πολλές περιπτώσεις το τεστ μπορεί να ανιχνεύσει προκαρκινικές αλλοιώσεις. Υπάρχουν 3 ειδών αυξανόμενης σοβαρότητας αλλοιώσεις, CIN I, CIN II και CIN III .
- **AIDS:** Οι γυναίκες που πάσχουν από AIDS έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
- Λοίμωξη από χλαμύδια.
- Κακή διατροφή.
- Ανοσοκαταστολή μετά από μεταμόσχευση οργάνου.
- Λήψη του φαρμάκου διαιθυλοστυλβεστρούλη από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Αντσακλής 2008).

4.2. Ο ιός HPV

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων είναι το πιο κοινό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα στον κόσμο. Εκτιμάται ότι τουλάχιστον 50% των σεξουαλικά ενεργών ατόμων θα μολυνθεί κάποια στιγμή από τουλάχιστον έναν τύπο του ιού. Επιπλέον πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει μια 6πλάσια έως 8πλάσια διαφορά στη συχνότητα του HPV στις νεότερες γυναίκες σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες. Τα ποσοστά εκτιμούνται ανάμεσα σε 12% με 56% για τις γυναίκες κάτω των 21 ετών ενώ η συχνότητα είναι μόλις πολύ μικρότερη για τις γυναίκες άνω των 35 ετών. Συγκεκριμένα για τις έφηβες ο κίνδυνος λοίμωξης από HPV αγγίζει το 50%-80% για τα πρώτα 3 χρόνια από την αρχή των σεξουαλικών επαφών. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι το 77% των εφήβων με ASCUS θα βρεθούν θετικές για υψηλού κινδύνου τύπους HPV. Ο HPV ανιχνεύεται στο 99.7% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Παγκοσμίως περίπου 510.000 νέα περιστατικά και 288.000

θάνατοι οφείλονται στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κάθε χρόνο (Χριστοδούλου 2009).

Υπάρχουν περίπου 100 τύποι του ιού αυτού. Οι περισσότεροι είναι τύποι χαμηλού κινδύνου που δεν προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ωστόσο, υπάρχουν και τύποι υψηλού κινδύνου που μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση παθολογικών κυττάρων στον τράχηλο της γυναίκας και τελικά, αν δεν θεραπευτούν, μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Είναι όμως σημαντικό να θυμάστε ότι ο ιός αυτός είναι πολύ διαδεδομένος και μπορεί πολύ εύκολα να μεταδοθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ουσιαστικά, έως και το 80% των γυναικών που υπήρξαν σεξουαλικά ενεργές είναι πιθανό να έχουν μολυνθεί από τον ιό σε κάποια στιγμή της ζωής τους (Φωτίου 2009).

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), είναι ένας σεξουαλικά μεταδιδόμενος ιός, που βρίσκεται σε άνδρες και γυναίκες και προκαλεί κάποιες φορές αλλοιώσεις στο γεννητικό τους σύστημα. Έχουν ανιχνευθεί και τυποποιηθεί πάνω από 200 ορότυποι του ιού HPV. Θεωρείται πλέον αιτιολογικός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αν και όλες οι γυναίκες με HPV λοίμωξη δεν θα αναπτύξουν καρκίνο. Προσβάλλει συνήθως άτομα νεαρής ηλικίας, ενώ η διάδοση του ιού είναι τόσο ραγδαία ώστε η πιθανότητα μια σεξουαλικά ενεργής γυναίκα μέχρι 30 ετών, να προσβληθεί από τη λοίμωξη, είναι έως και 70%. Είναι ίσως το πιο κοινό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα στην Αμερική, με 5,5 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ανά έτος. Οι περισσότεροι σεξουαλικά ενεργείς ενήλικοι θα μολυνθούν από τον ιό κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ο HPV έχει θεωρηθεί ως ο πρώτος πιστοποιημένος ιός που ευθύνεται για την ανάπτυξη καρκίνου στον άνθρωπο. Σε πρακτικό επίπεδο αυτό σημαίνει ότι για να αναπτυχθεί καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, προηγείται λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Ο ιός ανιχνεύεται σε πάνω από 99% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Φωτίου 2009).

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

καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εκτός από την λοίμωξη από υψηλού κινδύνου HPV στελέχη, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και άλλοι παράγοντες όπως η σεξουαλική συμπεριφορά, η μη χρήση προφυλακτικού, το κάπνισμα, και η παρουσία και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επιπλέον επιβαρυντικοί παράγοντες, οι οποίοι όμως δεν επιδέχονται ιδιαίτερας ιατρικής παρέμβασης, είναι η συνύπαρξη πολλαπλών διαφορετικών οροτύπων του ιού και το ιικό φορτίο (Φωτίου 2009).

Μελέτες φυσικής ιστορίας σε έφηβες με αρνητική για τον HPV εξέταση και φυσιολογικό τεστ Παπανικολάου (Pap test) οι οποίες άρχισαν να έχουν σεξουαλικές επαφές, αποδεικνύουν την σεξουαλική μετάδοση του ιού. Ο HPV ανιχνεύεται στο 2% των μη ενεργών σεξουαλικά γυναικών εν αντιθέσει με τις ενεργές στις οποίες η συχνότητα φτάνει το 45%. Η σχέση μεταξύ σεξουαλικής δραστηριότητας και μόλυνσης με τον HPV επιβεβαιώνεται και από την ανίχνευση παρόμοιων τύπων ανάμεσα σε σεξουαλικούς συντρόφους. Ωστόσο υπάρχουν στοιχεία ότι υπάρχουν κι άλλοι τρόποι μετάδοσης, όπως (αν και αναφέρεται σπάνια) η ενδομήτρια μετάδοση, η προγεννητική μετάδοση, ο αυτενοφθαλμισμός, ο ενοφθαλμισμός από στενή- μη σεξουαλική επαφή και πιθανώς έμμεσα από μολυσμένα αντικείμενα (Χριστοδούλου 2009).

Η πλειοψηφία των γυναικών που έχουν μολυνθεί θα παραμείνουν ασυμπτωματικές. Εκείνες που θα ανιχνευθούν από το παθολογικό Pap test, από εξέταση για HPV ή από κλινικώς ορατά οξυτενή κονδυλώματα πιθανότατα θα έχουν επούλωση της βλάβης χωρίς θεραπεία. (Χριστοδούλου 2009).

Τα τελευταία 15 χρόνια, μετά την συσχέτιση μεταξύ του HPV και του τραχηλικού καρκίνου, άρχισαν να γίνονται ευρείες μελέτες για την ανεύρεση εμβολίου ενάντια στον ιό. Ο στόχος του εμβολίου είναι τόσο η προφύλαξη, όσο και η θεραπεία. Βέβαια, παρουσιάζονται αρκετά προβλήματα, όπως το γεγονός ότι υπάρχουν πολυάριθμοι ορότυποι του ιού που πρέπει να συμπεριληφθούν, γεγονός που αυξάνει κατά πολύ το κόστος παρασκευής του εμβολίου. Δεν υπάρχει ιδιαίτερα μεγάλη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού ως προς τον ιό και αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι άνδρες σπάνια αναπτύσσουν ορισμένες ασθένειες που σχετίζονται με τον HPV (π.χ καρκίνο του πέους και του πρωκτού). Από το 2002 έχει ξεκινήσει η εφαρμογή εμβολίων για την πρόληψη της λοίμωξης από τον HPV. Τα εμβόλια αυτά περιέχουν πρωτεΐνες του ιού που προκαλούν τη δημιουργία ειδικών αντισωμάτων.

Διατίθενται ήδη δύο εμβόλια από τα οποία επέρχεται ανοσοποίηση σε 2 (16, 18) ή 4 τύπους του HPV (6, 11, 16 και 18), οι οποίοι ευθύνονται για το 70 % περίπου των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα εμβόλια χορηγούνται σε 3 δόσεις εντός 6 μηνών, στις ηλικίες από 12 έως 26 ετών (Φωτίου 2009).

Στις 23 Ιανουαρίου 2008 η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών ενέταξε τα 2 εμβόλια στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών: υποχρεωτικός εμβολιασμός στα κορίτσια ηλικιών 12-15 ετών και εμβολιασμός για τις ηλικίες 16-26 για όποιες δεν εμβολιάστηκαν στη συνιστώμενη ηλικία . Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής είτε μέσω διείσδυσης είτε ακόμη κάποιες φορές και χωρίς ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή. Λόγω της ευκολίας της μετάδοσής του, κάθε σεξουαλικά ενεργή γυναίκα κινδυνεύει να προσβληθεί από τον ιό. Γεγονός είναι ότι έως και 80% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών θα προσβληθεί από λοίμωξη με κάποιο τύπο του ιού HPV κάποια στιγμή στη ζωή της. Και ενώ τα προφυλακτικά μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο λοίμωξης από τον ιό δεν σας προστατεύουν πλήρως. Αυτό συμβαίνει γιατί η ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή δεν είναι απαραίτητη για τη μετάδοση του ιού. Αν πάθετε λοίμωξη με κάποιον ογκογόνο-τύπο του ιού HPV συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα στα πρώιμα στάδια. Ωστόσο, ένα Τεστ Παπανικολάου μπορεί να προσφέρει έγκαιρο εντοπισμό των κυτταρικών αλλοιώσεων, αναδεικνύοντας έτσι γιατί είναι τόσο σημαντικός ο τακτικός έλεγχος με τεστ Παπανικολάου (Φωτίου 2009).

4.3. Παράγοντες ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου

Ως κύριος παράγοντας κινδύνου στην ανάπτυξη καρκίνου του ενδομητρίου θεωρείται η επίδραση των οιστρογόνων στο ενδομήτριο, είτε αυτό οφείλεται σε εξωγενή χορήγηση τους, είτε σε ενδογενή παραγωγή τους, οπότε πρέπει να ερευνηθεί η πιθανή προέλευση τους π.χ. ορμονοεκκριτικός όγκος των ωοθηκών ή διαταραχή του μεταβολισμού των οιστρογόνων (Αντσακλής 2008).

Γενικά η μακροχρόνια επίδραση στο ενδομήτριο οιστρογόνων μπορεί σε μερικές γυναίκες να έχει σαν αποτέλεσμα την υπερπλασία και την ανάπτυξη καρκίνου του ενδομητρίου. Σε γυναίκες που κάνουν μακροχρόνια λήψη οιστρογόνων, ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκινώματος αυξάνεται ως και 10 φορές. Όσο μεγαλύτερες είναι οι δόσεις των οιστρογόνων και όσο μεγαλύτερο το χρονικό διάστημα λήψης, τόσο αυξάνει και ο σχετικός κίνδυνος . Η διακοπή της

λήψης οιστρογόνων ελαττώνει τον κίνδυνο, αλλά αυτός παραμένει για τα επόμενα 4 χρόνια μετά τη διακοπή. Ο τύπος των χορηγούμενων οιστρογόνων και η μέθοδος χορήγησης δεν φαίνεται να διαφοροποιούν τα ποσοστά κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου της ενδομητρίου (Λώλης 2004).

Γενικά σήμερα σε περίπτωση χορήγησης οιστρογονικής θεραπείας υποκατάστασης, θεωρείται επιβεβλημένη η συμπληρωματική περιοδική παράλληλη χορήγηση προγεσταγόνων, για την παρεμπόδιση ανάπτυξης του καρκίνου του ενδομητρίου (Λώλης 2004).

Άλλοι παράγοντες ανάπτυξης του καρκίνου του ενδομητρίου σχετίζονται με τη μη αντιρροπούμενη υπεροιστρογοναιμία (πρόωρη εμμηναρχή, καθυστερημένη εμμηνόπαυση, ατοκία, ανωοθυλακιορρηξία, παχυσαρκία και υπερβολική κατανάλωση λιπαρών τροφών), αν και μόνο το 50% των ασθενών εμφανίζει τους ανωτέρω παράγοντες κινδύνου. Αντίθετα, επιδημιολογικές έρευνες καταδεικνύουν την προστατευτική δράση του αντισυλληπτικού χαπιού και της χρήσης προγεσταγόνων. Επίσης έχουν παρατηρηθεί συνδιασμοί των παραπάνω, όπως γυναίκα άτοκος, παχύσαρκη, με καθυστερημένη εμμηνόπαυση, έχει πενταπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο του ενδομητρίου, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Πανοσκάλτσης 2011).

Τελευταία έχει ενοχοποιηθεί η ταμοξιφαίνη, φάρμακο που λαμβάνεται σαν ορμονική θεραπεία στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Περίπου 30% των γυναικών σε θεραπεία με ταμοξιφαίνη έχουν γυναικολογικά συμπτώματα και μεταβολές του ενδομητρίου, του ενδοτραχήλου αλλά και του κολπικού βλεννογόνου. Οι μεταβολές του γεννητικού συστήματος που εμφανίζονται συνήθως είναι εκτεταμένη γεροντική ατροφία του επιθηλίου του κόλπου, εμφάνιση αδενοκυστικών ή και με ινώδη στοιχεία ενδομητρικών πολυπόδων και τέλος έχει αναφερθεί και εμφάνιση καρκινώματος του ενδομητρίου. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι η ξηρότητα του κόλπου, δυσπαρέυνια και η άτυπη ενδομήτρια αιμορραγία. Οι μακροχρόνιες θεραπείες με ταμοξιφαίνη πάντως επιφέρουν αλλαγές στο ενδομήτριο κυρίως ασυμπτωματικές και οι ασθενείς που λαμβάνουν αυτή τη θεραπεία έχουν αυξημένο κίνδυνο δημιουργίας ενδομητρικών πολυπόδων καθώς και υπερπλασίας του ενδομητρίου. Στις περιπτώσεις αδενοκαρκινώματος κυριαρχεί η εντύπωση ότι παρουσιάσθηκαν σε ασθενείς πριν τη λήψη της θεραπείας ή σχετίζονται με άλλους παράγοντες κινδύνου όπως η παχυσαρκία ή η λήψη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης. Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο σχετικός κίνδυνος αδενοκαρκινώματος

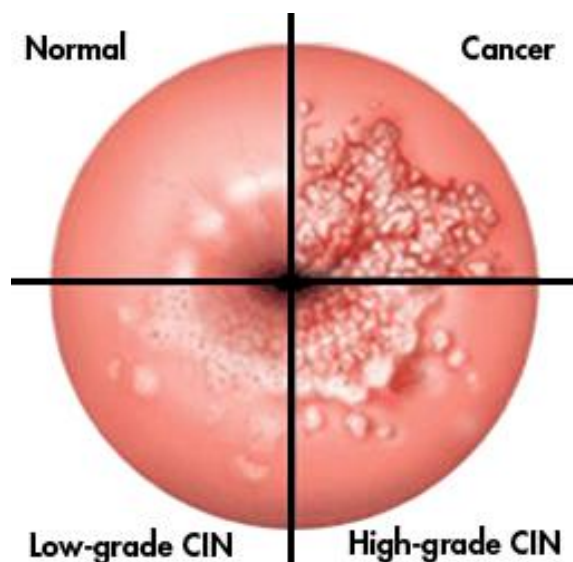
του ενδομητρίου σε λήψη ταμοξιφαίνης είναι 2-3/1000 γυναίκες. Αυτό οδήγησε στον προβληματισμό σχετικά με την ασφάλεια λήψης ταμοξιφαίνης για μακρύ χρονικό διάστημα. Ιδιαίτερα δε πρέπει να προβληματισθούμε για τους μεγάλους αριθμούς υγιών γυναικών που λαμβάνουν αντι-οιστρογόνα για πρόληψη καρκίνου του μαστού (Αντσακλής 2008).

5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Συμπτώματα στο αρχικό στάδιο του γυναικολογικού καρκίνου είναι σπάνιο να παρατηρηθούν. Ωστόσο οποιαδήποτε αιμορραγία εμφανίζεται εκτός περιόδου, η κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης μπορεί να μας δημιουργήσει την υποψία ότι κάτι συμβαίνει στον τραχήλο της μήτρας. Τόσο ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, όσο και ο καρκίνος του ενδομητρίου, στα αρχικά στάδια δεν έχουν έντονη συμπτωματολογία, γεγονός που ξεγελά και σε αρκετές περιπτώσεις ο καρκίνος γίνεται αντιληπτός σε προχωρημένα στάδια. Το σημείο κλειδί για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σαφώς θεωρείται το test Παπανικολάου, που θα δώσει εικόνα για προκαρκινικές ακόμα αλλοιώσεις, ενώ αντίθετα στον καρκίνο του ενδομητρίου τα δεδομένα δεν είναι διακριτά, καθώς η παρουσία αίματος εκτός κύκλου, που μπορεί να έχει σχέση με τον καρκίνο, μπορεί να αφορά προχωρημένα στάδια της νόσου.

5.1. Κλινική εικόνα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Η διάγνωση της νόσου σε ασθενείς με προκαρκινικές αλλοιώσεις παρουσιάζει διαγνωστικές δυσκολίες. Οι γυναίκες με αρχόμενη στρωματική διήθηση ή μικροδιηθητικό καρκίνο σπανίως παρουσιάζουν συμπτώματα. Η πλειονότητα προσέρχεται λόγω ανώμαλου τραχηλικού επιχρίσματος. Αντίθετα, η πλειονότητα των γυναικών με περισσότερο προχωρημένο καρκίνο συνήθως παρουσιάζει κάποια μορφή κολπικής αιμόρροιας ή έκκρισης. Το νεοπλασματικό επιθήλιο είναι συνήθως εύθρυπτο ή και ελκωτικό, προκαλώντας συχνά αιμόρροια ανάμεσα στις περιόδους ή και μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία εφόσον η γυναίκα έχει εισέλθει στην εμμηνόπαυση. Περιστασιακά, η ανώμαλη κολπική αιμόρροια μπορεί να θεωρηθεί από την ασθενή ως έμμηνος ρύση και μπορεί να προσέλθει λόγω ανωμαλιών περιόδου. Το εύθρυπτο νεοπλασματικό επιθήλιο τραυματίζεται εύκολα, ειδικά κατά τη σεξουαλική επαφή, προκαλώντας έτσι διάφορης ποσότητας αιμόρροια. Αυτό είναι από τα συχνότερα συμπτώματα του τραχηλικού καρκίνου και συνεπώς σε κάθε γυναίκα με αιμόρροια, μετά από σεξουαλική επαφή, πρέπει να λαμβάνεται τραχηλικό επίχρισμα και να γίνεται κλινική και κολποσκοπική εξέταση (Μιχαλάς 2000).



Εικόνα 9. Καρκίνος τραχήλου μήτρας

Πέραν της κολπικής αιμόρροιας, ασθενείς ιδίως με προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου, συχνά παρουσιάζουν ορώδη, δύσοσμη συνήθως κολπική υπερέκκριση. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στην παρουσία αλλοιωμένου αίματος είτε στην επιμόλυνση νεκρωτικών περιοχών του όγκου. Ο πόνος, ενώ στα αρχικά στάδια είναι ασυνήθιστος, σχεδόν πάντα συνυπάρχει σε προχωρημένα στάδια και συνήθως οφείλεται σε πίεση περιφερικών νεύρων, κυρίως δε του θυρεοειδούς (Αντσακλής 2008).

Κατά την κλινική εξέταση η επισκόπηση του τραχήλου μπορεί να αποκαλύψει μια εξωφυτική μάζα ή μια ελκωτική περιοχή του τραχήλου. Κατά την ψηλάφηση ο τράχηλος είναι συνήθως σκληρός. Εάν ο καρκίνος εξορμάται από τον ενδοτράχηλο, ενδέχεται να μην είναι εμφανής επισκοπικά, αλλά κατά την ψηλάφηση συνήθως σχηματίζεται η εντύπωση «βαρελοειδούς» τραχήλου. Εάν υπάρχει επέκταση στον κόλπο, συνήθως είναι ορατή κατά την επισκόπηση. Σε γυναίκες με λεπτά κοιλιακά τοιχώματα είναι δυνατόν να ψηλαφηθεί επέκταση του καρκίνου στο παραμήτριο, ιδίως, όταν αυτή έχει επεκταθεί μέχρι το πλάγιο πυελικό τοίχωμα (Αντσακλής 2008).

Στην περίπτωση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, διάγνωση της νόσου είναι εύκολη, με κύριο σύμπτωμα την κολπική αιμόρροια μετά σεξουαλική επαφή. Αιμόρροια όμως μπορεί να εκδηλωθεί σε ακαθόριστα

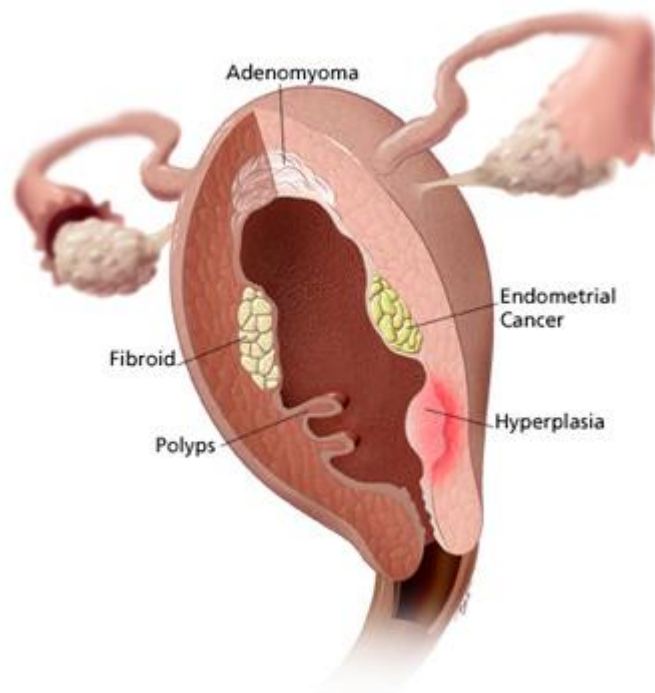
μεσοδιαστήματα, όπως επίσης και ως κύριο σύμπτωμα μετά την εμμηνόπαυση (Λώλης 2004).

Ασθενείς με προχωρημένη νόσο μπορεί να παρουσιάζουν δύσσομη κολπική υπερέκκριση, απώλεια βάρους και απόφραξη των ουροφόρων οδών. Η κλινική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει την ψηλάφηση των υπερκλειδίων και βουβονικών λεμφαδένων, για τον αποκλεισμό μεταστατικής νόσου. Η κολπική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει προσεκτική και λεπτομερή επισκόπηση του τραχήλου και ολόκληρου του κόλπου, για να καθοριστεί με ακρίβεια η έκταση της νόσου. Η δακτυλική επισκόπηση συνήθως δίδει την αίσθηση "σκληρίας" και διόγκωσης του τραχήλου, ενώ η εξέταση από το ορθό θεωρείται σπουδαία στον καθορισμό του μεγέθους του τραχήλου και της επέκτασης της νόσου στα παραμήτρια. Όταν η διόγκωση στην κλινική εξέταση είναι εμφανής, τότε η λήψη βιοψίας στα εξωτερικά ιατρεία μπορεί να επιβεβαιώσει την κλινική διάγνωση (Λώλης 2004).

Στις περιπτώσεις που υπάρχουν ενδείξεις διηθητικού καρκίνου στο test Παπανικολάου και ο τράχηλος εμφανίζεται φυσιολογικός στη γυναικολογική εξέταση, τότε η κολποσκόπηση και οι κολποσκοπικά κατευθυνόμενες βιοψίες βοηθούν στη διάγνωση και εξαλείφουν την ανάγκη εκτέλεσης κωνοειδούς εκτομής (Αντσακλής 2008).

5.2. Κλινική εικόνα του καρκίνου του μυομητρίου

Το μοναδικό και πρώιμο σύμπτωμα στον καρκίνο του ενδομητρίου είναι η ανώμαλη αιμορραγία. Δεδομένου ότι η νόσος εμφανίζεται σε ηλικία μετά την εμμηνόπαυση, κάθε σταγονοειδής αιμόρροια σε γυναίκες αυτής της ηλικίας, θα πρέπει να κατευθύνει αμέσως την υποψία για καρκίνο του ενδομητρίου. Στις νεότερες ηλικίες το σύμπτωμα μπορεί να είναι η μηνορραγία, παράταση των ημερών της εμμήνου ρύσεως ή ακόμα και μεσοκυκλική αιμορραγία. Σε πιο προχωρημένη ηλικία, επειδή το τραχηλικό στόμιο είναι κλειστό, είναι δυνατό να μην παρατηρηθεί διαφυγή αίματος προς τον κόλπο, οπότε μπορεί να δημιουργηθεί αιμόμητρα ή πυόμητρα (Μιχαλάς 2000).



Εικόνα 10. Καρκίνος μήτρας

Σε άλλες περιπτώσεις εμφανίζεται αρχικά υδαρής υπερέκκριση, η οποία προοδευτικά μπορεί να γίνεται αιματηρή και δύσοσμη. Πόνος σπάνια συνυπάρχει, εκτός σε προχωρημένα στάδια, όπως επίσης και καταβολή και απώλεια βάρους. Αναιμία μπορεί να εμφανισθεί σπάνια μόνο σε παραμελημένες, περιπτώσεις με παρατεταμένη αιμορραγία. Γενικώς μια αιμορραγία που εμφανίζεται 2-3 χρόνια πριν ή μετά την εμμηνόπαυση έχει πιθανότητα να οφείλεται σε καρκίνο του ενδομητρίου 3-5%, ενώ μια αιμορραγία 10-12 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση έχει πιθανότητες 65% να οφείλεται σε κακοήθεια (Αντσακλής 2008).

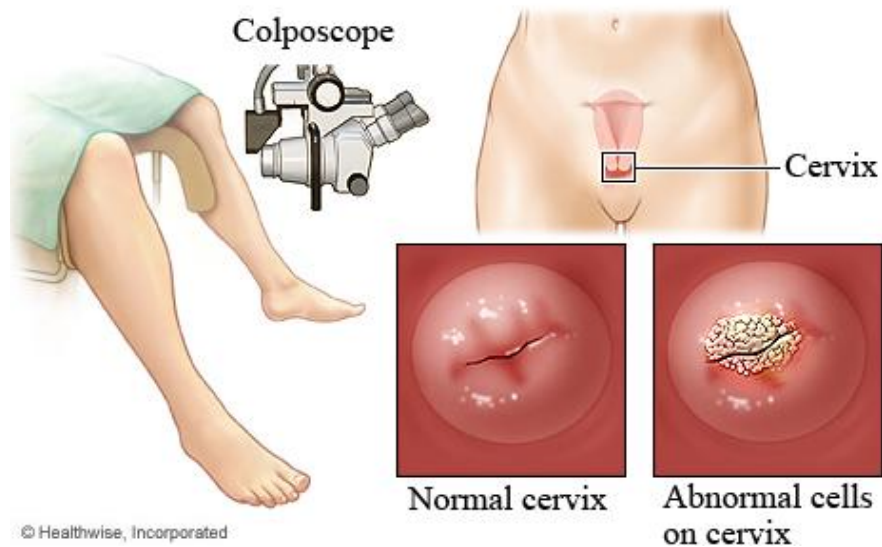
6.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Όλοι αυτοί οι γυναικολογικοί καρκίνοι μπορούν με τη σωστή και ολοκληρωμένη κλινική εξέταση από τον ειδικό ιατρό να αντιμετωπισθούν. Η εξέταση αποτελεί το πιο σημαντικό μέρος της αντιμετώπισης της ασθενούς, είναι απολύτως απαραίτητη για τη διάγνωση και βοηθάει το γιατρό να εκτιμήσει τις δυνατότητες που έχει η ασθενής για θεραπεία, διότι βοηθάει στο να γίνει ανίχνευση του καρκίνου σε αρχικό στάδιο, έτσι ώστε η θεραπεία να είναι πολύ πιο εύκολη και με πολύ καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά την αντιμετώπιση του καρκίνου. Η βάση για την προσέγγιση κάθε ασθενούς είναι η λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού, το οποίο θα δώσει σημαντικές λεπτομέρειες. Ειδικά για τη γυναίκα θεμελιώδης θεωρείται η κλινική γυναικολογική εξέταση, κατά την οποία ο ειδικός θα κατανοήσει σημαντικές πληροφορίες για το γυναικείο σώμα. Στο διαγνωστικό έλεγχο περιλαμβάνονται παλιές και νέες μέθοδοι, οι οποίες χρησιμοποιούν την τεχνολογία, με σκοπό να είναι πιο ακριβείς. Τέτοιες είναι η κολποσκόπηση και η τραχηλογραφία, που θεωρούνται μη επεμβατικές, αλλά και οι επεμβατικές μέθοδοι, όπως η υστεροσκόπηση και η λαπαροσκόπηση.

6.1.Κολποσκόπηση

Μολονότι η κολποσκόπηση ετυμολογικά σημαίνει την επισκόπηση του κόλπου, (κόλπος + σκοπείν) ουσιαστικά αφορά την επισκόπηση του τραχήλου, των πλάγιων κολπικών θόλων και ολόκληρου του κολπικού σωλήνα, του αιδοίου καθώς και του περινέου (Λώλης 2004).

Πατέρας της μεθόδου στον 20ο αιώνα είναι ο Hinselman, που πρώτος υιοθέτησε την έννοια και τις αρχές της κολποσκόπησης. Όμως, και κυρίως λόγω της δυσκολίας της γερμανικής ορολογίας, η μέθοδος δεν έτυχε μαζικής αποδοχής στον υπόλοιπο δυτικό κόσμο, μέχρι τη δεκαετία του 1960-70, οπότε και επανακαλύφθηκε από την αγγλοσαξωνική σχολή και σήμερα έχει παγκόσμια αποδοχή και εφαρμογή (Λώλης 2004).



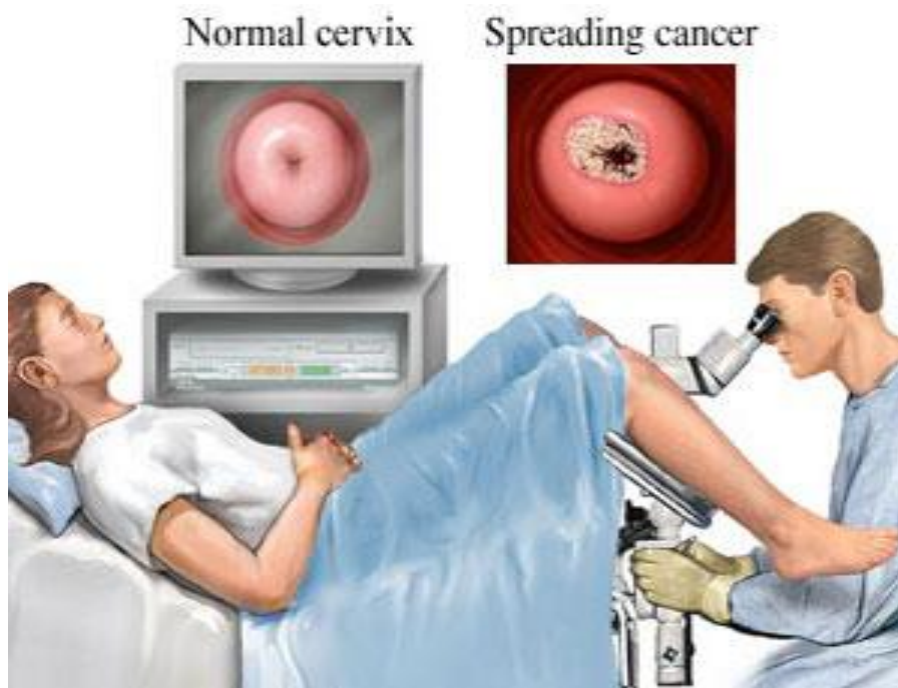
Εικόνα 11. Κολποσκόπηση

Οι λόγοι της «ανακάλυψης» αυτής ήταν κυρίως η μαζική εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου του γυναικείου πληθυσμού με pap-test και συνεπώς η έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου. Η ολοένα και μικρότερη μέση ηλικία εμφάνισης των ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών του τραχήλου (Cervical Intraepithelial Neoplasias, CIN) και συνεπώς τόσο η ανάγκη, όσο και η δυνατότητα τοπικών μεθόδων θεραπείας, με την ελάχιστη δυνατή καταστροφή τραχηλικού ιστού, κατέστησαν την κολποσκόπηση απαραίτητη προϋπόθεση όχι μόνο για την ακριβή διάγνωση αλλά και για την αποτελεσματική θεραπεία (Λώλης 2004).

Η διαδικασία συνίσταται στην επισκόπηση, μέσω ειδικού οργάνου, του κολποσκοπίου, του κατώτερου γεννητικού σωλήνα υπό μεγέθυνση 6x έως 40 x. Ειδικά για τον τράχηλο και τον κόλπο, απαιτείται ο συνήθης αυτοσυγκρατούμενος κολποδιαστολέας, έτσι ώστε η φωτεινή δέσμη του κολποσκοπίου να έχει δυνατότητα σάρωσης όλου του υπό στόχευση πεδίου. Απαραίτητη θεωρείται η ύπαρξη πράσινου φίλτρου για την καλύτερη επισκόπηση του αγγειακού δικτύου του εξωτραχήλου. Μετά την απλή επισκόπηση του τραχήλου, διάλυμα οξεικού οξέος 3-5% επιτίεται στον τράχηλο. Η δράση του συνίσταται αφενός, στη ρευστοποίηση και συνεπώς στη δυνατότητα μετακίνησης της τραχηλικής βλέννας και στην αφυδάτωση του επιθηλίου αφετέρου. Έτσι, περιοχές που εμφανίζουν μεγαλύτερη κυτταροβρίθεια ή μεγαλύτερους πυρήνες κυττάρων, μετά την αφυδάτωση γίνονται πυκνότερες, παρεμποδίζοντας τη διέλευση του φωτός, παρέχοντας έτσι την εικόνα των ποικίλων κολποσκοπικών ευρημάτων.

Η κολποσκόπηση ως εξέταση είναι απλή και εφόσον υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις (εξοπλισμός, χώροι, προγραμματισμός γυναικών) είναι δυνατόν να ελέγχεται κάθε γυναίκα των εξωτερικών ιατρείων. Η άποψη αυτή της κολποσκόπησης ως εξέταση ρουτίνας κυριαρχεί κυρίως στην κεντροευρωπαϊκή ιατρική σχολή. Αντίθετα, η αγγλοσαξωνική σχολή πιστεύει ότι ο κολποσκοπικός έλεγχος πρέπει να γίνεται στα πλαίσια ορθολογικού σχεδιασμού μέσων και δυνατοτήτων (Λώλης 2004).

Η μεγάλη αύξηση του αριθμού των γυναικών, που χρειάζονται έλεγχο, αλλά συγχρόνως και η σαφώς μεγαλύτερη αξιοπιστία της κυτταρολογίας, απαιτεί να εφαρμόζεται ο κολποσκοπικός έλεγχος σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Γυναίκες στις οποίες κλινικά τίθεται αμφιβολία για την εμφάνιση του τραχήλου, καθώς και εκείνες με προβληματικό αποτέλεσμα στο pap-test, πρέπει οπωσδήποτε να ελέγχονται κολποσκοπικά. Σκοπός της ορθολογικής αυτής πρακτικής είναι η αποφυγή δημιουργίας μεγάλου χρόνου αναμονής αλλά κυρίως η εφαρμογή του ελέγχου στις γυναίκες που πραγματικά τον χρειάζονται, ελαττώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο και τα ποσοστά υπερθεραπείας που θα προέκυπταν, εάν η κολποσκόπηση εφαρμοζόταν μαζικά (Λώλης 2004).



Εικόνα 12. Κολποσκόπηση τραχήλου

Σκοπός της κολποσκόπησης, τηρούμενης της επιλεκτικής εφαρμογής της, είναι η ανακάλυψη της περιοχής του τραχήλου (αλλά και του υπόλοιπου κατώτερου γεννητικού σωλήνα) η οποία αποφολίδωσε στο κυτταρολογικό επίχρισμα τα άτυπα κύτταρα. Επί πλέον «χαρτογραφείται» η άτυπη περιοχή στον τράχηλο, ώστε να επιλεγεί η κατάλληλη θεραπευτική μέθοδος. Η κολποσκόπηση θεωρείται ικανοποιητική, όταν τόσο το άνω όριο της αλλοίωσης, αλλά και της ζώνης μετασχηματισμού είναι ορατά. δηλ. εντοπίζονται στον εξωτράχηλο. Όταν ένα από τα δύο ανωτέρω όρια, επεκτείνεται πέραν της όρασης στον ενδοτράχηλο, η κολποσκόπηση είναι μη ικανοποιητική, διότι δεν μπορεί να παρατηρήσει το ενδοτραχηλικά επεκτεινόμενο τμήμα της αλλοίωσης ή της ζώνης μετασχηματισμού. Τέλος δε, άλλα εξίσου σημαντικά είναι: Η κολποσκόπηση επιτρέπει στην, υπό τη μεγέθυνση και καθοδήγηση της, εφαρμογή των σύγχρονων μεθόδων θεραπείας των προκαρκινικών αλλοιώσεων (laser, κωνοειδής εκτομή, laser εξάχνωση, ηλεκτροδιαθερμική αφαίρεση με συρμάτινο βρόγχο-LLETZ), ώστε η αλλοίωση να αντιμετωπισθεί αφενός μεν ριζικά, αφετέρου δε να προκαλέσει το ελάχιστο δυνατό τραύμα (Λώλης 2004).

Η κολποσκόπηση είναι μια απλή και εύκολη εξέταση, δεν απαιτεί ιδιαίτερα ακριβό εξοπλισμό και προϋποθέτει εξειδίκευση, η οποία από καιρό προσφέρεται στην πλειονότητα των εκπαιδευτικών κλινικών. Η εφαρμογή της δεν κατάφερε να επικρατήσει στο πλαίσιο του μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου των γυναικών κυρίως για οργανωτικούς και οικονομικούς λόγους. Αλλά και ως μέθοδος με εφαρμογή μόνο σε περιπτώσεις με μη φυσιολογική κυτταρολογική εξέταση η κολποσκόπηση αντιμετωπίζεται, ιδιαίτερα στις αγγλόφωνες χώρες, ως μια εξέταση την οποία θα πρέπει, αν είναι δυνατό, να αποφύγουμε, καταφεύγοντας σε άλλες εξεταστικές μεθόδους ή συνδυασμούς (π.χ. επαναλήψεις του τεστ Παπανικολάου, ανίχνευση και τυποποίηση του HPV, κ.ά.). Οι λόγοι γι' αυτή την πρακτική πρέπει να αναζητηθούν στην εσωτερική δομή του συστήματος παροχής ιατρικής φροντίδας στις χώρες αυτές και στην οικονομική διαπλοκή του με το σύστημα ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών. Η βασική και ουσιαστική διαφορά των δύο απόψεων μπορεί να συνοψισθεί στο ότι για τις ευρωπαϊκές και λατινογενείς χώρες η κολποσκόπηση αποτελεί μία εξέταση ενσωματωμένη πλήρως στο πλαίσιο της συνήθους γυναικολογικής εξέτασης –όπως εξάλλου σήμερα και το τεστ Παπανικολάου και το υπερηχογράφημα–, ενώ για τις αγγλόφωνες χώρες η κολποσκόπηση αποτελεί ειδική εξέταση, η οποία δεν είναι ενσωματωμένη στη συνήθη γυναικολογική εξέταση και πρέπει να γίνεται σε

εξειδικευμένα κέντρα και από εξειδικευμένο προσωπικό. Είναι φανερό, ότι στη δεύτερη περίπτωση δημιουργείται μία εξεταστική ομάδα ειδικών, η οποία –με το ανάλογο βέβαια κόστος– θα δέχεται προς εξέταση τα προεπιλεγμένα βάσει μόνο του τεστ Παπανικολάου περιστατικά, και θα δρομολογεί την περαιτέρω διαγνωστική και πιθανόν και θεραπευτική διαδικασία (Αντσακλής 2008).

6.2. Τραχηλογραφία (cervicography)

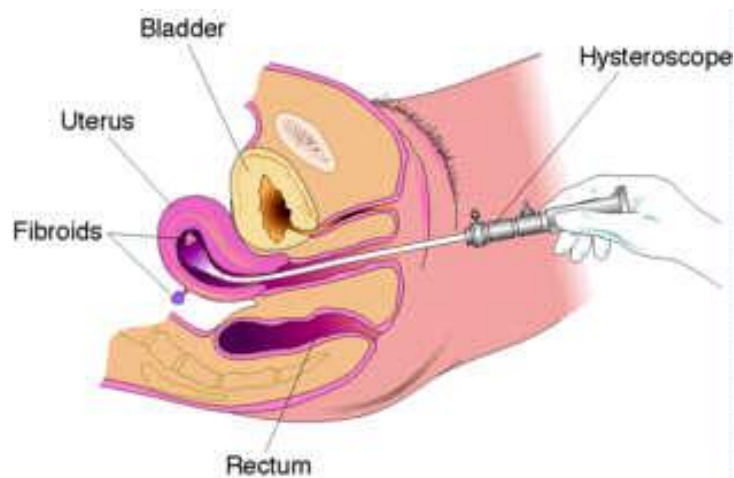
Η τραχηλογραφία εισήχθη από τον StafI το 1981 ως νέα μέθοδος screening για πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου. Ουσιαστικά πρόκειται για φωτογράφιση του τραχήλου, μετά την επίδραση 5% οξείκου οξέος, με ειδική πανοραμική camera, που εστιάζει μία έντονη δέσμη φωτός με πολύ μικρό χρόνο έκθεσης και ελάττωση της σφαιρικής απόκλισης. Η διαδικασία είναι απλή, σύντομη (<2 λεπτά) και μπορεί να διενεργηθεί και από παραϊατρικό προσωπικό. Η (διπλή) φωτογραφία (cervigram) εκτιμάται σε ειδικά κέντρα με εξειδικευμένο προσωπικό, προβαλλόμενη (ως διαφάνεια) σε οθόνη, τα δε αποτελέσματα κατατάσσονται ως αρνητικά, άτυπα, θετικά ή τεχνικά μη αξιολογήσιμα. Επί αρνητικής τραχηλογραφίας η γυναίκα επανέρχεται στην κλασική ετήσια ή διετή παρακολούθηση με Pap-test, επί ατύπου ο κυτταρολογικός έλεγχος πρέπει να επαναληφθεί σε 6 μήνες και να συμπληρωθεί εκ νέου με τραχηλογραφία και επί θετικής τραχηλογραφίας πρέπει να ακολουθήσει κολποσκόπηση. Παρ' όλα αυτά άλλες μελέτες άσκησαν κριτική στην εφαρμογή της τραχηλογραφίας, αναφέροντας ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων, καθώς και σχετικά υψηλό κόστος, διότι τελικά μεγάλο ποσοστό από τις εξεταζόμενες με τραχηλογραφία γυναίκες τελικά και πάλι θα παραπεμφθούν για κολποσκόπηση. Παρ' όλη την σχετικά ευρεία εφαρμογή της τραχηλογραφίας στις ΗΠΑ, η μέθοδος δεν βρήκε αντίστοιχη εφαρμογή στην Ευρώπη, κυρίως λόγω του κόστους του εξοπλισμού, της ανάγκης χρήσης της γυναικολογικής εξεταστικής κλίνης και λήψης από τη γυναίκα της θέσης λιθοτομής, καθώς και της έλλειψης ειδικών κέντρων αξιολόγησης των τραχηλοφωτογραφιών (Λώλης 2004).



Εικόνα 13.Τραχηλογραφία

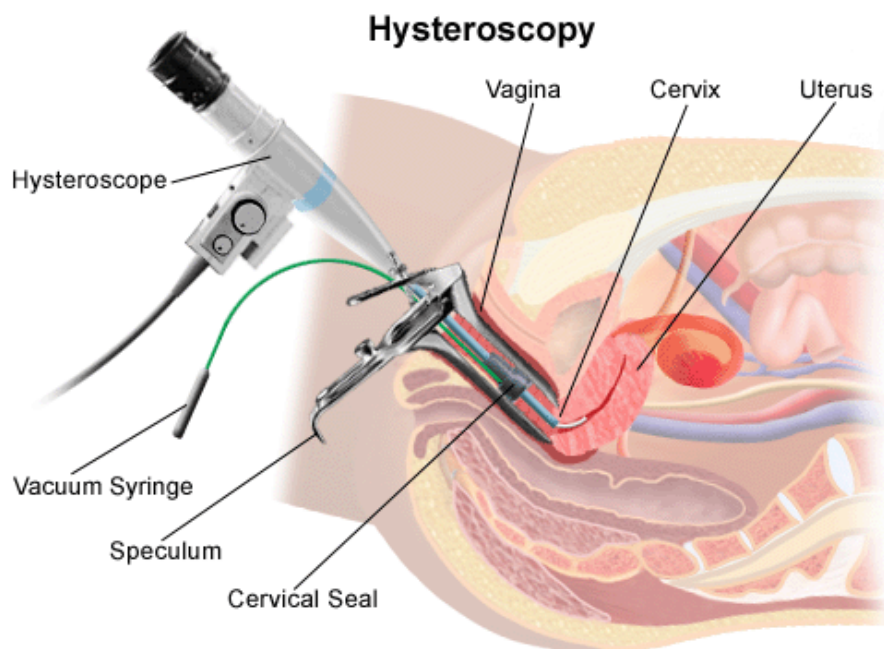
6.3.Διαγνωστική υστεροσκόπηση

Η άμεση επισκόπηση της ενδομητρικής κοιλότητας με ειδικά οπτικά όργανα ξεκίνησε μεν το 1869 από τον Pantaleoni, αλλά μόλις μετά το 1971 (LINDEMANN) αξιοποιήθηκε ως διαγνωστική μέθοδος εκλογής για τις διάφορες παθολογικές καταστάσεις της ενδοτραχηλικής και ενδομητρικής κοιλότητας. Η υστεροσκόπηση, τη δεκαετία του '80, μπορεί να συγκριθεί με τη λαπαροσκόπηση της δεκαετίας του '70. Με την εξέλιξη της τεχνολογίας και την απόκτηση κλινικής πείρας η υστεροσκόπηση καθιερώθηκε ως μια πρακτική μέθοδος με καινούργιες εφαρμογές (Λώλης 2004).



Εικόνα 14. Κλασική υστεροσκόπηση

Η μέθοδος υστεροσκόπησης κατά Siegler περιλαμβάνει τοποθέτηση της γυναίκας στο γυναικολογικό τραπέζι, αφού προηγουμένως έχει ουρήσει, όπου υφίσταται γυναικολογική εξέταση και αντισηπτική προετοιμασία του αιδοίου και του κόλπου χωρίς γενική νάρκωση ή τοπική αναισθησία. Ακολουθεί τοποθέτηση μητροσκοπίου Collin στον κόλπο, έτσι ώστε το πρόσθιο χείλος των σκελών του χωρίς υπεραπαγωγή να εφάπτεται με τους κολπικούς θόλους και ο τράχηλος της μήτρας να βρίσκεται ανάμεσα στο άνοιγμα τους. Στη συνέχεια ετοιμάζεται το υστεροσκόπιο, τοποθετείται μέσα στο μεταλλικό του περίβλημα και συνδέεται με το μηχάνημα που διοχετεύει το CO₂ και με την φωτεινή πηγή. Έπειτα το όργανο διέρχεται το έξω τραχηλικό στόμιο, χωρίς να τοποθετηθεί μέσα σε μεταλλική κάψα και χωρίς διαστολή του τραχηλικού στομίου με κηρία Hegar. Προτιμάται η είσοδος του υστεροσκοπίου στην κοιλότητα να γίνεται κάτω από άμεσο οπτικό έλεγχο (Λώλης 2004).



Εικόνα 15. Κόλπο- Υστεροσκόπηση

Το 1997 παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στην διεθνή βιβλιογραφία μια νέα ατραυματική μέθοδος υστεροσκόπησης που ονομάστηκε κολπο-υστερο-σκόπηση «vaginoscopic approach Hysteroscopy». Η διαφορά της από την μέθοδο Siegler είναι ότι δεν τοποθετείται μητροσκόπιο και δεν συλλαμβάνεται ο εξωτράχηλος της ασθενούς. Η τροποποίηση αυτή κάνει την μέθοδο περισσότερο αποδεκτή από τη ασθενή (Αντσακλής 2008).

Η υστεροσκόπηση είναι σε θέση να διαγνώσει τις περισσότερες παθολογικές καταστάσεις της ενδομητρικής κοιλότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 28.9% έως 98%, σύμφωνα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την επιλογή των ασθενών. Απαραίτητη όμως για την σωστή διάγνωση, είναι η ιστολογική επιβεβαίωση. Εκτός αυτού, με την υστεροσκόπηση μπορούν να διαγνωστούν ανωμαλίες που ξεφεύγουν από τη διαγνωστική απόξεση και τον ακτινολογικό έλεγχο. Η υστεροσκόπηση μπορεί να δώσει ψευδώς θετικά, αλλά είναι σπάνια τα ψευδώς αρνητικά στοιχεία. Σημειώνεται Βέβαια ότι δε μειώνει ούτε αντικαθιστά οποιαδήποτε άλλη μέθοδο και κυρίως την υπερηχογραφία. Στην διαγνωστική πρακτική πρέπει να ακολουθείται η υπερηχογραφία και να συνδυάζεται με την ιστολογία ώστε η διαγνωστική ευκρίνεια να κυμαίνεται από 75-100% (Αντσακλής 2008).

Υστεροσκόπηση μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε φάση του κύκλου. Αποφεύγεται κατά την εμμηνορρυσία, γιατί δυνητικά υπάρχει πιθανότητα να μεταφερθούν τεμάχια ενδομητρίου στην περιτοναϊκή κοιλότητα και να αναπτυχθεί φλεγμονή απ' αυτούς τους νεκρωμένους ιστούς. Η εξέταση όμως, είναι προτιμότερο να γίνεται αμέσως μετά την έμμηνο ρύση, επειδή από τη μια η διαστολή του τραχήλου είναι πιο ευχερής, ενώ από την άλλη, η χαμηλή ανάπτυξη του ενδομητρίου βοηθά στο να αποκαλύπτονται με μεγαλύτερη ευχέρεια τυχόν παθολογικά ευρήματα, εάν πρέπει να διερευνηθεί η επιφάνεια της μητριάας κοιλότητας για ύπαρξη τυχόν ινομυωμάτων, πολυπόδων, συμφύσεων. Αντίθετα η εξέταση πραγματοποιείται κατά την εκκριτική φάση, για να ερευνηθεί η υφή του ενδομητρίου (υπερπλαστικό, ατροφικό, αδενική υπερπλασία κ.λ.π.). Η αιμορραγία δεν αποτελεί αντένδειξη για υστεροσκόπηση, αλλά αντίθετα η εξέταση θα αποβεί χρήσιμη για την ανεύρεση των αιτιών, που την προκάλεσαν. Πρέπει να σημειωθεί ότι σ' αυτή την περίπτωση η υστεροσκόπηση θα είναι δυσκολότερη εξαιτίας της αιμορραγίας, που παρεμποδίζει την ορατότητα.

Ως αντενδείξεις για υστεροσκόπηση αναφέρονται:

- Πρόσφατη διάτρηση μήτρας. Στην περίπτωση αυτή υστεροσκόπηση μπορεί να γίνει τουλάχιστον 3 μήνες μετά τη διάτρηση.
- Πρόσφατη ή ενεργός ενδομήτρια ή πυελική φλεγμονή, λόγω του κινδύνου εξάπλωσης της φλεγμονής είτε στην περιτοναϊκή κοιλότητα, (περιτονίτιδα), είτε στη συστηματική κυκλοφορία (σηψαιμία).
- Καρκίνος του τραχήλου, λόγω του κινδύνου διασποράς της νόσου με τους χειρισμούς του τραχήλου κατά την υστεροσκόπηση, ενώ αντίθετα στον καρκίνο του ενδομητρίου υπάρχει ένδειξη για να καθορισθεί και το στάδιο αυτού.
- Αθρόα αιμορραγία της μήτρας αποτελεί αντένδειξη, γιατί η υστεροσκοπική παρατήρηση θα είναι πολύ δύσκολη εξαιτίας της μεγάλης αιμορραγίας, που θα παρεμποδίζει τη διερεύνησή της.
- Η εγκυμοσύνη. Παρόλο που μερικοί συγγραφείς χρησιμοποίησαν το υστεροσκόπιο κατά την κύηση, η κύηση θεωρείται αντένδειξη, επειδή είναι υπαρκτός ο κίνδυνος ρήξης των υμένων, καθώς και η αποκόλληση του πλακούντα εξαιτίας της διάχυσης του διατατικού μέσου μεταξύ αυτού και της μήτρας.
- Στένωση του τραχήλου και
- Πυκνές ενδομήτριες συμφύσεις. Αποτελούν σχετική αντένδειξη ιδιαίτερα, εάν ο ενδοσκόπος δεν είναι έμπειρος (Μιχαλάς 2000).

Κατά καιρούς εφαρμόστηκαν και άλλες διαγνωστικές μέθοδοι, για την ανίχνευση του καρκίνου του ενδομητρίου, χωρίς όμως να μπορέσουν να καθιερωθούν, εξαιτίας της σχετικά χαμηλής ευαισθησίας τους και της όχι σημαντικής υπεροχής έναντι της διαγνωστικής απόξεσης. Επίσης το υψηλής ευκρίνειας κολπικό υπερηχογράφημα έχει δοκιμασθεί στην απεικόνιση του πάχους του ενδομητρίου, στοιχείου ενδεικτικού ως κακοήθειας, χωρίς να είναι πολύ αξιόπιστο, αφού η αύξηση του πάχους μπορεί να συνδέεται με άλλες καταστάσεις. Επίσης το υπερηχογράφημα χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό της ύποπτης περιοχής για διήθηση από τον όγκο και για τον προσδιορισμό του βάθους διήθησης (Μιχαλάς 2000).

Μεγάλη είναι η χρησιμότητα της υστεροσκόπησης στη μελέτη του αδενοκαρκινώματος του ενδομητρίου, όσον αφορά τον καθορισμό της έκτασης, του τύπου και της ενδοτραχηλικής επέκτασης του. Με την τεχνική αυτή εντοπίζονται οι

ύποπτες περιοχές και γίνεται βιοψία ή απόξεση, καθότι με την κλασματική απόξεση είναι πιθανόν να διαφύγουν. Στις προκαρκινικές αλλοιώσεις, βοηθά στο να βρεθεί η εστία, να γίνει η κατάταξη της και να ελεγχθεί υπάρχουσα υπερπλασία. Σε ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα τραχήλου, μπορεί να βρεθεί το επίκεντρο, τα όρια και να ελεγχθεί ο ενδοτράχηλος, ώστε να επιλεγεί η θεραπευτική στρατηγική ή να γίνει επανέλεγχος σε περίπτωση συντηρητικής θεραπείας. Η υστεροσκόπηση βοηθά στη διάγνωση, τοπογραφία, σταδιοποίηση και στην εκλεκτική βιοψία του καρκινώματος του ενδομητρίου. Στην περίπτωση του αχειρούργητου καρκινώματος, ελέγχει τα αποτελέσματα της ακτινοβολίας και αφαιρεί πιθανά εναπομείναντα στοιχεία ραδίου εντός της κοιλότητας (Αντσακλής 2008).

6.4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά το διαγνωστικό έλεγχο

6.4.1. Συνέντευξη

Κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης της γυναίκας, θα της ζητηθεί να συμπληρώσει ένα έντυπο με βιογραφικά και άλλα προσωπικά στοιχεία προτού συναντήσει τον εξεταστή. Η νοσηλεύτρια/μαία είναι συνήθως αρμόδια να διαβεβαιώσει την καταγραφή του ονόματος της γυναίκας, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, της φυλής, της εθνικότητας, της διεύθυνσης, των τηλεφώνων, του επαγγέλματος και της ημερομηνίας της επίσκεψης. Η συνέντευξη θα πρέπει να διεξάγεται χωρίς βιασύνη σε απομονωμένο, άνετο και ήρεμο περιβάλλον. Η νοσηλεύτρια απευθύνεται στη γυναίκα χρησιμοποιώντας τον τίτλο και το όνομα της και συστήνεται με τον ίδιο τρόπο. Είναι σημαντικό οι ερωτήσεις να συντάσσονται με ευγένεια και χωρίς επικριτική διάθεση. Το πολιτισμικό υπόβαθρο της γυναίκας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε περίπτωση που χρειάζεται να γίνουν αλλαγές στον τρόπο της εξέτασης. Για παράδειγμα, μπορεί να προτιμηθεί μια γυναίκα εξεταστής ή μπορεί να μην επιτρέπεται στη γυναίκα να γδυθεί για την εξέταση.



Εικόνα 16. Νοσηλεύτρια και ασθενής

Η νοσηλεύτρια αναγνωρίζει πόσο ευάλωτη μπορεί να είναι μια γυναίκα και τη διαβεβαιώνει για την αυστηρή τήρηση εχεμύθειας. Πολλές γυναίκες δεν είναι ενημερωμένες, καθοδηγούνται λανθασμένα από μύθους ή φοβούνται ότι θα φανούν αμαθείς εάν θέσουν ερωτήματα σχετικά με τη σεξουαλική ή αναπαραγωγική λειτουργία. Η γυναίκα διαβεβαιώνεται ότι καμία ερώτηση δεν είναι άσχετη. Το ιστορικό ξεκινά με μια ερώτηση ανοικτού τύπου, όπως: «Τι σας φέρνει σήμερα σε αυτή το γραφείο /σε αυτή την κλινική/ σε αυτό το νοσοκομείο; Κάτι άλλο; Μιλήστε μου γι' αυτό» (Lowdermilk, Shannon 2006).

6.4.2.Ιστορικό Υγείας και Ανασκόπηση Συστημάτων

1. Προσωπικά δεδομένα:

- Όνομα, ηλικία, φυλή, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, θρησκεία και εθνικότητα.
- Λόγος αναζήτησης φροντίδας υγείας:
- Απάντηση στο ερώτημα: «Ποιο πρόβλημα ή σύμπτωμα σας έκανε να έρθετε εδώ σήμερα;» Εάν η γυναίκα απαριθμήσει περισσότερους από ένα λόγους, επικεντρωθείτε σε αυτόν που θεωρεί σημαντικότερο.

2. Παρούσα κατάσταση υγείας:

Η παρούσα κατάσταση της υγείας περιγράφεται με προσοχή στα εξής:

- Χρήση μέτρων ασφαλείας: ζώνες ασφαλείας, κράνη δικύκλων, οδηγός με δίπλωμα.
- Άσκηση και δραστηριότητες αναψυχής: Συχνότητα
- Πρότυπα ύπνου: διάρκεια και ποιότητα
- Σεξουαλικότητα: Είναι σεξουαλικά ενεργή; Με άνδρες, γυναίκες, ή και τα δύο; Σεξουαλικές πρακτικές για μείωση του κινδύνου;
- Δίαιτα, συμπεριλαμβανομένων των αφεψημάτων: ανάκληση 24ωρου διαιτολογίου, καφεΐνη: καφές, τσάι, cola, ή σοκολάτα.
- Νικοτίνη, αλκοόλ, χρήση απαγορευμένων ουσιών ή ναρκωτικών: τύπος, ποσότητα, συχνότητα, διάρκεια και αντιδράσεις.
- Περιβαλλοντικοί και χημικοί κίνδυνοι: σπίτι, σχολείο, εργασιακό περιβάλλον και περιβάλλον αναψυχής.
- Έκθεση σε υπερβολική ζέστη ή κρύο, θόρυβο, βιομηχανικές τοξίνες όπως η άσβεστος ή ο μόλυβδος, τα φυτοφάρμακα, η διαιθυλοστυλβεστρόλη (DES), η ακτινοβολία, τα περιττώματα της γάτας ή ο καπνός του τσιγάρου.

3. Ιστορικό παρούσας νόσου:

Μια χρονολογική αφήγηση, η οποία περιλαμβάνει την έναρξη του προβλήματος, τις συνθήκες κάτω από τις οποίες αναπτύχθηκε, τις εκδηλώσεις του, καθώς και εάν έχει ληφθεί κάποιου είδους θεραπεία. Καταγράφεται η κατάσταση της υγείας της γυναίκας πριν την έναρξη του παρόντος προβλήματος. Αν το πρόβλημα είναι χρόνιο, γίνεται προσπάθεια ανίχνευσης της αιτίας για την οποία αναζητήθηκε φροντίδα αυτή τη στιγμή. Τα κύρια συμπτώματα θα πρέπει να περιγραφούν ως εξής:

- Εντόπιση
- Ποιότητα ή χαρακτήρας
- Ποσότητα ή σοβαρότητα
- Χρόνος (έναρξη, διάρκεια, συχνότητα)
- Συνθήκες
- Παράγοντες που συντελούν στην επιδείνωση ή στην ανακούφιση
- Σχετιζόμενοι παράγοντες
- Αντίληψη της γυναίκας σχετικά με την έννοια του συμπτώματος.

4. Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό:

- Λοιμώδη νοσήματα: ιλαρά, παρωτίτιδα, ερυθρά, κοκκύτης, ανεμοβλογιά, ρευματικός πυρετός, οστρακιά, διφθερίτιδα, πολιομυελίτιδα, φυματίωση, ηπατίτιδα.
- Χρόνια νοσήματα και συστηματικές διαταραχές: αρθρίτιδα, καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης, νοσήματα της καρδιάς, των πνευμόνων, των νεφρών, επιληπτικές κρίσεις, θυρεοειδοπάθεια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, έλκη, δρεπανοκυτταρική αναιμία.
- Τραυματισμοί κατά την ενηλικίωση, ατυχήματα.
- Νοσηλείες, χειρουργικές επεμβάσεις, μεταγγίσεις αίματος.
- Μαιευτικό ιστορικό.
- Αλλεργίες: φαρμακευτική αγωγή, προηγούμενες αντιδράσεις σε μετάγγιση και αλλεργίες στο περιβάλλον.

5. Ανοσοποίηση:

- εμβόλια έναντι διεφθερίτιδας, κοκκύτη, τετάνου, πολιομυελίτιδας, ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς (MMR), ηπατίτιδας Β, ανεμοβλογιάς, γρίπης και το εμβόλιο για τον πνευμονιόκοκκο καθώς και η δοκιμασία Mantoux για φυματίωση.

6. Τελευταία ημερομηνία προσυμπτωματικού ελέγχου:

- επίχρισμα κατά Παπανικολάου,
- μαστογραφία,
- έλεγχος κοπράνων για παρουσία αίματος, σιγμοειδοσκόπηση, κολονοσκόπηση,
- αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη, τίτλος αντισωμάτων ερυθράς, ανάλυση ούρων, έλεγχος χοληστερόλης, ηλεκτροκαρδιογράφημα,
- τελευταία οφθαλμολογική και
- οδοντιατρική εξέταση και τελευταία εξέταση ακοής.

7. Φάρμακα:

ονομασία, δόση, συχνότητα, διάρκεια, λόγος λήψης και συμμόρφωση με τη συνιστώμενη φαρμακευτική αγωγή, γιατροσόφια, μη συνταγογραφούμενα φάρμακα,

βιταμίνες και συμπληρώματα ιχθυοστοιχείων και βότανα που έχουν ληφθεί πέραν του 24ώρου.

8. Οικογενειακό ιστορικό:

- Πληροφορίες σχετικά με την ηλικία και την κατάσταση της υγείας των μελών της οικογένειας μπορούν να παρουσιάζονται με αφηγηματικό τρόπο ή με τη μορφή γενεαλογικού διαγράμματος: ηλικία, υγεία ή θάνατος των γονέων, αδελφών, συζύγου, παιδιών.
- Ελέγξτε για ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, καρδιακής νόσου, υπέρτασης, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, προβλημάτων με το αναπνευστικό σύστημα, τους νεφρούς και το θυρεοειδή, καρκίνου, αιματολογικών διαταραχών, ηπατίτιδας, αλλεργιών, άσθματος, αρθρίτιδας, φυματίωσης, επιληψίας, ψυχικής νόσου, λοίμωξης από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου ή άλλων διαταραχών.
- Έλεγχος για κακοποίηση: την έχουν ποτέ χτυπήσει, κλοτήσσει, χαστουκίσει ή την έχουν αναγκάσει να περιέλθει σε συνουσία χωρίς τη συγκατάθεση της; Έχει κακοποιηθεί λεκτικά ή συναισθηματικά; Υπάρχει ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική της ηλικία. Αν ναι, έχει κάνει θεραπεία ή χρειάζεται να παραπεμφθεί για θεραπεία;

9. Ανασκόπηση συστημάτων:

Είναι πιθανό να μην περιλαμβάνονται όλες οι ερωτήσεις σε κάθε σύστημα, σε κάθε λήψη ιστορικού. Ορισμένες, όμως, ερωτήσεις που αφορούν κάθε σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνονται κάθε φορά. Οι βασικές περιοχές που θα πρέπει να διερευνώνται αναφέρονται σε αυτό που ονομάζουμε εξέταση από το κεφάλι μέχρι τα κάτω άκρα. Εάν η γυναίκα δώσει καταφατική απάντηση σε μια ερώτηση σχετικά με μια σημαντική περιοχή, θα πρέπει τότε να γίνονται περισσότερο λεπτομερείς ερωτήσεις.

- Γενικά: μεταβολή σωματικού βάρους, κόπωση, αδυναμία, πυρετός, ρίγη ή νυχτερινή εφίδρωση.
- Δέρμα: αλλαγές στο δέρμα, στα μαλλιά και στα νύχια. Κνησμός, εκχυμώσεις, αιμορραγία, εξανθήματα, έλκη, διογκώσεις ή σπίλοι.
- Λεμφαδένες: διογκωση, φλεγμονή, άλγος, πύον ή παροχέτευση.

- Κεφάλι: τραύμα, ίλιγγος (ζάλη), σπασμοί, συγκοπή (λιποθυμία), κεφαλαλγία: εντόπιση, συχνότητα, τύπος άλγους, ναυτία και έμετος, ή συμπτώματα από τα μάτια.
- Μάτια: γυαλιά όρασης, φακοί επαφής, θολότητα, δακρύρροια, κνησμός, φωτοφοβία, διπλωπία, φλεγμονή, τραυματισμός, καταρράκτης, γλαύκωμα, ή οξεία απώλεια όρασης.
- Αυτιά: απώλεια ακοής, βόμβος, ίλιγγος, έκκριση, άλγος, αίσθημα πληρότητας, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, ή μαστοειδίτιδα.
- Μύτη και ιγμόρεια: τραύμα, ρινίτιδα, ρινική έκκριση, επίσταξη, απόφραξη, φτάρνισμα, κνησμός, αλλεργία ή διαταραχή της όσφρησης.
- Στοματική κοιλότητα, φάρυγγας, και τράχηλος: βρόγχος φωνής, αλλαγές της φωνής, άλγος, έλκη, αιμορραγικά ούλα, τερηδόνα, οίδημα ή διόγκωση των αδένων.
- Μαστοί: μάζες, άλγος, όζοι, εισολκή, έκκριση από τη θηλή, ινοκυστικές αλλαγές ή εμφυτεύματα, αυτοεξέταση μαστού.
- Αναπνευστικό: δύσπνοια, συριγμός, βήχας, πτύελα, αιμόπτυση, πνευμονία, πλευρίτιδα, άσθμα, βρογχίτιδα, εμφύσημα ή φυματίωση. Ημερομηνία τελευταίας ακτινογραφίας θώρακα.
- Καρδιαγγειακό: υπέρταση, ρευματικός πυρετός, φύσημα, στηθάγχη, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, δύσπνοια, ορθόπνοια, οίδημα, άλγος στο στήθος, βήχας, κυάνωση, παγωμένα άκρα, ασκίτης, διαλείπουσα χωλότητα (άλγος στη γαστροκνημία λόγω κακής αιμάτωσης των μυών του κάτω άκρου), φλεβίτιδα ή αλλαγές του χρώματος του δέρματος.
- Γαστρεντερικό: όρεξη, ναυτία, έμετος, δυσπεψία, δυσφαγία, κοιλιακό άλγος, έλκη, αιματηρά κόπρανα, μέλαινες κενώσεις (μαύρα κόπρανα σαν πίσσα), αλλαγές των εντερικών συνηθειών, διάρροια, δυσκοιλιότητα, συχνότητα κινητικότητας του εντέρου, δυσανεξία σε τροφές, αιμορροΐδες, ίκτερος ή ηπατίτιδα. Σιγμοειδοσκόπηση, κολonosκόπηση, βαριούχος υποκλυσμός ή υπερηχογράφημα.
- Ουροποιογεννητικό: συχνότητα, διακεκομένη ούρηση, επιτακτική ούρηση, πολουρία, δυσουρία, αιματουρία, νυκτουρία, ακράτεια, λίθοι, λοίμωξη ή ουρηθρική έκκριση.

- Εμμηνορρυσιακό ιστορικό (π.χ., ηλικία εμμηναρχής, διάρκεια και ροή έμμηνης ρύσης, τελευταία εμμηνορρυσία, δυσμηνόρροια, μεσοκυκλική αιμορραγία, ηλικία εμμηνόπαυσης ή σημεία εμμηνόπαυσης), δυσπαρεύνια, έκκριση, πληγές, κνησμός.
- Σεξουαλική υγεία και σεξουαλική δραστηριότητα: με άνδρες, με γυναίκες ή και με τα δύο, λήψη αντισυλληπτικών, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Περιφερικό αγγειακό σύστημα: αίσθημα ψύχους, αιμωδίες και κνησμός, οίδημα κάτω άκρων, χωλότητα, φλεβικοί κιρσοί, θρομβώσεις ή έμβολα.
- Ενδοκρινικό: δυσανεξία στο κρύο και στη ζέστη, ξηρό δέρμα, υπερβολική εφίδρωση, πολουρία, πολυδιψία, πολυφαγία, διαταραχές του θυρεοειδούς, σακχαρώδης διαβήτης, ή μεταβολές των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου.
- Αιμοποιητικό: αναιμία, συχνές εκχυμώσεις, αιμορραγία, πετέχειες, πορφύρα, ή μεταγγίσεις.
- Μυοσκελετικό: μυϊκή αδυναμία, άλγος, δυσκαμψία των αρθρώσεων, σκολίωση, λόρδωση, κύφωση, αστάθεια μεταβαλλόμενη με την κίνηση. Ερυθρότητα, οίδημα, αρθρίτιδα ή ουρική αρθρίτιδα.
- Νευρικό: απώλεια αισθήσεων, αιμωδία, μυρμηκίαση, τρόμος, ίλιγγος, αδυναμία, παράλυση, λιποθυμία, τινάγματα, σκοτοδίνες, κρίσεις, σπασμοί, απώλεια συνείδησης ή μνήμης.
- Ψυχική υγεία: μεταβολές στη διάθεση, κατάθλιψη, άγχος, εμμονές, παραλήρημα, ψευδαισθήσεις, ή παραισθήσεις.
- Λειτουργικότητα: ικανότητα του ασθενούς να φροντίζει τον εαυτό του (Lowdermilk, Shannon 2006).

6.4.3.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την κλινική και γυναικολογική εξέταση

I. Κλινική Εξέταση

Κατά την προετοιμασία για την κλινική εξέταση ζητείται από τη γυναίκα να βγάλει τα ρούχα της και να φορέσει μια ρόμπα κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Συνήθως η γυναίκα μπορεί να βγάλει τα ρούχα της σε ιδιαίτερο χώρο. Τα αντικειμενικά δεδομένα καταγράφονται ανάλογα με το σύστημα ή τη θέση όπου

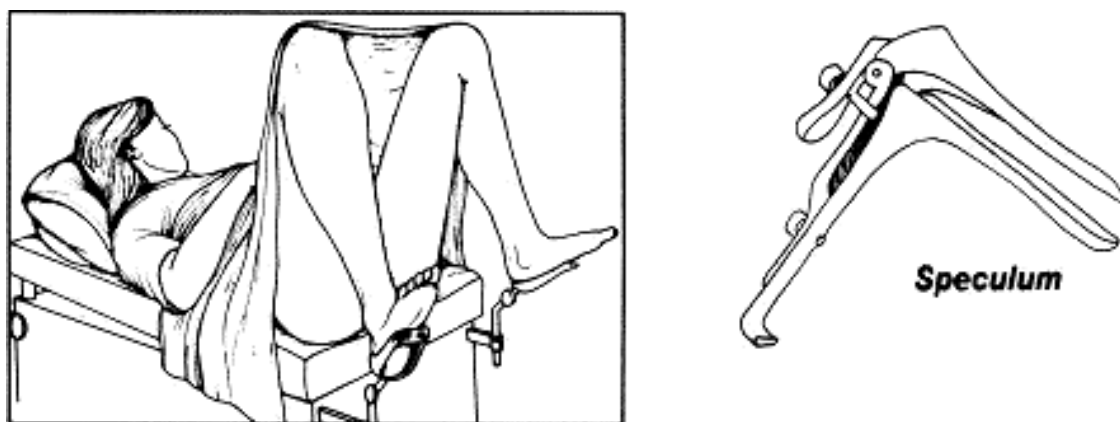
εντοπίζονται. Μια γενική άποψη για τη συνολική κατάσταση της υγείας είναι ένας καλός τρόπος για να αρχίσει η εξέταση. Τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης περιγράφονται λεπτομερώς (Lowdermilk, Shannon 2006).

II. Γυναικολογική Εξέταση

Πολλές γυναίκες τρομοκρατούνται από το γυναικολογικό μέρος της κλινικής εξέτασης. Η μαία σε αυτή την περίπτωση μπορεί να προσεγγίσει τη γυναίκα και να τη βοηθήσει να συνεργαστεί με τον ιατρό. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να προετοιμαστεί η έφηβη για την πρώτη της εξέταση με κολποδιαστολέα, καθώς θα διαμορφώσει μια εικόνα που θα την ακολουθεί και στις επόμενες εξετάσεις της. Θα πρέπει να συζητείται με την έφηβη το περιεχόμενο της εξέτασης, όσο εκείνη είναι ακόμα ντυμένη. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν υποδείγματα ή εικόνες για να δει η έφηβη τι ακριβώς πρόκειται να συμβεί. Τα εργαλεία που είναι απαραίτητα θα πρέπει να είναι συγκεντρωμένα ώστε να μην υπάρξει καμιά διακοπή κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι παιδιατρικοί κολποδιαστολείς (ή μητροσκόπια), που έχουν πλάτος 1-1,5 εκ. και προκαλούν ελάχιστη δυσφορία κατά την είσοδο τους στον κόλπο. Αν η έφηβη έχει σεξουαλική δραστηριότητα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί κολποδιαστολέας ενηλίκων μικρού μεγέθους. Ζητήστε από τη γυναίκα να ουρήσει πριν από την έναρξη της εξέτασης. Η ούρηση ελαττώνει την ενόχληση που προκαλεί η εξέταση στη γυναίκα και διευκολύνει την ψηλάφηση των πυελικών οργάνων. Η γυναίκα υποβοηθείται να ξαπλώσει σε θέση λιθοτομής. Στη θέση λιθοτομής η γυναίκα κάμπει τους μηρούς και τα γόνατα, ακουμπώντας τους γλουτούς στην άκρη της εξεταστικής κλίνης, ενώ τα πόδια της στηρίζονται στους αναβολείς γονάτων ή πελμάτων (Lowdermilk, Shannon 2006).

Μερικές γυναίκες προτιμούν να φορούν τις κάλτσες ή τα παπούτσια τους, ειδικά όταν οι αναβολείς δεν έχουν μαλακή επένδυση. Πολλές γυναίκες αισθάνονται ευάλωτες ή παράξενα όταν βρίσκονται στη θέση λιθοτομής. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, η μαία βοηθά τη γυναίκα με ασκήσεις χαλάρωσης, όπως οι βαθιές και αργές αναπνοές. Η απόσπαση της προσοχής είναι μια ακόμη τεχνική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά (π.χ., η τοποθέτηση φωτογραφιών που προκαλούν το ενδιαφέρον στην οροφή, επάνω από την εξεταστική κλίνη). Πολλές γυναίκες αγχώνονται με τη θέση λιθοτομής. Οι περισσότερες προτιμούν μια επεξήγηση της

διαδικασίας όπως αυτή εξελίσσεται και περιγραφή των συναισθημάτων που πρόκειται να νιώσουν (Lowdermilk, Shannon 2006).



Εικόνα 17. Θέση λιθοτριψίας και κολποδιαστολεάς

III. Εξωτερική επισκόπηση

Ο εξεταστής κάθεται στο άκρο της κλίνης για την επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων αλλά και για την επισκόπηση με τους κολποδιαστολείς. Προκειμένου να υπάρξει ανοιχτή επικοινωνία και να βοηθηθεί η γυναίκα να χαλαρώσει, θα πρέπει να ανυψωθεί το κεφάλι της με ένα μαξιλάρι και να τοποθετηθεί η κουρτίνα κατάλληλα ώστε να διατηρείται η οπτική επαφή. Διατηρώντας καλό φωτισμό, ελέγχονται τα έξω γεννητικά όργανα για ωριμότητα των χαρακτηριστικών του φύλου και, κατόπιν, η κλειτορίδα, τα χείλη και το περίνεο. Μετά από τοκετό ή άλλου είδους τραυματισμό ενδέχεται να υπάρχουν ουλές (Lowdermilk, Shannon 2006).

IV. Ψηλάφηση των Έξω Γεννητικών Οργάνων

Ο εξεταστής συνεχίζει την εξέταση εκτελώντας ψηλάφηση και επισκόπηση. Για την εκτίμηση αυτή φορά γάντια πριν αγγίξει τη γυναίκα εξηγεί τι πρόκειται να ακολουθήσει και τι αναμένεται να νιώσει η γυναίκα (π.χ, πίεση). Ο εξεταστής μπορεί να αγγίξει τη γυναίκα σε μια λιγότερο ευαίσθητη περιοχή, όπως είναι η εσωτερική επιφάνεια του μηρού, προκειμένου να την ειδοποιήσει ότι αρχίζει η εξέταση των

γεννητικών οργάνων. Η χειρονομία αυτή καθησυχάζει τη γυναίκα. Αρχικά διαχωρίζονται τα χείλη για να εκτεθούν οι δομές που βρίσκονται στον πρόδομο: στόμιο της ουρήθρας, αδένες του Skene, είσοδος του κόλπου και Βαρθολίνειοι αδένες. Για την εκτίμηση των αδένων του Skene, ο εξεταστής εισάγει το ένα δάκτυλο στον κόλπο και «αρμέγει» την περιοχή της ουρήθρας. Οποιοδήποτε έκκριμα από την ουρήθρα ή τους αδένες του Skene συλλέγεται και αποστέλλεται για καλλιέργεια. Οι μάζες και το ερύθημα οποιασδήποτε περιοχής εκτιμώνται περαιτέρω. Φυσιολογικά, τα στόμια των αδένων του Skene δεν είναι ορατά. Μπορεί όμως να είναι εμφανή όταν οι αδένες φλεγμαίνουν (π.χ, σε γονόρροια). Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ο εξεταστής λαμβάνει υπόψη τα στοιχεία από την ανασκόπηση των συστημάτων όπως είναι το ιστορικό για αίσθημα καύσου κατά την ούρηση (Lowdermilk, Shannon 2006).

V. Εξέταση έξω γεννητικών οργάνων

Εξετάζεται η είσοδος του κόλπου. Τα μύρτα του υμένα αποτελούν φυσιολογικό εύρημα. Με το ένα δάκτυλο του ο σταθερό στον κόλπο, ο εξεταστής επανατοποθετεί το δείκτη του κοντά στο οπίσθιο τμήμα της εισόδου. Με τον αντίχειρα έξω από το οπίσθιο μέρος των μεγάλων χειλέων, ο εξεταστής πιέζει την περιοχή των Βαρθολινείων αδένων που εντοπίζονται στην 8η και στην 4η ώρα (θέσεις σύμφωνα με τη φορά των δεικτών του ρολογιού) και ελέγχει για οίδημα, εκκρίσεις ή άλγος. Στη συνέχεια ο εξεταστής εξετάζει τη στήριξη του πρόσθιου και οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Διαχωρίζει τα χείλη με το δείκτη και το μέσο και ζητά από τη γυναίκα να πιέσει προς τα κάτω. Οποιαδήποτε διόγκωση του πρόσθιου τοιχώματος (κυστεοκήλη, ουρηθροκήλη) και του οπισθίου τοιχώματος (ορθοκήλη) σημειώνεται και συγκρίνεται με το ιστορικό, όπως η δυσκολία κατά την έναρξη της ούρησης ή η δυσκοιλιότητα. Το περίνεο (η περιοχή μεταξύ του κόλπου και του πρωκτού) ελέγχεται για τον εντοπισμό ουλών από παλαιές ρήξεις ή περινεοτομίες, καθώς και για λέπτυνση, συρίγγια, μάζες, αλλοιώσεις και λοίμωξη. Ο πρωκτός ελέγχεται για αιμορροΐδες, και για την ακεραιότητα του σφιγκτήρα του. Η πρωκτική περιοχή εκτιμάται επίσης για αλλοιώσεις, μάζες, αποστήματα και νεοπλασματικούς όγκους. Εάν υπάρχει ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ο εξεταστής μπορεί να λάβει δείγμα για καλλιέργεια από την περιοχή του πρωκτού. Σε όλη τη

διάρκεια της εξέτασης των γεννητικών οργάνων, ο εξεταστής σημειώνει την οσμή. Η παρουσία οσμής υποδηλώνει λοίμωξη ή κακή υγιεινή (Lowdermilk, Shannon 2006).

VI. Αυτοεξέταση Αιδοίου

Η γυναικολογική εξέταση παρέχει μια καλή ευκαιρία στον ιατρό ή στη μαία να τονίσει την ανάγκη για τακτική αυτοεξέταση αιδοίου, αλλά και να διδάξει αυτή τη διαδικασία στη γυναίκα. Η αυτοεξέταση του αιδοίου θα πρέπει να εφαρμόζεται ως ένα ουσιώδες τμήμα της προληπτικής φροντίδας υγείας από όλες τις γυναίκες που έχουν σεξουαλική δραστηριότητα ή από την ηλικία των 18 ετών και άνω, προκειμένου να εξεταστούν σημεία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ή προκαρκινικών ή καρκινικών αλλοιώσεων. Η εξέταση μπορεί να πραγματοποιηθεί από τον εξεταστή και τη γυναίκα ταυτόχρονα, χρησιμοποιώντας έναν καθρέπτη. Μπορεί να δοθεί στη γυναίκα ένα απλό ανατομικό σχεδιάγραμμα του αιδοίου, με οδηγίες ώστε να εκτελεί την εξέταση μόνη της, με σκοπό να ενισχυθούν οι γνώσεις που έχει ήδη αποκτήσει. Η γυναίκα διενεργεί την εξέταση σε καθιστή θέση και με επαρκή φωτισμό, κρατώντας τον καθρέπτη στο ένα χέρι και χρησιμοποιώντας το άλλο για να εκθέσει τους ιστούς που περιβάλλουν την είσοδο του κόλπου. Στη συνέχεια, εξετάζει συστηματικά το εφηβαίο, την κλειτορίδα, την ουρήθρα, τα μεγάλα χείλη του αιδοίου, το περίνεο και την περιπρωκτική περιοχή, και ψηλαφεί το αιδοίο, σημειώνοντας οποιεσδήποτε μεταβολές στην εμφάνιση του και ανωμαλίες όπως έλκη, ογκίδια, κονδυλώματα, φλύκταινες, σημεία με ευαισθησία και μεταβολές του χρώματος του δέρματος (Lowdermilk, Shannon 2006).

VII. Εσωτερική Εξέταση

Ο κολποδιαστολέας αποτελείται από δύο βραχίονες και μία λαβή και διατίθεται σε ποικιλία τύπων και σχημάτων. Χρησιμοποιείται για την επισκόπηση των κολπικών θόλων και του τραχήλου. Τοποθετείται απαλά στον κόλπο και προωθείται προς τον οπίσθιο κολπικό θόλο. Οι βραχίονες του κολποδιαστολέα ανοίγουν αποκαλύπτοντας τον τράχηλο και κλειδώνουν σε μια ανοιχτή θέση. Ο τράχηλος επισκοπείται αναφορικά με τη θέση και την εμφάνιση του στομίου: χρώμα, αλλοιώσεις, αιμορραγία και εκκρίσεις. Τα ευρήματα του τραχήλου που δεν βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά όρια περιλαμβάνουν τα έλκη, τις μάζες, τη

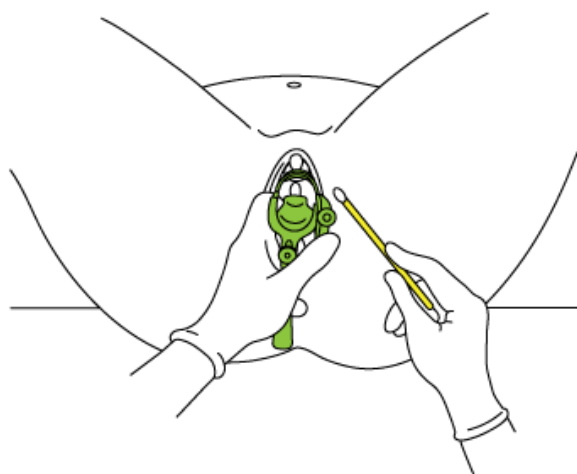
φλεγμονή και την υπερβολική προβολή μέσα στον κολπικό θόλο. Καταγράφονται οι ανωμαλίες του τραχήλου (Lowdermilk, Shannon 2006).

VIII. Συλλογή δειγμάτων

Η συλλογή δειγμάτων για κυτταρολογική εξέταση αποτελεί σημαντικό μέρος της γυναικολογικής εξέτασης. Μπορεί να διαγνωσθεί μια λοίμωξη μέσω της εξέτασης των δειγμάτων, τα οποία συλλέγονται κατά τη διάρκεια της γυναικολογικής εξέτασης. Οι πιθανές λοιμώξεις περιλαμβάνουν τη λοίμωξη από *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο, Ναϊσσέρεια της γονόρροιας, *Chlamydia trachomatis* και τον ιό του απλού έρπητα. Μόλις τεθεί η διάγνωση μπορεί να γίνει έναρξη της θεραπευτικής αγωγής (Lowdermilk, Shannon 2006).

IX. Κολπική Εξέταση

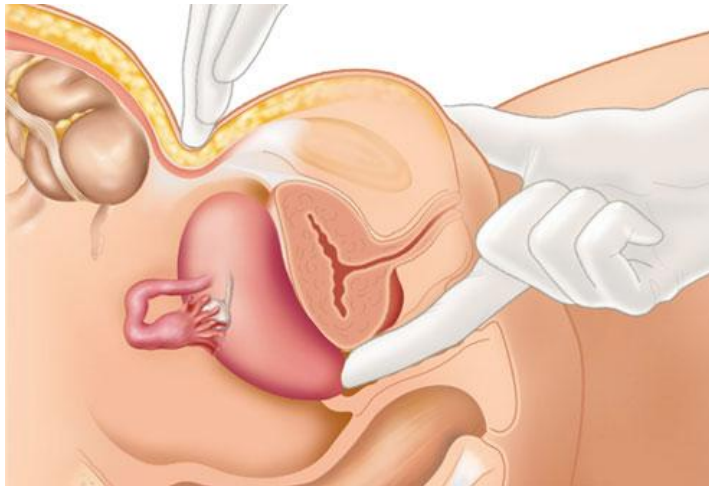
Μετά τη συλλογή των δειγμάτων, ο κόλπος επισκοπείται καθώς ο κολποδιαστολέας περιστρέφεται. Οι βραχίονες του κολποδιαστολέα ελευθερώνονται και κλείνουν μερικώς. Ο κολποδιαστολέας περιστρέφεται καθώς αφαιρείται και τα κολπικά τοιχώματα ελέγχονται σε ό,τι αφορά το χρώμα τους, την παρουσία αλλοιώσεων, συριγγίων, διογκώσεων και πτυχών (Lowdermilk, Shannon 2006).



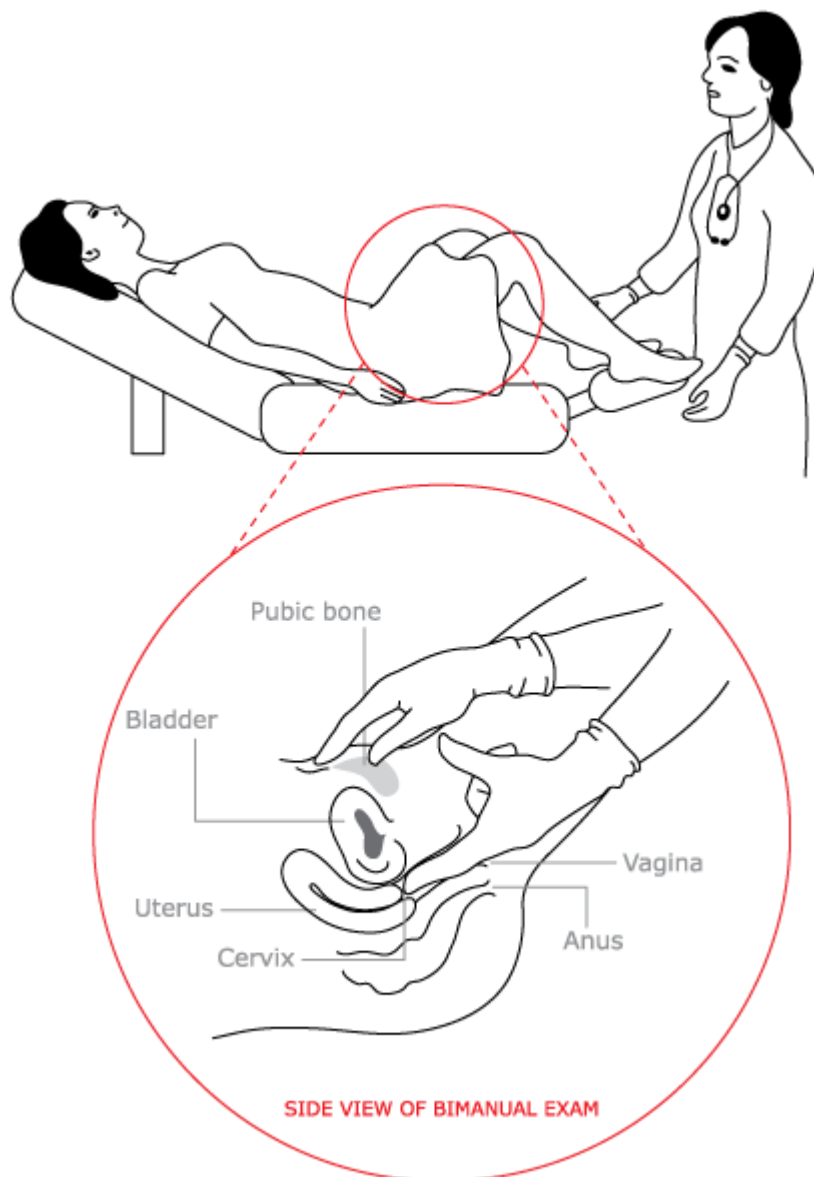
Εικόνα 18.Εφαρμογή κολποδιαστολέα

X. Αμφίχειρη Ψηλάφηση

Ο εξεταστής στέκεται όρθιος για την εκτέλεση αυτής της εξέτασης. Τοποθετείται μια μικρή ποσότητα λιπαντικού στο δείκτη και το μέσο δάκτυλο του γαντοφορεμένου χεριού για την κοιλιακή εξέταση. Για την πρόληψη τραυματισμού και μετάδοσης μικροβίων, απάγεται ο αντίχειρας, ενώ ο παράμεσος και το μικρό δάκτυλο κάμπτονται προς την παλάμη. Ο κόλπος ψηλαφάται προκειμένου να διαπιστωθεί η διατασιμότητά του και η ύπαρξη αλλοιώσεων και ευαισθησίας. Στον τράχηλο εξετάζεται η θέση, το σχήμα, η σύσταση, η κινητικότητα και η παρουσία αλλοιώσεων. Στη συνέχεια ψηλαφώνται και οι θόλοι γύρω από τον τράχηλο. Το άλλο χέρι του εξεταστή τοποθετείται στην κοιλιά, στο μέσο της απόστασης μεταξύ του ομφαλού και της ηβικής σύμφυσης και ασκείται πίεση προς τα κάτω, προς το χέρι που βρίσκεται εντός του κόλπου. Η άσκηση πίεσης προς τα επάνω με το χέρι που βρίσκεται εντός του κόλπου, παγιδεύει τις δομές του αναπαραγωγικού συστήματος, προκειμένου να γίνει η εκτίμηση μέσω της ψηλάφησης. Η μήτρα αξιολογείται ως προς τη θέση, το μέγεθος, το σχήμα, τη σύσταση, την ομαλότητα, την κινητικότητα, την ευαισθησία και την παρουσία μαζών. Με το χέρι που είναι τοποθετημένο στην κοιλιά να μετακινείται προς το δεξιό κατώτερο τριτημόριο και τα δάχτυλα του χεριού που βρίσκεται στον κόλπο να μετακινούνται στον δεξιό πλάγιο θόλο, ελέγχεται η θέση, το μέγεθος, η παρουσία μαζών και η ευαισθησία των εξαρτημάτων. Η εξέταση επαναλαμβάνεται και από την αριστερή πλευρά. Λίγο πριν αποσυρθούν τα δάχτυλα από τον κόλπο, ζητείται από τη γυναίκα να σφίξει τα δάχτυλα συσπώντας τον κόλπο, όσο περισσότερο μπορεί. Αν η μυϊκή ανταπόκριση είναι αδύναμη, τότε δίνονται στη γυναίκα πληροφορίες σχετικά με τις ασκήσεις του Kegel (Lowdermilk, Shannon 2006).



Εικόνα 19. Γυναικολογική εξέταση



Εικόνα 20. Γυναικολογική εξέταση

XI. Ορθοκολπική Ψηλάφηση

Για την πρόληψη της μετάδοσης μικροοργανισμών από το ορθό στον κόλπο (π.χ, Ναϊσσέρεια της γονόρροιας), είναι απαραίτητο ο εξεταστής να αλλάξει γάντια, να προσθέσει καινούρια ποσότητα λιπαντικού και στη συνέχεια να εισαγάγει πάλι το δείκτη στον κόλπο και στο μεσαίο δάκτυλο στο ορθό. Η εισαγωγή διευκολύνεται όταν η γυναίκα ασκεί πίεση προς τα κάτω. Επαναλαμβάνονται οι χειρισμοί της αμφίχειρης γυναικολογικής εξέτασης. Η ορθοκολπική εξέταση επιτρέπει την εκτίμηση του ορθοκολπικού διαφράγματος, της οπίσθιας επιφάνειας της μήτρας και της περιοχής πίσω από τον τράχηλο και τα εξαρτήματα. Το δάκτυλο που βρίσκεται μέσα στον κόλπο αποσύρεται και διπλώνει μέσα στην παλάμη, αφήνοντας το μεσαίο δάκτυλο να περιστραφεί κατά 360°. Το ορθό ψηλαφάται για ευαισθησία και παρουσία μαζών. Μετά την εξέταση του πρωκτού, η γυναίκα βοηθιέται να λάβει καθιστή θέση, να σκουπιστεί με χαρτοβάμβακα, και της παρέχεται ιδιαίτερος χώρος για να ντυθεί. Συχνά, η γυναίκα επιστρέφει στο γραφείο του εξεταστή για να συζητήσει μαζί του τα ευρήματα, τη συνταγογράφηση της θεραπευτικής αγωγής και για να του ζητήσει συμβουλές (Lowdermilk, Shannon 2006).

XII. Εργαστηριακές και Διαγνωστικές Διαδικασίες

Ανάλογα με την κρίση του ιατρού, δίνεται η οδηγία υποβολής της γυναίκας στις ακόλουθες εργαστηριακές και διαγνωστικές διαδικασίες: γενική εξέταση αίματος ή έλεγχο αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη, ολικής χοληστερόλης του αίματος, γλυκόζης του αίματος νηστείας, ανάλυση ούρων για βακτήρια, ορολογική εξέταση για σύφιλη [Veneral Disease Research Laboratory (VDRL)], Rapid Plasma Reagin (RPR) καθώς και άλλους ελέγχους για την ανίχνευση σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος (ΣΜΝ), μαστογραφία, δοκιμασία Mantoux για ανίχνευση φυματίωσης, δοκιμασίες για τον έλεγχο της ακοής, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακα, μικροσκοπική εξέταση κοπράνων για έλεγχο αιμορραγίας, σιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο και μέτρηση της οστικής πυκνότητας. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων συνήθως ανακοινώνονται τηλεφωνικά ή αποστέλλονται ταχυδρομικά. Η γυναίκα μπορεί επίσης να ελεγχθεί για HIV ή να υποβληθεί σε τοξικολογικό έλεγχο για ανίχνευση ναρκωτικών ουσιών στο αίμα, κατόπιν συναίνεσης της μετά από πληροφόρηση, ιδιαίτερα σε ομάδες υψηλού

κινδύνου. Τα αποτελέσματα των ειδικών αυτών εξετάσεων ανακοινώνονται ιδιαίτερω στην ίδια την ασθενή (Lowdermilk, Shannon 2006).

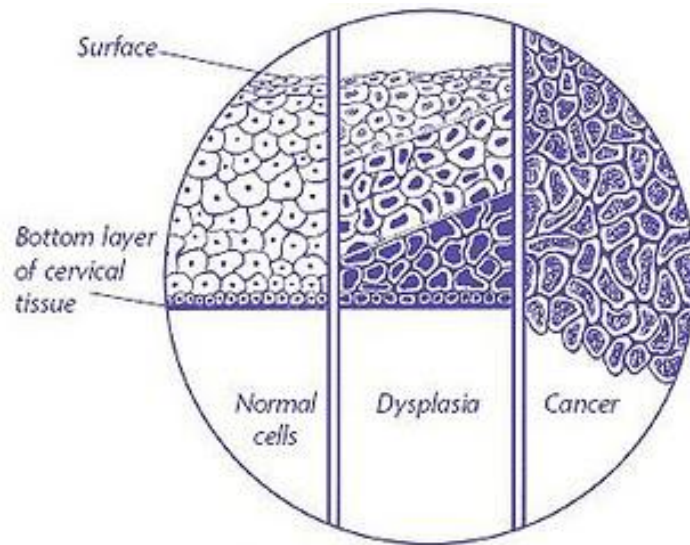
7. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η προτυποποιημένη διαδικασία έκφρασης της διαφοροποίησης καρκινικών κυττάρων, που καλείται ταξινόμηση, και της έκτασης εξάπλωσης του καρκίνου, που καλείται σταδιοποίηση. Αυτή η διαδικασία είναι εξαιρετικά χρήσιμη στη σύγκριση των αποτελεσμάτων πολλών μορφών θεραπείας. Ο καρκίνος βαθμολογείται ως προς τη διαφοροποίηση των κυττάρων του όγκου και τον αριθμό των μετώσεων. Τα παραπάνω θεωρούνται ότι σχετίζονται με την ικανότητα ανάπτυξης και εξάπλωσης του όγκου. Ορισμένοι καρκίνοι βαθμολογούνται από το I ως το IV, με το τελευταίο να είναι το πλέον αναπλαστικό και να διαθέτει την ελάχιστη ομοιότητα προς το φυσιολογικό ιστό. Οι καρκίνοι διαβαθμίζονται ανάλογα προς το μέγεθος, την έκταση της τοπικής εξάπλωσης (μεταστάσεις) και με το εάν έχει προκύψει μετάσταση μέσω της ροής του αίματος. Υπάρχουν δύο κύρια συστήματα διαβάθμισης. Το TNM λαμβάνει υπόψιν το μέγεθος του πρωτογενούς όγκου (T), ενδείξεις τοπικής επέκτασης ή προσβολής των λεμφαδένων (N) και ενδείξεις μεταστάσεων (M). Ένα άλλο σύστημα ταξινομεί τους καρκίνους ως «Σταδίου 0 έως IV» ανάλογα με το μέγεθος του όγκου και την εξάπλωσή του.

7.1. Σταδιοποίηση του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας

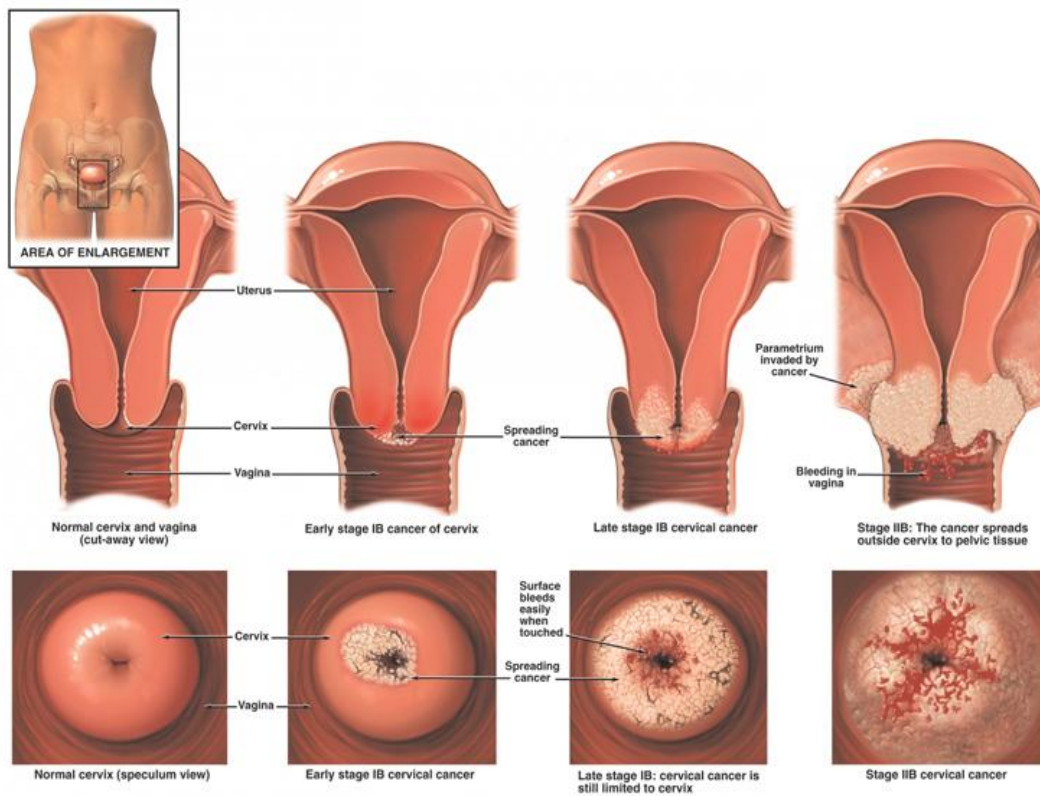
Χρησιμοποιούνται διάφορα συστήματα σταδιοποίησης με επικρατέστερη την ταξινόμηση κατά TNM. Αυτή βασίζεται στην εκτίμηση του μεγέθους και της επέκτασης του όγκου. Σύμφωνα με αυτή την ταξινόμηση ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διακρίνεται αδρά στα εξής στάδια.

- Στάδιο 0 : in situ καρκίνωμα ο πιο πρώιμος τύπος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ο μη διηθητικός, ο οποίος είναι ιάσιμος.
- Στάδιο 1 : ο καρκίνος περιορίζεται μόνο στον τράχηλο.
- Στάδιο 2 : ο καρκίνος εκτείνεται πέρα από τον τράχηλο, αλλά όχι στο πυελικό τοίχωμα.
- Στάδιο 3 : ο καρκίνος επεκτείνεται μέχρι το πυελικό τοίχωμα.
- Στάδιο 4 : ο καρκίνος επεκτείνεται πέρα από την πύελο ή επεκτείνεται στην ουροδόχο κύστη ή στο ορθό (Φωτίου 2009).



This enlarged view of cervical cells shows how abnormal cells can become cancer. However, this process often takes many years.

Εικόνα 21. Σταδιοποίηση των κυττάρων του τραχήλου



Εικόνα 22. Σχηματική σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου μήτρας

7.2. Σταδιοποίηση του καρκίνου του ενδομητρίου

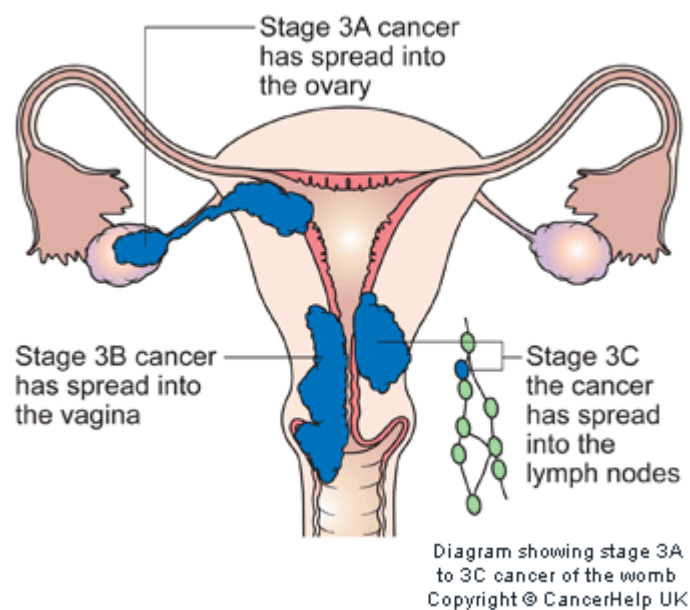
Η FIGO (FEDERATION INTERNATIONAL OF GYNECOLOGISTS AND OBSTETRICIANS) προτείνει να γίνεται η σταδιοποίηση του καρκίνου του ενδομητρίου χειρουργικά και όχι κλινικά, καθώς οι μελέτες που έγιναν υπογραμμίζουν πως σε ποσοστό μεγαλύτερο του 20% των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του ενδομητρίου κλινικά εντοπισμένο στη μήτρα θα έχουν επέκταση της νόσου έξω από τη μήτρα κατά τη λαπαροτομία σταδιοποίησης (Μιχαλάς 2000).

Η χειρουργική σταδιοποίηση του καρκίνου του ενδομητρίου περιλαμβάνει περιτοναϊκό έλεγχο, περιτοναϊκές πλύσεις για κυτταρολογική εξέταση, ολική υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη εκτομή των εξαρτημάτων, πυελική και παρααορτική λεμφαδενεκτομία. Το ιστολογικό παρασκεύασμα της μήτρας εξετάζεται για το βάθος της διήθησης και την επέκταση της νόσου προς τον τράχηλο ή τα εξαρτήματα. Το ιστολογικό αποτέλεσμα της βιοψίας των λεμφαδένων αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα, σχετιζόμενο με την πρόγνωση και την περαιτέρω θεραπεία των ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου. Οι περισσότεροι ογκολόγοι εξατομικεύουν τη συμπληρωματική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία στηριζόμενοι στα ευρήματα της χειρουργικής σταδιοποίησης (Μιχαλάς 2000).

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του ενδομητρίου περιγράφεται ως εξής:

ΣΤΑΔΙΟ 0	Καρκίνωμα in situ- χωρίς ιστολογικά ευρήματα κακοήθειας
ΣΤΑΔΙΟ I	Καρκίνωμα περιορισμένο στο σώμα της μήτρας μέχρι του ισθμού
ΣΤΑΔΙΟ Ia	Καρκίνωμα περιορισμένο στο ενδομήτριο
ΣΤΑΔΙΟ Ib	Καρκίνωμα που διηθεί μέχρι το ήμισυ του μυομητρίου
ΣΤΑΔΙΟ Ic	Καρκίνωμα που διηθεί πέρα από το ήμισυ του μυομητρίου
ΣΤΑΔΙΟ II	Επέκταση προς τον τράχηλο, όχι όμως εκτός της μήτρας
ΣΤΑΔΙΟ IIa	Εντόπιση προς τους ενδοτραχηλικούς αδένες
ΣΤΑΔΙΟ IIb	Επέκταση προς το στρώμα του τραχήλου

ΣΤΑΔΙΟ III	Επέκταση εκτός της μήτρας όχι όμως εκτός της πυέλου
ΣΤΑΔΙΟ IIIa	Επέκταση προς ορογόνο- στα εξαρτήματα ή θετική κυτταρολογική εκπλύματος περιτοναίου
ΣΤΑΔΙΟ IIIb	Επέκταση στον κόλπο
ΣΤΑΔΙΟ IIIc	Θετικοί πυελικοί ή παραορτικοί αδένες
ΣΤΑΔΙΟ IV	Επέκταση πέρα από την πυέλο, στο βλεννογόνο κύστης ή ορθού
ΣΤΑΔΙΟ IVa	Επέκταση στο βλεννογόνο κύστης ή ορθού
ΣΤΑΔΙΟ IVb	Επέκταση σε άλλα όργανα της κοιλίας ή βουβωνικού λεμφαδένες

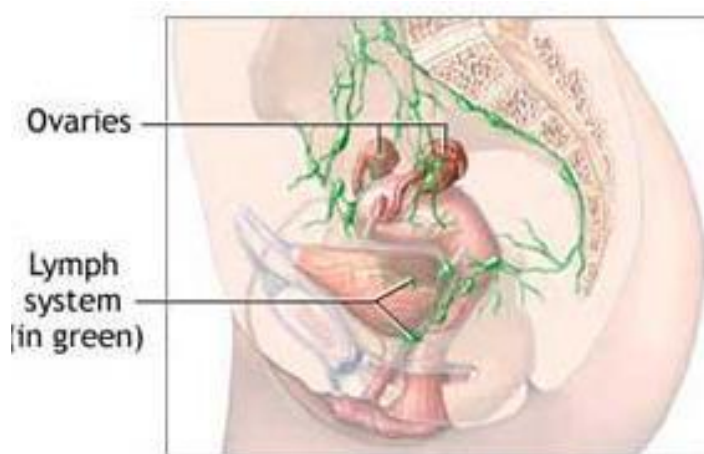


Εικόνα 23. Σταδιοποίηση καρκίνου μήτρας

7.3. Οδοί διασποράς του γυναικολογικού καρκίνου

1. επέκταση επιφανειακά σε μεγάλη έκταση του ενδομητρίου και από εκεί προς τον ενδοτράχηλο ή το επιθήλιο των σαλπίγγων, από όπου διαχέεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
2. επέκταση κατά συνέχεια ιστού, διηθώντας σε βάθος το μυομήτριο και από εκεί προς τα εξαρτήματα και τον τράχηλο.
3. αιματογενώς, κυρίως επιθετικοί όγκοι, που μέσω των αγγείων του μυομητρίου δίνουν μεταστάσεις στους πνεύμονες, στα οστά, στον εγκέφαλο κ.λ.π.
4. λεμφογενώς, κυρίως μέσω του πλουσίου λεμφαγγειακού δικτύου του τραχήλου, αφού προηγουμένως διηθήσει το στρώμα του τραχήλου, προς τα πυελικά ή και παραορτικά λεμφογάγγλια (Μιχαλάς 2000).

Η έκταση της διασποράς της νόσου λεμφογενώς είναι συνάρτηση τόσο του βαθμού διαφοροποίησης του όγκου, όσο και του βάθους διήθησης του μυομητρίου. Η αιματογενής διασπορά δεν είναι συνήθης στα αρχικά στάδια, είναι όμως συχνότερη από τον καρκίνο του τραχήλου (Λώλης 2004).



Εικόνα 24. Το παραορτικό λεμφικό σύστημα

Κατά τα τελευταία χρόνια γίνεται συχνά λόγος για την προγνωστική αξία της ανεύρεσης καρκινικών κυττάρων στο ελεύθερο περιτοναϊκό υγρό, επί αρχόμενων σταδίων καρκινώματος του ενδομητρίου. Οι γνώμες μέχρι τώρα είναι αντικρουόμενες κατά πόσο ένα τέτοιο εύρημα μπορεί να οδηγήσει σε διαφοροποίηση της θεραπευτικής στρατηγικής (Λώλης 2004).

8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος είναι μια διαδικασία που αφορά τα κύτταρα ενός οργάνου. Αυτά πολλαπλασιάζονται και καταστρέφονται ανεξέλεγκτα και δημιουργούν τον όγκο, ο οποίος χαρακτηρίζεται από κύτταρα που:

- διαφέρουν από τα κύτταρα του οργάνου που αναπτύσσεται ο όγκος
- δεν λειτουργούν φυσιολογικά
- καταστρέφουν γειτονικούς ιστούς και
- δημιουργούν απομεμακρυσμένες μεταστάσεις.

Η θεραπευτική χειρουργική επέμβαση είναι η καλύτερη και πιο σημαντική για τον ασθενή. Αυτή η επέμβαση έχει σαν σκοπό να απομακρύνει τον καρκίνο από το σώμα. Στην εγχείρηση αφαιρούνται και οι γειτονικοί ιστοί που προσκολλούνται στον πρωτοπαθή όγκο διότι πιθανώς μπορεί να είναι διηθημένοι.

8.1.Θεραπευτική αντιμετώπιση προκαρκινικών αλλοιώσεων

Η βασική αρχή της μοντέρνας θεραπείας όλων των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας είναι η ακριβής εντόπιση της παθολογικής περιοχής του επιθηλίου και αυτό είναι δυνατό μόνο με τη βοήθεια του κολποσκοπίου. Για πολλά χρόνια η θεραπεία αφορούσε τη χειρουργική αφαίρεση της επικίνδυνης περιοχής είτε με την κλασική κωνοειδή εκτομή, είτε με την ολική υστερεκτομή. Πρόσφατα, κάτω από τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα, το ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί σε νεότερες μεθόδους τοπικής καταστροφής ή αφαίρεσης της παθολογικής περιοχής και αυτοί οι τρόποι θεραπείας αποκτούν σήμερα μεγαλύτερη σημασία παρά στο παρελθόν, για δύο κυρίως λόγους:

- Πρώτον γιατί ένας αυξανόμενος αριθμός νέων γυναικών προσβάλλεται σήμερα από προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας
- Δεύτερον, έχει καταστεί πλέον σαφές, ότι η ολική υστερεκτομή και η κλασική κωνοειδής εκτομή αποτελούν στις περισσότερες περιπτώσεις υπερθεραπεία της νόσου (Λώλης 2004).

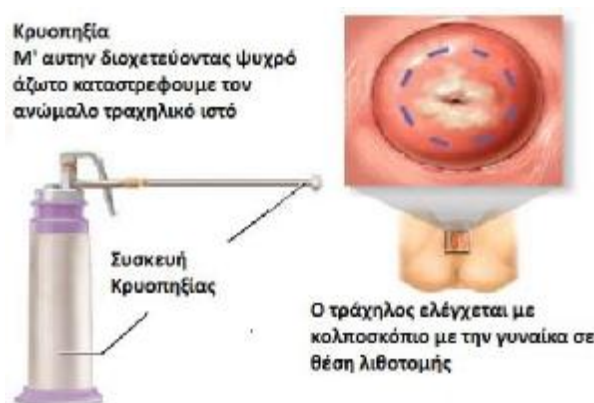
8.2. Καταστρεπτικές μέθοδοι θεραπείας

Η εφαρμογή τοπικών μεθόδων καταστροφής του τραχηλικού επιθηλίου προϋποθέτει την εκπλήρωση ορισμένων αυστηρών, προϋποθέσεων, που έχουν σκοπό να αποκλείσουν την παρουσία και την εσφαλμένη θεραπεία διηθητικής νόσου:

- Ολόκληρη η παθολογική περιοχή, καθώς και η ζώνη μετάπλασης θα πρέπει να είναι ορατή κολποσκοπικά.
- Να μην υπάρχει υποψία διήθησης κυτταρολογικά, κολποσκοπικά ή ιστολογικά.
- Πρέπει να υπάρχει ικανοποιητική παρακολούθηση όλων των ασθενών που υποβάλλονται σε αυτού του είδους τη θεραπεία.

Εκτός όμως από αυτές τις προϋποθέσεις, η τοπική θεραπεία που θα εφαρμοσθεί, θα πρέπει να είναι ικανή να καταστρέψει τη νόσο που βρίσκεται μέσα σε καταδύσεις αδενικού επιθηλίου, των οποίων το βάθος πολλές φορές φθάνει τα 6 mm. Οι μέθοδοι αυτές θεραπείας είναι οι εξής:

8.2.1. Κρυοθεραπεία



Εικόνα 25. Κρυοπηξία

Η κρυοπηξία είναι μια απλή μέθοδος θεραπείας, δεν χρειάζεται νάρκωση, αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά. Με τη μέθοδο αυτή είναι αδύνατο να ελέγξουμε την έκταση και το βάθος της περιοχής που θεραπεύουμε γι' αυτό και η μέθοδος συνοδεύεται από σημαντικά ποσοστά υποτροπής της νόσου, σε όλες τις

βαθμίδες του CIN. Για τους λόγους αυτούς η εφαρμογή αυτής της μεθόδου θεραπείας έχει εγκαταλειφθεί σήμερα (Κυριακίδης, Θανασάς 2010).

8.2.2. Ηλεκτρικός καυτηριασμός

Με τη μέθοδο αυτή επιτυγχάνεται η καταστροφή του τραχηλικού επιθηλίου σε ένα μεγαλύτερο βάθος κάτω από γενική νάρκωση. Τα αποτελέσματα είναι αμφίβολα και ο έλεγχος των υποτροπών εξακολουθεί να παραμένει προβληματικός, λόγω της θεραπείας, που καθιστά δύσκολη την κολποσκοπική εκτίμηση της ζώνης μετάπλασης σε ένα ποσοστό 60% περίπου των περιπτώσεων (Κυριακίδης, Θανασάς 2010).

8.2.3. Laser CO₂ - Θερμική εξάχνωση (Laser Vaporization)

Η χρήση των ακτίνων Laser θεωρείται σήμερα μια από τις κυριότερες μεθόδους αντιμετώπισης των τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών. Η υπέρυθρη δέσμη των ακτίνων Laser CO₂ απορροφάται έντονα από τους ζωντανούς ιστούς λόγω της μεγάλης περιεκτικότητας αυτών σε νερό. Στα πρώτα 30 microns του σημείου προσβολής το 90% της ενέργειας των Laser μετατρέπεται σε θερμότητα και απορροφάται, με αποτέλεσμα τη μετατροπή του ενδοκυτταρικού υγρού σε ατμό και εξάχνωση των κυττάρων στη θέση της εστίας προσβολής. Η θερμική απάντηση ενός ιστού στην ενέργεια των Laser CO₂ εξαρτάται από την περιεκτικότητα των κυττάρων του ιστού σε νερό. Όσο μεγαλύτερη είναι η απορρόφηση της ενέργειας Laser από τον ιστό, τόσο ακριβέστερη και ελεγχόμενη είναι η ιστική καταστροφή. Τα κύτταρα του τραχηλικού επιθηλίου παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη απορροφητικότητα, λόγω της πολύ μεγάλης περιεκτικότητας σε νερό και αυτή η ιδιότητα κάνει τη χρήση των ακτίνων Laser CO₂ ιδεώδη, στις χειρουργικές επεμβάσεις στον τράχηλο.

Η χειρουργικά εστιασμένη δέσμη των Laser CO₂ όταν έχει ικανοποιητική ισχύ, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διατομή ή καταστροφή του ιστού που θέλουμε να αφαιρέσουμε ή να καταστρέψουμε. Λόγω των δυνατοτήτων αυτών, η θεραπεία αυτή είναι η μόνη μέθοδος θεραπείας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τοπική καταστρεπτική ή αφαιρετική θεραπεία ή για συνδυασμένη θεραπεία (Κυριακίδης, Θανασάς 2010).

Η συσκευή Laser προσαρμόζεται στο κολποσκόπιο με τη βοήθεια ειδικού αρθρωτού βραχίονα και η χειρουργική επέμβαση γίνεται κάτω από συνεχή μικροσκοπικό έλεγχο, κατευθύνοντας την ακτίνα των Laser με τη βοήθεια ειδικού μικροχειριστού. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται συνήθως στις εξής περιπτώσεις:

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

Στις περιπτώσεις εξάχνωσης του τραχηλικού επιθηλίου με ακτίνες Laser CO₂, είναι δυνατή η ακριβής καταστροφή της παθολογικής περιοχής του τραχήλου και ολόκληρης της ζώνης μετάπλασης, που θα πρέπει να γίνεται σε βάθος 4-6 mm. Η καταστροφή των περιοχών παθολογικού ιστού γίνεται με τη διαδοχική κίνηση της δέσμης των Laser στην περιοχή που θέλουμε να καταστρέψουμε και, ανάλογα με την τεχνική προσβολής του στόχου, μπορούμε να επιτύχουμε θερμική εξάχνωση των ιστών σε ακριβή έκταση και βάθος που εξαρτάται από την πυκνότητα ισχύος και την ταχύτητα κίνησης της ακτίνας Laser πάνω στην επιφάνεια του τραχηλικού επιθηλίου. Η επούλωση του τραχήλου είναι γρήγορη, κολπική υπερέκκριση δεν υπάρχει και, σε 4 εβδομάδες περίπου, ο εξωτράχηλος έχει επουλωθεί πλήρως (Μιχαλάς 2000).

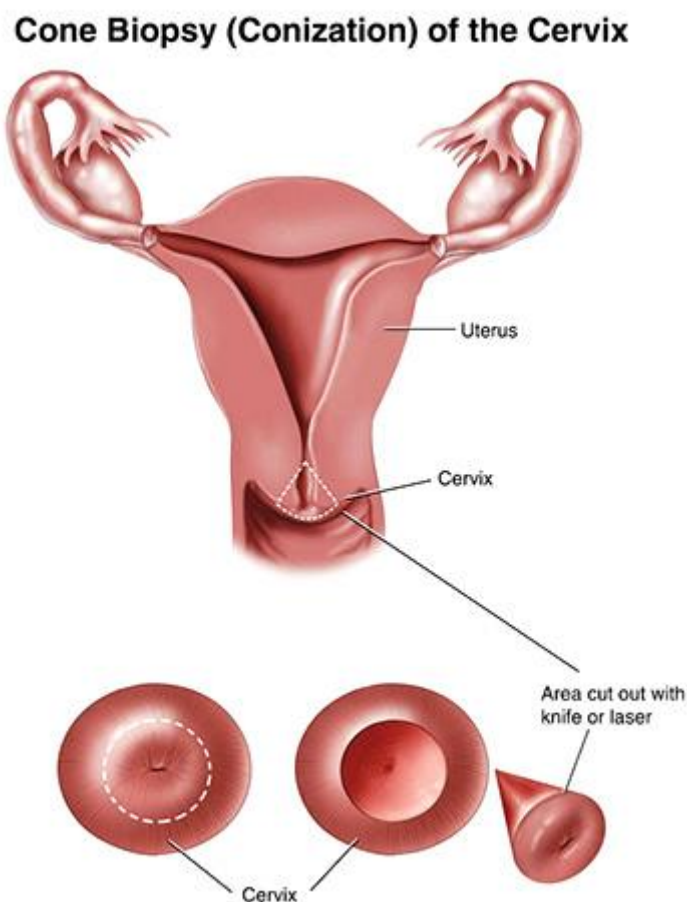
8.3. Αφαιρετικές μέθοδοι θεραπείας

8.3.1. Κωνοειδής εκτομή με νυστέρι

Η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι καθώς και η ριζική διαθερμία διενεργούνται συνήθως υπό γενική αναισθησία. Συνηθέστερες επιπλοκές είναι η περιεγχειρητική, πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αιμορραγία και η στένωση του τραχηλικού στομίου. Ο έλεγχος της αιμορραγίας επιχειρείται με προεγχειρητική διήθηση του τραχήλου με αδρεναλίνη 1:200.000, χρήση διαθερμίας ή διαλύματος του Monsel ή με τοποθέτηση ραμμάτων προς απολίνωση των τραχηλικών αγγείων, ραφών Sturmdorf ή άλλων τεχνικών (η οποία σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο τραχηλικής στένωσης, δευτεροπαθούς αιμορραγίας, μη ικανοποιητικής κολποσκόπησης και

δυσμηνόρροιας). Άλλες επιπλοκές της μεθόδου είναι η τοπική και ή πυελική φλεγμονή. Η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι αποτελεί μέθοδο εκλογής στην περίπτωση αδενικών αλλοιώσεων του τραχήλου προς αποφυγή καταστροφής των ορίων εκτομής (Κυριακίδης, Θανασάς 2010).

Τέλος, η παρακολούθηση των ασθενών κυτταρολογικά και κολποσκοπικά μπορεί να παρουσιάσει μεγάλες δυσκολίες, λόγω των ουλών και πτυχώσεων που συχνά δημιουργούνται κατά την επούλωση του τραχήλου (Μιχαλάς 2000).



Εικόνα 26.Κωνοειδής εκτομή με νυστέρι

8.3.2.Κωνοειδής εκτομή με Laser CO₂

Η μικροχειρουργική κωνοειδής εκτομή του τραχήλου της μήτρας με Laser CO₂ κάτω από συνεχή μικροσκοπικό έλεγχο, έχει το πλεονέκτημα του ακριβούς

σχεδιασμού του κώνου που χρειάζεται να αφαιρεθεί, προσφέρει μεγάλη ακρίβεια στη χειρουργική εκτέλεση και παρουσιάζει μικρό ποσοστό επιπλοκών, ενώ η επούλωση του ιστικού ελλείμματος είναι ταχεία. Η επέμβαση μπορεί να γίνει στα εξωτερικά ιατρεία με τοπική μόνο αναισθησία. Η δέσμη των Laser CO₂ χρησιμοποιείται ως χειρουργικό νυστέρι κινούμενο σε συγκεκριμένη γραμμική κατεύθυνση. Κατ' αρχάς γίνεται κυκλοτερής διατομή της βάσης του κώνου που τελικά θα αφαιρεθεί, ενώ χρησιμοποιούνται ειδικά εργαλεία ώστε δυνατή τη σύλληψη και έλξη του κώνου, προς διάφορες κατευθύνσεις, βοηθώντας με αυτό τον τρόπο στην κυκλοτερή διατομή της περιφέρειας του κώνου σε βαθύτερα στρώματα μέχρι της τελικής αφαιρέσεως αυτού. Η επούλωση του τραχήλου είναι πλήρης ένα μήνα μετά τη χειρουργική επέμβαση. Τα αποτελέσματα της εφαρμογής των ακτίνων Laser στη θεραπεία των τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών είναι πολύ καλά και ξεπερνούν το 90%-95%, ανάλογα με την τεχνική και την εμπειρία του χειρουργού (Κυριακίδης, Θανασάς 2010).

8.3.3. Αγκύλη διαθερμίας (*Large Loop Excision of the Transformation Zone-LLETZ*)

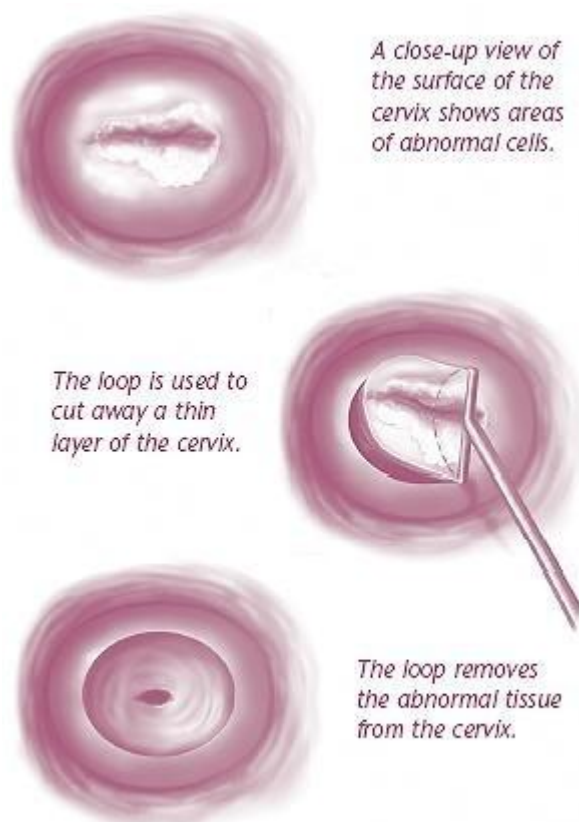
Η εξαίρεση της ζώνης μετάπλασης μπορεί να γίνει επίσης με αγκύλη διαθερμίας, κατασκευασμένη από λεπτό ανοξείδωτο σύρμα που συνδέεται με πλαστική λαβή και μηχανήμα διαθερμίας. Το μηχανήμα αυτό επιτυγχάνει ένα ελεγχόμενο και ακριβές μείγμα διατομής και αιμόστασης σε χαμηλή ένταση, με τη χρήση ενός διακόπτη στη λαβή της αγκύλης (Κυριακίδης, Θανασάς 2010).

Η μέθοδος αυτή είναι απλή και παρουσιάζει ορισμένα πλεονεκτήματα:

1. Συνήθως γίνεται στα εξωτερικά ιατρεία με τοπική αναισθησία, η απώλεια αίματος είναι μικρή και η επούλωση ικανοποιητική.
2. Όλο το δείγμα ή τα δείγματα μπορούν να σταλούν για ιστολογική εξέταση, για να φανεί αν υπάρχει μικροδιήθηση. Σε αυτό πλεονεκτεί των καταστρεπτικών μεθόδων θεραπείας που βασίζονται στα αρχικά ιστολογικά δείγματα που ελήφθησαν υπό κολποσκοπικό έλεγχο.
3. Το κόστος του μηχανήματος είναι σχετικά μικρό και η μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακόμα και κατά την πρώτη επίσκεψη αμέσως μετά την πρώτη κολποσκοπική αξιολόγηση, περιορίζοντας έτσι τον αριθμό των επισκέψεων της ασθενούς στο νοσοκομείο.

4. Μειονέκτημα της μεθόδου φαίνεται να είναι η ευκολία χρήσης που οδηγεί συχνά σε αλόγιστη χρήση, κατάργηση του κολποσκοπικού ελέγχου και υπερθεραπεία της ασθενούς (Μιχαλάς 2000).

Η τεχνική είναι απλή. Χρησιμοποιείται ένας κλασικός κολποδιαστολέας συνδεδεμένος με συσκευή αναρροφήσεως καπνού. Ο γιατρός ελέγχει τον τράχηλο και καθορίζει τα όρια εκτομής. Το τοπικό αναισθητικό, μαζί με ένα αγγειοσυσταλτικό, εγχέεται σε διάφορα σημεία του τραχήλου. Επιλέγεται μια αγκύλη της οποίας το μέγεθος είναι ανάλογο με την περιοχή που θα εξαιρεθεί. Η αγκύλη οδηγείται προς τα μέσα, κόβοντας υγιή τραχηλικό ιστό μέχρι βάθους 7-10 mm και εν συνεχεία κινείται κατά την αντίθετη πλευρά του τραχήλου και εξέρχεται πάλι σε υγιή ιστό. Ο κρατήρας του ελλείμματος, αν αιμορραγεί, ελέγχεται με τη διαθερμία. Το ιστικό έλλειμμα αφήνεται ανοικτό και η ασθενής αποφεύγει σεξουαλικές επαφές και χρήση ταμπόν και κολπικών πλύσεων για 3 εβδομάδες. Αν η ζώνη μετάπλασης είναι αρκετά μεγάλη και δεν μπορεί να αφαιρεθεί με μια χρήση της αγκύλης, γίνονται αρκετές τομές ώστε να εξαιρεθεί συνολικά ολόκληρη η περιοχή (Κυριακίδης, Θανασάς 2010).



Εικόνα 27. Εκτομή όγκου και αγκύλη διαθερμίας

8.3.4. Ολική υστερεκτομή

Η μέθοδος αυτή ως πρωτογενής θεραπεία εκλογής, εφαρμόζεται πολύ σπάνια σήμερα. Οι ενδείξεις είναι μόνο σχετικές και μπορούν να συνοψισθούν στις περιπτώσεις εκείνες που συνυπάρχουν καλοήθη γυναικολογικά προβλήματα σε ηλικιωμένες γυναίκες, όπως π.χ μητρορραγίες, ινομυώματα και πρόπτωση της μήτρας. Πριν από την επέμβαση θα πρέπει να έχει γίνει ο σωστός κολποσκοπικός και ιστολογικός έλεγχος, για να αποκλεισθεί διηθητική νόσος και επέκταση της νόσου στους κολπικούς θύλους. Η υποτροπή της νόσου στο κολπικό κολόβωμα, μετά την ολική υστερεκτομή, ανέρχεται περίπου σε 8% των περιπτώσεων και παρουσιάζει ιδιαίτερα διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα (Μιχαλάς 2000).

8.4. Θεραπεία διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Οι αρχές της θεραπείας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι οι ίδιες με τη θεραπεία οποιασδήποτε άλλης νεοπλασίας, και συνίστανται στην αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας και την αντιμετώπιση των πιθανών σημείων επέκτασης της νόσου. Οι δύο βασικοί τρόποι πρωτογενούς θεραπείας της νόσου είναι η χειρουργική θεραπεία και η ακτινική. Από τους δύο αυτούς τρόπους θεραπείας, η ακτινική μπορεί να εφαρμοσθεί σε όλα τα στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ η χειρουργική θεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί μόνο στο στάδιο I και IIa. Η πενταετής επιβίωση για το στάδιο I της νόσου είναι περίπου η ίδια, ανεξάρτητα του αν η θεραπεία είναι χειρουργική, ακτινική ή συνδυασμός και των δύο αυτών μεθόδων. Ως πλεονέκτημα της χειρουργικής θεραπείας θεωρείται η διατήρηση των ωοθηκών σε νεότερες γυναίκες, όπου η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει ίνωση του κόλπου και δυσπαρευνία. Το επιθήλιο επίσης του κόλπου αντιδρά καλύτερα στην επίδραση των εξωγενώς χορηγούμενων οιστρογόνων (Μιχαλάς 2000).

9.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

9.1.Συντηρητική θεραπεία

Επειδή οι νέες άτοκες γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο ενδομητρίου είναι πιθανότερο να έχουν ένα καλά διαφοροποιημένο αρχόμενο καρκίνο ενδομητρίου, έχουν δημοσιευθεί πολλές μικρές σειρές τέτοιων ασθενών, που έχουν αντιμετωπισθεί με σχετική επιτυχία με προγεστερονοειδή. Φαίνεται από αυτές τις μελέτες ότι η πιθανότητα υποστροφής της βλάβης είναι περίπου 75-80% και το μέσο διάστημα ανταπόκρισης στη θεραπεία είναι 12 εβδομάδες. Αντίθετα, η πιθανότητα επανεμφάνισης της νόσου, σε περίπτωση διακοπής της θεραπείας, είναι τουλάχιστον 25%. Επίσης, η πιθανότητα επιτυχούς εγκυμοσύνης είναι περίπου 25-30%.

Το πρωτόκολλο που φαίνεται ότι προσφέρει την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση σε νέες γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο ενδομητρίου είναι το εξής:

1. Υστεροσκοπική εκτίμηση (επανεκτίμηση αν δεν έχει ήδη γίνει) της βλάβης και αφαίρεση αυτής μαζί με το παρακείμενο ενδομήτριο και υποκείμενο
2. στρώμα και μυομήτριο.
3. Τοποθέτηση σπειράματος MIRENA.
4. Σύγχρονη λαπαροσκόπηση, ώστε να αποκλεισθεί μεταστατικός ή πρωτοπαθής καρκίνος ωοθηκών.
5. Χορήγηση MEGACE (160-320 mg/ημέρα)
6. Επανεκτίμηση της πορείας της ασθενούς με υστεροσκόπηση ανά 3μηνο και διαγνωστική βιοψία.
7. Καταπολέμηση των επιβαρυντικών παραγόντων (παχυσαρκία)
8. Συντονισμένες προσπάθειες άμεσης εγκυμοσύνης μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, που λογικά θα συμβεί μεταξύ 9-12 μηνών.
9. Υστερεκτομή μετά την εγκυμοσύνη (σημειώνεται ότι υπάρχουν λίγες σειρές με διατήρηση της μήτρας μετά από εγκυμοσύνη, ώστε να επιτευχθεί και δεύτερη εγκυμοσύνη, αλλά τα ποσοστά υποτροπής ήταν εξαιρετικά υψηλά) (Πανοσκάλτσης 2011).

9.2.Χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του ενδομητρίου

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου γίνεται χειρουργικά, όταν ακόμα η νόσος είναι στα αρχικά στάδια, ενώ σε προχωρημένα στάδια η θεραπεία είναι συνδιασμός και άλλων μεθόδων. Η χειρουργική αντιμετώπιση βοηθά στην ιστολογική διάγνωση της νόσου, στην ακριβέστερη σταδιοποίηση, ενώ διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά προσδιορίζονται όλοι οι προγνωστικοί παράγοντες.

9.2.1.Θεραπεία νόσου σταδίου I

Η κλασσική θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου στο στάδιο I είναι η απλή χειρουργική αφαίρεση της μήτρας και των εξαρτημάτων. Ο τρόπος αφαίρεσης της μήτρας μπορεί να είναι διακολπικός ή διακοιλιακός, με τον δεύτερο να διενεργείται ευρύτερα. Προσοχή πρέπει να δοθεί στην αποφυγή διασποράς των καρκινικών κυττάρων δια μέσω του τραχήλου και των σαλπγγων. Μερικοί εφαρμόζουν μετεγχειρητικά μετεγχειρητική τοπική ακτινοθεραπεία. Γενικά τα αποτελέσματα, άσχετα με την οδό αφαίρεσης της μήτρας ή της ακτινοθεραπείας είναι ικανοποιητικά με ποσοστό πενταετούς επιβίωσης 84-93%. Έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφορα σχήματα συνδιασμένης θεραπείας με διάφορα αποτελέσματα, με την εξωτερική διαδερμική ακτινοθεραπεία να είναι αμφιλεγόμενη (Λώλης 2004).

9.2.2.Θεραπεία νόσου σταδίου II

Σε περιπτώσεις καρκίνου σταδίου II, το 1/3 των ασθενών έχει ήδη προσβεβλημένους τους πυελικούς λεμφαδένες. Σε αυτές τις περιπτώσεις η εξωτερική διαδερμική ακτινοβολία αποτελεί κατά κανόνα μέρος της θεραπείας. Αρχικά αυτές οι περιπτώσεις αρχικά με ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων ή ριζική εγχείρηση και ακολουθεί ενδοκολπική βραχυθεραπεία και επί θετικών λεμφαδένων συμπληρώνεται με εξωτερική ακτινοβολία (Λώλης 2004).

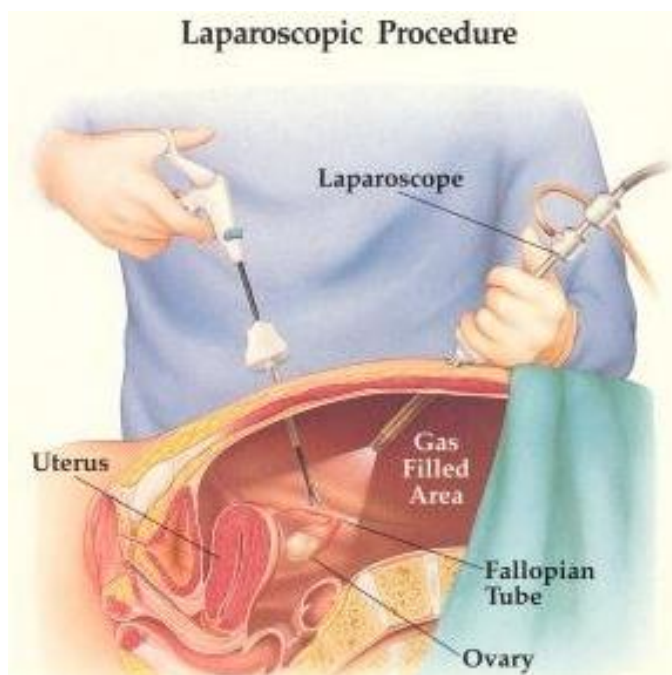
9.2.3. Θεραπεία νόσου σταδίου III και IV

Στα προχωρημένα καρκινώματα του ενδομητρίου III και IV σταδίου εφαρμόζεται κατά κανόνα ακτινοθεραπεία υπό μορφή ενδοκοιλιακής ακτινοβολίας και

διαδερμικής τηλεακτινοβολίας της λεκάνης. Σε αυτές ακόμα τις περιπτώσεις υπάρχει η τάση να διενεργείται και χειρουργική θεραπεία (Λώλης 2004).

9.2.4. Λαπαροσκόπηση και καρκίνος του ενδομητρίου

Με τη ραγδαία εξάπλωση της λαπαροσκοπικής χειρουργικής τα τελευταία έτη έγινε προσπάθεια αντιμετώπισης του καρκίνου του ενδομητρίου ενδοσκοπικά. Η λαπαροσκόπηση κατέστη ελκυστική μέθοδος όχι μόνο για τις γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου εντοπιζόμενο στο σώμα της μήτρας που δεν έχουν υποβληθεί σε επέμβαση, αλλά και για τις γυναίκες εκείνες που υποβλήθηκαν σε υστερεκτομή χωρίς όμως χειρουργική σταδιοποίηση. Ο συνδυασμός λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενης κοιλιακής υστερεκτομής (LAVH) και λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενης χειρουργικής σταδιοποίησης (LASS) προτάθηκε ως εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης των ασθενών με πρώιμα στάδια καρκίνου του ενδομητρίου. Σε σχετικές μελέτες ασθενείς σταδίου I με διήθηση μικρότερη από το μισό του πάχους του σώματος της μήτρας δεν υποβλήθηκαν σε λεμφαδενεκτομία, ενώ σε ασθενείς σταδίου I με διήθηση μεγαλύτερη από το μισό του πάχους του μυομητρίου υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική πυελική και παρααορτική λεμφαδενεκτομία (Λώλης 2004).



Εικόνα 28. Λαπαροσκοπική χειρουργική της μήτρας

Η λαπαροσκοπική λεμφαδενεκτομία πραγματοποιήθηκε με επιτυχία στο 93% των περιπτώσεων. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε πως μεταστατική νόσος ήταν παρούσα σε συχνότητα που αναμενόταν, αν γινόταν η λεμφαδενεκτομή με λαπαροτομία. Μεταστάσεις εντοπίστηκαν στο περιτόναιο, στην ωοθήκη, στο επίπλουν, στο διάφραγμα και στους πυελικούς και παρααορτικούς λεμφαδένες. Μεταστατική νόσος ήταν παρούσα στο 14% των ασθενών ανεξαρτήτως σταδίου, ενώ μεταστάσεις βρέθηκαν στο 36% των ασθενών σταδίων 2 και 3. Η υπολογιζόμενη απώλεια αίματος ήταν μικρότερη των 200ml και ο μέσος χρόνος νοσηλείας 2,9 ημέρες συμπεριλαμβανομένων και των περιστατικών με επιπλοκές. Στην παραπάνω σειρά η παχυσαρκία ήταν ο κυριότερος παράγοντας δυσκολίας για τη λαπαροσκοπική προσπέλαση. Γενικά, η λαπαροσκόπηση παρέχει το πλεονέκτημα της μικρής χρονικά παραμονής στο νοσοκομείο, γεγονός που ισχύει και για τις ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου που αντιμετωπίστηκαν λαπαροσκοπικά. Η ταχεία μετεγχειρητική ανάνηψη και έξοδος από το νοσοκομείο, καθώς και η ταχεία επάνοδος στις συνήθεις δραστηριότητες αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία και την ποιότητα ζωής των ασθενών (Λώλης 2004).

Η λεμφαδενεκτομία μπορεί να παρέχει θεραπευτικό πλεονέκτημα σε όλα τα στάδια του καρκίνου του ενδομητρίου και μπορεί να πραγματοποιηθεί λαπαροσκοπικά. Στη βιβλιογραφία όχι μόνο δεν υπάρχουν διαφορές στον αριθμό των λεμφαδένων που συλλέγονται με λαπαροσκόπηση ή λαπαροτομία, αλλά σε μερικές περιπτώσεις ο αριθμός των λεμφαδένων προς βιοψία είναι μεγαλύτερος με τη λαπαροσκοπική οδό. Επιπλοκές κατά τη λαπαροσκοπική αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου μπορούν να συμβούν. Τραυματισμοί του εντέρου, του ουρητήρα και της ουροδόχου κύστης, σηψαιμία, πνευμονική εμβολή, και τραυματισμοί μεγάλων αγγείων έχουν αναφερθεί σε διάφορες σειρές, αλλά θα πρέπει να υπογραμμίσουμε πως σε όλες τις σειρές που έχουν αναφερθεί οι ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου είχαν σημαντικά λιγότερες επιπλοκές από τις γυναίκες που αντιμετωπίστηκαν με λαπαροτομία. Ιδιαίτερος προβληματισμός υπάρχει σχετικά με την ύπαρξη μετάστασης στα σημεία εισόδου των trocar, η οποία είναι γνωστή επιπλοκή μετά από τη λαπαροσκοπική αντιμετώπιση του γυναικολογικού καρκίνου και ιδιαίτερα του καρκίνου των ωοθηκών (Λώλης 2004).

10.ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ

10.1.Ορισμός

Ο όρος υστερεκτομή προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «ύστερον» που σημαίνει μήτρα και «εκτομή» που σημαίνει αφαίρεση. Είναι μία χειρουργική επέμβαση κατά την οποία αφαιρείται η μήτρα και μπορεί επίσης να περιλαμβάνει την αφαίρεση των σαλπίγγων, των ωοθηκών και του τραχήλου για να θεραπεύσουν ή να ανακουφίσουν την ασθενή από ορισμένες γυναικολογικές παθήσεις.

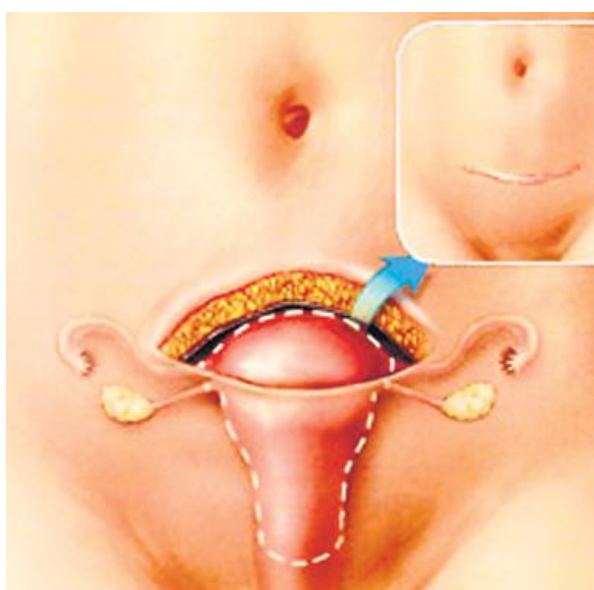
Είναι μια σημαντική χειρουργική διαδικασία που έχει κινδύνους, αλλά και οφέλη και επηρεάζει την ορμονική ισορροπία της γυναίκας και τη γενική υγεία για το υπόλοιπο της ζωής της. Έτσι η υστερεκτομή συνιστάται συνήθως ως η ύστατη λύση για την αντιμετώπιση ορισμένων δυσεπίλυτων παθολογιών της μήτρας. Επειδή η απόφαση είναι πολλές φορές καθοριστική για την ζωή και τον ψυχισμό της γυναίκας αφιερώνουμε εκτενή χρόνο για συζήτηση με τις υποψήφιες ασθενείς. Η υστερεκτομή είναι μια αμετάκλητη διαδικασία, μετά την οποία η γυναίκα δεν μπορεί πλέον να μείνει έγκυος ή να έχει έμμηνο ρύση. Δεδομένου ότι η υστερεκτομή είναι μια τελική, μόνιμη και οριστική θεραπεία θα πρέπει να πραγματοποιείται σε ασθενείς στις οποίες έχει αποτύχει η συντηρητική φαρμακευτική αγωγή (με ορμόνες και άλλα φάρμακα). Είναι η πιο συχνά εκτελούμενη γυναικολογική χειρουργική διαδικασία. Το 2003, πάνω από 600.000 υστερεκτομές έγιναν στις Ηνωμένες Πολιτείες, εκ των οποίων πάνω από 90% πραγματοποιήθηκαν για καλοήθεις παθήσεις. [3]Αυτά τα ποσοστά είναι υψηλότερα στον βιομηχανοποιημένο κόσμο και έχει οδηγήσει σε μεγάλες αντιπαραθέσεις όταν οι υστερεκτομές εκτελούνται σε μεγάλο βαθμό για αδικαιολόγητους και περιττούς λόγους. Αναμένεται ότι η συχνότητα των υστερεκτομών για τις μη κακοήθεις ενδείξεις θα μειωθεί, καθώς υπάρχουν εναλλακτικές θεραπευτικές λύσεις σε πολλές περιπτώσεις (Κουβελάς και συν. 2012).

10.2.Είδη υστερεκτομής

Το είδος και η τεχνική της επέμβασης διαφοροποιείται ανάλογα με την υποκείμενη νόσο λαμβάνοντας υπόψη τις «ιδιαιτερότητες» και τα «θέλω» της κάθε γυναίκας. Η επιλογή της προσπέλασης εξαρτάται από την «ένδειξη» για την οποία γίνεται η υστερεκτομή, το «μέγεθος της μήτρας», τα «ευρήματα από τις ωοθήκες και

τις σάλπιγγες», από την «χαλάρωση των μυών του πυελικού εδάφους», από το «ιστορικό προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων» και από την «εμπειρία» του γυναικολόγου ή του γενικού χειρουργού. Οι οδοί προσπέλασης είναι οι εξής:

- 1) Η κοιλιακή υστερεκτομή (λαπαροτομία), γίνεται με εγκάρσια τομή στο κατώτερο κοιλιακό τοίχωμα (Pfannenstiel - Maylard - Cherney incision) ή με μέση υπομφάλιο τομή, ανάλογα με την ένδειξη και το μέγεθος της μήτρας.
- 2) Η κολπική υστερεκτομή πραγματοποιείται εξ'ολοκλήρου μέσω του κολπικού καναλιού και έχει σαφή πλεονεκτήματα σε σχέση με την κοιλιακή υστερεκτομή, όπως λιγότερες επιπλοκές, μικρότερη διάρκεια νοσηλείας και μικρότερο χρόνο επώλωσης.
- 3) Η λαπαροσκοπική υστερεκτομή.
- 4) Η λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη κολπική υστερεκτομή-LAVH, (ένα μέρος της επέμβασης γίνεται μέσω λαπαροσκόπησης και ένα μέρος μέσω του κόλπου) .
- 5) Η λαπαροσκοπικά κολπικά υποβοηθούμενη υστερεκτομή-VALH.
- 6) Ρομποτική Υστερεκτομή. Είναι μια παραλλαγή της λαπαροσκοπικής χειρουργικής με χρήση ειδικών τηλεχειριζόμενων μέσων που επιτρέπουν στον χειρουργό καλύτερο έλεγχο καθώς και τρισδιάστατη όραση. Σε περιπτώσεις που η κολπική υστερεκτομή δεν είναι δυνατή, η λαπαροσκοπική υστερεκτομή είναι προτιμότερη από την κοιλιακή υστερεκτομή, αν και έχει μια υψηλότερη πιθανότητα κάκωσης της ουροδόχου κύστης ή τραυματισμό ουρητήρα (Κουβελάς και συν. 2012).



Εικόνα 29. Κλασική υστερεκτομή

Η προεγχειρητική αξιολόγηση της ασθενούς περιλαμβάνει:

- Πλήρες ιστορικό και φυσική εξέταση: Αξιολόγηση σε λεπτομέρεια κάθε συνυπάρχουσας πάθησης όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η καρδιακή νόσος, ή το άσθμα και αξιολόγηση φαρμακευτικών αγωγών όπως η χρήση ασπιρίνης, υπογλυκαιμικών δισκίων, ηπαρίνης ή βαρφαρίνης.
- Κυτταρολογική εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου, βιοψία του ενδομητρίου, υπερηχογράφημα, γενική αίματος, πηκτικός μηχανισμός της ασθενούς, μέτρηση και αξιολόγηση των καρκινικών δεικτών και ανάλογα με την ηλικία και τους παράγοντες κινδύνου της ασθενούς, ηλεκτροκαρδιογράφημα και ακτινογραφία θώρακος.
- Στην περίπτωση της κακοήθειας, η προεγχειρητική σταδιοποίηση μπορεί να προσδιοριστεί με τη βοήθεια των βιοψιών, αξονικής (CT) ή μαγνητικής (MRI) τομογραφίας, ενδοφλέβιας πυελογραφίας, κυστεοσκόπησης, γαστροσκόπησης - κολονοσκόπησης -ορθοσκόπησης, βαριούχου υποκλυσμού -διάβασης εντέρου (Κουβελάς και συν. 2012).

10.3.Τύποι υστερεκτομής

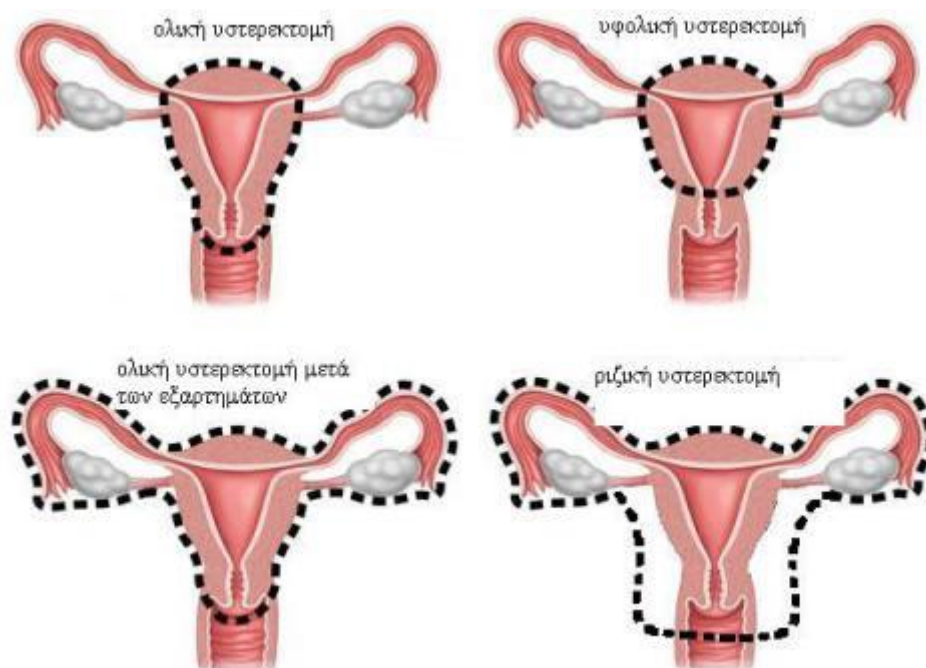
Η υστερεκτομή είναι μια από τις πλέον συνηθισμένες χειρουργικές διαδικασίες. Η αφαίρεση της μήτρας μπορεί να είναι μερική (υφολική υστερεκτομή), δηλαδή μπορεί να παραμείνει ο τράχηλος όταν δεν υπάρχει ιατρική αντένδειξη ή ολική υστερεκτομή αφαιρώντας το σώμα της μήτρας και τον τράχηλο. Η υστερεκτομή δεν περιλαμβάνει και ταυτόχρονη αφαίρεση των ωοθηκών και των σάλπιγγων. Όταν αυτά αφαιρούνται τότε ονομάζεται « υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων.

- 1) Ολική υστερεκτομή Στην ολική υστερεκτομή αφαιρείται όλη η μήτρα(σώμα και τράχηλος) ενώ σάλπιγγες και ωοθήκες παραμένουν.
- 2) Υφολική υστερεκτομή. Στην υφολική υστερεκτομή αφαιρείται μόνο το σώμα της μήτρας ενώ ο τράχηλος παραμένει.
- 3) Ολική υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη σάλπιγγο-ωοθηκεκτομή. Μαζί με τη μήτρα αφαιρούνται και οι δύο σάλπιγγες και οι ωοθήκες. Πριν από μερικά χρόνια, υπολογίστηκε ότι 7,1% των μελλοντικών θανάτων θα προληφθούν με ταυτόχρονη σάλπιγγο-ωοθηκεκτομή, κυρίως λόγω της αποφυγής του κινδύνου του καρκίνου των ωοθηκών. Πράγματι, αρκετές μελέτες αναφέρουν μειωμένο κίνδυνο καρκίνου των

ωοθηκών μετά την υστερεκτομή και χωρίς διμερή ωοθηκεκτομή. Οι τρέχουσες επιστημονικές ενδείξεις δείχνουν ότι η εκλεκτική ωοθηκεκτομή δεν συνιστάται για την πλειοψηφία των γυναικών που μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερο κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακά νοσήματα και κάταγμα του ισχίου και μια μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της άνοιας και της νόσου του Πάρκινσον.

4) Ριζική υστερεκτομή. Ριζική υστερεκτομή είναι η αφαίρεση της μήτρας, του μεγαλύτερου τμήματος του κόλπου και των παραμητρίων. Σε προσβολή πυελικών ή και παραορτικών λεμφαδένων, εκτελείται λεμφαδενεκτομή.

5) Μαιευτική υστερεκτομή. Συνήθως πραγματοποιείται σε απειλητικές για τη ζωή αιμορραγίες μετά από φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή (Κουβελάς και συν. 2012).



Εικόνα 30. Τύποι υστερεκτομής

10.4. Προκαρκινικές ενδείξεις υστερεκτομής

10.4.1. Υπερπλασία ενδομητρίου

Οι ασθενείς με υπερπλασία του ενδομητρίου συνήθως παρουσιάζουν ανώμαλη κολπική αιμορραγία. Αυτό μπορεί να είναι μηνορραγία, μητρορραγία, ή μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία. Ο καρκίνος του ενδομητρίου πρέπει να αποκλειστεί ειδικά σε ασθενείς ηλικίας άνω των 35 ετών που εμφανίζουν αυτές τις συνθήκες. Η πιο συνηθισμένη μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη διάγνωση της υπερπλασίας και καρκίνου του ενδομητρίου είναι η φιλόδοξη αναρροφητική βιοψία με rippelle - επίσης γνωστό ως βιοψία του ενδομητρίου. Αυτό είναι μια εύκολη διαδικασία για να εκτελεστεί στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία με ελάχιστη δυσφορία για τον ασθενή και σχετικά υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα. Άλλες μέθοδοι περιλαμβάνουν τη υπερηχογραφική μέτρηση του ενδομητρίου σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και η υστεροσκόπηση με κατευθυνόμενη βιοψία του ενδομητρίου. Αν και υπάρχει μεγάλη συζήτηση στη βιβλιογραφία σχετικά με τη βέλτιστη μέθοδο για την αξιολόγηση του ενδομητρίου, οποιοδήποτε από τα παραπάνω - είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό - αντιπροσωπεύουν κατάλληλα διαγνωστικά εργαλεία. Υπερπλασία του ενδομητρίου ορίζεται ως ο πολλαπλασιασμός των αδένων με παράτυπο μέγεθος και σχήμα, με αύξηση του δείκτη αδένες / στρώματος (Κουβελάς και συν. 2012).

10.4.2. Τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN)

Η παραδοσιακή μέθοδος ελέγχου και θεραπείας στις αναπτυγμένες χώρες είναι η κυτταρολογική εξέταση του τραχήλου της μήτρας κατά Παπανικολάου (Test PAP) και η επιβεβαιωτική κολποσκοπική βιοψία του τραχήλου της μήτρας. Η λοίμωξη με τον HPV (Human Papillomavirus) είναι η κύρια αιτία ανάπτυξης της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας αλλά και της μετάβασης σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η θεραπεία της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας εξαρτάται από την βαρύτητα, την έκταση και την εντόπιση της βλάβης, καθώς και από την ικανότητα της ασθενούς να συμμορφωθεί με τις ανάγκες της παρακολούθησης. Η ενδοεπιθηλιακή βλάβη του τραχήλου (CIN I, II ή III) καλύτερα να αντιμετωπίζεται συντηρητικά με εξάχνωση ή εξαίρεση με laser, κωνοειδή βιοψία ή κρυοθεραπεία. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η υστερεκτομή μπορεί να είναι αναγκαία για

επιβεβαιωμένες ιστολογικά τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις βαθμού III, που δεν είναι δυνατόν να αφαιρεθούν εντελώς με την κωνοειδή εκτομή, σε προηγηθείσα κωνοειδή εκτομή και σε συνύπαρξη άλλων παθολογιών της μήτρας (Κουβελάς και συν. 2012).

10.4.3.Καρκινικές ενδείξεις υστερεκτομής

Οι ασθενείς με κακοήθεια του γυναικείου γεννητικού συστήματος παρουσιάζουν ποικιλία συμπτωμάτων με συχνότερα την κολπική αιμόρροια. Η υστερεκτομή αποτελεί ένδειξη σε αρκετές από τις παρακάτω καρκινικές παθήσεις:

- 1) Καρκίνος του σώματος της μήτρας, με μεγαλύτερο ενδιαφέρον από επιδημιολογικής άποψης είναι ο καρκίνος του ενδομητρίου.
- 2) Καρκίνος ωοθηκών. Αποτελεί το πιο δυσεπίλυτο πρόβλημα συγκριτικά με τις άλλες μορφές καρκίνου του γυναικείου γεννητικού συστήματος και έρχεται πρώτος ως αιτία θνησιμότητας.
- 3) Καρκίνος τραχήλου της μήτρας. Αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη μορφή καρκίνου στη γυναίκα μετά τον καρκίνο του μαστού. Ισχυρή αιτιολογική συσχέτιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με τον Ιό των θηλωμάτων του Ανθρώπου (HPV) .
- 4) Καρκίνος των σαλπίγγων. Λόγω σπανιότητας και άγνωστης αιτιολογίας συνήθως ταξινομείται μαζί με τον καρκίνο των ωοθηκών.
- 5) Καρκίνος του κόλπου. Η HPV λοίμωξη θεωρείται προκαρκινωματώδης αλλοίωση τόσο για την ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του κόλπου όσο και για το πλακώδες καρκίνωμα.
- 6) Καρκίνος αιδοίου. Διακρίνεται σε 2 ομάδες - τα HPV θετικά καρκινώματα σε νέες γυναίκες συνήθως και τα HPV αρνητικά καρκινώματα σε μεγαλύτερες ηλικίες.
- 7) Σαρκώματα της μήτρας. Η βιολογική του συμπεριφορά είναι παρόμοια με αυτή του υψηλού βαθμού κακοήθειας ενδομητρικού καρκινώματος.
- 8) Τροφοβλαστική νόσος. Είναι αποτέλεσμα της σύλληψης και παρατηρείται ανώμαλος πλακούντας με υδατιδώδη εκφύλιση των λαχνών και υπερπλασία της τροφοβλάστης (Κουβελάς και συν. 2012).

11.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η χειρουργική επέμβαση είναι μια επεμβατική διαδικασία που πραγματοποιείται προκειμένου να διαγνωσθεί ή να αντιμετωπισθεί μια παθολογική κατάσταση, κάκωση ή ανατομική ανωμαλία. Αν και η χειρουργική επέμβαση αποτελεί μια ιατρική θεραπευτική πράξη, ο νοσηλευτής αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στη φροντίδα του ασθενούς πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη χειρουργική επέμβαση. Με την ταυτόχρονη εφαρμογή της συντονισμένης και της αυτόνομης νοσηλευτικής φροντίδας προλαμβάνονται οι επιπλοκές, αλλά και προάγεται η ταχεία και πλήρης ανάρρωση του χειρουργικού ασθενούς.

Η περιεγχειρητική νοσηλευτική αποτελεί ένα εξειδικευμένο πεδίο της νοσηλευτικής πρακτικής. Καλύπτει και τις τρεις φάσεις της νοσηλείας του χειρουργικού ασθενούς: την προεγχειρητική, τη διεγχειρητική και τη μετεγχειρητική. Η προεγχειρητική φάση αρχίζει όταν λαμβάνεται η απόφαση για χειρουργική επέμβαση και τελειώνει όταν ο ασθενής μεταφέρεται στη χειρουργική αίθουσα. Η διεγχειρητική φάση αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής θα βρεθεί στο χειρουργείο και τελειώνει με τη μεταφορά του στη μονάδα μετα-αναισθητικής φροντίδας ή αλλιώς αίθουσα ανάνηψης. Η μετεγχειρητική φάση αρχίζει με την εισαγωγή του ασθενούς στην αίθουσα ανάνηψης και τελειώνει με την πλήρη ανάρρωση του ασθενούς από τη χειρουργική επέμβαση.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με το στόχο, το βαθμό επικινδυνότητας και το πόσο επείγουσες είναι. Με βάση τις πληροφορίες αυτές, η νοσηλευτική φροντίδα είναι δυνατόν να εξατομικευθεί, ώστε να καλύπτονται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι ανάγκες του ασθενούς. Αν και ο νοσηλευτής της περιεγχειρητικής φροντίδας συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό υγείας για την αναγνώριση και την κάλυψη των αναγκών του ατόμου που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση, ο ίδιος πάντα φέρει το κύριο βάρος της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς (Lemone, Burke 2004).

11.1. Προετοιμασία για τη χειρουργική επέμβαση-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι χειρουργικοί ασθενείς ενδέχεται να είναι εσωτερικοί ή εξωτερικοί. Το κριτήριο με το οποίο αποφασίζεται αν μια επέμβαση πρέπει να γίνει σε εσωτερική ή εξωτερική βάση είναι η πολυπλοκότητα του χειρουργείου, η δυσκολία της ανάρρωσης και η κατάσταση στην οποία αναμένεται να βρεθεί ο ασθενής μετά τη χειρουργική επέμβαση. Εκτός από τις αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις, στους ηλικιωμένους ασθενείς ή στους ασθενείς στους οποίους υπάρχουν παράγοντες κινδύνου λόγω καρδιολογικών προβλημάτων ή προβλημάτων από το αναπνευστικό, συνήθως γίνεται ακτινογραφία θώρακα. Η ακτινολογική αυτή εξέταση προσφέρει πληροφορίες σχετικά με το μέγεθος, το σχήμα και την κατάσταση της καρδιάς και των πνευμόνων πριν την επέμβαση. Διάφορα προβλήματα από τους πνεύμονες, όπως η πνευμονοπάθεια, η φυματίωση, η ύπαρξη επασβεστώσεων ή διηθήσεων του πνευμονικού παρεγχύματος και η πνευμονία, πιθανόν να επιβάλουν την αναβολή της χειρουργικής επέμβασης, ώστε να είναι δυνατόν ο ασθενής να υποβληθεί σε περαιτέρω έλεγχο ή θεραπεία. Εάν, μολονότι υπάρχουν παθολογικά ευρήματα, η χειρουργική επέμβαση δεν είναι δυνατόν να καθυστερήσει, οι πληροφορίες που λαμβάνονται από την ακτινογραφία θώρακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να προσδιορισθεί το ασφαλέστερο είδος αναισθησίας.

Μια άλλη εξέταση που γίνεται συνήθως προεγχειρητικά, είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ). Σε ΗΚΓ υποβάλλονται συστηματικά όλοι οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε γενική αναισθησία. Το ΗΚΓ δίνει πληροφορίες για τις προϋπάρχουσες ή για τυχόν πρωτοεμφανιζόμενες καρδιακές παθήσεις. Εάν διαγνωσθεί μία απειλητική για τη ζωή του ασθενούς καρδιακή νόσος, η χειρουργική επέμβαση είναι δυνατόν να ακυρωθεί ή να αναβληθεί.

Εκτός από την ακτινογραφία θώρακα και το ΗΚΓ, είναι δυνατό να γίνουν προεγχειρητικά και άλλες εξετάσεις, ώστε να συγκεντρωθούν περισσότερα δεδομένα για την κατάσταση του ασθενούς. Για παράδειγμα, στους ασθενείς που παρουσιάζουν χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, συχνά γίνονται εξετάσεις για την εκτίμηση της λειτουργικότητας των πνευμόνων. Οι πληροφορίες αυτές βοηθούν τον αναισθησιολόγο πριν και κατά τη διάρκεια της επέμβασης να επιλέξει το καταλληλότερο είδος αναισθησίας και κατευθύνουν τόσο τον χειρουργό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης του ασθενούς (Lemone, Burke 2004).

11.2. Προεγχειρητική Αγωγή-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Στο χειρουργικό ασθενή τα προεγχειρητικά φάρμακα χορηγούνται συνήθως 45 έως 70 λεπτά πριν την προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Οποιαδήποτε καθυστέρηση στη χορήγηση των φαρμάκων αυτών, να αναφέρεται έγκαιρα. Προκειμένου να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα με τις ελάχιστες δυνατές παρενέργειες, ενδέχεται να χορηγηθεί προεγχειρητικά συνδυασμός φαρμάκων. Τέτοιου είδους επιθυμητά αποτελέσματα είναι η καταστολή του ασθενούς, η ελάττωση του άγχους, η πρόκληση αμνησίας ώστε να μην έχει ο ασθενής δυσάρεστες αναμνήσεις από τη χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία, η άνεση του ασθενούς κατά τη διάρκεια των προεγχειρητικών επεμβατικών πράξεων, η ελάττωση της έκκρισης και της οξύτητας του γαστρικού υγρού, η διέγερση της γαστρικής κένωσης, η αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού και η ελάττωση της συχνότητας της εισρόφησης που επιτυγχάνεται ελαχιστοποιώντας τις εκκρίσεις από το στόμα και το αναπνευστικό (Lemone, Burke 2004).

Η ανταπόκριση κάθε ασθενούς στην προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση σε μεγάλο βαθμό ποικίλλει. Κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας, να λαμβάνονται υπόψη οι προσωπικές, ψυχολογικές και σωματικές ιδιαιτερότητες κάθε ασθενούς, το είδος της επέμβασης και οι εκάστοτε συνθήκες που οδήγησαν στην ένδειξη της χειρουργικής παρέμβασης. Προκειμένου να προσδιορισθεί η καλύτερη δυνατή φροντίδα κάθε ασθενούς που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση, απαιτείται λεπτομερής νοσηλευτική εκτίμηση.

Πριν από τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής προχωρά σε εκτίμηση του χειρουργικού ασθενή λαμβάνοντας ένα νοσηλευτικό ιστορικό και κάνοντας μια φυσική εξέταση. Οι πληροφορίες αυτές χρησιμοποιούνται προκειμένου να εκτιμηθεί η αρχική κατάσταση του ασθενούς πριν το χειρουργείο, να αναγνωρισθούν οι σωματικές ανάγκες του, να προσδιορισθούν οι απαιτήσεις όσον αφορά την εκπαίδευση και την ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου και της οικογένειάς του και να ιεραρχηθούν οι προτεραιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί ένα σημαντικό και στρεσογόνο γεγονός. Ανεξάρτητα από τη φύση της χειρουργικής επέμβασης (είτε πρόκειται για μείζονα είτε για ελάσσονα) ο ασθενής και η οικογένειά του θα νιώσουν άγχος. Η ένταση του άγχους τους δεν είναι κατ' ανάγκη ανάλογη με το μέγεθος και τη βαρύτητα της

χειρουργικής επέμβασης. Η ικανότητα του νοσηλευτή να ακούει με ενδιαφέρον και να λαμβάνει υπόψη του τόσο τα λεκτικά όσο και τα μη λεκτικά μηνύματα του ασθενούς, είναι μεγάλης σημασίας για τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την οικογένεια του. Η «θεραπευτική επικοινωνία» είναι δυνατόν να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια να αναγνωρίσουν τους φόβους και τις επιφυλάξεις τους. Ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα, στη συνέχεια, να σχεδιάσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και την υποστηρικτική φροντίδα του ασθενούς με τέτοιο τρόπο ώστε να ελαττώσει το άγχος του και να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει με επιτυχία τους διάφορους παράγοντες που δημιουργούν άγχος στη διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου (Lemone, Burke 2004).

11.3. Προεγχειρητική Εκπαίδευση του Ασθενούς και της Οικογένειας

Η εκπαίδευση του ασθενούς αποτελεί βασική ευθύνη του νοσηλευτή κατά την προεγχειρητική περίοδο. Η εκπαίδευση και η συναισθηματική υποστήριξη έχουν θετική επίδραση στην αίσθηση σωματικής και ψυχολογικής ευεξίας τόσο πριν όσο και μετά τη χειρουργική επέμβαση. Η εκπαίδευση να αρχίζει όσο το δυνατόν νωρίτερα από τη στιγμή που ο ασθενής πληροφορείται ότι πρέπει να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Η εκπαίδευση είναι δυνατόν να αρχίσει ήδη από το εξωτερικό ιατρείο ή όταν γίνονται οι εξετάσεις πριν την εισαγωγή του ασθενούς. Παρότι η εκπαίδευση συνεχίζεται και κατά τη μετεγχειρητική φροντίδα, το μεγαλύτερο μέρος αυτής πρέπει να γίνεται πριν τη χειρουργική επέμβαση, καθότι ο πόνος και οι επιδράσεις της αναισθησίας είναι δυνατόν να ελαττώσουν σημαντικά τη μαθησιακή ικανότητα του ασθενούς.

Το πλήθος των πληροφοριών που είναι επιθυμητό να δοθούν, ποικίλλει από τον έναν ασθενή στον άλλο. Επομένως, να γίνεται εκτίμηση των αναγκών του κάθε ασθενούς και της ετοιμότητας του να αφομοιώσει τις πληροφορίες. Η εκπαίδευση κατευθύνεται και με βάση το είδος της συγκεκριμένης χειρουργικής επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί ο ασθενής. Εκτός από την ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας του σχετικά με τα μέτρα που συμβάλλουν στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης επιπλοκών, δίνονται και άλλες πληροφορίες προεγχειρητικά ώστε να προετοιμασθεί τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια του για τη χειρουργική επέμβαση. Οι πληροφορίες αυτές περιλαμβάνουν τα εξής:

- Διαγνωστικές εξετάσεις: σκεπτικό και προετοιμασία για αυτές

- Χρόνος άφιξης σε περίπτωση που η χειρουργική επέμβαση έχει προγραμματιστεί για νωρίς το πρωί
- Προετοιμασία για την χειρουργική επέμβαση μετά τα μεσάνυκτα εάν αυτή πρόκειται να πραγματοποιηθεί νωρίς το επόμενο πρωί, προετοιμασία του δέρματος, τοποθέτηση ουροκαθετήρα ή αποβολή των ούρων με την ούρηση, έναρξη προεγχειρητικής χορήγησης φαρμάκων, έναρξη ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών, φύλαξη προσωπικών αντικειμένων (δαχτυλίδια, ρολόγια, χρήματα)
- Κατασταλτικά/υπνωτικά φάρμακα τα οποία χορηγούνται τη νύχτα πριν από τη χειρουργική επέμβαση προκειμένου να διευκολυνθούν η ανάπαυση και ο ύπνος του ασθενούς
- Συνεννόηση σχετικά με τη λήψη σημαντικών φαρμάκων το πρωί της ημέρας της χειρουργικής επέμβασης
- Πληροφορημένη συναίνεση
- Αναμενόμενη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και χρόνος παραμονής στην αίθουσα ανάνηψης
- Μεταφορά στη χειρουργική αίθουσα
- Αναμονής έξω από τα χειρουργεία
- Μεταφορά στην αίθουσα ανάνηψης
- Συνήθης μετεγχειρητική αγωγή και συσκευές ή εξοπλισμός (παροχετεύσεις, σωλήνες, συσκευές ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών, οξυγόνο ή μάσκες ύγρανσης, γάζες, γύψοι, νάρθηκες)
- Προγραμματισμός για τον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου (Lemone, Burke 2004).

11.4.Φάρμακα που Χορηγούνται Μετεγχειρητικά-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η αντιμετώπιση του έντονου πόνου είναι πιο δύσκολη όταν αυτός έχει ήδη εγκατασταθεί, παρά στη φάση που ο πόνος έχει μόλις αρχίσει να εμφανίζεται. Επομένως, κατά τη μετεγχειρητική περίοδο τα αναλγητικά χορηγούνται αρχικά σε τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να επιτυγχάνεται η διατήρηση της συγκέντρωσης τους στο αίμα σε θεραπευτικά επίπεδα. Στην περίπτωση της χορήγησης αναλγητικών «κατ' επίκληση» (ανάλογα δηλαδή με τις ανάγκες του ασθενούς), τα θεραπευτικά

επίπεδα των φαρμάκων αυτών στο αίμα μειώνονται. Η καθυστέρηση στη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων αυξάνει ακόμη περισσότερο την ένταση του πόνου. Επομένως, δεν συνιστάται η χορήγηση αναλγητικών «κατ' επίκληση» στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο (πρώτες 36 με 48 ώρες μετά την επέμβαση).

Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την εκτίμηση της έντασης του πόνου του ασθενούς και για τη χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ ή NSAIDs, Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs) χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του ήπιου ως μέτριου μετεγχειρητικού πόνου. Τα φάρμακα αυτά να χορηγούνται αμέσως μετά τη χειρουργική επέμβαση (από το στόμα, παρεντερικά ή από το ορθό) σε συνδυασμό με οπιοειδή, εκτός και αν υπάρχει κάποια αντένδειξη. Αν και τα ΜΣΑΦ ενδέχεται να μην επαρκούν για τον πλήρη έλεγχο του πόνου, εντούτοις με τη χορήγηση τους είναι δυνατόν να δοθούν μικρότερες δόσεις οπιοειδών αναλγητικών και, επομένως, μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Τα ΜΣΑΦ είναι δυνατόν να χορηγηθούν με ασφάλεια σε ηλικιωμένους ασθενείς, όμως οι ασθενείς αυτοί να παρακολουθούνται στενά για τυχόν εμφάνιση παρενεργειών και ιδιαίτερα επιπλοκών από το στομάχο και τους νεφρούς. Τα οπιοειδή αναλγητικά, όπως η μορφίνη και η μεπεριδίνη, αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της αντιμετώπισης του μέτριου έως έντονου μετεγχειρητικού πόνου. Οι δασολογικές ανάγκες σε οπιοειδή ποικίλλουν σημαντικά από ασθενή σε ασθενή, και για τον λόγο αυτό η δοσολογία εξατομικεύεται (Lemone, Burke 2004).

11.5. Άμεση Μετεγχειρητική Φροντίδα-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η άμεση μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει μόλις ο ασθενής μεταφερθεί από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα ανάνηψης. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του ασθενούς και την περιοχή της χειρουργικής τομής προκειμένου να προσδιορίσει την αντίδραση του ασθενούς στη χειρουργική επέμβαση και να ανιχνεύσει τυχόν σημαντικές μεταβολές. Η συχνή εκτίμηση της διανοητικής λειτουργίας και του επιπέδου συνείδησης του ασθενή αποτελεί ακόμη ένα καθήκον του νοσηλευτή. Ενδέχεται να χρειασθεί επανειλημμένως προσανατολισμό ως προς το χώρο, το χρόνο και τα πρόσωπα. Η συναισθηματική υποστήριξη είναι επίσης σημαντική, καθότι ο ασθενής νιώθει ευάλωτος και εξαρτάται πλήρως από άλλους. Η εκτίμηση και η αξιολόγηση της ενυδάτωσης με την παρακολούθηση και την καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών είναι ζωτικής

σημασίας για την αναγνώριση σημαντικών επιπλοκών από το καρδιαγγειακό σύστημα ή τους νεφρούς. Επιπλέον, ο νοσηλευτής της αίθουσας ανάνηψης εκτιμά την ένταση του μετεγχειρητικού πόνου του ασθενούς. Με την προσεκτική χορήγηση αναλγητικών εξασφαλίζονται η ανακούφιση και η άνεση του ασθενούς, χωρίς να επιδεινώνονται οι πιθανές παρενέργειες της αναισθησίας.

Μετά τη σταθεροποίηση και την αφύπνιση του, ο ασθενής μεταφέρεται στον θάλαμο. Ο νοσηλευτής της αίθουσας ανάνηψης μεταφέρει τις πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και τις μετεγχειρητικές οδηγίες στους νοσηλευτές του ορόφου πριν από την άφιξη του ασθενούς. Με τον τρόπο αυτό ο νοσηλευτής προετοιμάζεται για τυχόν επιπλέον προβλήματα και προμηθεύεται τον απαιτούμενο εξοπλισμό. Η άμεση και συνεχής εκτίμηση του ασθενούς είναι βασικής σημασίας για την αναγνώριση ή/και την πρόληψη των επιπλοκών. Για την καταγραφή των ευρημάτων από την εκτίμηση του ασθενούς ο νοσηλευτής συμπληρώνει το ατομικό διάγραμμα στο οποίο περιγράφεται η κατάσταση του. Αξιολογείται η αρχική μετεγχειρητική κατάσταση του (για σύγκριση με τις επόμενες μετρήσεις), και συγκρίνεται με τα αντίστοιχα δεδομένα της προεγχειρητικής περιόδου. Η μετεγχειρητική εκτίμηση του ασθενούς περιλαμβάνει (αλλά δεν περιορίζεται) στα ακόλουθα:

- Γενική εμφάνιση
- Ζωτικά σημεία
- Επίπεδο συνείδησης
- Συναισθηματική κατάσταση
- Αριθμός αναπνοών
- Χρώμα δέρματος και θερμοκρασία
- Δυσφορία/ πόνος
- Ναυτία/εμετοί
- Είδος ενδοφλεβίως χορηγούμενων υγρών και ρυθμός χορήγησης
- Κατάσταση επίδεσης τραύματος
- Εκροή υγρού στις γάζες του τραύματος ή/και στο στρώμα-σεντόνια του κρεβατιού του ασθενούς
- Διούρηση (καθετήρας ή δυνατότητα ούρησης)
- Κινητικότητα όλων των άκρων

Η συχνότητα με την οποία γίνεται η εκτίμηση του ασθενούς κατά την παρακολούθηση του, καθορίζεται από την πολιτική του νοσοκομείου ή από τις οδηγίες του ιατρού. Μετά από μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, η νοσηλευτική εκτίμηση, γενικά, γίνεται κάθε 15 λεπτά στη διάρκεια της πρώτης ώρας και, αν ο ασθενής είναι σε σταθερή κατάσταση, κάθε 30 λεπτά για τις επόμενες 2 ώρες. Στη συνέχεια, εκτιμάται ανά ώρα κατά τη διάρκεια των επόμενων 4 ωρών και ακολούθως, ανά 4 ώρες. Ο ρυθμός αξιολόγησης του ασθενούς ενδεχομένως να ποικίλλει, ανάλογα με την κατάσταση του και το πρωτόκολλο που ισχύει για το κάθε είδος επέμβασης. Ιδιαίτερη σημασία έχει η άμεση ενημέρωση του χειρουργού αν διαπιστωθεί οποιαδήποτε ένδειξη επικείμενου shock ή οποιασδήποτε άλλης επιπλοκής που είναι επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς (Lemone, Burke 2004).

Μετά την αρχική εκτίμηση του ασθενούς και τη λήψη μέτρων για την ασφάλεια του (π.χ. ρύθμιση του ύψους του κρεβατιού σε χαμηλή θέση, ανύψωση των πλαινών προστατευτικών κιγκλιδωμάτων, τοποθέτηση του κομβίου κλήσης για βοήθεια σε θέση προσεγγίσιμη από τον ασθενή), ο νοσηλευτής μελετά τις μετεγχειρητικές οδηγίες του ιατρού. Οι οδηγίες αυτές κατευθύνουν τον νοσηλευτή στη φροντίδα του ασθενούς κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου. Για παράδειγμα, οι οδηγίες προσδιορίζουν το επιτρεπτό επίπεδο δραστηριότητας του ασθενούς, την ακολουθούμενη διαίτα, τα φάρμακα που θα χορηγηθούν για τον πόνο και τη ναυτία, την αντιβιοτική αγωγή, τη αναγκαιότητα συνέχισης των εγχειρητικά χορηγούμενων φαρμάκων, τη συχνότητα μέτρησης των ζωτικών σημείων, την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και τις εργαστηριακές εξετάσεις που θα γίνουν (π.χ. μέτρηση αιμοσφαιρίνης και καλίου ορού). Στα περισσότερα νοσοκομεία, οι οδηγίες που έχουν γραφεί προεγχειρητικά ξαναγράφονται μετά τη χειρουργική επέμβαση, δεδομένου ότι η κατάσταση του ασθενούς έχει μεταβληθεί (Lemone, Burke 2004).

11.6.Συνήθεις μετεγχειρητικές επιπλοκές-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Αρκετοί παράγοντες θέτουν τον ασθενή σε κίνδυνο εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η νοσηλευτική φροντίδα κατά την προεγχειρητική, τη διεγχειρητική και τη μετεγχειρητική περίοδο στοχεύει στην πρόληψη ή/ και στην ελαχιστοποίηση των συνεπειών των επιπλοκών αυτών.

11.6.1. Αιμορραγία-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Αιμορραγία ονομάζεται η υπερβολική απώλεια αίματος. Υπάρχει ο κίνδυνος για λανθάνουσα, εσωτερική αιμορραγία από κάποιο αιμοφόρο αγγείο το οποίο δεν έχει απολινωθεί ή καυτηριασθεί, ή εξαιτίας τρώσης κάποιου αιμοφόρου αγγείου από έναν σωλήνα παροχέτευσης. Η αιμορραγία είναι δυνατόν να είναι και εξωτερικά εμφανής, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση που ο θρόμβος που έχει σχηματιστεί στο σημείο της τομής αποκολληθεί ή δεν έχει σχηματιστεί καλά. Η αιμορραγία ενδέχεται, επίσης, να είναι αποτέλεσμα διαταραχών της πήξης του αίματος. Οι διαταραχές αυτές της πήκτικότητας πιθανόν να είναι αποτέλεσμα μιας παθολογικής κατάστασης ή παρενέργεια των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής. Κατά την εκτίμηση του ασθενούς με αιμορραγία, τα ευρήματα συνήθως εξαρτώνται από την ποσότητα του αίματος που έχει χαθεί και από τον ρυθμό της απώλειας. Στα αρχικά στάδια της αιμορραγίας εμφανίζεται ανησυχία και άγχος ενώ σε όψιμα στάδια, θα εμφανίσει συμπτώματα χαρακτηριστικά του shock. Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική, η απώλεια αίματος θα είναι εμφανής (Lemone, Burke 2004).

Η φροντίδα του ασθενούς που αιμορραγεί, εστιάζεται στον έλεγχο της αιμορραγίας (δηλαδή στη διακοπή της απώλειας αίματος) και στην αποκατάσταση του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος. Η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση του shock και σε ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

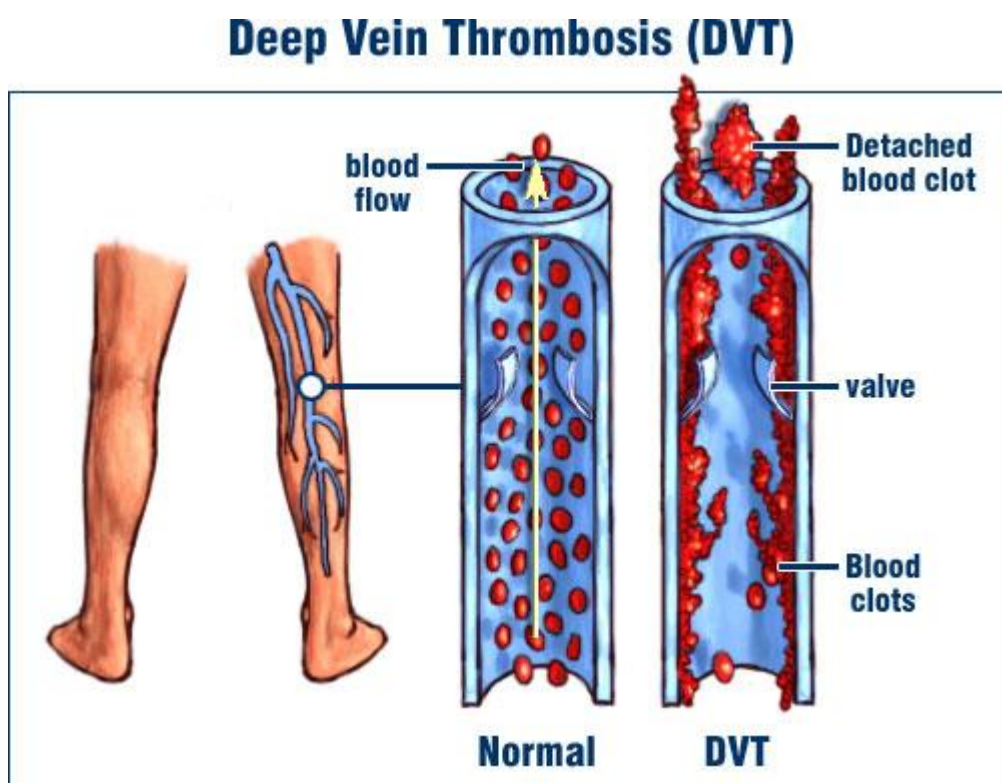
- Τοποθέτηση μιας ή περισσότερων αποστειρωμένων γαζών και πιεστικής επίδεσης στο σημείο της αιμορραγίας
- Εφαρμογή πίεσης τοπικά με το χέρι (μετά από την τοποθέτηση γαντιού -ο χειρισμός αυτός ενδεχομένως να είναι απαραίτητος για τον έλεγχο της σοβαρής εξωτερικής αιμορραγίας)
- Προετοιμασία του ασθενούς και της οικογένειας του για επείγουσα χειρουργική επέμβαση (σε σοβαρές καταστάσεις, όταν η αιμορραγία δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί διαφορετικά) (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 2000).

11.6.2. Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση συνίσταται στη δημιουργία ενός θρόμβου αίματος στο εν τω βάθει φλεβικό δίκτυο, σε συνδυασμό με φλεγμονή του τοιχώματος

του εν λόγω φλεβικού δικτύου. Πρόκειται για επιπλοκή που παρατηρείται συνηθέστερα κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου και αφορά κυρίως τα κάτω άκρα. Είναι αποτέλεσμα συνδυασμού αρκετών παραγόντων, όπως του τραυματισμού κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, της εφαρμογής πίεσης κάτω από τα γόνατα και της επιβράδυνσης της ροής του αίματος κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή και μετά από αυτή. Ιδιαίτερο κίνδυνο εμφάνισης εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης διατρέχουν οι ασθενείς ηλικίας άνω των 40 ετών οι οποίοι:

- Έχουν υποβληθεί σε ορθοπεδική χειρουργική επέμβαση στα κάτω άκρα ή σε ουρολογική, γυναικολογική, μαιευτική, ή νευροχειρουργική επέμβαση.
- Πάσχουν από κίρσους κάτω άκρων.
- Έχουν ιστορικό θρομβοφλεβίτιδας ή πνευμονικής εμβολής.
- Είναι παχύσαρκοι.
- Υποφέρουν από λοίμωξη.
- Εμφανίζουν κακοήθη νόσο (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 2000).
-



Εικόνα 31. Εν τω βάθει θλεβοθρόμβωση

Συνήθη ευρήματα κατά την εκτίμηση του ασθενούς είναι ο πόνος ή το αίσθημα συσφιγκτικού άλγους (κράμπα) στην προσβεβλημένη κνήμη ή μηρό. Είναι δυνατόν, επίσης, να παρατηρηθούν ερυθρότητα και οίδημα ολόκληρου του κάτω άκρου σε συνδυασμό με ελαφρά αύξηση της θερμοκρασίας. Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση εστιάζεται στην πρόληψη της αποκόλλησης μέρους του θρόμβου και της εμβολής αυτού καθώς μεταφέρεται με την κυκλοφορία του αίματος στην καρδιά, στον εγκέφαλο ή στους πνεύμονες, καθώς και στην πρόληψη της δημιουργίας νέων θρόμβων και στην υποβοήθηση των φυσιολογικών μηχανισμών του οργανισμού του ασθενούς για τη διάλυση των θρόμβων. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα:

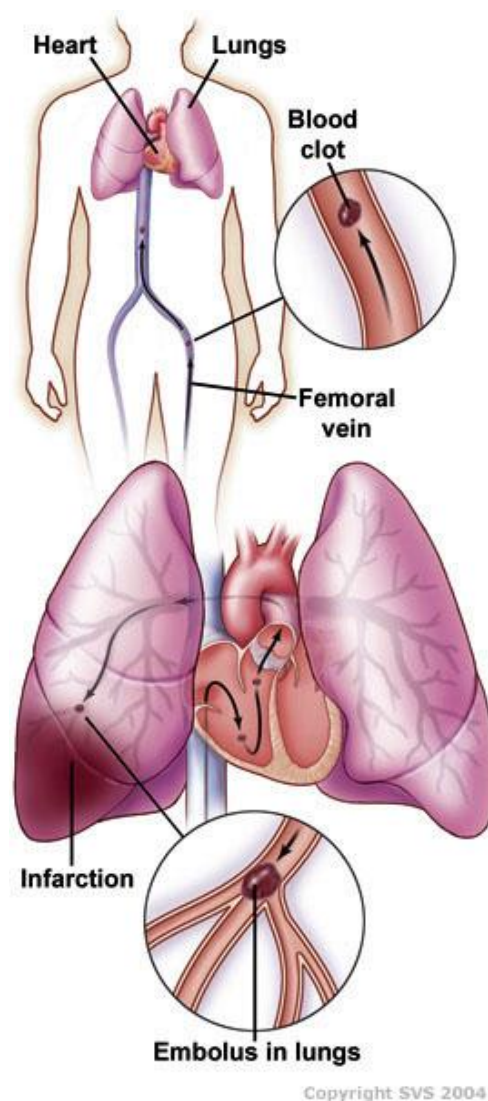
- Χορήγηση αντιπηκτικών και αναλγητικών, σύμφωνα με τις οδηγίες (συνήθως δε χορηγούνται μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη μαζί με αντιπηκτικά, καθότι έτσι αυξάνεται η αντιπηκτική τους δράση).
- Παρακολούθηση των εργαστηριακών παραμέτρων πήκτικότητας του αίματος.
- Παραμονή του ασθενούς σε κατακεκλιμένη θέση και διατήρηση του προσβεβλημένου άκρου στο ύψος της καρδιάς ή σε υψηλότερο επίπεδο.
- Τοποθέτηση μακριών ελαστικών καλτσών που φτάνουν ως το μηρό ή συσκευών για τη διέγερση της φλεβικής επιστροφής του αίματος.
- Αποφυγή της συμπίεσης της προσβεβλημένης περιοχής και αποφυγή των μαλάξεων στην περιοχή αυτή.
- Εφαρμογή θερμότητας εξωτερικά, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Καταγραφή της περιμέτρου της γαστροκνημίας ή του μηρού σε κάθε αλλαγή βάρδιας.
- Εκπαίδευση και υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας.
- Αξιολόγηση του χρώματος και της θερμοκρασίας του προσβεβλημένου άκρου σε κάθε αλλαγή βάρδιας (Lemone, Burke 2004).

11.6.3. Πνευμονική εμβολή-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η πνευμονική εμβολή οφείλεται στη μετανάστευση ενός θρόμβου αίματος ή άλλου υλικού και την ενσφήνωση του σε κάποιον κλάδο της πνευμονικής αρτηρίας. Στο χειρουργημένο ασθενή με εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, το ενδεχόμενο απόσπασης ενός τμήματος του θρόμβου από το φλεβικό τοίχωμα και μετανάστευσης

του στους πνεύμονες, την καρδιά ή τον εγκέφαλο αποτελεί μια σταθερή αιτία ανησυχίας. Η πρόωμη διάγνωση αυτής της δυνητικά απειλητικής για τη ζωή του ασθενούς επιπλοκής, εξαρτάται από την εγρήγορση και την οξυδέρκεια του νοσηλευτή και από τη συνεχή εκτίμηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 2000).

Τα συνήθη ευρήματα κατά την εκτίμηση του ασθενούς με πνευμονική εμβολή περιλαμβάνουν ελαφρά έως μέτρια δύσπνοια, θωρακικό άλγος, εφίδρωση, άγχος, ανησυχία, ταχύπνοια και ταχυκαρδία, αρρυθμίες, βήχα και κυάνωση. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων εξαρτάται από το βαθμό απόφραξης της πνευμονικής κυκλοφορίας, ενώ δεν αποκλείεται να επέλθει ακόμα και αιφνίδιος θάνατος, αν αποφραχθεί κάποιος βασικός κλάδος της πνευμονικής αρτηρίας (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 2000).



Εικόνα 32. Πνευμονική εμβολή

Στη φροντίδα του ασθενούς που παρουσιάζει πνευμονική εμβολή, ιδιαίτερη σημασία έχει η σταθεροποίηση της αναπνευστικής και καρδιαγγειακής λειτουργίας ενώ ταυτόχρονα καταβάλλονται προσπάθειες για την πρόληψη της δημιουργίας νέων εμβόλων. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τα εξής μέτρα:

- Άμεση ειδοποίηση του ιατρού και της προϊσταμένης.
- Συχνή εκτίμηση και καταγραφή των δεδομένων που αφορούν τη γενική κατάσταση του ασθενούς και των ζωτικών του σημείων.
- Διατήρηση του ασθενούς σε θέση κατάκλισης και ανύψωση της κεφαλής του κρεβατιού.
- Παροχή οξυγόνου σύμφωνα με τις οδηγίες και παρακολούθηση του κορεσμού του αρτηριακού αίματος σε οξυγόνο με παλμικό οξύμετρο.
- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών σύμφωνα με τις οδηγίες, ώστε να διατηρείται το ισοζύγιο των υγρών και να προλαμβάνεται η υπερφόρτωση της κυκλοφορίας με υγρά.
- Χορήγηση αντιπηκτικών σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Χορήγηση αναλγητικών και κατασταλτικών ώστε να μην υποφέρει (προσοχή καταβάλλεται για την πρόληψη της καταστολής του αναπνευστικού).
- Μέτρα ψυχολογικής υποστήριξης για τον ασθενή και την οικογένεια (Lemone, Burke 2004).

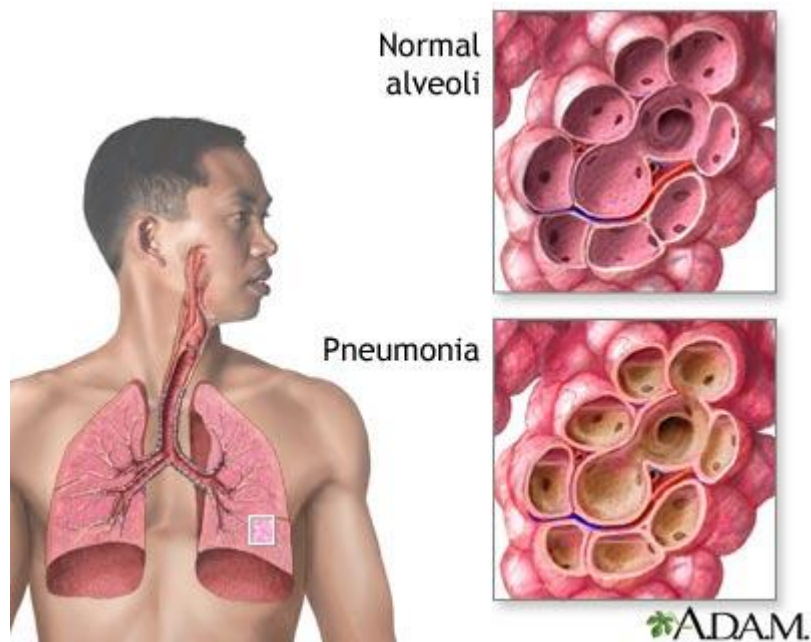
11.6.4. Πνευμονία-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Πνευμονία είναι η φλεγμονή του πνευμονικού παρεγχύματος. Η φλεγμονή προκαλείται είτε από μικροβιακή επιμόλυνση είτε από την ύπαρξη ξένου σώματος στον πνεύμονα, που οδηγεί σε ανάπτυξη λοίμωξης. Αρκετοί παράγοντες εμπλέκονται στην εμφάνιση πνευμονίας, όπως η εισρόφηση, η κατακράτηση πνευμονικών εκκρίσεων, η αδυναμία του ασθενούς να βήξει, η διαταραχή του αντανακλαστικού του βήχα και η ελαττωμένη κινητικότητα του ασθενούς.

Συνήθη ευρήματα κατά την εκτίμηση του ασθενούς με πνευμονία είναι τα εξής:

- Υψηλός πυρετός
- Ταχυκαρδία και ταχύπνοια
- Ρίγη (στην αρχική φάση)

- Παραγωγικός βήχας (η παρουσία του ή όχι εξαρτάται από το είδος της πνευμονίας)
- Δύσπνοια
- Θωρακικός πόνος
- Τρίζοντες ή και συρίττοντες κατά την ακρόαση των πνευμόνων (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 2000).



Εικόνα 33. Πνευμονία

Στόχοι κατά τη φροντίδα του ασθενούς με πνευμονία είναι η αντιμετώπιση της λοίμωξης του πνευμονικού παρεγχύματος, η υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας, η διευκόλυνση την έκπτυξης των πνευμόνων και η πρόληψη της διασποράς των μικροβίων. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα:

- Λήψη δειγμάτων πτυέλων για καλλιέργεια και έλεγχο της ευαισθησίας σε αντιβιοτικά.
- Τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι με ανύψωση της κεφαλής.

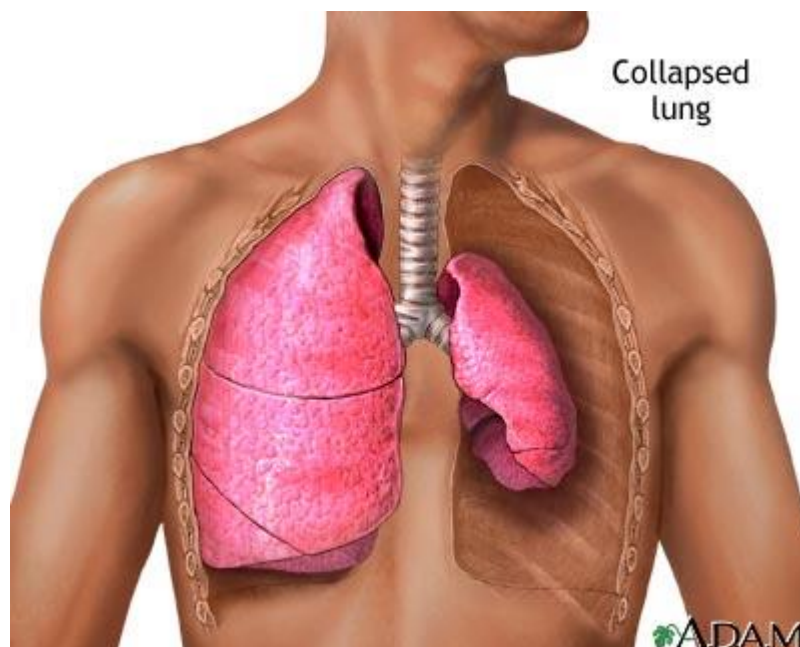
- Ενθάρρυνση να αλλάζει θέση στο κρεβάτι, να βήχει και να εκτελεί αναπνευστικές ασκήσεις (βαθιές αναπνοές) τουλάχιστον κάθε 2 ώρες.
- Υποβοήθηση με το ειδικό σπιρόμετρο για τη διευκόλυνση της φυσικοθεραπείας του αναπνευστικού συστήματος (incentive spirometry), εφαρμογή αερισμού IPPB (intermittent positive pressure breathing -αερισμός διακεκομμένης θετικής πίεσης) ή/και χορήγηση φαρμάκων με νεφελοποιητή, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Κινητοποίηση ανάλογα με τη γενική του κατάσταση και σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Χορήγηση οξυγόνου σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων και εκτίμηση των αναπνευστικών ήχων και της γενικής κατάστασης του.
- Καλή ενυδάτωση για τη διευκόλυνση της υγροποίησης των πνευμονικών εκκρίσεων.
- Χορήγηση αντιβιοτικών, αποχρεμπτικών, αντιπυρετικών και αναλγητικών, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Παροχή ή υποβοήθηση στη φροντίδα της στοματικής υγιεινής.
- Πρόληψη της διασποράς μικροοργανισμών, με την εκπαίδευση του ασθενούς και των μελών της οικογένειας του στη σωστή απομάκρυνση των πιθανά μολυσμένων αντικειμένων, την κάλυψη του στόματος όταν βήχει ο ασθενής και το σχολαστικό πλύσιμο των χεριών.
- Εφαρμογή μεθόδων ψυχολογικής υποστήριξης στον ασθενή και την οικογένεια (Lemone, Burke 2004).

11.6.5.Ατελεκτασία

Ατελεκτασία ονομάζεται η ανεπαρκής έκπτυξη ή η σύμπτωση του πνευμονικού παρεγχύματος, που οδηγεί σε ανεπαρκή αερισμό και κατακράτηση των πνευμονικών εκκρίσεων. Συνηθισμένα ευρήματα κατά την εκτίμηση του ασθενούς με ατελεκτασία είναι η δύσπνοια, η ελάττωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στην προσβεβλημένη περιοχή, οι τρίζοντες, η κυάνωση, το άγχος και η ανησυχία. Στόχος κατά τη φροντίδα του ασθενούς με ατελεκτασία είναι η διευκόλυνση της έκπτυξης

των πνευμόνων και της συστηματικής οξυγόνωσης των ιστών. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τα εξής:

- Ανύψωση της κεφαλής του κρεβατιού.
- Χορήγηση οξυγόνου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Ενθάρρυνση του ασθενούς να βήχει, να αλλάζει θέσεις στο κρεβάτι και να παίρνει βαθιές αναπνοές κάθε 2 ώρες.
- Κινητοποίηση ανάλογα με τη γενική του κατάσταση και σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Υποβοήθηση με το ειδικό σπιρόμετρο για τη διευκόλυνση της φυσικοθεραπείας του αναπνευστικού (incentive spirometry) ή εφαρμογή άλλων αναπνευστικών ασκήσεων όπως για παράδειγμα, το φούσκωμα ενός μπαλονιού, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Εξασφάλιση της σωστής ενυδάτωσης.
- Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του (Lemone, Burke 2004).



Εικόνα 34. Ατελεκτασία

11.6.6.Επιπλοκές από το Τραύμα

Τα τραύματα επουλώνονται είτε κατά πρώτο είτε κατά δεύτερο είτε κατά τρίτο σκοπό. Η επούλωση κατά πρώτο σκοπό προτιμάται όταν το τραύμα δεν παρουσιάζει κάποια επιπλοκή, είναι καθαρό και εμφανίζει ελάχιστη απώλεια ιστού. Τα χείλη του τραύματος συμπλησιάζουν ικανοποιητικά (έρχεται το ένα σε επαφή με το άλλο), με την εφαρμογή ραμμάτων ή μεταλλικών κλιπς. Αυτός ο τύπος χειρουργικού τραύματος επουλώνεται γρήγορα. Μετά την επούλωση αναμένεται η δημιουργία μικρής μόνο ουλής. Η επούλωση κατά δεύτερο σκοπό αναφέρεται στην επούλωση που λαμβάνει χώρα όταν το τραύμα είναι μεγάλο, με ακανόνιστο σχήμα και όταν υπάρχει χάσμα (λόγω απώλειας ιστών). Η απώλεια ιστών δεν επιτρέπει την προσέγγιση των χειλέων του τραύματος. Επομένως, το τραύμα γεμίζει από κοκκιωματώδη ιστό. Αυτός ο τύπος τραύματος επουλώνεται βραδύτερα, είναι περισσότερο επιρρεπής σε επιμολύνσεις και συνδυάζεται με ανάπτυξη περισσότερου ουλώδους ιστού. Εάν αφηθεί να περάσει αρκετός χρόνος και τελικά το τραύμα συρραφεί, πρόκειται για επούλωση κατά τρίτο σκοπό. Η διαπύηση του τραύματος είναι περισσότερο πιθανή στην περίπτωση αυτή. Επειδή δεν έχει γίνει συμπλησίαση των χειλέων του τραύματος, η αναγέννηση των ιστών γίνεται με τη δημιουργία κοκκιωματώδους ιστού. Η σύγκλιση του τραύματος έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας μεγάλης ουλής (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 2000).

Η πλήρης επούλωση του χειρουργικού τραύματος, από τη στιγμή της δημιουργίας της χειρουργικής τομής, γίνεται σε τέσσερις φάσεις. Εντούτοις, ο χρόνος επούλωσης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως είναι η ηλικία, η κατάσταση της θρέψης του ασθενούς, η γενική κατάσταση της υγείας του, το είδος και η θέση του τραύματος.

- Η εκροή υγρών (εξιδρώματος) από το τραύμα είναι αποτέλεσμα της φλεγμονώδους διεργασίας και παρατηρείται στις δύο πρώτες φάσεις της επούλωσης του τραύματος. Η εκροή υγρού οφείλεται στην πλούσια αιμάτωση των ιστών που περιβάλλουν το τραύμα και αποτελείται από εξαγγειωμένα υγρά και κύτταρα.
- Η εκροή υγρού περιγράφεται ως ορώδης, οροαιματηρή, ή πυώδης.
- Το ορώδες υγρό περιέχει, κατά κύριο λόγο, τον ορό του αίματος. Το υγρό αυτό είναι καθαρό ή ελαφρώς κίτρινο και λεπτόρρευστο.

- Το οροαιματηρό υγρό περιέχει ένα συνδυασμό ορού και ερυθρών αιμοσφαιρίων. Είναι σχετικά παχύρρευστο και έχει εξέρυθρο χρώμα. Αυτός είναι ο συνηθέστερος τύπος υγρού που παροχετεύεται από τα μη επιπλεγμένα χειρουργικά τραύματα.
- Το πυώδες υγρό αποτελείται από λευκά αιμοσφαίρια, ράκη ιστών και μικρόβια. Το πυώδες έκκριμα είναι αποτέλεσμα λοίμωξης. Συνήθως είναι παχύρρευστο και η χροιά του ποικίλλει ανάλογα με τον υπεύθυνο μικροοργανισμό. Ενδέχεται, επίσης, να έχει δυσάρεστη οσμή (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 2000).

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που φέρει τραύμα κατά τη μετεγχειρητική περίοδο, εστιάζεται στην πρόληψη των επιπλοκών από το τραύμα και στην έγκαιρη αναγνώριση τους. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει βασικό ρόλο στην υποστήριξη της διαδικασίας επούλωσης του τραύματος, προσφέροντας συναισθηματική στήριξη στον ασθενή και εκπαιδεύοντας τον σχετικά με τη φροντίδα του τραύματος.

Τα συνήθη σημεία κατά την εκτίμηση του ασθενούς που παρουσιάζει επιμόλυνση του τραύματος, είναι η εκροή δύσοσμου πυώδους υγρού και η ερυθρότητα, η αυξημένη τοπικά θερμοκρασία και το οίδημα γύρω από τα χείλη της τομής. Επιπλέον, ενδέχεται να παρουσιάζει πυρετό, ρίγη, ταχύπνοια και ταχυκαρδία. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την εφαρμογή των ακόλουθων μέτρων:

- Τήρηση των κανόνων ασηψίας (π.χ. σωστή τεχνική πλυσίματος των χεριών).
- Τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμωδών Νοσημάτων (CDC) όσον αφορά τη φροντίδα του τραύματος.
- Τήρηση των κανόνων ασηψίας κατά τις αλλαγές του τραύματος, τους χειρισμούς και τη διαχείριση των σωλήνων παροχέτευσης.
- Εκτίμηση των ζωτικών σημείων και ιδιαίτερα της θερμοκρασίας.
- Αξιολόγηση των χαρακτηριστικών του υγρού που παροχετεύεται από το τραύμα (χρώμα, οσμή, ποσότητα).
- Εκτίμηση της κατάστασης της τομής (συμπλησίαση των χειλέων του τραύματος, ράμματα, κλιπς, ή παροχέυσεις).
- Καθαρισμός, πλύσεις και τοποθέτηση γαζών στο τραύμα, σύμφωνα με τις οδηγίες. Συχνά ζητάται η χρήση αποστειρωμένου φυσιολογικού ορού. Το διάλυμα ιωδιούχου ποβιδόνης (Betadine) δεν συνιστάται πλέον για τη φροντίδα του τραύματος.

- Διατήρηση της ενυδάτωσης του ασθενούς και θρεπτική υποστήριξη αυτού.
- Καλλιέργεια του υγρού που παροχετεύεται από το τραύμα πριν την έναρξη της χορήγησης αντιβιοτικής αγωγής.
- Χορήγηση αντιβιοτικών και αντιπυρετικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειας (Lemone, Burke 2004).

12.ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

Η χημειοθεραπεία είναι μία αντικαρκινική θεραπεία με φάρμακα που μπορούν να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα. Χημειοθεραπεία είναι η συστηματική χρήση φαρμάκων για την θεραπεία του καρκίνου. Αυτά τα φάρμακα συχνά αποκαλούνται "αντικαρκινικά" φάρμακα. Χρησιμοποιούνται διάφορες κατηγορίες φαρμάκων που δρουν στα καρκινικά κύτταρα αλλά επηρεάζουν και τα υγιή κύτταρα. .

Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο υποβάλλονται σήμερα σε χημειοθεραπεία σε αρχικό ή σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, με σκοπό είτε την ίαση ή την ανακούφιση. Οι περισσότερες επιτυχίες της χημειοθεραπείας οφείλονται στην χορήγηση πολλών και όχι ενός φαρμάκου. Σήμερα υπάρχουν τουλάχιστον 80 είδη διαφορετικών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται πιο συχνά μετά από μια επέμβαση για αφαίρεση του καρκίνου, ακόμα κι αν δεν υπάρχουν σημεία ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί. Αυτό ονομάζεται επικουρική χημειοθεραπεία. Σε μερικούς καρκίνους, ιδιαίτερα του μαστού και του παχέος εντέρου, η επικουρική χημειοθεραπεία έχει δείξει ότι μειώνει τις πιθανότητες επανεμφάνισης του καρκίνου. Και τα άτομα με καρκίνο που κάνουν αυτή τη θεραπεία ζουν γενικά περισσότερο σε σχέση με αυτούς που δεν την κάνουν.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να γίνει και πριν από μια επέμβαση, για να συρρικνώσει τον καρκίνο και να κάνει την επέμβαση πιο εύκολη ή πιο αποτελεσματική. Αυτή ονομάζεται προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος δεν μπορεί να θεραπευτεί η χημειοθεραπεία μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής. Αυτή ονομάζεται παρηγορητική χημειοθεραπεία.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση περισσότερων από ένα φαρμάκων. Η συνδυαστική χημειοθεραπεία αφορά τη χορήγηση μιας ομάδας φαρμάκων που δρουν ταυτόχρονα, για να σκοτώσουν τα καρκινικά κύτταρα. Το μειονέκτημα των αντικαρκινικών φαρμάκων είναι ότι συχνά επηρεάζουν και τα φυσιολογικά κύτταρα εκτός από τα καρκινικά. Τα φυσιολογικά κύτταρα που είναι πιθανότερο να επηρεαστούν είναι αυτά που διαιρούνται γρήγορα, όπως αυτά που βρίσκονται στο μυελό των οστών, στο βλεννογόνο της γαστρεντερικής οδού, στο αναπαραγωγικό σύστημα και στους θύλακες των τριχών. Αφού ολοκληρωθεί η θεραπεία, αυτά τα κύτταρα συνήθως αναρρώνουν.

12.1.Χημειοθεραπεία στην καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συχνά διαγιγνώσκεται σε πρώιμα στάδια (I ή II) και μπορεί να αντιμετωπισθεί επιτυχώς με ριζική υστερεκτομία ή ακτινοθεραπεία. Ένα μικρό ποσοστό ασθενών παρουσιάζονται εξαρχής με νόσο, η οποία έχει επεκταθεί έκτος της ελάσσονος πυέλου. Αυτές οι ασθενείς, καθώς και οι ασθενείς οι οποίες παρουσιάζουν υποτροπή της νόσου, μετά την αρχική χειρουργική αγωγή ή την ακτινοβολία είναι υποψήφιος για συστηματική χημειοθεραπεία (Λώλης 2004).

Η δραστηριότητα της συστηματικής χημειοθεραπείας στον προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι περιορισμένη. Ένας σημαντικός παράγοντας είναι η ενδογενής ανθεκτικότητα των καρκινικών κυττάρων στα κυτταροστατικά. Ένας άλλος παράγοντας είναι η προηγηθείσα ακτινοθεραπεία της πυέλου. Η τελευταία, αφενός δημιουργεί ίνωση και επηρεάζει την αγγείωση του όγκου με αποτέλεσμα την ελαττωμένη πρόσληψη των χημειοθεραπευτικών από τα καρκινικά κύτταρα και αφετέρου ελαττώνει τις εφεδρείες του μυελού των οστών, λόγω της επίδρασης της στα αιμοποιητικά κύτταρα. Εξάλλου, σε πολλές ασθενείς με τοπική υποτροπή της νόσου, διαπιστώνεται απόφραξη των ουρητήρων, με αποτέλεσμα υδρονέφρωση και νεφρική δυσλειτουργία, η οποία περιορίζει τη χορήγηση κυτταροστατικών που απεκκρίνονται από τους νεφρούς (Μιχαλάς 2000).

Την τελευταία εικοσαετία έχουν δοκιμασθεί πολλά χημειοθεραπευτικά φάρμακα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η αντιμετώπιση του μεταστατικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με μονοθεραπεία, έχει ως αποτέλεσμα μερική ανταπόκριση, σε μικρό ποσοστό ασθενών. Προκειμένου να βελτιωθούν αυτά τα αποτελέσματα, διάφοροι συνδυασμοί χημειοθεραπευτικών φαρμάκων έχουν χρησιμοποιηθεί, για την αντιμετώπιση των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου. Στις περισσότερες μελέτες, οι μεταστατικές εστίες της νόσου εκτός πεδίου προηγηθείσης ακτινοβολίας, ανταποκρίνονται καλύτερα στη χημειοθεραπεία απ' ό,τι οι υποτροπές της νόσου εντός του πεδίου της ακτινοβολίας (Μιχαλάς 2000).

Οι διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι εναντίον του καρκίνου στοχεύουν στην ίαση, τον έλεγχο της νόσου ή στην ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα του. Οι στόχοι αυτοί ενδέχεται να αλληλοεπικαλύπτονται. Ο καρκίνος είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί με χημειοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, ή βιοθεραπεία. Στη χημειοθεραπεία χρησιμοποιούνται κυτταροτοξικά φάρμακα για τη

θεραπεία κάποιων μορφών καρκίνου, όπως οι λευχαιμίες, τα λεμφώματα και κάποιοι συμπαγείς όγκοι. Στόχος μπορεί να είναι να μειωθεί το μέγεθος του όγκου, λειτουργώντας συμπληρωματικά στη χειρουργική θεραπεία ή την ακτινοθεραπεία, ή η πρόληψη της εμφάνισης μεταστάσεων και η αντιμετώπιση γνωστών μεταστατικών εστιών. Η χημειοθεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με τη βιοθεραπεία. Όλα τα χημειοθεραπευτικά σχήματα έχουν παρενέργειες ή τοξικές δράσεις. Το είδος και η βαρύτητα των παρενεργειών εξαρτώνται από τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα (Lemone, Burke 2004).

Η χημειοθεραπεία προκαλεί διαταραχή του κυτταρικού κύκλου σε διάφορες φάσεις του, αναστέλλοντας τον κυτταρικό μεταβολισμό και τη διαίρεση του κυττάρου. Δρα, επίσης, επηρεάζοντας την ικανότητα του κακοήθους κυττάρου να συνθέτει ζωτικής σημασίας ένζυμα και χημικές ουσίες. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να είναι ειδικά για συγκεκριμένη κυτταρική φάση, να λειτουργούν δηλαδή μόνο στη διάρκεια συγκεκριμένης φάσης του κυτταρικού κύκλου, ή μη ειδικά, λειτουργώντας καθ' όλη τη διάρκεια αυτού. Τα περισσότερα χημειοθεραπευτικά πρωτόκολλα περιλαμβάνουν συνδυασμούς φαρμάκων που χορηγούνται σε ποικίλα χρονικά διαστήματα (Lemone, Burke 2004).

12.2.Δράσεις των Χημειοθεραπευτικών Φαρμάκων

Τα τελευταία χρόνια, η χημειοθεραπεία έχει συμβάλει σημαντικά στη αντιμετώπιση του καρκίνου, στον έλεγχο και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου. Παρόλα αυτά, η δράση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων προκαλεί συχνά σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες από διάφορα συστήματα του οργανισμού. Οι ασθενείς με καρκίνο ταλαιπωρούνται από συμπτώματα που σχετίζονται με τη νόσο ή την τοξικότητα της χορηγούμενης θεραπείας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αντινεοπλασματικής θεραπείας μπορεί να είναι άμεσες, εκδηλούμενες εντός μερικών ωρών ή αργότερες, εκδηλούμενες εντός λίγων ημερών από τη λήψη της χημειοθεραπείας. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που ευθύνονται για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας είναι το είδος, η δόση και ο αριθμός των φαρμάκων, καθώς και ο εγγενής βαθμός ανοχής των ανεπιθύμητων ενεργειών από τον ασθενή (Πολυκανδριώτη και συν. 2010).

Οι παρενέργειες και οι τοξικές δράσεις των χημειοθεραπευτικών παραγόντων ποικίλλουν ανάλογα με το είδος του χορηγούμενου φαρμάκου και τη διάρκεια της

θεραπείας. Επειδή τα περισσότερα από τα φάρμακα αυτά δρουν σε κύτταρα που αναπτύσσονται ταχέως, οι παρενέργειες τους οφείλονται στη βλάβη φυσιολογικών κυττάρων του οργανισμού με ταχύ ρυθμό πολλαπλασιασμού. Οι παρενέργειες των ορμονών αντανakλούν τη φυσιολογική δράση των χορηγούμενων ορμονών ή οφείλονται στην καταστολή της φυσιολογικής παραγωγής ορμόνης. Παράδειγμα τέτοιων παρενεργειών είναι η αρρενοποιός δράση των ανδρογόνων που χορηγούνται στον καρκίνο των ωοθηκών. Ιστοί/κύτταρα που συνήθως προσβάλλονται από τα κυτταροτοξικά φάρμακα είναι οι εξής:

- Βλεννογόνοι στόματος, γλώσσας, οισοφάγου, στομάχου, εντέρου και ορθού. Η βλάβη των βλεννογόνων είναι δυνατόν να έχει ως αποτέλεσμα ανορεξία, απώλεια της γεύσης, αποφυγή του φαγητού, ερύθημα και επώδυνες εξελκώσεις σε οποιοδήποτε μέρος του πεπτικού σωλήνα, καθώς και ναυτία, έμετο και διάρροια.
- Κύτταρα του θυλάκου των τριχών, με αποτέλεσμα την αλωπεκία.
- Καταστολή του μυελού των οστών, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται οι περισσότερες μορφές των κυττάρων του αίματος (π.χ. κοκκιοκύτταρα, λεμφοκύτταρα, αιμοπετάλια και ερυθρά αιμοσφαίρια). Η καταστολή του μυελού των οστών έχει ως αποτέλεσμα έκπτωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού, διαταραχή της πήκτικότητας και βαριά αναιμία.
- Όργανα, όπως η καρδιά, οι πνεύμονες, η ουροδόχος κύστη, οι νεφροί. Οι βλάβες αυτές παρατηρούνται κατά τη χρήση συγκεκριμένων χημειοθεραπευτικών παραγόντων.
- Αναπαραγωγικά όργανα, με αποτέλεσμα διαταραχή της αναπαραγωγικής ικανότητας ή προβλήματα στην ανάπτυξη του εμβρύου (Lemone, Burke 2004).

12.3 Αντιμετώπιση Ασθενών που Υποβάλλονται σε Χημειοθεραπεία

Εκτός από την εφαρμογή των παραπάνω νοσηλευτικών παρεμβάσεων, οι νοσηλευτές βοηθούν στην αναγνώριση και την αντιμετώπιση των τοξικών ή άλλων παρενεργειών των φαρμάκων και προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή. Η προσεκτική εκτίμηση και παρακολούθηση του ασθενούς για τυχόν εμφάνιση σημείων και συμπτωμάτων, σε συνδυασμό με τις κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις, μπορούν να προειδοποιήσουν έγκαιρα το νοσηλευτή για την εμφάνιση τοξικών παρενεργειών. Η ναυτία και ο εμετός, η διάρροια, η φλεγμονή και η

εξέλκωση του βλεννογόνου του στόματος, η απώλεια των τριχών, οι αλλοιώσεις του δέρματος, η ανορεξία και η κόπωση απαιτούν ειδικές φαρμακευτικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις αυτές αναλύονται παρακάτω στο παρόν κεφάλαιο μαζί με τις αντίστοιχες νοσηλευτικές διαγνώσεις. Τυχόν ενδείξεις τοξικής δράσης των φαρμάκων σε όργανα (νεφροτοξικότητα, νευροτοξικότητα, ή καρδιοτοξικότητα) να αναφέρονται αμέσως στο θεράποντα ιατρό. Μια άλλη πλευρά της αντιμετώπισης των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, είναι η εκπαίδευση τους σχετικά με τη φροντίδα των σημείων φλεβικής προσπέλασης και την ασφαλή απομάκρυνση των χρησιμοποιημένων συσκευών της χημειοθεραπείας και των σωματικών τους υγρών. Οι νοσηλευτές, επίσης, εκπαιδεύουν τους ασθενείς:

- στο να προσλαμβάνουν αυξημένη ποσότητα υγρών, ώστε να διευκολύνεται η αποβολή των φαρμάκων από τον οργανισμό,
- να αναπαύονται για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, γεγονός που τους βοηθά να ανεχθούν τη θεραπεία καλύτερα και να αποφύγουν την εμφάνιση άλλων ασθενειών
- να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν επιπλοκές που σχετίζονται με τα φάρμακα που λαμβάνουν
- να γνωρίζουν πότε να ειδοποιήσουν τον ιατρό τους ή την ομάδα επείγουσας βοήθειας και
- εάν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι χαμηλός να περιορίζουν την έκθεση τους και τον συγχρωτισμό με άλλα άτομα, ιδιαίτερα με όσους παρουσιάζουν λοιμώξεις ή με παιδιά (Lemone, Burke 2004).

Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι δυνατόν να εμφανισθούν διάφορα ψυχολογικά προβλήματα, που προκαλούν αξιοσημείωτη ή βαριά συναισθηματική εξάντληση. Η χημειοθεραπεία και οι παρενέργειες της είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ικανότητα του ασθενούς να εργασθεί, να φροντίσει την οικογένεια και το σπίτι του, να έχει σεξουαλική δραστηριότητα ή να συμμετέχει σε κοινωνικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Η απώλεια βάρους και η αλωπεκία είναι δυνατόν να δημιουργήσουν αισθήματα αδυναμίας και κατάθλιψης. Ο νοσηλευτής είναι σε θέση να βοηθήσει με προσεκτική αξιολόγηση των συμπτωμάτων, παρέχοντας ειδικές παρεμβάσεις ανάλογα με τις ενδείξεις, δίνοντας στους ασθενείς τη δυνατότητα να εκφράσουν τους φόβους, τις ανησυχίες και τα συναισθήματα τους. Οι ασθενείς να

ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στη φροντίδα τους και να διατηρούν τον έλεγχο της ζωής τους, για όσο το δυνατόν περισσότερο (Lemone, Burke 2004).

Η διάρκεια και η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων:

- Από τον τύπο της νεοπλασίας.
- Από το χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός να απαντήσει θετικά στη θεραπεία.
- Από τις συνυπάρχουσες παθήσεις (ηπατική βλάβη, καρδιακή, αναπνευστική και νεφρική ανεπάρκεια)
- Από το χρόνο αναπλάσεως των υγιών κυττάρων.

Γενικά για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μία περίοδος αναπαύσεως. Η περίοδος αναπαύσεως είναι συνήθως μεγαλύτερη της θεραπείας. Αυτές οι περιόδους βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας. Η χημειοθεραπεία μπορεί να δίνεται καθημερινά (για λίγες μέρες), εβδομαδιαίως ή μηνιαίως. Ο γιατρός θα εκτιμήσει για πόσο χρονικό διάστημα θα γίνεται η θεραπεία. Το προσχεδιασμένο πρόγραμμα θεραπείας μπορεί να προσαρμοστεί στην προσωπική αντίδραση του αρρώστου καθώς περνάει ο καιρός ώστε να ανταποκριθεί και στις ανάγκες τις θεραπείας (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 2000).

12.4. Η αντιμετώπιση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας- Νοσηλευτικοί ρόλοι

Τα συμπτώματα από τη χημειοθεραπεία αποτελούν μεγάλο εμπόδιο στην καθημερινή δραστηριότητα και είναι δυνατόν να προκαλέσουν τροποποίηση στη θεραπεία ή να καθυστερήσουν τη λήψη αυτής και γενικά επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας εξαρτάται όχι μόνο από τη σοβαρότητα και τη συχνότητα εμφάνισής τους, αλλά και από το βαθμό καταπόνησης που επιφέρουν στον ασθενή. Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να γνωστοποιούνται και να τεκμηριώνονται από την επικοινωνία του ασθενούς με τους επαγγελματίες υγείας. Πολλές φορές, οι ασθενείς δυσκολεύονται να αναφέρουν τα συμπτώματά τους μέχρι που η σοβαρότητα του προβλήματος φθάνει στο βαθμό του «επείγοντος», οπότε απαιτείται άμεση παρέμβαση ή ακόμη και είσοδος στο νοσοκομείο, αυξάνοντας σημαντικά το κόστος νοσηλείας, επιφέροντας διαταραχή στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών (Πολυκανδριώτη και συν. 2010).

Η εκτίμηση των συμπτωμάτων από τους επαγγελματίες υγείας δεν έχει ενσωματωθεί πλήρως ως μέρος της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Αφενός μεν, επειδή οι επαγγελματίες υγείας συχνά αγνοούν, παραβλέπουν ή αδυνατούν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα και δραστηριοποιούνται μόνο, όταν παραπονεθεί ο ασθενής, αφετέρου δε, οι ίδιοι οι ασθενείς διστάζουν να αναφερθούν στα προβλήματα που τους απασχολούν. Για παράδειγμα, μερικοί ασθενείς θεωρούν ότι η αναφορά των συμπτωμάτων μπορεί να επιφέρει εισαγωγή στο νοσοκομείο, χορήγηση διαφορετικής φαρμακευτικής αγωγής με άγνωστες προς αυτούς ανεπιθύμητες ενέργειες, ενώ άλλοι ασθενείς θεωρούν ότι η αναφορά αυτών μπορεί να αποσπάσει την προσοχή του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού από τη θεραπεία του καρκίνου. Ένας επιπρόσθετος λόγος, που περιπλέκει την κατάσταση, είναι η εν πολλοίς λανθασμένη αντίληψη, ότι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι ευθύνη και μόνο των ίδιων των ασθενών. Ως επακόλουθο, τα συμπτώματα που δεν ανακουφίζονται έχουν καταστροφικά αποτελέσματα σε λειτουργικό επίπεδο, στη διάθεση και, τελικά, στην ποιότητα ζωής τους (Πολυκανδριώτη και συν. 2010).

Τα προβλήματα στην εκτίμηση και την αναγνώριση των συμπτωμάτων της θεραπείας του καρκίνου, έχει δειχθεί από έρευνες, ότι αποτελούν το σημαντικότερο εμπόδιο στην εμπειριστατωμένη αντιμετώπιση του καρκίνου. Το κυριότερο αφορά στο γεγονός ότι τις περισσότερες φορές οι ασθενείς δεν εκδηλώνουν μόνο ένα σύμπτωμα, αλλά πολλά συμπτώματα ταυτόχρονα. Η προσοχή των επαγγελματιών υγείας, συνεπώς, θα πρέπει να εστιάζεται σε όλα τα συμπτώματα και στη σχέση αλληλεπίδρασης που συνήθως έχουν μεταξύ τους (Πολυκανδριώτη και συν. 2010).

12.4.1. Ναυτία και έμετος

Η ναυτία και ο εμετός προέχονται από την επίδραση των κυτταροστατικών στο κέντρο του εμετού. Ο εμετός θεωρείται αμυντικός μηχανισμός του οργανισμού για την απαλλαγή του από το τοξικό περιεχόμενο του στομάχου. Σχετίζεται ακόμα και με το έντονο stress του αρρώστου για τη νόσο και τα θεραπευτικά αποτελέσματα της.

Σαν νοσηλευτικά μέτρα προτείνονται:

- Χορήγηση αντιεμετικών προληπτικά, κατά και μετά τη θεραπεία, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

- Αναπλήρωση απωλεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών και καλή ρύθμιση διαιτολογίου για την εξασφάλιση καλής θρέψης.
- Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και παρακολούθηση για πιθανή αιματοουρία.
- Ενημέρωση του αρρώστου για την αλλαγή χρώματος των ούρων από ορισμένα φάρμακα σε κόκκινο ή κιτρινωπό ή έντονη οσμή, που θα είναι παροδική, για να μην ανησυχήσει.
- Καλή μάσηση, γεύματα μικρά, όχι λιπαρά και ζεστά.
- Καθαρό περιβάλλον χωρίς μυρουδιές, διότι προκαλούν έμετο.
- Φροντίδα στόματος ιδιαίτερα μετά τον έμετο.
- Ανάπαυση τουλάχιστον 2ωρο μετά το γεύμα.
- Ξηρές τροφές-κράκερς, φρυγανιά απορροφούν τα υγρά του στομάχου και βοηθούν να ηρεμήσει.
- Αφαίρεση οδοντοστοιχίας-όταν υπάρχει- κατά τη θεραπεία, διότι σαν ξένο σώμα προκαλεί έμετο.
- Ψυχολογική υποστήριξη, διότι μερικοί άρρωστοι στη σκέψη έναρξης θεραπείας ή εισαγωγής στο νοσοκομείο παρουσιάζουν ναυτία ή έμετο (Αθανάτου 2007).

12.4.2.Ανορεξία

Ανορεξία, απώλεια βάρους από την επίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως ναυτία, έμετοι, πόνος, κόπωση, δυσφαγία, στοματίτιδα, απώλεια γεύσης.

Σαν νοσηλευτικά μέτρα προτείνονται:

- Αξιολόγηση, προγραμματισμός και αντιμετώπιση των παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία των προβλημάτων.
- Καθαρό και ήρεμο περιβάλλον.
- Καλά ρυθμισμένη δίαιτα για την κάλυψη θερμιδικών και θρεπτικών αναγκών σε μικρά και ελκυστικά γεύματα.
- Εκπλήρωση των επιθυμιών σε θέματα ποικιλίας.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει όλο το φαγητό του χωρίς βία.
- Καθημερινός έλεγχος βάρους σώματος.
- Επιμελή φροντίδα στόματος.

- Αποφυγή καπνίσματος και οينوπνεύματος, διότι ερεθίζουν τους βλεννογόνους (Αθανάτου 2007).

12.4.3. Διάρροια- δυσκοιλιότητα

Διάρροια-δυσκοιλιότητα από την τοξική επίδραση της χημειοθεραπείας α) στα επιθηλιακά κύτταρα του λεπτού εντέρου με συνέπεια την καταστροφή τους και την κακή απορρόφηση του νερού και β) από την επίδραση τους στο αυτόνομο νευρικό σύστημα με αποτέλεσμα τη δυσκοιλιότητα.

Σαν νοσηλευτικά μέτρα για τη διάρροια προτείνονται:

- Υδρική δίαιτα σε οξείες καταστάσεις για να ξεκουραστεί το έντερο και αντιδιαρροϊκά φάρμακα σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Αντικατάσταση απωλεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Τροφή και υγρά σε θερμοκρασία μέτρια.
- Πολύ ζεστά ή κρύα ερεθίζουν και κινητοποιούν το έντερο.
- Αποφυγή ερεθιστικών τροφών και όσων προκαλούν αέρια.
- Τοπική καθαριότητα για την πρόληψη ερεθισμού από τις κενώσεις.

Σαν νοσηλευτικά μέτρα για τη δυσκοιλιότητα προτείνονται:

- Χορήγηση υγρών και τροφές με υπόλειμμα.
- Αποφυγή υποκλυσμών για την πρόληψη αιμορραγίας, διότι υπάρχει αιμορραγική τάση.
- Αυξημένη κίνηση όσο είναι δυνατόν για την κινητοποίηση του εντέρου.
- Υπακτικά με ιατρική οδηγία.
- Παρακολούθηση για πιθανή μέλαινα κένωση (Αθανάτου 2007).

12.4.4. Ξηρότητα στόματος, στοματίτιδα-βλεννογονίτιδα

Ξηρότητα στόματος, στοματίτιδα-βλεννογονίτιδα από α) αναστολή της ανάπτυξης του επιθηλίου του στόματος και των σιελογόνων αδένων και β) την καταστολή του μυελού που αυξάνει την επιρρέπεια στις λοιμώξεις.

Σαν νοσηλευτικά μέτρα προτείνονται:

- Ενημέρωση του αρρώστου ότι τα φάρμακα αυτά προκαλούν τα πιο πάνω προβλήματα.

- Σύσταση να ακολουθήσει τα παρακάτω για την πρόληψη ή βελτίωση τους: Λήψη υγρών, πιπίλισμα πάγου ή τσίχλας ή κάτι ζαχαρωτό για την αύξηση σιέλου.
- Φροντίδα στόματος πριν το γεύμα, βοηθεί στην ύγρανση του στόματος.
- Εξασφάλιση ελκυστικών γευμάτων, που τόσο στη θέα όσο και τη μυρουδιά τους προκαλούν έκκριση σιέλου.
- Φροντίδα χειλέων με επάλειψη κρέμας.
- Τροφή υδαρή, μαλακή, πλούσια σε λευκώματα.
- Αποφυγή ξινών, σκληρών και πολύ ζεστών, διότι ερεθίζουν.
- Ανακουφίζουν τα κρύα.
- Χρήση μαλακής βούρτσας δοντιών για την πρόληψη ερεθισμού και σε οξεία φάση (ελκώδη στοματίτιδα) φροντίδα με γάζα ή τολύπιο βάμβακα.
- Γαργάρες με αραιό διάλυμα σόδας σε χαμομήλι είναι καταπραϋντικό.
- Χρήση αντισηπτικού ή τοπικού αναισθητικού για τον πόνο με ιατρική οδηγία.
- Συχνός έλεγχος του στόματος για παρουσία εξελκώσεων, ενημέρωση του γιατρού, καλλιέργεια επιχρίσματος για πιθανή μονιλίαση-καντιντίαση (μύκητας *Candida albicans*) (Αθανάτου 2007).

12.4.5. Αλωπεκία

Αλωπεκία (τριχόπτωση) από τη τοξική επίδραση των φαρμάκων στους θύλακες των τριχών.

Σαν νοσηλευτικά μέτρα προτείνονται:

- Ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου για την αντιμετώπιση της αλωπεκίας.
- Προσπάθεια του νοσηλευτή να ενημερώσει και να βεβαιώσει τον άρρωστο, ότι το τριχωτό της κεφαλής θα μεγαλώσει κατά ή μετά τη θεραπεία με πιθανή μικρή αλλαγή χρώματος, αλλά καλύτερης ποιότητας.
- Ότι υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης στην περίοδο της θεραπείας, όπως χρήση μαντηλιού (για τη γυναίκα), περούκας, καπέλου.
- Η περούκα μπορεί να γίνει έγκαιρα από τα δικά του μαλλιά.
- Σύσταση στον άρρωστο κατά τη θεραπεία να λούζεται με απαλό πρωτεϊνούχο σαμπουάν και αραιότερα.

- Να αποφεύγει το βάψιμο των μαλλιών, στεγνωτήρα και βούρτσισμα με σκληρή τρίχα, διότι οι ενέργειες αυτές βλάπτουν επιπρόσθετα τις ρίζες των τριχών.

Αν η κλινική χρησιμοποιεί ως προληπτικό μέτρο για την αλωπεκία τη μέθοδο εφαρμογής πίεσης ή κρυοθεραπείας κατά τη χημειοθεραπεία, ο άρρωστος θα πρέπει να ενημερωθεί για τον τρόπο εφαρμογής τους και τη σημασία της καλής συνεργασίας του. Η πίεση στο τριχωτό ασκείται με ειδικό μανόμετρο και η κρυοθεραπεία με κάσκα ψύξης, η οποία εφαρμόζεται 15' πριν τη θεραπεία και μένει για 30' τουλάχιστον από τη χορήγηση του φαρμάκου. Θεωρητικά και οι δύο μέθοδοι έχουν το ίδιο αποτέλεσμα. Παραδέχονται ότι με την προσωρινή σύσπαση των επί πολλοίς αγγείων του τριχωτού της κεφαλής, που προκαλείται από το ψυχρό ή την πίεση, μειώνεται η προσαγωγή του κυτταροστατικού φαρμάκου δια της κυκλοφορίας του αίματος στην περιοχή αυτή, άρα και η επίδραση του στους θύλακες των τριχών. Τελευταία υπάρχει η τάση κατάργησης των μεθόδων αυτών, διότι πιστεύεται ότι δεν φθάνει το κυτταροστατικό φάρμακο στον εγκέφαλο (Αθανάτου 2007).

12.4.6.Αναιμία

Αναιμία από πολλαπλές αιτιολογίες, όπως κατάληψη του μυελού από καρκινικά κύτταρα, καταστολή του μυελού από τη χημειοθεραπεία, αιμορραγία, οξεία ή χρόνια αιμόλυση.

Σαν νοσηλευτικά μέτρα για τη διάρροια προτείνονται:

- Δίαιτα με πλήρη θερμιδική κάλυψη, λευκώματα, σίδηρο.
- Μείωση της δραστηριότητας και περισσότερη ανάπαυση για την αντιμετώπιση της κόπωσης και ζάλης.
- Σε προχωρημένα στάδια παρακολούθηση του αρρώστου για δυσπνοϊκά φαινόμενα και ενημέρωση του γιατρού για χορήγηση οξυγόνου.
- Αναπαυτική θέση στον κλινήρη άρρωστο και αλλαγή θέσεων για την πρόληψη κατακλίσεων.
- Αιματολογικός έλεγχος για πιθανή μετάγγιση αίματος (Αθανάτου 2007).

12.4.7. Λευκοπενία-θρομβοπενία

Λευκοπενία, θρομβοπενία από την τοξική επίδραση των χημειοθεραπευτικών στο μυελό των οστών.

Σαν νοσηλευτικά μέτρα για τη διάρροια προτείνονται:

Η λευκοπενία προδιαθέτει σε λοιμώξεις γι'αυτό απαιτείται προφύλαξη από αναπνευστικές λοιμώξεις και έγκαιρη διάγνωση τους.

- Καθαρό περιβάλλον, πρόληψη τραυματισμών και μολύνσεων από ξύρισμα, παρονυχίδες, σκληρή οδοντόβουρτσα, λουλούδια στο δωμάτιο, ωμά φαγητά και φρούτα κ.ά.
- Καλή ενυδάτωση και διατροφή.
- Φροντίδα για καλή λειτουργία εντέρου.
- Ατομική υγιεινή.
- Άσηπτη τεχνική όπου επιβάλλεται.
- Αποφυγή καθετηριασμού και προσοχή στις ΕΦ εγχύσεις για τον φόβο λοίμωξης. Έλεγχο της θερμοκρασίας.
- Η άνοδος της σημαίνει λοίμωξη.
- Αιματολογικός έλεγχος.
- Φροντίδα στόματος.
- Περιορισμός του επισκεπτηρίου και λήψη μέτρων όπως μοναχικό δωμάτιο κ.λ.π.

Η θρομβοπενία προδιαθέτει σε αιμορραγίες γι'αυτό επιβάλλεται η αποφυγή τραυματισμών με οποιοδήποτε τρόπο, σκληρές τροφές, δυσκοιλιότητα, υποκλυσμό, υπόθετα και θερμομέτρηση από το ορθό, ενδομυϊκές ή υποδόριες ενέσεις κ.λπ. Αποφυγή επίσης του αλκοόλ, κάπνισμα και λήψη ασπιρίνης, η οποία δρα ερεθιστικά, προκαλεί διαβρώσεις στο βλεννογόνο και αιμορραγίες. Παρακολούθηση για αιμορραγία απ' όλα τα συστήματα.

Η χημειοθεραπεία εκτός από τα παραπάνω προβλήματα, ανάλογα με τον τύπο του φαρμάκου, έχει τοξική επίδραση (όψιμα) και σε άλλα όργανα, όπως ηπατοτοξικότητα, καρδιοτοξικότητα (περικαρδίτιδα), νευροτοξικότητα (αστάθεια), αναπνευστικό σύστημα (πνευμονίτιδα), γεννητικό (στείρωση, αμηνόρροια). Η νοσηλευτική αντιμετώπιση τους είναι ανάλογη των προβλημάτων που θα προκύψουν (Αθανάτου 2007).

12.5. Μέτρα ασφάλειας για τον άρρωστο

- Θα πρέπει εδώ να τονιστεί ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τη τόσο στη σωστή διεκπεραίωση της νοσηλείας, όσο και στην ενημέρωση και την εκπαίδευση του αρρώστου γύρω από τις παρενέργειες και την αντιμετώπισή τους, όσο το δυνατό πιο ανώδυνα. Κατά την εκπαίδευση θα πρέπει:
- Να δίνονται πληροφορίες και οδηγίες από τη νοσηλεύτρια-τη σχετικώς με την χημειοθεραπεία και εάν είναι ανάγκη, να επαναλαμβάνονται. Θα είναι δε όφελος για τον άρρωστο, οι πληροφορίες και οδηγίες να είναι γραπτές.
- Να συνιστάται η συμμετοχή συγγενών ή φίλων η οποία μπορεί να αποτελεί ιδιαίτερη υποστήριξη για τον άρρωστο
- Να έχει επαφή, ο άρρωστος, με το νοσοκομείο όταν τελειώσει την θεραπεία του (Κάρλου, Σουρτζή 2006).

13.ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ

Η Ακτινοθεραπεία, εκτός λίγων εξαιρέσεων ημι-σωματικής ή ολόσωμης εφαρμογής της, αποτελεί κυρίως τοπικό μέσο θεραπείας κατά του καρκίνου. Χρησιμοποιείται ως ριζική θεραπεία που αποβλέπει στην ίαση ή ως παρηγορητική ή ανακουφιστική θεραπεία, για την ανακούφιση από τα συμπτώματα που προκαλεί ο όγκος ή οι μεταστάσεις του (οστικά άλγη από μεταστάσεις, αιμορραγίες, δύσπνοια από μερική απόφραξη της τραχείας ή των βρόγχων κ.ά.). Εφαρμόζεται μόνης της σε συνδυασμό ή εναλλακτικά προς τη χειρουργική θεραπεία, όταν υπάρχει ιατρική αντένδειξη της τελευταίας, ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοευαισθητοποιούς ουσίες και υπερθερμία (Γιαννακούλης 2008).

Βρίσκει ευρεία εφαρμογή σε όλο το φάσμα του γυναικολογικού καρκίνου, κυρίως όμως στον καρκίνο του τραχήλου, ενδομητρίου, κόλπου και αιδοίου και αποτελεί τη θεραπεία εκλογής των μεγάλων σταδίων αυτών των καρκίνων. Παρά την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων, η ακτινοθεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου περιλαμβάνει συνήθως συνδυασμό εξωτερικής δέσμης φωτονίων υψηλής ενέργειας (Τηλεθεραπεία) και Ενδοκοιλοπκής Βραχυθεραπείας, χαμηλού, μέσου και συνήθως υψηλού ρυθμού δόσης (Γιαννακούλης 2008).

Η Ριζική Ακτινοθεραπεία αποβλέπει στην ολοσχερή καταστροφή του πρωτοπαθούς όγκου και των τοπικών ή περιοχικών επεκτάσεων του, με παράλληλη προσπάθεια προφύλαξης των φυσιολογικών ιστών που περιλαμβάνονται στο πεδίο ακτινοβολίας, από σοβαρές ή ασυμβίβαστες προς τη ζωή βλάβες. Η επιδίωξη αυτή της Ακτινοθεραπείας είναι, πολλές φορές, εξαιρετικά δύσκολο να επιτευχθεί, δεδομένου ότι οι θεραπευτικές δόσεις, για τα περισσότερα νεοπλάσματα, βρίσκονται συνήθως κοντά στα όρια ανοχής των φυσιολογικών ιστών.

Η δυσκολία αυτή, γνωστή από την καθημερινή πρακτική εφαρμογή της Ακτινοθεραπείας, έχει επιβεβαιωθεί από σχετικές πειραματικές έρευνες και έχουν επιμετρηθεί οι συνέπειες της. Σύμφωνα με τις έρευνες αυτές, οι καμπύλες ελέγχου του όγκου και οι αντίστοιχες καμπύλες της αντίδρασης των φυσιολογικών ιστών σε συνάρτηση με τη δόση, παρουσιάζουν τέτοια κλίση, ώστε και μικρή ακόμη αύξηση της δόσης μπορεί να προκαλέσει σοβαρές αντιδράσεις φυσιολογικών ιστών, χωρίς αντίστοιχη αύξηση του θεραπευτικού δείκτη. Προσέγγιση στο ζητούμενο "καλύτερος έλεγχος στον όγκο, λιγότερες παρενέργειες" επιχειρεί η σύγχρονη τεχνολογία, τόσο

στον τομέα των ακτινοθεραπευτικών μηχανημάτων και εξομοιωτών θεραπείας όσο και στον τομέα της διαγνωστικής απεικόνισης (Αξονική τομογραφία, Μαγνητικός συντονισμός). Η τεχνολογία των ηλεκτρονικών υπολογιστών παρέχει τη δυνατότητα ακριβούς προσδιορισμού του περιγράμματος του όγκου και της σχέσης του με τους φυσιολογικούς ιστούς και αποτέλεσε τη βάση για τη δημιουργία συστημάτων σχεδιασμού θεραπείας σε 3 διαστάσεις (Treatment Planning System) (Γιαννακούλης 2008).

Ανάλογη πρόοδος επιτεύχθηκε και στην Ενδοκοιλιακή και Ενδοϊστική Βραχυθεραπεία, με την επινόηση αφ' ενός των μηχανημάτων Τηλε-μεταφόρτισης, με τα οποία λύθηκε το πρόβλημα ακτινοπροστασίας του προσωπικού, και αφ' ετέρου συστημάτων θεραπείας σε τρεις διαστάσεις, ανάλογων με το πιο πάνω περιγραφόμενα (Treatment Planning System). Με τα συστήματα αυτά επιτυγχάνεται ακριβέστερη δοσιμετρία και καταμερισμός της δόσης.

Παράγοντες αποτυχίας της ακτινοθεραπείας αναφέρονται:

- Το μεγάλο κυτταρικό καρκινικό φορτίο,
- Η περιορισμένη αντοχή των συνακτινοβολούμενων ιστών (π.χ. ελκώδης κολίτιδα, κυστίτιδα κλπ),
- Το ανεπαρκές treatment planning και
- Νόσος εκτός θεραπευτικών πεδίων. Ένα εξίσου μεγάλης σημασίας θέμα είναι η εκλογή και ο σχεδιασμός της θεραπείας, που κατά βάση πρέπει να στηρίζεται:
 - Στο στάδιο και τη βιολογική συμπεριφορά του νεοπλασματος,
 - Στη διαθεσιμότητα και τις δυνατότητες των θεραπευτικών μέσων και
 - Στην ηλικία και τη βιολογική κατάσταση της άρρωστης (Λώλης 2004).

Οι κυριότερες παρενέργειες της ακτινοθεραπείας προέρχονται από το πεπτικό και ουροποιητικό σύστημα, όπως εντερίτιδα, σύνδρομο δυσαπορρόφησης, σπασμοί, εξέλκωση, αιμορραγία, στένωση, απόφραξη (ειλεός), ορθοκολπικά συρίγγια, κυστίτιδα, συχνουρία, δυσουρία, κυστεοκολπικά συρίγγια, στένωση ουρητήρος, ρίκνωση κύστεως κ.ά.

Διακρίνονται:

- Σε πρώιμες, οι οποίες εκδηλώνονται συνήθως στο δεύτερο ήμισυ ή το τέλος της θεραπείας και οφείλονται σε αθρόα καταστροφή των κυττάρων των

ταχέως αναπλασσομένων ιστών, όπως λ.χ. είναι το λεπτό έντερο (αναστολή μιτώσεων, εκφύλιση, νέκρωση), και

- Σε όψιμες, που εκδηλώνονται μετά 6 μήνες ή πολλά χρόνια μετά τη θεραπεία και οφείλονται στις βλάβες των αγγείων.

Η συχνότητα και η βαρύτητα των μετακτινικών αντιδράσεων σχετίζονται με την ολική δόση όγκου, το μέγεθος των πεδίων, το χρόνο θεραπείας, το ρυθμό δόσης και την κλασματοποίηση της βραχυθεραπείας. Επηρεάζεται επίσης δυσμενώς από αγγειακές βλάβες λόγω υπέρτασης, διαβήτη, κολλαγονώσεων (σκληρόδερμα, συστηματικός λύκος) κλπ. (Λώλης 2004).

13.1..Ενδοκοιλοτική και ενδοϊστική βραχυθεραπεία

Είναι μέθοδοι Ακτινοθεραπείας με τις οποίες εκμεταλλευόμαστε την απότομη εξασθένιση της ακτινοβολίας ραδιενεργών ισοτόπων (που γίνεται με το αντίστροφο του τετράγωνου της απόστασης) και επιτυγχάνουμε τη χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας σε περιορισμένο σχετικά όγκο ιστών (π.χ. τράχηλο) χωρίς πρόκληση, ανάλογα μεγάλων αντιδράσεων από τους γειτονικούς ιστούς (έντερο-ουροδόχο κύστη).

Με τις τεχνικές αυτές και τη βοήθεια ειδικών μηχανημάτων, εισάγουμε από απόσταση και εκ του ασφαλούς (έξω από το θωρακισμένο θάλαμο της ασθενούς), διάφορες κλειστές πηγές ρα-διενεργών ισοτόπων, που φέρονται με τη μορφή σωλήνων, σφαιριδίων ή συρμάτων, μέσα σε κοιλότητες του σώματος, όπως είναι η μήτρα, ο κόλπος, το ορθό κ.ά., ή μέσα στον ίδιο τον κακοήγη όγκο (π.χ. όγκοι αιδοίου, μαστού, υπολειπόμενη νόσος τραχήλου κλπ). Οι πηγές αυτές φορτίζουν ειδικούς εφαρμογείς (Applicators) που έχουν τοποθετηθεί εκ των προτέρων στην ασθενή στο χειρουργείο κατά τη διάρκεια γενικής αναισθησίας.

Η τεχνική καλείται Τηλεμεταφόρτιση και αντικατέστησε την κλασικού τύπου Ενδοκοιλοτική Βραχυθεραπεία Ραδίου (^{226}Ra) και την Ενδοϊστική εφαρμογή των βελονών ραδίου, στις οποίες η φόρτιση των Applicators γινόταν με το χέρι, με αποτέλεσμα την έκθεση του προσωπικού στην ακτινοβολία. Η Βραχυθεραπεία Ραδίου χαμηλού ρυθμού δόσης έχει και δύο άλλα μειονεκτήματα:

- το μεγάλο χρόνο θεραπείας (3-6 ημέρες), ο οποίος κουράζει την άρρωστη και γίνεται αιτία εμβολών, και

- τη διολίσθηση των Applicators, η οποία δημιουργεί ανεπιθύμητη κατανομή της ακτινοβολίας, από την αλλαγή της σχέσης των ραδιοπηγών. Δημιουργούνται κατ' αυτόν τον τρόπο σημεία υπερ-ή υπο-δοσιασμού, που γίνονται αιτία ακτινικών εγκαυμάτων ή υποτροπών (Γιαννακούλης 2008).

13.2. Καρκίνος τράχηλου της μήτρας

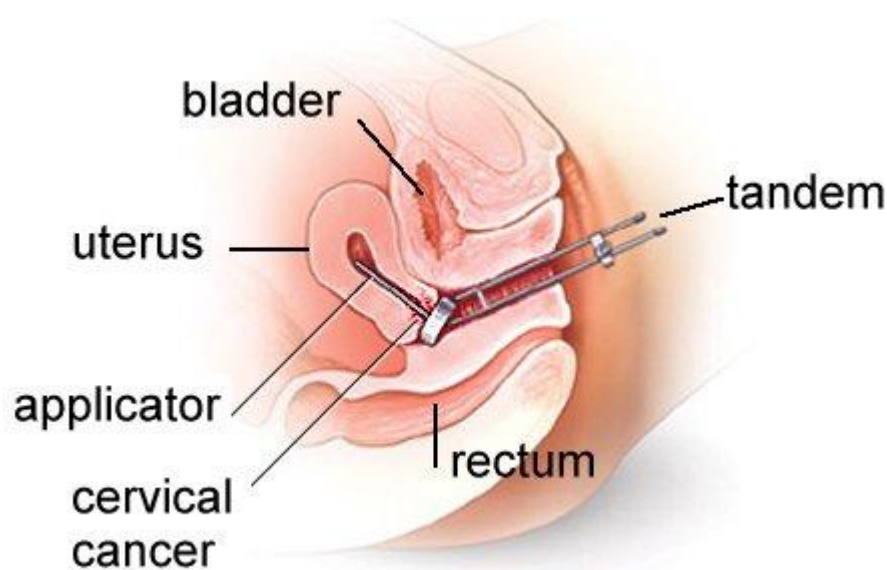
Η ακτινοθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου είναι συνδυασμός ακτινοβολίας με Εξωτερικές δέσμες φωτονίων και ενδοκοιλιοτικής Βραχυθεραπείας. Στα αρχικά στάδια, πρωτεύοντα ρόλο παίζει η Βραχυθεραπεία, σε αντίθεση με τα προχωρημένα στάδια, στα οποία οι ρόλοι αντιστρέφονται. Ο συντονισμός της δόσης μεταξύ Βραχυθεραπείας και Εξωτερικής ακτινοβολίας εξαρτάται από το στάδιο, τον όγκο (κυτταρικό φορτίο) και την κατανομή της νόσου και απαιτεί ακριβείς υπολογισμούς και στενή συνεργασία ακτινοθεραπευτή και ακτινοφυσικού. Με την Εξωτερική ακτινοβολία ακτινοβολείται όλη η πύελος και τα παραμήτρια, συμπεριλαμβανομένων και των λεμφογαγγλίων της έσω, έξω και κοινής λαγονίου. Με τη Βραχυθεραπεία ακτινοβολείται η κεντρική νόσος, που περιλαμβάνει τον πρωτοπαθή όγκο του τραχήλου, τη γειτνιάζουσα περιοχή των παραμητρίων (έσω παραμήτριο) και τον κόλπο. Η εξωτερική ακτινοβολία γίνεται με συνδυασμό πολλών δεσμών ακτινοβολίας φωτονίων (τεχνική BOX 4 πεδίων) ή με περιστροφική τεχνική, για μείωση των ακτινικών αντιδράσεων (Λώλης 2004).

Υψηλού κινδύνου θεωρούνται οι ασθενείς με νόσο στα όρια της χειρουργικής τομής, με διήθηση αγγείων και λεμφαγγείων με βαθιά διήθηση του στρώματος του τραχήλου και, τέλος, υψηλό grade και κακή ιστολογική εικόνα. Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ενδείκνυται και για τις ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λιγότερο ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις, π.χ. σε ολική υστερεκτομή.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, παρά το ότι δεν επηρεάζει ουσιωδώς την επιβίωση, κυρίως λόγω της ύπαρξης νόσου εκτός των θεραπευτικών πεδίων, αυξάνει σημαντικά τον έλεγχο της πυελικής νόσου με την καταστροφή των μικροσκοπικών υπολειμμάτων, που έμειναν μετά την εγχείρηση. Ένας αποτελεσματικός συνδυασμός για την αντιμετώπιση της ογκώδους νόσου (>4 cm) των μικρών σταδίων, είναι η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, κυρίως η προεγχειρητική βραχυθεραπεία. Η προεγχειρητική Βραχυθεραπεία αυξάνει την αντίσταση των φυσιολογικών ιστών στην εμφύτευση καρκινικών κυττάρων κατά την εγχείρηση, καθιστά μη βιώσιμα τα

ακτινοβοληθέντα καρκινικά κύτταρα (λόγω αναπαραγωγικού θανάτου) και, με την εξαφάνιση ή μείωση του πρωτοπαθούς όγκου, αυξάνει την εγχειρησιμότητα (Λώλης 2004).

Τα προχωρημένα στάδια αποτελούν ένα από τα δυσκολότερα προβλήματα στη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτού του καρκίνου. Η Ακτινοθεραπεία, είναι η θεραπεία εκλογής των σταδίων αυτών. Στις επιδιώξεις της, εκτός από την ίαση, περιλαμβάνονται ο έλεγχος της αιμορραγίας και του πόνου και η επίτευξη υφέσεων της νόσου, που κάποτε είναι αρκετά μακροχρόνιες. Παρά τις τεχνολογικές βελτιώσεις όμως, ο έλεγχος της πυελικής νόσου δεν υπερβαίνει κατά πολύ το 50% και η επιβίωση, ιδίως των σταδίων III (50%) και IV (10%), εξακολουθεί να βρίσκεται πολύ χαμηλά. Μια από τις αιτίες είναι το μεγάλο ποσοστό διήθησης των παραορτικών λεμφαδένων και η διάσπαρτη εξωαδενική νόσος (Λώλης 2004).



Εικόνα 35. Βραχυθεραπεία σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

13.3.Καρκίνος ενδομητρίου

Η θεραπευτική πολιτική στο καρκίνωμα αυτό υπαγορεύεται από την υπεροχή της χειρουργικής, ως αποτελεσματικότερης θεραπείας, και από την κλινική παρουσίαση της νόσου (80% των ασθενών προσέρχονται σε χειρουργήσιμα στάδια). Στη μέγιστη πλειοψηφία των περιπτώσεων η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική (Adjuvant) θεραπευτική αγωγή της χειρουργικής θεραπείας (απλής ολικής υστερεκτομής με αμφοτερόπλευρη εξαίρεση των εξαρτημάτων και δειγματοληπτική λεμφαδενεκτομία). Ως αποκλειστική θεραπευτική αγωγή, εφαρμόζεται μόνο επί απόλυτης αντένδειξης της χειρουργικής, επί ανεγχείρητης νόσου προχωρημένου σταδίου και επί άρνησης της χειρουργικής θεραπείας (Λώλης 2004).

Οι σκοποί στους οποίους αποβλέπει (και κατά μεγάλο μέρος επιτυγχάνει) η ακτινοθεραπεία ως Adjuvant ή ως αποκλειστική θεραπεία είναι: να προλάβει την εμφάνιση υποτροπής στο κοιλικό κολόβωμα (10-18%), να μειώσει την πιθανότητα υποτροπών στην πύελο, να εξαφανίσει τον πρωτοπαθή όγκο της μήτρας, να περιορίσει την πιθανότητα απομακρυσμένων μεταστάσεων και, τέλος, να βελτιώσει την ολική επιβίωση (Λώλης 2004).

Πλεονεκτήματα της προεγχειρητικής Βραχυθεραπείας είναι η μείωση της ικανότητας ενοφθαλμισμού της νόσου κατά την εγχείρηση, ο περιορισμός της διασποράς λόγω της απόφραξης μικροαγγειακών και λεμφαγγειακών οδών, και η ευχερέστερη εγχειρητική αντιμετώπιση (αποφυγή ρήξης της μήτρας).

Η κλασική μέθοδος του Heyman για την ακτινοβόληση του ενδομητρικού όγκου εφαρμόζεται όταν το βάθος της κοιλότητας της μήτρας είναι μεγαλύτερο από 8 εκ. και περιλαμβάνει την πλήρωση της μητριαίας κοιλότητας με μικρούς κυλίνδρους (8-10), οι οποίοι περιέχουν 8 mg ραδίου, που τοποθετούνται κατά τρόπον, ώστε να εξασφαλίζεται ομοιογενής ακτινοβόληση της μήτρας (Μέθοδος Packing). Σήμερα το Packing γίνεται με τεχνικές μεταφόρτισης (Λώλης 2004).

Όταν το βάθος της κοιλότητας της μήτρας είναι μικρότερο από 8 εκ., εφαρμόζεται βραχυθεραπεία με γραμμική διάταξη των πηγών όπως και στον καρκίνο του τραχήλου. Συνήθως γίνονται δυο ενδομητρικές εφαρμογές και, στη μια από αυτές, τοποθετείται επιπλέον ράδιο ή άλλο ισότοπο στους κοιλικούς θόλους. Όταν η διήθηση έχει επεκταθεί και στον ενδοτράχηλο, τοποθετούνται κοιλικές πηγές και στις δυο εφαρμογές. Η τεχνική αυτή της γραμμικής διάταξης των ραδιενεργών πηγών

μειονεκτεί του Packing ως προς την ομοιογένεια της ακτινοβολήσης και τα αποτελέσματα. Υπάρχουν πολλές τροποποιήσεις και παραλλαγές των μεθόδων αυτών, ιδιαίτερα σε μια προσπάθεια προσαρμογής τους στην τεχνολογία της μεταφόρτισης και των υψηλών ρυθμών ακτινοβολίας. Έχουν σχεδιασθεί επίσης ειδικοί ενδομητρικοί applicators με δύο ή τρία σκέλη, που εξασφαλίζουν ομοιογενέστερη ακτινοβολήση του ενδομητρικού όγκου και έχουν αντικαταστήσει το Packing του Heyman, σε πολλά κέντρα (Λώλης 2004).

13.4. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς υπό ακτινοθεραπεία

Είναι προφανές ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και η συμβολή του στην αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία είναι σημαντική. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι γνώστες των τεχνολογιών που χρησιμοποιούνται στην ακτινοθεραπεία, ώστε να είναι σε θέση να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς τους, αλλά και να παρέχουν ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα.

Στον κλινικό χώρο της ακτινοθεραπείας ο νοσηλευτής είναι σε θέση να εφαρμόσει τη νοσηλευτική διεργασία και τη νοσηλευτική πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις. Παράλληλα στο χώρο της έρευνας, παγκοσμίως, οι νοσηλευτές τα τελευταία χρόνια έχουν ασχοληθεί τόσο με τα συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας, όσο και με τη διερεύνηση του ρόλου τους στους κλινικούς χώρους. Στην Ελλάδα υπάρχει ελάχιστος αριθμός ερευνών σχετικά με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, ενώ η κατανόηση του ρόλου του από τους ίδιους τους νοσηλευτές και την υπόλοιπη ακτινοθεραπευτική ομάδα φαίνεται να είναι ελλιπής (Λαβδανίτη, Ζυγά 2012).

Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι η M. Horp το 1941 ήταν η πρώτη που περιέγραψε το ρόλο του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία, ο οποίος σύμφωνα με τη συγγραφέα, προετοίμαζε τους ασθενείς πριν τη θεραπεία, τους παρείχε πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία και αντιμετώπιζε τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Στη συνέχεια και άλλες νοσηλεύτριες περιέγραψαν το ρόλο του νοσηλευτή ως πολυδιάστατο και μεταξύ των αρμοδιοτήτων του ανέφεραν τη φροντίδα του ασθενούς, την εκπαίδευση, τη συμβουλευτική αλλά και την έρευνα. Το 1990 το American College of Radiology Task Force on Standards Development ορίζει το ρόλο του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία ως ακολούθως «Ο νοσηλευτής θα

πρέπει να εκτιμά και να πραγματοποιεί κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής ή η οικογένειά του και τα οποία έχουν σχέση με την ασθένεια, τη θεραπεία ή την περίοδο παρακολούθησης. Ο ρόλος του περιλαμβάνει τη διδασκαλία, τη συμβουλευτική και την υποστήριξη που χρειάζονται οι ασθενείς και οι οικογένειές τους προκειμένου να προσαρμοστούν στη διάγνωση και στη θεραπεία του καρκίνου.» Σήμερα ο νοσηλευτής αποτελεί μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, και δρα είτε μόνος του, είτε αλληλεπιδρά με αυτήν την ομάδα προκειμένου να παρέχει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα, αλλά και προκειμένου να υπάρξει το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα για τον ασθενή (Λαβδανίτη, Ζυγά 2012).

Αρχικά η εκτίμηση του ασθενούς περιλαμβάνει τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, τον έλεγχο για ύπαρξη συνοδών συμπτωμάτων και της κατάστασης υγείας, όταν προσέρχεται στο νοσοκομείο για πραγματοποίηση εξετάσεων. Σε περίπτωση που ο ασθενής προσέρχεται για παρακολούθηση μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας πραγματοποιείται εκτίμηση για εμφάνιση μακροχρόνιων παρενεργειών. Επίσης ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας τη νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις πραγματοποιεί τη νοσηλευτική του διεργασία διατυπώνοντας τις νοσηλευτικές του διαγνώσεις και προχωρεί στην πραγματοποίηση του σχεδίου φροντίδας για κάθε ασθενή (Λαβδανίτη, Ζυγά 2012).

Η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας περιλαμβάνει πληροφορίες για την ασθένεια, για τις διαγνωστικές εξετάσεις που πρόκειται να πραγματοποιηθούν καθώς και για τους στόχους της ακτινοθεραπείας. Επίσης ενημερώνει τον ασθενή για όλη τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας, για το μηχάνημα του εξομοιωτή, με το οποίο γίνεται η μίμηση της θεραπείας πριν αυτή αρχίσει και καθορίζονται η κατεύθυνση της δέσμης και τα πεδία της θεραπείας, για τη χορήγηση της ακτινοθεραπείας, την καθημερινή πραγματοποίησή της, για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που πρόκειται να εμφανιστούν, καθώς και για την αντιμετώπισή τους .

Η υποστήριξη και συμβουλευτική περιλαμβάνει αρχικά την εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του ασθενούς, τη διαπίστωση της ύπαρξης προηγούμενων υποστηρικτικών μηχανισμών καθώς και την εκτίμηση του οικογενειακού, εργασιακού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Πραγματοποιείται ενεργός ακρόαση και στη συνέχεια παραπομπή σε κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο εάν χρειαστεί

Η φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει αρχικά την πραγματοποίηση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας, τη χορήγηση των απαραίτητων φαρμάκων πριν ή κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και την αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας όπως αλλεργικές αντιδράσεις, επιληψία ή απώλεια συνείδησης. Η νοσηλευτική φροντίδα κυρίως εστιάζεται στην αντιμετώπιση των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας. Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε οξείες και σε χρόνιες ή όψιμες παρενέργειες, ανάλογα με το χρόνο εμφάνισής τους.

Οι οξείες παρενέργειες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας, ενώ οι χρόνιες παρενέργειες εμφανίζονται μήνες, έως και χρόνια μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας. Οι περισσότερες χρόνιες παρενέργειες σχετίζονται με τη συνολική δόση και είναι αποτέλεσμα αγγειακής βλάβης ή βλάβης του ινώδους ιστού. Οι πιο συχνές οξείες παρενέργειες είναι η κόπωση, οι αντιδράσεις του δέρματος, προβλήματα από το γαστρεντερικό σωλήνα (ναυτία, εμετός, διάρροια), η βλενογονίτιδα στόματος (ξηροστομία) και η σεξουαλική δυσλειτουργία. Κάποιες από τις χρόνιες παρενέργειες είναι οι ινώσεις ιστών ή δέρματος, οι νεκρώσεις ιστών, τα συρίγγια (ορθοκυστικά, κυστεοκολπικά), η χρόνια περικαρδίτιδα, η χρόνια ακτινική κυστίτιδα και τα δευτερογενή νεοπλάσματα (Λαβδανίτη, Ζυγά 2012).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να πραγματοποιεί τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις προκειμένου να ανακουφίσει από την κόπωση, τις αντιδράσεις του δέρματος, τη μετακτινική εντερίτιδα, αλλά και τη βλενογονίτιδα στόματος (ξηροστομία), οι οποίες θα πρέπει να είναι βασισμένες στη σύγχρονη βιβλιογραφία. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι περισσότερες από αυτές τις παρενέργειες μπορεί να καταβάλλουν υπερβολικά τους ασθενείς και να έχουν επίπτωση στην ποιότητα της ζωής τους.

Σε περίπτωση που γίνεται ταυτόχρονη χορήγηση χημειοθεραπείας-ακτινοθεραπείας ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι τα δύο είδη θεραπειών, όταν χορηγούνται ταυτόχρονα, έχουν συνεργική δράση ή επιδεινώνουν η μία τις παρενέργειες της άλλης. Επίσης θα πρέπει να είναι ενήμερος του είδους των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων που χορηγούνται στους ασθενείς και να τηρεί τους κανόνες ασφάλειας, όπως είναι η απόρριψη εκκριμάτων του ασθενούς και οποιουδήποτε άλλου εξοπλισμού χρησιμοποιήθηκε στα ειδικά κυτία.

Παρά το γεγονός ότι η παρουσία του νοσηλευτή στους χώρους της ακτινοθεραπείας έχει υπολογιστεί ότι είναι σχετικά μικρής χρονικής διάρκειας, 10 ωστόσο διαπιστώνεται ότι η νοσηλευτική έρευνα στο χώρο της ακτινοθεραπείας έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια. Τα θέματα με τα οποία έχει ασχοληθεί κυρίως είναι η ποιότητα ζωής, η διερεύνηση της ύπαρξης και μεταβολής συμπτωμάτων όπως η κόπωση, η φροντίδα του δέρματος, καθώς και συμπτώματα που εμφανίζονται μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας. Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια για τη διερεύνηση της εμφάνισης ομάδας συμπτωμάτων σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία φαίνεται να αποτελεί νοσηλευτική προτεραιότητα σε χώρες όπως η Ιρλανδία, ενώ η Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία (ONS, Oncology Nursing Society) θέτει μεταξύ των άλλων προτεραιοτήτων στην έρευνα τη διερεύνηση της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών μετά το τέλος της αντινεοπλασματικής θεραπείας (Λαβδανίτη, Ζυγά 2012).

14. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ-ΤΡΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ – ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ- ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η αποτελεσματική ανταπόκριση στις αυξημένες απαιτήσεις διαχείρισης των ασθενών με προχωρημένη νόσο και η παροχή ποιοτικής φροντίδας, προϋποθέτουν νοσηλευτές με εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες στην ογκολογική νοσηλευτική, δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας, συνεργατικότητα με άλλους επαγγελματίες υγείας, ικανότητα προσαρμογής στο στρεσογόνο ογκολογικό περιβάλλον και διαχείρισης θεμάτων υγιεινής και ασφάλειας. Επίσης απαιτούνται εκπαιδευτικές και ερευνητικές δεξιότητες. Οι νοσηλευτές αξιολογούν ολιστικά τον ασθενή και την οικογένεια του, τους εκπαιδεύουν και τους υποστηρίζουν ψυχολογικά, παρέχουν σωματική φροντίδα και διαχειρίζονται ικανοποιητικά τα συμπτώματα τους. Λειτουργούν ως συνήγοροι των ασθενών, είναι σύμβουλοι, συντονιστές φροντίδας, μάνατζερ, μέντορες νέων νοσηλευτών. Εργάζονται ομαδικά ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας και έχουν διοικητικές αρμοδιότητες. Ο πολυδιάστατος ρόλος τους επηρεάζεται από τον τύπο και τη βαρύτητα του καρκίνου, την ηλικία των ογκολογικών ασθενών, τον χώρο εργασίας και τη βασική θεραπευτική αγωγή που παρέχεται. Επίσης ποικίλει ανάλογα με την εξειδίκευση τους στο χώρο εργασίας. Σύμφωνα με αυτή, οι νοσηλευτές ταξινομούνται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- Κλινικοί νοσηλευτές, η πλειοψηφία των οποίων εργάζεται στα νοσηλευτικά τμήματα σε 24ωρη βάση, προσφέροντας βασική ογκολογική φροντίδα, χωρίς να έχουν λάβει απαραίτητα εξειδικευμένη ογκολογική εκπαίδευση
- Εξειδικευμένοι κλινικοί ογκολογικοί νοσηλευτές, η εργασία των οποίων είναι συνήθως συνδυασμός τεσσάρων στοιχείων: κλινικής πρακτικής, συμβουλευτικής, εκπαίδευσης και έρευνας. Μπορεί να είναι εξειδικευμένοι στη φροντίδα και την υποστήριξη ασθενών με συχνά συμπτώματα, όπως ο πόνος και η ναυτία - έμετος, σε ειδικές καταστάσεις, όπως είναι η φροντίδα κολοστομιών και η χορήγηση φαρμάκων με φορητές αντλίες ή σε συγκεκριμένους καρκίνους, όπως είναι ο καρκίνος μαστού και προστάτη
- Νοσηλευτές-ερευνητές που ασχολούνται με τη διεξαγωγή κλινικών ερευνών και τη βελτίωση της φροντίδας μέσω της έρευνας (Κωνσταντινίδης, Φιλαλήθης 2013).

14.1.Εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες στην ογκολογική νοσηλευτική

Στην ογκολογία και την ογκολογική νοσηλευτική παρατηρείται τεράστια ανάπτυξη στην επιστημονική γνώση και τις τεχνολογικές εφαρμογές, που απαιτούν συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού. Η ασφαλής χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, η φροντίδα της ακτινοδερματίτιδας και η εκτέλεση ασκήσεων σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή αποτελούν μερικές ενδεικτικές περιπτώσεις. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να ακολουθούν κατευθυντήριες οδηγίες και πρακτικές βασισμένες σε ενδείξεις και να στοχεύουν στην παροχή ολιστικής φροντίδας. Επιπλέον, η άσκηση καλής κλινικής πρακτικής οφείλει να καλύπτει τις ιδιαιτερότητες της φροντίδας των ασθενών με προχωρημένη νόσο, όπως μπορεί να είναι η ταυτόχρονη παρουσία και ανάγκη φροντίδας πολλών συμπτωμάτων εντός ή εκτός νοσοκομείου, η επιθυμία ορισμένων ασθενών για χρήση εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών, η διαχείριση καταστάσεων που εγείρουν ηθικούς προβληματισμούς, όπως η συγκατάθεση σε νέες θεραπείες, η άρνηση θεραπείας, η φροντίδα τελικού σταδίου, η ευθανασία, καθώς και θέματα διαπολιτισμικής νοσηλευτικής που μπορεί να προκύψουν. Γενικά, η παροχή ποιοτικής φροντίδας προϋποθέτει ογκολογικούς νοσηλευτές με καλή προπτυχιακή εκπαίδευση και εξειδίκευση μέσω προγραμμάτων συνεχιζόμενης μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Επίσης απαιτείται μεγαλύτερη αυτονομία, ακριβής προσδιορισμός των αρμοδιοτήτων, δυνατότητα συνταγογράφησης, γραμματειακή υποστήριξη, ενώ τέλος η διάθεση οικονομικών πόρων για την υλοποίηση ερευνητικών προτάσεων, εκπαιδευτικών προγραμμάτων και διάθεση έντυπου πληροφοριακού υλικού θα μεγιστοποιήσει το αποτέλεσμα (Κωνσταντινίδης, Φιλαλήθης 2013).

14.2.Δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας

Για να διαχειριστούν τη νόσο και τα συνοδά προβλήματα που προκαλεί, οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο απαιτείται να έχουν ακριβείς πληροφορίες που σχετίζονται με την κατάσταση τους και τις οποίες κρίνουν ως σημαντικές κατά το χρόνο αναφοράς. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία επιθυμούν να γνωρίζουν όλη την αλήθεια για τη νόσο, αλλά οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίζουν και να σέβονται τυχόν επιθυμία τους να διατηρηθεί κάποια ασάφεια σχετικά με το μέλλον, ειδικά για λεπτομέρειες που αφορούν την τελική πρόγνωση. Στη διαδικασία αυτή, το

νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει κεντρικό ρόλο, λόγω της συνεχούς και άμεσης επαφής με τους ασθενείς σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας. Δημιουργεί την κατάλληλη υποδομή για την ανάπτυξη συναισθηματικής επαφής και θεραπευτικής σχέσης και εστιάζει καλύτερα σε ανάγκες και επιθυμίες, στα ογκολογικά τμήματα (Κωνσταντινίδης, Φιλαλήθης 2013).

Οι ασθενείς συνήθως αναζητούν πληροφορίες μέσω της συζήτησης και οι νοσηλευτές κατά την εξατομικευμένη αξιολόγηση και πριν την ενημέρωσή τους, πρέπει να εκτιμούν τους παράγοντες που μπορεί να την επηρεάζουν. Τέτοιοι παράγοντες είναι η ένταση της θεραπείας, η ηλικία του ατόμου, οι προηγούμενες εμπειρίες του, το είδος του καρκίνου, ο βαθμός της ανικανότητας που προκαλεί, η παρουσία φροντιστών, η κοινωνική τους υποστήριξη, κ.ά. Η αποτελεσματική αλληλεπίδραση και η πληροφόρηση που πραγματοποιείται με άμεση επαφή ή και μέσω τηλεφώνου για τους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, απαιτεί δεξιότητες λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, συχνά αφορά σε θέματα αυτοφροντίδας, διαχείρισης της καθημερινότητας, ερωτήσεις για τις πιθανότητες εξέλιξης της νόσου ή τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, ενώ εκτιμά και το ποσοστό συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων. Συμβάλλει στη δημιουργία ρεαλιστικών προσδοκιών, στη συμμόρφωση στη θεραπεία, στη διευθέτηση κοινωνικοοικονομικών θεμάτων, στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων και παρενεργειών, διευκολύνει τη συμμετοχή τους σε κλινικές μελέτες και ελαττώνει τις άσκοπες εισαγωγές στα νοσοκομεία και ειδικά σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Παρατηρείται μείωση του άγχους και του φόβου για το θάνατο, αναπτύσσεται αίσθημα ελέγχου στην ασθένεια και ενισχύεται η ελπίδα, η οποία αποτελεί το πιο σημαντικό στοιχείο της προσαρμογής τους στη νόσο. Διαπιστώνεται επίσης καλύτερη ανταπόκριση στο θρήνο, στο πένθος καθώς και βελτίωση στην ποιότητα ζωής της οικογένειας του ασθενή. Οι επαγγελματίες υγείας αρκετές φορές αναφέρουν δυσκολία στην ανακοίνωση δυσάρεστων νέων, ειδικά όταν η συζήτηση αφορά σε θέματα του τέλους της ζωής. Θεωρούν ότι δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι, εμφανίζουν έντονο στρες, δέχονται πιέσεις από την οικογένεια να μην πουν όλη την αλήθεια ή δεν θέλουν να εμπλακούν με τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών και την αρνητική επίδραση που θα είχε η ενημέρωσή τους (Κωνσταντινίδης, Φιλαλήθης 2013).

14.3. Διεπιστημονική συνεργασία

Η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από ένα σύνολο επαγγελματιών υγείας διαφορετικών επιστημονικών πεδίων, που ο καθένας παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες στους ασθενείς, με σκοπό την εξασφάλιση ποιοτικής φροντίδας και υποστήριξης για την ικανοποίηση των αναγκών υγείας τους. Απαιτεί συνεργασία, συντονισμένη προσπάθεια, αμοιβαία εμπιστοσύνη, αναγνώριση και σεβασμό μεταξύ των μελών της ομάδας, λήψη συλλογικών αποφάσεων και ανοικτό διάλογο με όλους τους συμμετέχοντες στην ομάδα. Η δυνατότητα των νοσηλευτών να παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο συναντά συχνά δυσκολίες που σχετίζεται με την αποδοχή τους από το ιατρικό προσωπικό. Η οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης και η θέσπιση ορίων στο ρόλο κάθε επαγγελματία υγείας, μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να ξεπεραστούν αρκετά εμπόδια. Η αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας υγείας έχει σημαντικά οφέλη για τους ασθενείς, τους νοσηλευτές αλλά και τους υπόλοιπους συμμετέχοντες στην ομάδα. Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα αυτής της συνεργασίας είναι:

- Αυξάνεται το αίσθημα ασφαλείας των νοσηλευτών, επειδή η ομάδα δημιουργεί επιπρόσθετους μηχανισμούς για την αποφυγή λαθών με την παρακολούθηση και συχνό επανέλεγχο μιας απόφασης.
- Ελαττώνεται, τις περισσότερες φορές, το άγχος των ασθενών επειδή αντιλαμβάνονται ότι η θεραπεία τους βασίζεται στη γνώμη πολλών ειδικών.
- Εξασφαλίζεται η συνέχεια στη φροντίδα και ενισχύεται η συμμετοχή στην εφαρμογή των πρωτοκόλλων.
- Βελτιώνεται η επικοινωνία της ομάδας μέσα από τις τακτικές συναντήσεις, όπου όλοι έχουν ευκαιρίες να μιλήσουν.
- Βελτιώνεται η λήψη αποτελεσματικών μέτρων προστασίας από την ομάδα, όταν το στρες και η συναισθηματική φόρτιση από τις οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στην καθημερινή τους κλινική πρακτική, υπερβαίνουν τα ψυχικά αποθέματα ενός μέλους (Κωνσταντινίδης, Φιλαλήθης 2013).

14.4.Στεσογόνοι παράγοντες και προσαρμογή

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στα ογκολογικά τμήματα δέχονται μεγάλη επιβάρυνση εξαιτίας της μακροχρόνιας έκθεσης σε στρεσογόνους παράγοντες, φροντίζοντας μεγάλο αριθμό χρονίων ασθενών με ποικίλα και επιδεινούμενα προβλήματα υγείας. Η κατάσταση επιβαρύνεται από το μειωμένο προσωπικό, τις επαναλαμβανόμενες νοσηλείες των ασθενών, το συναισθηματικό δεσμό που μπορεί να αναπτυχθεί μεταξύ νοσηλευτών - ασθενών, τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες των ασθενών, τη χρήση νέων τεχνολογιών, την ανεπαρκή εκπαίδευση των νοσηλευτών, τα προβλήματα με την υπηρεσία, τις έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις των συγγενών που συμπάσχουν ή θρηνούν και του αυξημένου αριθμού θανάτων που παρατηρείται στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών (Κωνσταντινίδης, Φιλαλήθης 2013).

Αρκετοί νοσηλευτές βιώνουν αίσθημα ανημποριάς και στενοχώριας λόγω αδυναμίας να βοηθήσουν τους ασθενείς με καρκίνο και να διαπραγματευτούν αποτελεσματικά την αντίφαση μεταξύ του να κάνουν ό,τι είναι νοσηλευτικά δυνατό για να αντιμετωπίσουν τη νόσο και παράλληλα να τους προετοιμάσουν για το τελικό στάδιο της ζωής τους και ένα ήρεμο θάνατο. Η συναισθηματική φόρτιση είναι ιδιαίτερα έντονη όταν αφορά νοσηλεία παιδιών με καρκίνο, με τους νοσηλευτές να βιώνουν αντιληπτική ανεπάρκεια στη διαχείριση τέτοιων καταστάσεων και αδυναμία υποστήριξης και ανακούφισης των ατόμων αυτών, με αποτέλεσμα αισθήματα ενοχής, θυμού και φόβου. Οι αντιδράσεις τους και η φροντίδα στους ασθενείς, συχνά φαίνεται να επηρεάζεται από τα προσωπικά τους βιώματα και τις πεποιθήσεις τους για τον καρκίνο. Έτσι, στην προσπάθειά τους να ισορροπήσουν ανάμεσα στην «προστασία» του εαυτού τους και σ' ένα προσωποκεντρικό μοντέλο φροντίδας, οδηγούνται μερικές φορές στη σωματική και συναισθηματική εξάντληση ή/και στην αποπροσωποποίηση. Αυτή είναι πιο έντονη σε νέους και μεγάλους σε ηλικία νοσηλευτές και εκδηλώνεται με σωματικά ενοχλήματα, μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία, χαμηλή παραγωγικότητα, αύξηση των λαθών, κακή κρίση, επιβράδυνση έναρξης της αγωγής, προβλήματα συνεργασίας με ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό και ασθενείς, ενώ παράλληλα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Προκειμένου να ανταποκριθούν στο ρόλο αυτό, απαιτείται ανάπτυξη ατομικών στρατηγικών προσαρμογής και η βοήθεια ομάδων υποστήριξης. Η υποστήριξη από συναδέλφους, προϊστάμενους και άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, η εποπτεία από ψυχολόγο, η εξασφάλιση του απαραίτητου προσωπικού και η

βελτίωση της λειτουργίας του οργανισμού αποτελούν σημαντικούς παράγοντες προς αυτήν την κατεύθυνση (Κωνσταντινίδης, Φιλαλήθης 2013).

14.5. Διαχείριση θεμάτων υγιεινής και ασφάλειας

Οι ογκολογικοί νοσηλευτές εκτίθενται σε περισσότερους επικίνδυνους παράγοντες για την υγεία τους σε σχέση με νοσηλευτές άλλων τμημάτων. Οι χημικές ουσίες, κυρίως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα (ΧΜΘ), η ακτινοβολία, η καταπόνηση από την εργασία, καθώς και ο αυξημένος κίνδυνος ατυχημάτων απαιτούν τη λήψη αποτελεσματικών μέτρων προστασίας. Τέτοια μέτρα μπορεί να σχετίζονται με:

- τον ασφαλή σχεδιασμό, την εφαρμογή και την παρακολούθηση υπηρεσιών που αφορούν στη χορήγηση των ΧΜΘ φαρμάκων για τη μείωση του κινδύνου έκθεσης του προσωπικού και των ασθενών. Σε αυτά περιλαμβάνονται η προετοιμασία των φαρμάκων σε χώρους με συγκεκριμένες προδιαγραφές, η χρήση ειδικού εξοπλισμού και ενδυμασίας, η αντιμετώπιση τυχαίας διασποράς τους στο χώρο, η εφαρμογή καθορισμένης διαδικασίας, η υιοθέτηση πρωτοκόλλων αντιμετώπισης επιπλοκών κατά τη χορήγηση τους στους ασθενείς, όπως οι αλλεργικές αντιδράσεις και η εξαγγείωση και τέλος, η ασφαλής απομάκρυνση τους από το νοσηλευτικό τμήμα.
- την ασφάλεια του προσωπικού και των ασθενών κατά την ακτινοθεραπεία
- την πρόληψη εμφάνισης σωματικών προβλημάτων (μυοσκελετική καταπόνηση, προβλήματα με εγκυμοσύνη, γαστρεντερικές διαταραχές) συναισθηματικής εξάντλησης (αίσθημα ανεπάρκειας, κλάμα, έντονο άγχος κ.ά) και ατυχημάτων (π.χ. πτώσεις) στο χώρο εργασίας (Σουρτζή, Βελονάκης 2004).

14.6. Εκπαιδευτικές δράσεις ογκολογικών νοσηλευτών

Ο σχεδιασμός των εκπαιδευτικών προγραμμάτων προϋποθέτει καθορισμό των εκπαιδευτικών αναγκών ασθενών, φροντιστών, νοσηλευτών, υποστηρικτικών ομάδων, καθώς και του βοηθητικού προσωπικού της κλινικής. Ακολουθείται από την εφαρμογή γραπτών και προφορικών προγραμμάτων, που εστιάζονται στις ανάγκες

των επιμορφούμενων και προέρχονται από αξιόπιστες πηγές, στοχεύοντας στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. Η εκπαίδευση των ασθενών βοηθάει κυρίως στην κατανόηση των επιστημονικών όρων, στην επιλογή αποφάσεων μετά από σωστή ενημέρωση, στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των συμπτωμάτων και έχει ως αποτέλεσμα καλύτερα ποσοστά επιβίωσης και μεγαλύτερη ικανοποίηση. Οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο μετά την παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων παρουσιάζουν επίσης καλύτερη προσαρμογή στη νόσο, μειωμένο άγχος και κατάθλιψη, καλύτερα αποτελέσματα μετά από χειρουργική επέμβαση, μικρότερη κοινωνική απομόνωση και συμμόρφωση σε μια θεραπευτική αγωγή παρά τις πιθανές παρενέργειες. Αυτά τα προγράμματα πρέπει να διαμορφώνονται, όχι μόνο σύμφωνα με την άποψη των ειδικών, αλλά και σε συνεργασία με τους ασθενείς, καθώς συχνά οι απόψεις τους δεν συμφωνούν πάντοτε με αυτές του προσωπικού. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για νοσηλευτές εστιάζονται κυρίως σε νέους συναδέλφους που εργάζονται για πρώτη φορά σε ογκολογικό τμήμα και σε κλινικούς νοσηλευτές για την απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων. Έχουν θετική επίδραση στη στάση τους απέναντι στον καρκίνο, στην κλινική πρακτική, στις δεξιότητες επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς, στη διαχείριση συμπτωμάτων της νόσου και παρενεργειών, στη συνεργασία με την υπόλοιπη ομάδα υγείας, στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και στη συναισθηματική τους στήριξη (Ρούπα και συν. 2008).

14.7. Φροντίδα των Φροντιστών

Η εξέλιξη και επιδείνωση του καρκίνου προκαλούν σταδιακή αδυναμία πολλών καρκινοπαθών να φροντίσουν τον εαυτό τους, απαιτώντας την παρουσία φροντιστών, κυρίως μελών του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος, για την υποστήριξη στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Αυτά τα άτομα ξαφνικά καλούνται να αναλάβουν ρόλους που έχουν αντίκτυπο στη σωματική και τη ψυχική τους υγεία και συχνά τους προκαλούν κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Η επιβάρυνση των φροντιστών επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τις ποικίλες και σταδιακά αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών, ειδικά τελικού σταδίου, την έλλειψη προηγούμενης εμπειρίας και γνώσης σε θέματα φροντίδας και την επίδραση που ενδέχεται να έχει στη συνολική ποιότητα ζωής των φροντιστών. Πολλοί ζητούν ιατρική συμβουλή και συχνά σταματούν να εργάζονται για να αφιερώσουν πολλές

ώρες στα νέα καθήκοντά τους. Έχουν επίσης περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν μια κύρια καταθλιπτική συνδρομή και αναφέρουν χειρότερη ποιότητα στη ζωή τους, ειδικά όταν δεν έχουν προηγηθεί συζητήσεις για το τέλος της ζωής των ασθενών. Η επιβάρυνση των φροντιστών ασθενών τελικού σταδίου είναι πιο έντονη στους νεώτερους σε ηλικία φροντιστές, στα άτομα που η φροντίδα τους προκαλεί σημαντικούς περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες και έχουν περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα και γενικότερα, η διακύμανση της βαρύτητας της επιβάρυνσης σχετίζεται περισσότερο με τις υποκειμενικές τους εμπειρίες για τη νόσο και την κοινωνική υποστήριξη που θα έχουν, παρά με το βαθμό της βοήθειας που προσφέρεται. Στο πλαίσιο της ολιστικής προσέγγισης, οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν τους φροντιστές ως αναπόσπαστο μέρος της γενικότερης φροντίδας των καρκινοπαθών και αξιολογούν τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την επίδραση της φροντίδας στην ποιότητα ζωής τους. Οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίζουν πρώιμα και να εκπαιδεύσουν ταχύρυθμα κατά τη νοσηλεία των ασθενών τους φροντιστές τους, λόγω περιορισμού των ημερών νοσηλείας και των σημαντικών εκπαιδευτικών αναγκών που ενδέχεται να έχουν. Φροντιστές ασθενών που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία σε εξωνοσοκομειακή βάση ανέφεραν ως σημαντικές εκπαιδευτικές ανάγκες τη χορήγηση φαρμάκων, τη διαχείριση των παρενεργειών και συμπτωμάτων, όπως είναι ο πόνος, η ναυτία, ο εμετός και η κόπωση, ενώ η επικοινωνία, η θετική στάση, η υποστήριξη και η εκπαίδευση αναγνωρίζονταν ως σημαντικοί παράγοντες για την προαγωγή της ποιότητας ζωής από τους φροντιστές. Η εκπαίδευση γενικότερα περιλαμβάνει με απλό και κατανοητό τρόπο πληροφορίες για τις κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλεί ο καρκίνος και τους τρόπους διαχείρισης τους, τις ενδεικνύμενες θεραπείες, τις κλινικές μελέτες και τις υποβοηθητικές κοινοτικές υπηρεσίες. Επίσης εκπαιδεύονται στην αξιολόγηση των αναγκών υγείας του ασθενή, συχνά ανικανοποίητων και στις απαιτούμενες ενέργειες σε επείγοντα ογκολογικά περιστατικά. Οι νοσηλευτές ενημερώνουν τους φροντιστές για πιθανές οικονομικές πηγές, τρόπους εύκολης πρόσβασης για τη μεταφορά προς και από το νοσοκομείο, δυνατότητες φιλοξενίας κατά την νοσηλεία του ασθενή κ.ά. Ως αποτέλεσμα αυτών των δράσεων παρατηρείται ελάττωση των ημερών νοσηλείας, παροχή καλύτερης υποστηρικτικής φροντίδας, ειδικά όταν οι ασθενείς παραμένουν στο σπίτι, καλύτερος συντονισμός, ελάττωση του άγχους των ασθενών και μείωση του φόβου των φροντιστών για την κατάχρηση λήψης αναλγητικών/ναρκωτικών ουσιών από τους ασθενείς (Κωνσταντινίδης, Φιλαλήθης 2013).

15.Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η διάγνωση του καρκίνου είναι ένα ψυχοτραυματικό γεγονός, το οποίο επηρεάζει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα τη συνολική λειτουργικότητα του πάσχοντος και παρά το γεγονός ότι το άγχος, που συνοδεύει τον καρκίνο, μετριάζεται με την πάροδο του χρόνου, φαίνεται ότι επηρεάζει την ποιότητα της ζωής του ασθενούς (Μούσσας και συν. 2008).

Ο καρκίνος αποτελεί μια χρόνια νόσο απειλητική για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς. Η διάγνωση, η θεραπεία και η εξέλιξη της νόσου συνθέτουν ένα πολύπλοκο και εξαιρετικά στρεσογόνο πεδίο για τον άρρωστο. Είναι ένα γεγονός, λοιπόν, χωρίς περιορισμένη και οριοθετημένη χρονική διάρκεια στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, που επεκτείνεται μέσα στο χρόνο και ανακινεί θέματα ψυχολογικής σημασίας για το άτομο. Τα στοιχεία της απειλής, της ματαιώσης, της ενδεχόμενης καταστροφής, ψυχικής και σωματικής σε φαντασιωσικό ή σε πραγματικό επίπεδο, κινητοποιούν τους μηχανισμούς άμυνας, τις ψυχικές δηλαδή διεργασίες, που στόχο έχουν να ελέγξουν το άγχος που αναδύεται. Κάποιοι από αυτούς μπορεί να είναι αποτελεσματικοί και να αποκαθίσταται η ψυχική ισορροπία και η συνήθης λειτουργικότητα, ενώ άλλοι μπορεί να είναι δυσπροσαρμοστικοί και να επιπλέκουν την κατάσταση περισσότερο όπως π.χ. η άρνηση που μπορεί να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση στη θεραπεία (Μούσσας και συν. 2008).

Το κατά πόσο μπορεί να διαχειριστεί σε σημαντικό βαθμό ο ασθενής τις ματαιώσεις που πηγάζουν από τη νόσο, σχετίζεται με την ικανότητα του να πενήσει τις απώλειες που η νόσος συνεπάγεται. Αυτό δεν είναι εφικτό για όλους, γεγονός που καθιστά σημαντικό το να εκτιμήσουμε και να υποστηρίξουμε τον κάθε ασθενή ανάλογα με την ιδιαιτερότητα της ψυχικής του δομής. Διαπιστώνονται λοιπόν κλινικά φαινόμενα, που χαρακτηρίζουν την ανάπτυξη μετατραυματικού συνδρόμου, όπως η συνεχής ενασχόληση με τη νόσο, παρεισφρύνουσες βασανιστικές σκέψεις θανάτου και καταστροφής ή ακόμη και άρνηση, αποφυγή σε οτιδήποτε υπενθυμίζει τη νόσο, όπως π.χ. η θεραπεία. Οι υποτροπές της νόσου μπορεί να είναι ακόμη πιο τραυματικές από την αρχική εμφάνισή της και το άγχος που εκλύεται να αποδιοργανώνει ψυχικά τον ασθενή. Το αν το άγχος και η ψυχολογική επιβάρυνση παίζουν ρόλο στην επέκταση της νόσου είναι ένα θέμα που δεν έχει σαφώς απαντηθεί. Το σίγουρο είναι ότι η στάση του ασθενούς απέναντι στη νόσο και ο τρόπος με τον οποίο χειρίζεται τις επαπειλούμενες απώλειες σχετίζονται άμεσα με τη συνεργασία του ίδιου με τον ιατρό

του και στο βαθμό που αυτή η συνεργασία εμφυσά την αποδοχή της θεραπείας, επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση της νόσου (Μούσσας και συν. 2008).

Η εκδήλωση άγχους σε ασθενείς με καρκίνο σχετίζεται με τη δομή της προσωπικότητας, διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, καθώς και με την ιατρική εκτίμηση, η σοβαρότητα της οποίας επηρεάζει την προσαρμογή του ασθενούς και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής. Η διάγνωση μιας ασθένειας όπως ο καρκίνος με τους φόβους που εμπεριέχει και την απειλή για την ίδια τη ζωή, καταλήγει σ' ένα σύνθετο σύνολο θεμάτων:

- Την αντιμετώπιση των φυσικών συμπτωμάτων (συμπεριλαμβανομένων αυτών που προκαλεί η θεραπεία)
- Την αναζήτηση τρόπου αντιμετώπισης της κατάστασης
- Την προσπάθεια αποδοχής της υπαρξιακής διάστασης της ασθένειας
- Το αίσθημα ανησυχίας για την οικογένεια που επηρεάζεται από τον καρκίνο
- Την αναζήτηση μιας παρήγορης φιλοσοφικής, πνευματικής ή θρησκευτικής πίστης ή αξίας που δίνει νόημα στη ζωή και στο θάνατο (Μούσσας και συν. 2008).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται σε ασθενείς με καρκίνο, είναι στην πραγματικότητα αντιδράσεις στη διάγνωση της νόσου, την πρόγνωση και τις θεραπευτικές τεχνικές. Οι θεραπείες του καρκίνου δημιουργούν ένα εύρος ψυχιατρικών και ψυχολογικών διαταραχών, από απλή κόπωση μέχρι διαταραχή στη διάθεση με επίπτωση στην ποιότητα ζωής. Η αντίδραση του αρρώστου στον καρκίνο εξαρτάται από:

- Την προσωπικότητά του
- Τους αμυντικούς ψυχικούς μηχανισμούς,
- Συσχετίζεται δε με τη φάση ζωής, την οποία ο ασθενής διέρχεται.

Κατά κάποιο τρόπο η ενδοψυχική ζωή του πάσχοντος –εσωτερική πραγματικότητα– δέχεται ένα σοβαρό πλήγμα που είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σοβαρές ανατροπές της ψυχικής ισορροπίας. Ταυτόχρονα η κοινωνική ζωή του πάσχοντος –η εξωτερική πραγματικότητα– αλλάζει σημαντικά και επηρεάζεται από:

- Το οικογενειακό πλαίσιο, καθώς και την υποστήριξη που αυτό παρέχει
- Τη στάση που έχει απέναντι στον άρρωστο και τη νόσο
- Την εντόπιση του καρκίνου.

Τα στάδια της νόσου είναι ιδιαίτερα σημαντικά γεγονότα, τα οποία επηρεάζουν το εξωτερικό πλαίσιο της ζωής του ασθενούς. Στο εξωτερικό πλαίσιο, εκτός από τις επιπτώσεις στην εργασία και την οικογένεια, σημαντικό ρόλο, που επηρεάζει την προσαρμογή του πάσχοντος, διαδραματίζει η σχετική μυθολογία, που αναπτύσσεται γύρω από τον καρκίνο. Απόρροια αυτού είναι οι διάφορες δυσλειτουργικές απόψεις και στάσεις που αναπτύσσονται σε κοινωνικό επίπεδο και οι οποίες είναι οι παρακάτω:

- Ένα αίσθημα ότι ο καρκίνος είναι από τη φύση του φρικτός και αφύσικος
- Ο φόβος ότι ο καρκίνος είναι στίγμα, κάτι επαίσχυντο ίσως και τιμωρία
- Ο φόβος ότι ο καρκίνος θα μπορούσε να είναι και μεταδοτικός
- Υπερβολική απαισιοδοξία γύρω από τις ελπίδες επιβίωσης
- Ένα αίσθημα ότι μακροχρόνιες υφέσεις στην καρδιακή νόσο π.χ. είναι κάτι για το οποίο πρέπει να χαιρείται κάποιος, ενώ στον καρκίνο είναι κάτι για το οποίο πρέπει να λυπάται, λόγω της άμεσης σύνδεσης της νόσου με τον θάνατο
- Φόβος ότι ο καρκίνος είναι ο χειρότερος τρόπος θανάτου και περισσότερο επώδυνος και βασανιστικός από άλλες αιτίες (Μούσσας και συν. 2008).

Αποτέλεσμα αυτής της μυθολογίας είναι τα ποσοστά ενημέρωσης στη χώρα μας, ακόμη και στις μέρες μας, να υπολείπονται. Στη δεκαετία του 1960, σχετικά με το αν πρέπει να αποκαλύπτεται η διάγνωση του καρκίνου, άρχισαν οι πρώτες συζητήσεις στις ΗΠΑ. Οι ψυχίατροι ήταν υπέρ του να αποκαλύπτεται η διάγνωση, ή τουλάχιστον μέρος αυτής, ενώ οι ογκολόγοι ήταν αρνητικοί. Στο ενδοψυχικό επίπεδο οι μελέτες οδήγησαν σε μια ιεράρχηση των μηχανισμών προσαρμογής για την αντιμετώπιση της νόσου. Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την ιεράρχηση:

- Η αντιμετώπιση είναι η πλέον ώριμη και αποτελεσματική διαδικασία
- Η άμυνα είναι μια νευρωτική διαδικασία με μερική επιτυχία
- Η αποτυχία του Εγώ είναι η πιο αρχαϊκή/ψυχωτική διαδικασία προσαρμογής (Μούσσας και συν. 2008).

Εκείνη βεβαίως που ανατάραξε τα λιμνάζοντα ύδατα ήταν το 1960 η ψυχίατρος Elizabeth Kubler-Ross. Μέχρι τότε εθεωρείτο ταμπού να συζητά κάποιος με άρρωστο που έχει καρκίνο για τον επικείμενο θάνατο. Αυτή προκάλεσε ιατρούς και νοσηλευτές να σταματήσουν να αποφεύγουν τους ασθενείς και ν' ακούν τις ανησυχίες τους, ν' αναγνωρίζουν τα αισθήματα απομόνωσης των αρρώστων που πλησιάζουν τον θάνατο και την ανάγκη τους για διάλογο σχετικά με την κατάστασή

τους. Έτσι συνέβαλε στο να τροποποιηθεί η στάση μας και η φροντίδα μας για τον καταληκτικό άρρωστο, παρουσιάζουν δε ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα στάδια ψυχολογικής προσαρμογής που η Elizabeth Kubler- Ross περιέγραψε. Αυτό που θεωρείται σημαντικό είναι να κατανοήσει κανείς τι βιώνει και τι περιλαμβάνει η πορεία ενός ατόμου που οδηγείται προς το θάνατο. Σύμφωνα με την Elisabeth Kübler-Ross, η ψυχική διεργασία που βιώνει το άτομο, καθώς πορεύεται προς το θάνατο, χαρακτηρίζεται από πέντε στάδια: (1) το στάδιο της άρνησης, (2) το στάδιο του θυμού, (3) το στάδιο της διαπραγματεύσεως ή του παζαρέματος, (4) το στάδιο της κατάθλιψης και (5) το στάδιο της αποδοχής. Η Kübler- Ross ισχυρίζεται ότι στην πορεία αυτή ο άρρωστος διατηρεί κάποια ελπίδα, η φύση της οποίας μεταβάλλεται καθώς τροποποιούνται οι συνθήκες και οι εμπειρίες που βιώνει με την εξέλιξη της υγείας του (Παϊκοπούλου, Γέραλη 2009).

I. Το στάδιο της Άρνησης

Στην αρχική αυτή φάση, η άρνηση αποτελεί ένα φυσιολογικό μηχανισμό άμυνας που λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας για το άτομο το οποίο αντιλαμβάνεται την απροσδόκητη πραγματικότητα ως απειλητική ή οδυνηρή. Έτσι, λοιπόν, αρνείται το γεγονός της αρρώστιας ή και των επιπτώσεών της, διαστρεβλώνοντας την αντίληψη που έχει για την πραγματικότητα. Σ' αυτό το στάδιο το άτομο, αρχικά μπορεί ν' αρνηθεί τα συμπτώματά του, στην προδιαγνωστική φάση με αποτέλεσμα να καθυστερεί ν' αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Μερικές φορές αρνείται τη διάγνωση ακόμα και τις ενδείξεις πιθανής υποτροπής ή αναπηρίας αλλά αρνείται και τις επιπτώσεις. Μπορεί να επικεντρώνεται στην προτεινόμενη αγωγή και αρνείται τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που μπορεί να έχει η αρρώστια και η θεραπεία της στη ζωή του. Τέλος ενώ το άτομο συνειδητοποιεί ότι πάσχει από μια ανίατη ασθένεια, αρνείται ότι η ζωή του απειλείται και φαντασιώνεται ότι θα ζήσει μέχρι τα βαθιά γερατειά. Βέβαια, μερικές φορές η άρνηση των επιπτώσεων και της πιθανότητας του θανάτου μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην προσαρμογή του αρρώστου, καθώς του επιτρέπει, παρ' όλη την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξη του, να θέτει μακροπρόθεσμους στόχους, να προγραμματίζει τη ζωή του, να διατηρεί τις σχέσεις με το περιβάλλον του και ν' αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως λιγότερη απειλητική ενώ η άρνηση σχετικά με το ότι το άτομο δεν δέχεται τα συμπτώματα της συγκεκριμένης ασθένειας δεν τηρεί τις ιατρικές συμβουλές ή περιφέρεται από τον

έναν γιατρό στον άλλο, μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ατόμου (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου 2002).

II. Το στάδιο του θυμού

Αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται από αίσθημα θυμού, αδικίας και έλλειψης ελέγχου. Είναι μια φυσιολογική αντίδραση ενός ατόμου που είναι υποχρεωμένο να δεχτεί ότι η ζωή του αλλάζει και να συμβιβαστεί με τον πιθανό θάνατο. Πολλοί άρρωστοι νιώθουν πικρία γιατί δεν μπορούν να πιστέψουν ότι ο οργανισμός τους είναι τρωτός και ευάλωτος και εκδηλώνουν θυμό με τον ίδιο τους τον εαυτό. Κι ενώ εκφράζουν θυμό με το γεγονός της αρρώστιας, συχνά μεταθέτουν το θυμό τους προς άλλες κατευθύνσεις όπως προς τους οικείους, τους συγγενείς, και τους φίλους. Άλλοτε πάλι μεταθέτουν τον θυμό τους ενάντια στο Θεό αναθεωρώντας έτσι τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Πολλές φορές διοχετεύουν τον θυμό τους και στον ίδιο τους τον εαυτό με αποτέλεσμα να υιοθετούν ενοχές. Σύμφωνα με τον Doka διακρίνει τρεις μορφές ενοχών:

(α) Το άτομο αισθάνεται ενοχή επειδή με την συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του προκάλεσε την αρρώστια ή την επιδείνωση της υγείας του,

(β) Το άτομο νιώθει ένοχο όταν ερμηνεύει την αρρώστια του ως «τιμωρία» για συγκεκριμένες μη αποδεκτές ή/ και μη ηθικές πράξεις του, τις οποίες αξιολογεί αρνητικά,

(γ) Το άτομο βιώνει ενοχές για τις ευκαιρίες που έχασε στη ζωή του (π.χ. να κάνει παιδιά) και για στόχους που δεν θα προλάβει να ολοκληρώσει κατά τη διάρκεια του χρόνου που του απομένει. Έτσι οι ενοχές συσχετίζονται με το ότι το άτομο αρρώστησε και με το αίσθημα ότι αποτελεί βάρος για την οικογένεια του.

Ο θυμός αν και είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα δημιουργεί εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου που πάσχει με την οικογένειά του, τους συγγενείς του, τους φίλους του και με τα αγαπημένα του πρόσωπα, παρ' όλο που βρίσκεται σε μια φάση που χρειάζεται την κατανόηση και την στήριξη του περιβάλλοντος. Βέβαια αρκετές φορές ο θυμός μπορεί να χρησιμοποιηθεί εποικοδομητικά από τον άρρωστο ώστε να διεκδικήσει ενημέρωση για την ασθένεια του, τη φροντίδα και να συμμετέχει ενεργά στην θεραπεία του (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου 2002).

III. Το στάδιο της διαπραγμάτευσης

Η διαπραγμάτευση ή το «παζάρεμα» δίνει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι με το να αποφύγει ή να επιδιώξει κάποιες πράξεις μπορεί να καθυστερήσει ή ακόμα και να αποτρέψει την εξέλιξη της ασθένειας ή και το θάνατο. Συνήθως οι διαπραγματεύσεις γίνονται με κάποιο άτομο κύρους ή με το θεό. Η διαπραγμάτευση μπορεί να έχει θετικές και αρνητικές συνέπειες. Υπάρχει περίπτωση ο άρρωστος να υιοθετήσει συμπεριφορές που προωθούν την υγεία ακόμα και τη συμμόρφωση του ατόμου στη θεραπεία. Επίσης η διαπραγμάτευση με τον Θεό μπορεί ν' αποτελέσει μια σημαντική πηγή στήριξης από όπου μπορεί να αντλεί δύναμη και κουράγιο. Από την άλλη πλευρά όμως ο άρρωστος μπορεί να νιώσει αρνητικά, δυσάρεστα συναισθήματα όπως απογοήτευση, προδοσία και θυμό, για παράδειγμα όταν ο γιατρός ή ο Θεός δεν ανταποκρίνεται σ' αυτά που θέλει ο ίδιος ή αν τον εγκαταλείψουν σε μια φθίνουσα πορεία που οδηγεί στον θάνατο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η προσπάθεια του να μην έχει νόημα και το πιο πιθανό είναι να σταματήσει να ακολουθεί τις οδηγίες του γιατρού και να βιώνει έντονο άγχος και κατάθλιψη (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου 2002).

IV. Το στάδιο της Κατάθλιψης

Ο άρρωστος σ' αυτό το στάδιο αρχίζει πλέον να δέχεται ότι πρόκειται να πεθάνει και θρηνεί. Αρχίζει και αναλογίζεται την ζωή του , πως ήταν και πώς έχει καταντήσει. Σε ότι αφορά την εμφάνιση του, την ενεργητικότητα του και κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του που έχουν αλλάξει. Η κατάθλιψη του αρρώστου εκδηλώνεται με ποικίλα συναισθήματα όπως απαισιοδοξία, θλίψη, έλλειψη κοινωνικότητας, μείωση ενδιαφερόντων κ.λ.π. Οι αντιδράσεις αυτές είναι παροδικές και αν υποστηριχθεί ο άρρωστος, μπορεί αυτό να τον βοηθήσει στην κατανόηση και στην αποδοχή της κατάστασης και των συναισθημάτων του και στη λήψη της υποστήριξης που χρειάζεται. Ουσιαστικά η κατάθλιψη επιτρέπει στον άρρωστο να θρηνήσει την απώλεια μιας προηγούμενης κατάστασης πριν αποδεχθεί και προσαρμοστεί σε μια νέα (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου 2002).

V. Το στάδιο της προσαρμογής

Σ' αυτό το στάδιο ο άρρωστος κυριεύεται από μια εσωτερική ηρεμία. Παύει πλέον ν' αγωνίζεται και σιγά-σιγά συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου, χωρίς βέβαια να παραιτείται από την καθημερινότητα της ζωής. Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος έχει όλο τον χρόνο να τακτοποιήσει όλες τις εκκρεμείς υποθέσεις. Επίσης, η επικοινωνία με τους δικούς του ανθρώπους περιορίζεται, ακόμα και οι επισκέψεις από συγγενείς και φίλους είναι ανεπιθύμητες. Ο άρρωστος έχει την ανάγκη να μείνει μόνος του και οδηγείται προοδευτικά στον αποχωρισμό από τα αγαπημένα του πρόσωπα γιατί μόνο έτσι θα μπορέσει να δεχτεί ότι δεν θα τους ξαναδεί. Σ' αυτό το στάδιο ο άρρωστος νιώθει κενός από συναισθήματα. η θλίψη, ο θυμός και η απογοήτευση δεν υπάρχουν πια και αυτό φαίνεται από το βλέμμα και την συμπεριφορά που εκφράζουν την αποδοχή της κατάστασής του (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου 2002).

16.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Οι στόχοι της νοσηλευτικής εστιάζονται στην υποστήριξη του ατόμου ως ολότητας και στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων όπως ο πόνος, , το άγχος, η πτωχή θρέψη, η αφυδάτωση, η κόπωση, μη φυσιολογικές συναισθηματικές αντιδράσεις, η αναποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης από το άτομο και την οικογένεια και οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. Η νοσηλευτική φροντίδα εστιάζεται, επίσης, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, διευκολύνοντας την αποκατάσταση των ατόμων που επιβιώνουν από τον καρκίνο, και βοηθώντας αυτούς που καταλήγουν από τη νόσο να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια τους μέχρι το τέλος. Επειδή ο καρκίνος επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια, η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει οποιονδήποτε εμπλέκεται στη φροντίδα του ασθενούς από τη στιγμή που τίθεται η διάγνωση και καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου και της θεραπείας, μέχρι την τελική της έκβαση (Lemone, Burke 2004).

16.1.Άγχος

Άγχος παρατηρείται πρώιμα στη διαδρομή της νόσου, για παράδειγμα αφού τεθεί η διάγνωση και στη διάρκεια της αρχικής θεραπείας. Το άγχος είναι επίσης δυνατόν να προκύψει ως αποτέλεσμα δυνητικής ή πραγματικής μεταβολής της κατάστασης της υγείας, του λειτουργικού ρόλου στην κοινωνία ή ακόμη και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του ασθενούς. Αργότερα, ο ασθενής ενδέχεται να αντιμετωπίσει άγχος επειδή περιμένει ότι θα πονέσει ή θα αλλάξει η εικόνα του σώματος του ή ακόμη και λόγω της απειλής του θανάτου. Ιδιαίτερα οι ασθενείς που είχαν δυσκολία να αντιμετωπίσουν προβληματικές καταστάσεις στο παρελθόν (π.χ. έλεγχος του θυμού), είναι δυνατόν να νιώσουν ότι αδυνατούν να χειριστούν στην τρέχουσα «κρίση». Ο ασθενής είναι δυνατόν να παρουσιάζει εμφανή σημεία άγχους: τρόμο, ανησυχία, ευερεθιστότητα, έντονη δραστηριότητα, διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (αυξημένη αρτηριακή πίεση, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, έντονη εφίδρωση, ωχρότητα), απόσυρση, ανήσυχες εκφράσεις στο πρόσωπο και αποφυγή οπτικής επαφής.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

- Το επίπεδο του άγχους και η σοβαρότητα των απειλών που αντιμετωπίζει, επηρεάζουν το είδος της παρέμβασης που θεωρείται σωστή και κατάλληλη για το συγκεκριμένο ασθενή. Στον ασθενή που βρίσκεται σε κατάσταση πανικού είναι δυνατόν να χρειασθεί ιατρική παρέμβαση με κατάλληλα φάρμακα, ενώ εκείνοι που παρουσιάζουν μέτριο ή έντονο άγχος συχνά αντιμετωπίζονται από το νοσηλευτή, ο οποίος συζητά μαζί τους και τους διδάσκει νέους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων τους.
- Δημιουργήστε μια ειλικρινή σχέση με τον ασθενή, προσφέροντας αίσθημα «ζεστασιάς» και συμπάθειας και ακούγοντας τον χωρίς επικριτική διάθεση. Ο ασθενής που αισθάνεται ασφαλής στη σχέση του με τον νοσηλευτή εκφράζει πιο εύκολα τα συναισθήματα και τις σκέψεις του. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής είναι σε θέση να εμπιστευθεί το νοσηλευτή και πιθανότατα θα φανεί πρόθυμος να δοκιμάσει τις νέες συμπεριφορές που του υποδεικνύονται.
- Ενθαρρύνετε τον ασθενή να αναγνωρίσει και να εκφράσει τα συναισθήματα του, ακόμα και αν ντρέπεται γι' αυτά. Ακόμα και μόνο εκφράζοντας τα συναισθήματα τους, οι ασθενείς απαλλάσσονται σε σημαντικό βαθμό από το άγχος. Επιπλέον, με την αναγνώριση των συναισθημάτων, ιδιαίτερα αυτών που ο ασθενής θεωρεί απρόσφορα, είναι δυνατόν να δημιουργήσει τη σωστή βάση για νέες συμπεριφορές που βοηθούν στην αντιμετώπιση του προβλήματος.
- Υποδείξτε πηγές βοήθειας στο επίπεδο της κοινότητας, όπως γραμμές τηλεφωνικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση κρίσεων και ομάδες υποστήριξης, που μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις που του δημιουργούν άγχος. Ο ασθενής ενδέχεται να μη διαθέτει συστήματα υποστήριξης, ενώ και οι οικείοι του πιθανόν να έχουν τις δικές τους δυσκολίες να αποδεχτούν τη διάγνωση του καρκίνου.
- Δώστε συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με τη νόσο, τη θεραπεία της και το τι θα αναμένεται, ιδιαίτερα εάν είναι φανερό ότι δεν είναι καλά πληροφορημένος. Το να γνωρίζει κανείς τι πρόκειται να συμβεί, δημιουργεί μια αίσθηση ελέγχου της κατάστασης και δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να συμμετέχει στις αποφάσεις.

- Δημιουργήστε ένα ασφαλές, ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον για τον ασθενή που βρίσκεται σε κατάσταση πανικού (Lemone, Burke 2004).

16.2. Διαταραχή της Εικόνας Σώματος

Ο καρκίνος και οι διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση του συχνά επιφέρουν σημαντικές σωματικές και ψυχολογικές μεταβολές που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος. Πέραν των άλλων διαταραχών που προκαλούνται εξαιτίας του καρκίνου, ο ασθενής είναι δυνατόν να υποστεί σημαντικές μεταβολές στην εμφάνιση και τη λειτουργία του. Είναι δυνατόν να βιώσει μια ορατή φυσική μεταβολή σε κάποιο τμήμα του σώματος, να εκφράσει αρνητικά συναισθήματα σχετικά με το σώμα του ή/και φόβο απόρριψης από τους άλλους (Lemone, Burke 2004).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Συζητήστε το νόημα της απώλειας ή της μεταβολής με τον ασθενή. Με τον τρόπο αυτό βοηθείται ο νοσηλευτής να ανακαλύψει την καλύτερη προσέγγιση για το συγκεκριμένο ασθενή και να τον εμπλέξει πιο ενεργά στις παρεμβάσεις.
- Παρατηρήστε και αξιολογήστε την αλληλεπίδραση με τα σημαντικά για τον ασθενή πρόσωπα. Οι οικείοι του είναι δυνατόν -χωρίς να το θέλουν- να ενισχύσουν τα αρνητικά συναισθήματα σχετικά με την εικόνα του σώματος του. Από την άλλη πλευρά, ο ασθενής είναι δυνατόν να αισθανθεί απόρριψη χωρίς να υπάρχει.
- Διδάξτε στρατηγικές που στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση των φυσικών μεταβολών, όπως για παράδειγμα η φροντίδα του δέρματος στη διάρκεια της ακτινοθεραπείας, καθώς και το προσεγμένο ντύσιμο ώστε να βελτιώνεται η εμφάνιση και να ελαχιστοποιούνται οι εμφανείς αλλαγές σε κάποιο μέρος του σώματος (Lemone, Burke 2004).

16.3.Κίνδυνος Λοίμωξης

Οι διαταραχές της θρέψης, η λύση της συνέχειας του δέρματος και των βλεννογόνων, η νέκρωση του όγκου και η ελάττωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων λόγω χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας, είναι δυνατόν να προκαλέσουν αύξηση του κινδύνου εμφάνισης λοιμώξεων. Η ανορεξία, όπως επίσης και η ίδια η νόσος αυτή καθεαυτή, στερεί τον οργανισμό από θρεπτικές ουσίες που είναι απαραίτητες για την ανάρρωση, ενώ η βλάβη της ακεραιότητας του δέρματος και των βλεννογόνων (ως αποτέλεσμα χημειοθεραπείας ή/και ακτινοθεραπείας) εξουδετερώνουν τις πρώτες γραμμές άμυνας εναντίον της εισόδου μικροβίων στον οργανισμό. Τα κύτταρα που βρίσκονται στο κέντρο μεγάλων ή μη αγγειοβριθών όγκων, είναι δυνατόν να νεκρωθούν λόγω έλλειψης θρεπτικών ουσιών, προκαλώντας τελικά διάβρωση των ιστών και αυξάνοντας, με τον τρόπο αυτό, τον κίνδυνο σήψης. Η καταστολή του μυελού των οστών ως αποτέλεσμα της δράσης κάποιων μορφών καρκίνου ή/ και λόγω χημειοθεραπείας, επηρεάζει την ικανότητα του οργανισμού να απαντά στη λοίμωξη. Ο ασθενής είναι δυνατόν να εμφανίσει τα κλασικά σημεία της λοίμωξης: ατονία, πυρετό, ανορεξία, πόνο στην προσβεβλημένη περιοχή, καθώς και τοπικές εκδηλώσεις όπως εκροή πυώδους υγρού από μια βλάβη ή από ένα τραύμα. Εάν προσβληθεί ο μυελός των οστών, τα συνήθη σημεία και συμπτώματα της λοίμωξης είναι δυνατόν να απουσιάζουν ή να είναι ελαττωμένα (Lemone, Burke 2004).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Παρακολουθήστε τα ζωτικά σημεία. Ο πυρετός και η διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, που εκδηλώνεται με ταχυκαρδία και ταχύπνοια, είναι συνήθως πρώιμα σημεία μιας λοίμωξης. Εντούτοις, οι βαριά ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς ενδέχεται να μην είναι σε θέση να αναπτύξουν πυρετό. Επομένως, η απουσία πυρετού δεν είναι δυνατόν να αποκλείσει μια λοίμωξη.
- Ελέγχετε συχνά τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων, ιδιαίτερα εάν ο ασθενής υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία, που είναι γνωστό ότι προκαλεί καταστολή του μυελού των οστών. Αυτό δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή

να ειδοποιήσει τον ιατρό όταν εμφανισθούν τα πρώτα σημεία μείωσης του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων, έτσι ώστε να ληφθούν διορθωτικά μέτρα.

- Διδάξτε τον ασθενή να αποφεύγει το συγχρωτισμό, την επαφή με μικρά παιδιά και άτομα με λοιμώξεις όταν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων φθάνει στο ναδίρ (στα κατώτερα επίπεδα στη διάρκεια της χημειοθεραπείας) και να εφαρμόζει με σχολαστικότητα τους κανόνες ατομικής υγιεινής. Στη διάρκεια των περιόδων λευκοπενίας, ο ασθενής είναι δυνατόν να χάσει την ανοσία του έναντι των μικροβίων της φυσιολογικής χλωρίδας του οργανισμού. Η προσεκτική τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης λοίμωξης. Ο συγχρωτισμός, που διευκολύνει την επαφή με μια μεγαλύτερη ποικιλία λοιμοδών παραγόντων, καθώς και η επαφή με φίλους που παρουσιάζουν ελαφρές λοιμώξεις είναι δυνατόν να αποδειχθούν επικίνδυνα για τον ανοσοκατεσταλμένο ασθενή. Η επαφή με μικρά παιδιά να αποφεύγεται, καθότι συχνά φέρουν μικρόβια στα οποία τα περισσότερα άτομα παρουσιάζουν ανοσία, ο ανοσοκατεσταλμένος ασθενής όμως ενδέχεται να μην είναι σε θέση να αντισταθεί σε μια ενδεχόμενη εισβολή τους.
- Προστατέψτε το δέρμα και τους βλεννογόνους από τραυματισμούς. Εκπαιδεύστε τον ασθενή σε ό,τι αφορά τα μέτρα σωστής φροντίδας του δέρματος, όπως η καλή υγιεινή, η χρήση ενυδατικής λοσιόν για την πρόληψη της ξηρότητας και των ρωγμών στο δέρμα οι συχνές αλλαγές θέσης των κατακεκλιμένων ασθενών και η συνεχής επαγρύπνηση για την έγκαιρη αναγνώριση σημείων λύσης της συνέχειας του δέρματος ή δερματικών βλαβών. Η εξασφάλιση της ακεραιότητας του δέρματος ενισχύει την πρώτη γραμμή άμυνας του οργανισμού εναντίον των λοιμώξεων.
- Συστήστε στον ασθενή να ακολουθεί δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία, και ιδιαίτερα βιταμίνη C. Η βελτίωση της θρέψης μειώνει τον κίνδυνο λοίμωξης. Η βιταμίνη C έχει αποδειχθεί ότι βοηθά στην πρόληψη κάποιων μορφών λοιμώξεων, όπως τα κρυολογήματα (Lemone, Burke 2004).

16.4.Ναυτία / Εμετός

Η ναυτία είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα που προηγείται του εμετού. Συνοδεύεται συνήθως από ωχρότητα, ταχυκαρδία, σιελόρροια και μυϊκή αδυναμία. Ελέγχεται από ένα τμήμα του εγκεφάλου, που είναι υπεύθυνο για τις αυτόνομες λειτουργίες, δηλαδή τις λειτουργίες εκείνες που δεν ελέγχουμε συνειδητά (πχ αναπνοή). Η ναυτία, παρότι είναι η υποκειμενική αντίληψη της ανάγκης του επικείμενου εμετού, δεν εξελίσσεται πάντα σε εμετό. Εμετός είναι η απότομη εκκένωση του γαστρικού περιεχομένου από το στόμα. Το αντανακλαστικό του εμετού ρυθμίζεται από ένα κέντρο που βρίσκεται στον προμήκη του εγκεφάλου.

Δεν εμφανίζουν όλοι οι ασθενείς που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία εμετούς για το λόγο ότι δεν λαμβάνουν την ίδια θεραπεία όλοι οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα και φυσικά οι δόσεις των χημειοθεραπευτικών διαφέρουν. Οι συνδυασμοί των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σε κάθε χημειοθεραπευτικό σχήμα εξαρτώνται από το στάδιο της νόσου στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής, την ηλικία του, τις συνυπάρχουσες ασθένειες που τυχόν έχει. Επίσης λαμβάνεται υπόψη και η έκθεση του σε ακτινοθεραπεία ή σε άλλες χημειοθεραπείες στο παρελθόν. Ακόμη και στην περίπτωση που ασθενείς λαμβάνουν παρόμοια αγωγή είναι πιθανό κάποιοι να ταλαιπωρηθούν από εμετούς και κάποιοι όχι. Ο κάθε οργανισμός αντιδρά διαφορετικά. Η ναυτία και ο εμετός δεν έχουν ως μοναδικά αίτια τη χημειοθεραπεία και την ακτινοβολία. Φάρμακα (μερικά αναλγητικά για παράδειγμα), άλλες συνυπάρχουσες ασθένειες, η δυσκοιλιότητα, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και πολλές άλλες αιτίες μπορούν να οδηγήσουν σε εμετούς.

Περισσότερο ευάλωτοι είναι ασθενείς κάτω των 50 ετών, άτομα που ταλαιπωρήθηκαν από ναυτία και εμετούς κατά τη διάρκεια προηγούμενων χημειοθεραπειών, ασθενείς με δυσκοιλιότητα ή νεφρολογικά προβλήματα, οι ιδιαίτερα αγχώδεις και οι γυναίκες. Ο εμετός που οφείλεται σε χημειοθεραπεία μπορεί να εμφανίζεται μέσα στο πρώτο 24ωρο από τη χορήγηση του φαρμάκου, ή όψιμα, 2-7 ημέρες μετά (ανάλογα με τα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα που χρησιμοποιήθηκαν).

16.5.Πόνος

Υπολογίζεται ότι 60-90% των ασθενών με καρκίνο προχωρημένου σταδίου υποφέρει από έντονο άλγος. Η συχνότητα του πόνου ποικίλει ανάλογα με το στάδιο και τον τύπο του καρκίνου. Καθοριστικό ρόλο έχει η συνύπαρξη παραγόντων που ελαττώνουν τον ουδό του πόνου. Ως τέτοιοι έχουν ενοχοποιηθεί το αντιδραστικό άγχος και οι μείζονες συναισθηματικές διαταραχές, δύο από τα συχνότερα ψυχιατρικά σύνδρομα τα οποία είναι δυνατόν να εμφανιστούν στη διαδρομή του καρκίνου. Την ίδια στιγμή, στο πλαίσιο ενός φαύλου ανατροφοδοτικού κύκλου, ο χρόνιος πόνος που δεν ελέγχεται επαρκώς, επιτείνει τις ψυχικές αυτές εκδηλώσεις. Συμπτώματα που πηγάζουν από την καταθλιπτική συνδρομή όπως η αδυναμία, η ανορεξία, η απώλεια ενδιαφέροντος κι οι διαταραχές του ύπνου αποδίδονται λανθασμένα στο προχωρημένο στάδιο του καρκίνου. Σε μια σειρά ογκολογικών ασθενών το 60% των ερωτηθέντων παραδέχεται ότι ο αφόρητος πόνος θα μπορούσε να τους οδηγήσει σε σκέψεις για αυτοκτονία, ενώ στη συνείδηση του 57% ο επερχόμενος θάνατος προοιωνίζεται επώδυνος (Ιωαννίδης και συν. 2006).

Στα περισσότερα μέρη του κόσμου, η πλειονότητα των καρκινοπαθών παρουσιάζεται με προχωρημένη νόσο. Γι' αυτούς, η μόνη ρεαλιστική θεραπευτική επιλογή είναι η ανακούφιση από τον πόνο και η συμπτωματική αντιμετώπιση. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η ανακούφιση του πόνου στον καρκίνο θα πρέπει να αναλαμβάνει ως μέρος της υποστηρικτικής συμπτωματικής αντιμετώπισης. Η αντιμετώπιση άλλων συμπτωμάτων, καθώς και ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων είναι υψίστης σημασίας. Η προσπάθεια ανακούφισης από τον πόνο, η οποία δεν συνοδεύεται από τη αντιμετώπιση των μη – σωματικών προβλημάτων του ασθενούς, είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε διάψευση και αποτυχία (Ιωαννίδης και συν. 2006).

Συμπτώματα που πηγάζουν από την καταθλιπτική συνδρομή όπως η αδυναμία, η ανορεξία, η απώλεια ενδιαφέροντος κι οι διαταραχές του ύπνου αποδίδονται λανθασμένα στο προχωρημένο στάδιο του καρκίνου. Σε μια σειρά ογκολογικών ασθενών το 60% των ερωτηθέντων παραδέχεται ότι ο αφόρητος πόνος θα μπορούσε να τους οδηγήσει σε σκέψεις για αυτοκτονία, ενώ στη συνείδηση του 57% ο επερχόμενος θάνατος προοιωνίζεται επώδυνος.

Η θεωρία του «συνολικού πόνου» που συγκαταλέγει όλες τις απόψεις του προβλήματος, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη. Σ' αυτήν περιλαμβάνονται τα επώδυνα φυσικά

ερεθίσματα, καθώς και οι ψυχολογικοί, οι πνευματικοί, οι κοινωνικοί και οι οικονομικοί παράγοντες. Η αναγνώριση της σύνθετης φύσης του πόνου από καρκίνο διευκολύνει την κατανόηση της αιτιολογίας του συνεχιζόμενου ανυπόφορου πόνου. Ο ανυπόφορος ισχυρός πόνος σχετίζεται, πολλές φορές, με σειρά άλλων συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν διαταραχές του ύπνου, ελάττωση της όρεξης, μείωση της πνευματικής συγκέντρωσης και συμπτώματα καταθλιπτικής φύσεως. Ο καρκίνος, ο πόνος, και ο θάνατος μπορούν συνεπώς να συγχωνευτούν στο μυαλό του ατόμου. Λόγω αυτού, η διαχείριση πόνου θα είναι μόνο αποτελεσματική εάν μια υπομονετικό - κεντροθετημένη προσέγγιση στην προσοχή δίνεται από τους προσφέροντες ιατρικές υπηρεσίες. Δυστυχώς, υπάρχουν λίγα στοιχεία για να προταθεί ότι η διαχείριση καρκινικού πόνου είναι είτε κεντροθετημένη είτε ολιστική.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προωθεί την έννοια του "συνολικού πόνου", ο οποίος αναγνωρίζει ότι έχει τα φυσικά, συναισθηματικά, κοινωνικά, και πνευματικά συστατικά. Χωρίς προσοχή σε κάθε μια από αυτές τις απόψεις της εμπειρίας πόνου, η υπομονετικό-κεντροθετημένη προσοχή θα συνεχίσει να είναι μια ανωμαλία, και οι στατιστικές για τον πόνο είναι απίθανο να βελτιωθούν. Ο πόνος δεν είναι βαθειά προσωπικός, ούτε απλώς διαμορφωμένος, ούτε περιορισμένος από μια βιολογική πραγματικότητα. Μια σύνθετη βιοκουλτούρα, μια από τις μέγιστες πιθανές συνεισφορές της περιποίησης στη διαχείριση του πόνου είναι να διευκολυνθεί η έκφραση του πόνου (Lemone, Burke 2004).

Σήμερα μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η ανακούφιση από τον βασανιστικό, χρόνιο πόνο του καρκίνου είναι εφικτή σε ποσοστό μέχρι και 90%. Στα αναλγητικά μέσα που έχουμε να αντιπαρατάξουμε, μόνα τους ή σε συνδυασμό, περιλαμβάνονται:

(α) Φαρμακευτικά σκευάσματα, όπου εξέχουσα θέση κατέχουν τα οπιοειδή και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, συνεπικουρούμενα -μεταξύ άλλων- από τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά, τα οποία επί ενδείξεων στοχεύουν στην ψυχική συνιστώσα του πόνου, ενώ σημειώνεται και ο ρόλος των τελευταίων στον πόνο νευροπαθητικού τύπου,

(β) Αναισθησιολογικές ή/και νευροχειρουργικές παρεμβάσεις, παρόλον ότι η εφαρμογή τους σε ασθενείς με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης παραμένει αμφιλεγόμενη, και,

(γ) Ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι όπως τεχνικές συμπεριφοράς, χαλάρωσης και ύπνωσης, παρόλον ότι η συμβολή τους περιορίζεται στον πόνο ήπιας έντασης (Ιωαννίδης και συν. 2006).

Χωρίς γενική αξιολόγηση που λαμβάνει υπόψη τις πολλές αλληλοεξαρτώμενες απόψεις του πόνου είναι απίθανο ότι οι αρχές που περιγράφονται ανωτέρω θα συναντηθούν. Μια συνειδητοποίηση των παρερμηνειών που μπορεί να παρακωλύσει τη διαδικασία της αξιολόγησης θα διευκολύνει την αποτελεσματική διαχείριση περιποίησης.

Μερικές κοινές εσφαλμένες εκτιμήσεις για τη διαχείριση πόνου είναι ότι:

- ο πραγματικός πόνος έχει μια απροσδιόριστη, φυσική αιτία
- ο ψυχογενής πόνος δεν βλάπτει πραγματικά και μπορεί ακόμη και να είναι συγκρίσιμος
- τα μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης είναι ικανά να διεξάγουν τα ακριβή συμπεράσματα για τη φύση και την ύπαρξη του πόνου ενός ατόμου, με βάση την επαγγελματική γνώση και την συμπεριφοριστική και φυσιολογική έκφραση του πόνου
- η δριμύτητα και η διάρκεια του πόνου μπορούν να προβλεφθούν από τη φύση του καρκίνου και της αιτίας και τη θέση του πόνου
- οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρυνθούν για να έχουν μια υψηλή ανοχή για τον πόνο
- ο πόνος μπορεί να γίνει κατανοητός μεμονωμένα απλώς ως άποψη της διάγνωσης καρκίνου.

Παραδοσιακά, η ιατρική διαχείριση είχε συμπεριλάβει την αναγνώριση της σχέσης μεταξύ του πόνου και ενός επιβλαβούς ανώμαλου νευροφυσιολογικού ερεθίσματος. Όταν βρίσκεται μια αιτία για τον πόνο, ο γιατρός εξηγεί στον ασθενή και ορίζει τη "κατάλληλη" αναλγησία. Εντούτοις, λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες που έχουν επιπτώσεις στην αντίληψη για τον πόνο, η χορήγηση αναλγητικών μεμονωμένα είναι σαφώς ανεπαρκής εάν η ανακούφιση πόνου πρόκειται να είσαι αποτελεσματική. Για πολλούς σε αυτήν την περίπτωση, η εμπειρία τους αφήνεται ανεπιβεβαίωτη και μπορεί στοιχειωδώς να οδηγήσει στο στιγματισμό ή την απόρριψη από την οικογένεια, και τους φίλους. Η εξήγηση του τι σημαίνει πόνος στο πρόσωπο που δοκιμάζετε και επιχειρείτε για να καταλάβει μέσα στο πλαίσιο των κοινωνικών και πολιτιστικών χαρακτηριστικών, είναι ένας δύσκολος τρόπος να αναγνωριστεί η αιτία. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν προσκρούουν τα σύνθετα σύνδρομα πόνου όπως ο νευροπαθής πόνος σε μια ατομική ποιότητα ζωής (Lemone, Burke 2004).

16.6.Κόπωση

Η κόπωση είναι μια νεφελώδης έννοια. Η βορειοαμερικανική νοσηλευτική ένωση διαγνώσεων καθορίζει την κούραση ως "αδιάλειπτη και συντριπτική έλλειψη ενέργειας και μιας ανικανότητας να διατηρηθούν οι συνηθισμένες ρουτίνες". Εντούτοις, ως λέξη, "η κούραση" φαίνεται να είναι ανεπαρκής να μεταβιβάσει την εμπειρία αυτού του στενοχωρώντας προβλήματος καρκίνου. Τα άτομα εμφανίζονται να μιλούν για κούραση, έλλειψη ενέργειας, γενικό λήθαργο, αδυναμία, ανικανότητα να στηριχτεί η άσκηση, εξασθετισμένη κινητικότητα, έκτασης κινήτρου και συγκέντρωσης, υπνηλίας, απάθεια, μιας ανικανότητας να συνεχίσουν, καθώς επίσης και πολλών άλλων υποκειμενικών αισθήσεων.

Τα πρότυπα της κούρασης έχουν εστιάσει σε έξι ευδιάκριτες διαστάσεις:

1. χρονική
2. αισθητήρια
3. γνωστική/διανοητική
4. συναισθηματική
5. συμπεριφοριστική
6. φυσιολογική

Η χρονική διάσταση αναφέρεται στο συγχρονισμό της κούρασης, της αρχής και της διάρκειάς της, και του σχεδίου της. Η οξεία και χρόνια κούραση μέσα στη χρονική διάσταση διαφοροποιείται. Η οξεία κούραση γίνεται αισθητή για να έχει μια προστατευτική λειτουργία. Η διάρκειά της συνήθως απότομα βιώνεται, για λιγότερο από μερικές ημέρες ή εβδομάδες. Η χρόνια κούραση παρέχει λίγο όφελος και δεν έχει συνήθως καμία ευπροσδιόριστη αιτία. Μπορεί να είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η αρχή του αλλά η παρουσία της μπορεί να είχε σημειωθεί για μια περίοδο τουλάχιστον ενός μήνα. Η υποκειμενική εμπειρία της κούρασης, των παραγόντων που την επιδεινώνει και ανακουφίζει, και της παρουσίας οποιωνδήποτε ταυτόχρονων προβλημάτων, π.χ. πόνος, ναυτία, συμβάλλει στην αισθητήρια διάσταση της κούρασης.

Η γνωστική/διανοητική εστίαση διάστασης, αλλάζει στην έκταση προσοχής, την ανάκληση μνήμης, και το βαθμό επαγρύπνησης. Οι αλλαγές στη διάθεση, τον κίνδυνο, και την ανησυχία που προκαλείται από την κούραση εξετάζονται μέσα στις διαστάσεις του συναισθηματικού, ενώ η λειτουργική θέση, αλλαγές στο σχέδιο ύπνου και τη θρεπτική εισαγωγή ενσωματώνεται μέσα στη συμπεριφοριστική διάσταση. Τα

συμπεράσματα από το ιατρικό ιστορικό, συμπεριλαμβανομένου του σταδίου της ασθένειας και των συμπτωμάτων του, παρενέργειες της θεραπείας, ταυτόχρονες ασθένειες, και του οικογενειακού ιστορικού, διαμορφώνουν τον πυρήνα της φυσιολογικής διάστασης.

Οι μελέτες έχουν υποθέσει ότι τα φαινόμενα όπως η κούραση μπορούν να μετρηθούν μέσω της αντικειμενικής αξιολόγησης. Αυτή η παρερμηνεία έχει παρακωλύσει σημαντικά την ανάπτυξη πρακτικής. Για το άτομο με καρκίνο, η κούραση μπορεί να είναι το πρώτο σημάδι της κακής υγείας, που οδηγεί στις ιατρικές συμβουλές. Η κούραση συνεχίζει να είναι για το μεγαλύτερο μέρος, μια "κοινωνικά αόρατη" συνέπεια του καρκίνου, η εμπειρία της οποίας είναι πολύ πιο σύνθετη. Συμβάλλει στον σύνθετο κόσμο στον οποίο η ασθένεια είναι ένα προϊόν της εξιδανίκευση της προσωπικότητας και της κοινωνικής κατασκευής. Έχει μια βαθιά επίδραση στη δυνατότητα ενός ατόμου να ζήσει μια "κανονική ζωή". Όλες οι πτυχές της ζωής μπορούν να είναι επηρεασμένες, αναγκάζοντας απόσυρση από οικογένεια, εργασία, κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, οι οποίες μπορεί προηγουμένως να ήταν ισχυρές στην ενίσχυση των συναισθημάτων και του αυτοσεβασμού. Συνεπεία αυτής της αναγκασμένης απόσυρσης από την καθημερινή ζωή, τα έντονα συναισθήματα της απομόνωσης και η έλλειψη κινήτρου για να συνεχίσουν να προσπαθούν να αναλάβουν τις κανονικές λειτουργίες έχουν περιγραφεί ως αποτέλεσμα της κούρασης μετά από τη χημειοθεραπεία (Lemone, Burke 2004).

16.7.Καχεξία, ανορεξία και δυσφαγία

Η καχεξία κι η ανορεξία, από τα τυπικότερα σημεία του προχωρημένου καρκίνου, συχνά σηματοδοτούν τη μη αναστρέψιμη φυσική εξέλιξη της νόσου. για το οικογενειακό περιβάλλον και λιγότερο συχνά για τον ίδιο τον ασθενή η κατάσταση θρέψης αποτελεί θέμα ζωτικής σημασίας. Παρόλο ότι δεν αποδείχθηκε να αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης, η εξασφάλιση της σίτισης του ασθενούς -ακόμη και με τεχνητά μέσα- εμπεριέχει ένα έντονο συμβολισμό που δύσκολα μπορεί να αγνοηθεί. γι' αυτό, η συνταγογράφηση σκευασμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας και φαρμάκων με ορεξιογόνο δράση όπως τα κορτικοστεροειδή και τα προγεστερονοειδή παρέχουν περισσότερο ψυχική υποστήριξη παρά ουσιαστική ενίσχυση της θρέψης του ασθενούς (Ιωαννίδης και συν. 2006).

Περίπου 30% των καρκινοπαθών εμφανίζουν καχεξία, συνήθως ως εκδήλωση του αυξημένου μεταβολισμού που συνδέεται με τη νόσο, αλλά και εξαιτίας άλλων συμπτωμάτων όπως είναι η δυσφαγία, η ναυτία, η μεγάλη απώλεια πρωτεΐνης από έλκος και αιμορραγία, η πλημμελής απορρόφηση ή και ως συνέπεια της θεραπείας. Κανείς πρέπει να επιδιώκει την αντιμετώπιση της υποκειμενικής αιτίας, ενώ η προσέγγιση της καχεξίας καθαυτή μέσω επιθετικής διατροφής με τοποθέτηση καθετήρα ή σωλήνα στο στομάχι δεν είναι γενικά αποδεκτή (Ιωαννίδης και συν. 2006).

Είναι προτιμότερο η θεραπευτική προσπάθεια να κατευθύνεται στην ανακούφιση των σωματικών επιπλοκών και των κοινωνικών συνεπειών της καχεξίας. Σ' αυτές περιλαμβάνονται να διατίθενται π.χ. στον εξασθετισμένο ασθενή μέσα που διευκολύνουν τη μετακίνησή του, να προσαρμόζεται η ένδυσή του κλπ. Το συνεχές ζύγισμα των ασθενών δεν είναι, για ευνόητους ψυχολογικούς λόγους, σωστό. Η δυσφαγία, που προκαλείται από στένωση του οισοφάγου ή του φάρυγγα καθώς και από νευρομυική δυσλειτουργία, μπορεί να είναι μια πιθανή αιτία της καχεξίας. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η δυσφαγία αντιμετωπίζεται καταρχάς με την εφαρμογή διαιτητικής διαδικασίας, που συνίσταται στη λήψη τροφίμων σε μορφή πουρέ. Μπορεί να γίνει προσπάθεια διατήρησης της διάβασης του οισοφάγου με τη χορήγηση στεροειδών, με επέμβαση ακτινοβολίας, με θεραπεία λέιζερ ή με επανειλημμένες μηχανικές διαστολές. Τελικά, πρέπει να ληφθεί υπόψη η δυνατότητα πραγματοποίησης μιας παρηγορητικής χειρουργικής επέμβασης, εάν αυτή θα είναι σε όφελος του ασθενή. Εάν αποτύχουν όλες αυτές τις διαδικασίες, τότε θα πρέπει να τοποθετηθεί ένας κεντρικός φλεβικός καθετήρας, με τον οποίο θα είναι δυνατή η παρεντερική διατροφή του ασθενή (Ιωαννίδης και συν. 2006).

Η ανορεξία είναι συχνά για τους καρκινοπαθείς μια ένδειξη απώλειας ενδιαφερόντων για τη ζωή ή ενδιαφερόντων για τη λήψη τροφίμων. Μια προσέγγιση του φόβου των συγγενών είναι συνήθως αποφασιστικό μέρος της θεραπείας. Το τελετουργικό της λήψης γεύματος, μπορεί να οργανωθεί με τρόπο που να είναι ελκυστικό. Σε αυτό περιλαμβάνονται π.χ. αλλαγή ένδυσης του ασθενή και γεύμα σε αλλιώτικο περιβάλλον (Ιωαννίδης και συν. 2006).

Φάρμακα που διεγείρουν την όρεξη, όπως είναι η χορήγηση της κορτιζόνης, μπορούν να δοκιμασθούν. Επίσης, ορισμένα συνθετικά ανδρογόνα που χορηγούνται για τη θεραπεία του όγκου, εφαρμόζονται και για την αντιμετώπιση της καχεξίας, εξαιτίας της αναβολικής τους δράσης. Ανάλογα με τη δοσολογία, παρατηρείται μια

αύξηση του βάρους του σώματος σε 50-75% των ασθενών και αύξηση της όρεξης σε παραπάνω από 80% των ασθενών. Η οικονομική επιβάρυνση αυτής της θεραπείας είναι σημαντική και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Σε πάρα πολύ βαριές καταστάσεις η αφυδάτωση μπορεί να λειτουργήσει ανακουφιστικά, γιατί οδηγεί σε μείωση της παραγωγής ούρων, βρογχικών φλεγμάτων και γαστρικών υγρών (Λαβδανίτη 2000).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Αξιολογήστε τις συνήθειες του ασθενούς όσον αφορά τη διατροφή του, όπως ποιες τροφές του αρέσουν ή ποιες απεχθάνεται και αναγνωρίστε τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσληψη τροφής. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν να δημιουργηθεί ένα εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας με βάση τις ανάγκες και προτιμήσεις του ασθενή.
- Αξιολογήστε τη βαρύτητα της υποθρεψίας (επίπεδα ολικών λευκωμάτων, λευκωματίνης, σφαιρίνης και τρανσφερρίνης ορού, αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη).
- Ενθαρρύνετε την πρόσληψη οποιασδήποτε τροφής είναι ελκυστική για τον ασθενή και εξετάστε το ενδεχόμενο να εμπλουτισθεί η δίαιτα με συμπληρώματα διατροφής. Είναι καλύτερο να τρώει κανείς κάτι, έστω και εάν δεν είναι θρεπτικά ισορροπημένο.
- Συνιστάται η κατανάλωση μικρών, συχνών γευμάτων. Τα γεύματα αυτά πέπτονται και απορροφώνται πιο εύκολα και συνήθως γίνονται καλύτερα ανεκτά από τον ασθενή με ανορεξία.
- Ενθαρρύνετε τον ασθενή να δοκιμάσει παγωμένες τροφές (όπως παγωτό) ή φαγητά στα οποία έχουν προστεθεί καρυκεύματα, αν όλες οι τροφές του φαίνονται άγευστες. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία είναι δυνατόν να προκαλέσουν βλάβη στους υποδοχείς της γεύσης και απώλεια της ικανότητας διάκρισης της γεύσης των τροφών. Η προσθήκη αρωματικών καρυκευμάτων και η χαμηλή θερμοκρασία καθιστούν τις τροφές πιο ευχάριστες για τον ασθενή με ελάττωση της γευστικής ικανότητας. Οι πικάντικες τροφές δεν συνιστώνται πάντως στους ασθενείς με στοματίτιδα.
- Αντιμετωπίστε τη ναυτία και τον έμετο χορηγώντας αντιεμετικά φάρμακα (η χορήγηση φαρμάκων ανά τακτά χρονικά διαστήματα είναι ένα αποτελεσμα-

τικό προληπτικό μέτρο). Ο ασθενής ενθαρρύνεται να καταναλώνει μικρά και συχνά γεύματα χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος, ξηρές τροφές (όπως κράκερ και φρυγανιές), να αποφεύγει την πρόσληψη υγρών μαζί με το φαγητό και να αποφεύγει να ξαπλώνει για μία ώρα μετά το γεύμα. Να απομακρύνονται από το οπτικό πεδίο του ασθενούς τα νεφροειδή που χρησιμοποιούνται για τον έμετο και να ενθαρρύνεται η στοματική υγιεινή πριν τη σίτιση. Σε περίπτωση ναυτίας, οι ξηρές, χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος τροφές γίνονται καλύτερα ανεκτές. Η απομάκρυνση διαφόρων αντικειμένων, οσμών και εξαρτημάτων που θυμίζουν έμετο, είναι δυνατόν να μειώσει τη ναυτία.

- Εκπαιδεύστε τον να συμπληρώνει τα γεύματα του με συμπληρώματα διατροφής και να λαμβάνει πολυβιταμινούχα σκευάσματα και δισκία που περιέχουν μέταλλα και ιχνοστοιχεία μαζί με τα γεύματα. Συστήσετε την αύξηση των προσλαμβανόμενων θερμίδων προσθέτοντας παγωτό ή παγωμένο γιαούρτι στο υγρό συμπλήρωμα ή σκόνες που κυκλοφορούν στο εμπόριο και περιέχουν πρωτεΐνες και υδατάνθρακες στο γάλα ή το χυμό φρούτων. Επειδή η πρόσληψη τροφής συνήθως υπολείπεται σε σχέση με τις ανάγκες του οργανισμού για τη διατήρηση ή την αύξηση του σωματικού βάρους, τα συμπληρώματα διατροφής είναι δυνατόν να προσφέρουν στον ασθενή θερμίδες-, με έναν τρόπο που συχνά είναι σε θέση να ανεχθεί.
- Εκπαιδεύστε τον ασθενή στη χορήγηση παρεντερικής διατροφής μέσω κεντρικής φλεβικής γραμμής ή άλλης συσκευής αγγειακής προσπέλασης. Διδάξτε τα απαραίτητα μέτρα ασφάλειας και φροντίδας των συσκευών αγγειακής προσπέλασης και εξηγήστε τον τρόπο λειτουργίας της αντλίας που ρυθμίζει την παροχή του διαλύματος. Ο ασθενής με χρόνια καρκίνο ή καρκίνο τελικού σταδίου και χρήζει χορήγησης παρεντερικής διατροφής, συνήθως αντιμετωπίζεται στο σπίτι, οπότε είναι δυνατόν να χρειασθεί ενημέρωση για το πώς θα φέρνει εις πέρας την όλη διαδικασία.

16.8.Διάρροια

Η διάρροια στους καρκινοπαθείς οφείλεται συχνά στην υπερχειλίση των συσσωρευμένων κοπράνων στο έντερο. Επίσης, μπορεί να οφείλεται σε μόλυνση ή εντερίτιδα από την ακτινοβολία. Άλλες αιτίες μπορεί να είναι η υπερασβεστιαμία, η

πλημμελής απορρόφηση, η διήθηση του όγκου αλλά και ψυχογενείς αιτίες. Η θεραπεία του συμπτώματος πρέπει και εδώ να καθοδηγείται από την αιτία. Κορτικοειδή περιέχοντα κλύσμα έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της διάρροιας που οφείλεται στη διήθηση του όγκου στο ορθό και μπορεί επίσης να εφαρμοσθεί και στην αντιμετώπιση της πρωκτικής απόκρισης που παρατηρείται μετά από επέμβαση κολοστομίας. Τα ήπια περιστατικά μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη χορήγηση των αντιχολινεργικών φαρμάκων, όπως είναι η λοπεραμίδη, που αναστέλλουν την περισταλτική κίνηση του εντέρου. Στα πιο βαριά περιστατικά μπορεί να χορηγηθούν οπιοειδή φάρμακα λόγω της ιδιότητάς τους να προκαλούν δυσκοιλιότητα.

Οι νοσηλευτικές πράξεις που θα φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι οι εξής: αφού διαπιστώσουμε τις συνήθειες κένωσης του ασθενούς, εκτιμούμε και αναφέρουμε σημεία και συμπτώματα διάρροιας, εκτιμούμε τους εντερικούς ήχους σε τακτά χρονικά διαστήματα, λαμβάνουμε μέτρα για τον έλεγχο της διάρροιας αν εμφανιστεί, λαμβάνουμε μέτρα για την μείωση του φόβου και του άγχους, αποθαρρύνουμε το κάπνισμα διότι η νικοτίνη έχει διεγερτική δράση στο γαστρεντερικό σωλήνα, αν η διάρροια σχετίζεται με την αντιμικροβιακή θεραπεία και ενθαρρύνουμε την πρόσληψη τροφών που αποκαθιστούν τη χλωρίδα του εντέρου (Λαβδανίτη 2000).

17.ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση του καρκίνου είναι από τα δυσκολότερα προβλήματα στην Ογκολογία. Στηρίζεται σε μια σειρά από στοιχεία τα οποία ποτέ δεν είναι απόλυτα. Με την σειρά σπουδαιότητάς τους αυτά τα κύρια στοιχεία είναι :

1. Εντοπισμός του καρκίνου: Ο καρκίνος σε ορισμένα όργανα (πάγκρεας, ήπαρ) είναι πολύ επιθετικός και μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο μέσα σε λίγους μήνες. Αντίθετα ο καρκίνος του δέρματος (με εξαίρεση το μελάνωμα) έχει πολύ καλοήγη πορεία, και ασθενής θα πεθάνει από κάτι άλλο και όχι από τον καρκίνο. Άλλες εντοπίσεις καρκίνου με πολύ καλή πρόγνωση είναι του παχέος εντέρου, του μαστού, της μήτρας, του προστάτη και του θυροειδούς.
2. Στάδιο του καρκίνου: Ένα από τα σπουδαιότερα στοιχεία που καθορίζεται βάση των ευρημάτων με εργαστηριακές εξετάσεις. Τα στάδια του καρκίνου είναι συνήθως 3. Στο στάδιο I ο καρκίνος περιορίζεται στο όργανο που έχει αναπτυχθεί πχ. στον μαστό. Σε αυτό το στάδιο ο καρκίνος είναι άριστα αντιμετωπίσιμος και ιάσιμος. Ο άρρωστος μπορεί να ζήσει την υπόλοιπη ζωή του χωρίς να ξαναενοχληθεί από αυτόν. Στο στάδιο II ο καρκίνος έχει κάνει μεταστάσεις συνήθως στην περιχή κοντά στον όγκο. Στο στάδιο III δείνει μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα, όπως το ήπαρ ή ακόμα και τα οστά. Με βάση λοιπόν την συμπεριφορά του, ο καθένας καταλαβαίνει την μεγάλη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης με τακτικό και προληπτικό έλεγχο.
3. Τύπος καρκίνου: Ο τύπος του καθορίζεται μετά από ιστολογική εξέταση και έχει μέγιστη σημασία, κυρίως για την αντιμετώπιση και το είδος θεραπείας του. Οι συνηθέστεροι τύποι είναι ο μικροκυτταρικός και μια ομάδα από καρκίνους που λέγονται μη μικροκυτταρικοί. Ο μικροκυτταρικός εξελίσσεται πολύ γρήγορα και θεραπεύεται με χημειοθεραπεία και όχι με χειρουργείο. Ο μη μικροκυτταρικός έχει καλύτερη πρόγνωση και αν διαγνωσθεί έγκαιρα ο ασθενής μπορεί να ζήσει πολλά χρόνια με καλή ποιότητα ζωής.
4. Βαθμός κακοήθειας: Αυτός καθορίζεται με ιστολογική εξέταση και με βάση την μορφολογία των καρκινικών κυττάρων. Οι καρκίνοι βαθμού κακοήθειας 1 έχουν συνήθως πολύ καλή πρόγνωση, οι βαθμού 2 μέτρια και οι 3 βαθμού δυσμενή.

5. Η ηλικία του αρρώστου: Πολλοί πιστεύουν ότι ο καρκίνος στις μεγάλες ηλικίες έχει βραδύτερη πορεία και εξέλιξη απ' ό,τι σε μικρότερες ηλικίες. Αυτό όμως δεν ισχύει πάντα γιατί η πορεία του δεν στηρίζεται σε μαθηματικούς τύπους αλλά σε βιολογικά στοιχεία που είναι ευμετάβλητα και διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο.

17.1. Πρόγνωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ανάλογα με το στάδιο της νόσου και τα διάφορα κέντρα αντιμετώπισης ογκολογικών περιστατικών αναφέρονται ποσοστά 5ετούς επιβίωσης που κυμαίνονται περί το 85%-90% για το στάδιο I, 60% για το στάδιο II, 30% για το στάδιο III, και περί το 10% για το στάδιο IV. Τελευταία εφαρμόζεται και συνδυάζεται χημείο και ακτινοθεραπευτική αγωγή σε προχωρημένα στάδια με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Η εξεντέρωση είναι η μοναδική λύση σε περιπτώσεις υποτροπής με προσβολή της κύστης ή του ορθού, με σχετικά καλά αποτελέσματα, παρά τον επηρεασμό της ποιότητας της ζωής της ασθενούς (Κρέτσας 2001).

17.2. Πρόγνωση του καρκίνου του μυομητρίου

Η πρόγνωση της νόσου βασίζεται:

1. στα ιστολογικά δεδομένα.
2. στο στάδιο της νόσου.
3. στο βαθμό διαφοροποίησης, καθώς όσο πιο αδιαφοροποίητος είναι ο όγκος, τόσο πιο επιθετικός είναι και άρα τόσο ταχύτερα διηθεί το μυομήτριο και δίνει μεταστάσεις.
4. στο βαθμό διήθησης του μυομητρίου, παράγοντας που σχετίζεται με την επιβίωση.
5. στη θετική κυτταρολογική εξέταση περιτοναϊκού υγρού ή έκπλυσης, που δείχνει ότι αν βρεθούν κακοήθη κύτταρα μέσα στο περιτοναϊκό υγρό, παρά την ύπαρξη άλλων θετικών παραγόντων, ο κίνδυνος υποτροπών και χαμηλού ποσοστού επιβίωσης αυξάνει.
6. στη διήθηση των λεμφαδένων, που εξαρτάται από το μέγεθος της μήτρας, τη διαφοροποίηση του όγκου, το βάθος της διήθησης και την εντόπιση και σχετίζεται με την επιβίωση.

7. στην επέκταση στα εξαρτήματα.

8. στην ηλικία, καθώς φαίνεται ότι οι νεότερες γυναίκες έχουν καλύτερη επιβίωση από τις ηλικιωμένες (Μιχαλάς 2000).

ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

ΣΤΑΔΙΟ ΝΟΣΟΥ	ΕΠΙΒΙΩΣΗ
I	90%
II	60-80%
III	20%
IV	>10%

(Roet & Evans 2009)

18. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η πρόληψη του καρκίνου, είναι το σύνολο των διαδικασιών που πρέπει να γίνονται ώστε να μειωθεί η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου. Με την εφαρμογή μέτρων πρόληψης, μειώνεται ο αριθμός των νέων περιπτώσεων καρκίνου μέσα σε μια ομάδα ή σε ένα πληθυσμό. Αυτό θα μειώσει τον αριθμό των θανάτων από καρκίνο. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν ή να μειώσουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου. Οι παράγοντες αυτοί υπάρχουν στα γονίδιά μας, στον τρόπο ζωής μας αλλά και στο περιβάλλον μας. Οι ειδικοί επιστήμονες μελετούν πολλούς διαφορετικούς τρόπους, που μπορούν να βοηθήσουν για την πρόληψη του καρκίνου.

Στους τρόπους αυτούς περιλαμβάνονται:

- Τρόποι για την αποφυγή ή για τον έλεγχο καταστάσεων ή πραγμάτων που είναι γνωστό ότι προκαλούν καρκίνο.
- Αλλαγές στην διατροφή και στον τρόπο ζωής.
- Έγκαιρο εντοπισμό προκαρκινικών καταστάσεων. Με τον όρο αυτό, εννοούμε καταστάσεις που μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο.
- Χημειοπροφύλαξη: Χορήγηση ειδικών φαρμάκων, για τη θεραπεία προκαρκινικών καταστάσεων ή για την αποφυγή έναρξης καρκίνου.

18.1. Αρχές πρωτογενούς πρόληψης

Η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας περιλαμβάνει, σύμφωνα με τον WHO, τα εξής πεδία παρέμβασης:

- Εκπαίδευση για τη μείωση της συμπεριφοράς που θέτει σε κίνδυνο, μέσω της αγωγής υγείας και της συμβουλευτικής
- Εφαρμογή στρατηγικών, σε τοπικό επίπεδο, για αλλαγή της συμπεριφοράς
- HPV εμβολιασμός
- Διακοπή καπνίσματος (World Health Organization 2006).

Η αγωγή υγείας, στα πλαίσια προγραμμάτων πρόληψης για τον καρκίνο τραχήλου μήτρας, ενημερώνει τις γυναίκες για τον συγκεκριμένο καρκίνο, ενώ παράλληλα τις ενισχύει και τις ενδυναμώνει για να νικήσουν το φόβο, την αμηχανία και το αίσθημα στιγματισμού που δημιουργεί, ειδικά σε κάποιες κοινωνίες, ο καρκίνος του τραχήλου

μήτρας. Η αγωγή υγείας στοχεύει στην αύξηση της συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο και γενικότερα ωθεί τις γυναίκες στην αναζήτηση φροντίδας. Βοηθητικά λειτουργούν μέσα, όπως το ενημερωτικό φυλλάδιο, η προβολή βίντεο ή σλάϊντς, τα ραδιοφωνικά ή τηλεοπτικά προγράμματα, οι εκδηλώσεις-συζητήσεις και η δραματοποίηση ρόλων.

Συμβουλευτική (counseling), στα πλαίσια του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είναι η προσωπική, ατομική επικοινωνία, η οποία, μέσα σε κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης, βοηθάει τη γυναίκα να αποκτήσει την αναγκαία γνώση, να πάρει αποφάσεις και να ενεργήσει ανάλογα με τις ανάγκες της.

Για την πρόληψη από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κυκλοφορούν δύο εμβόλια, τα οποία, από τον Ιούνιο του 2008 χορηγούνται δωρεάν από τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας μας. Και τα δύο εμβόλια προστατεύουν από τους υποτύπους HPV16/18, ενώ το τετραδύναμο προστατεύει επιπλέον και από τους υποτύπους HPV 6/11, που είναι υπεύθυνοι για τα οξυτενή κονδυλώματα και για χαμηλού βαθμού δυσπλασίες στον τράχηλο. Οι μέχρι τώρα μελέτες έχουν αποδείξει προστασία από HPV μόλυνση για διάστημα πέντε ετών από τη στιγμή του εμβολιασμού. Και τα δύο εμβόλια χορηγούνται σε τρεις δόσεις ενδομυϊκά σε διάστημα 0-6 μηνών. Πληθυσμός στόχος για την εφαρμογή του HPV εμβολιασμού είναι τα κορίτσια πριν την έναρξη της σεξουαλικής ζωής. Επίσημα ο WHO έχει ορίσει ως πρωταρχικό πληθυσμό-στόχο τα κορίτσια ηλικίας 9-13 ετών (WHO 2006).

Προβληματισμός δημιουργείται για την εφαρμογή του μαζικού εμβολιασμού HPV σε χώρες με οργανωμένο προσυμπτωματικό έλεγχο, καθώς η προσθήκη του εμβολίου αναμένεται να επιφέρει μικρή μείωση στη θνησιμότητα από καρκίνο τραχήλου μήτρας. Επίσης, μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά και τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου μέσω τεστ Παπανικολάου, καθώς ο εμβολιασμός μπορεί, από τη μια πλευρά, να επιφέρει μια αίσθηση πλασματικής ασφάλειας στις γυναίκες, με αποτέλεσμα να μην προσέρχονται για προσυμπτωματικό έλεγχο, ενώ από την άλλη, μπορεί να μειώσει την ευαισθησία του τεστ Παπανικολάου μέσω της μειωμένης επαγρύπνησης των κυτταρολόγων, που θα αναμένουν πλέον μικρό αριθμό παθολογικών δειγμάτων.

Για την εφαρμογή του μαζικού εμβολιασμού HPV σε εθνικό επίπεδο θα πρέπει να εκτιμηθούν παράγοντες ειδικοί για κάθε χώρα, όπως η μέση ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής, ο ειδικός ανά ηλικία επιπολασμός της HPV λοίμωξης, οι

στρατηγικές εμβολιασμού και η αποδοχή του εμβολιασμού από τον πληθυσμό στόχο (WHO 2006).

18.1.1. Το εμβόλιο κατά του HPV

Στην Ελλάδα το 2008 η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών καθιέρωσε τον καθολικό εμβολιασμό του διδύναμου και τετραδύναμου εμβολίου σε όλα τα κορίτσια 12-15 ετών, καθώς και των γυναικών 15-26 ετών που δεν έχουν προηγουμένως εμβολιασθεί. Μείζονες παράγοντες κινδύνου θεωρούνται η πρόωγη ηλικία κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή, οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η HSV (Herpes simplex virus) και HPV λοίμωξη, το κάπνισμα και η εκτεταμένη χρήση των αντισυλληπτικών από το στόμα. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχει επίσης συσχετιστεί με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των «αθωράκιστων πληθυσμών», αλλά δεν είναι σαφές αν ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) ακολουθεί το ίδιο μοτίβο (Αμπραχίμ και συν. 2012).

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων ευθύνεται για το 99,7% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Υπολογίζεται ότι το εμβόλιο έναντι των οροτύπων 16, 18 προστατεύει από το 70% των κρουσμάτων, ενώ η προσθήκη των οροτύπων 45 και 31 θα οδηγούσε στην πρόληψη του 80% των περιπτώσεων. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα μέχρι στιγμής υπάρχοντα εμβόλια εναντίον του HPV δεν προφυλάσσουν από όλους τους υποτύπους του ιού, αλλά μόνο από τους πλέον νοσογόνους και επικίνδυνους, δηλαδή τους υποτύπους 16 και 18 (οι οποίοι ωστόσο είναι υπεύθυνοι για το 70% των καρκίνων παγκοσμίως). Υπάρχει σήμερα και ένα τετραδύναμο εμβόλιο, δηλαδή εμβόλιο εναντίον των υποτύπων 16, 18, 6 και 11, το οποίο προφυλάσσει όχι μόνο από τις δυσπλασίες και τον καρκίνο του τραχήλου αλλά και από τα κονδυλώματα, τα οποία αποτελούν μια από τις πλέον συχνές σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους.

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η συχνότητα ανίχνευσης του γονιδιώματος (DNA) των διαφόρων υποτύπων του HPV ποικίλλει στις διάφορες χώρες. Έτσι, πιθανόν αργότερα, όταν δημιουργηθούν εμβόλια εναντίον διαφορετικών υποτύπων, να εφαρμόζεται το καταλληλότερο εμβόλιο στην εκάστοτε γεωγραφική περιοχή. Τέλος, δεν έχει διευκρινιστεί εάν η εφαρμογή του προφυλακτικού εμβολιασμού θα επηρεάσει ή θα αλλάξει την υπάρχουσα σήμερα πρακτική του προγραμματισμένου ή

ευκαιριακού πληθυσμιακού ελέγχου με το test Παπανικολάου ή και με το test HPV DNA (Ροβίθης και συν. 2010).

Σημαντική παράμετρος για την αποτελεσματική κάλυψη του πληθυσμού είναι η αποδοχή του εμβολιασμού των εφήβων από τους γονείς τους. Ελάττωση του βαθμού αποδοχής του προφυλακτικού εμβολιασμού σε ποσοστά <80% του πληθυσμού των εφήβων μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της συνολικής επίδρασης του εμβολιασμού στην επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι τρέχουσες πληροφορίες αναφέρουν αποδοχή του εμβολιασμού η οποία κυμαίνεται από 70–90% (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν 2010).

Οι γυναίκες εμφανίζονται δεκτικές απέναντι στον εμβολιασμό και στην ενημέρωση στα σχολεία. Ωστόσο, χρειάζεται διεξοδική ενημέρωση των γυναικών, καθώς η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα εμβολιασμού θα οδηγήσει τελικά στη μείωση του επιπολασμού της HPV-μόλυνσης και στον περιορισμό της νόσου. Η ενημέρωση πρέπει να αφορά σε όλο το ηλικιακό φάσμα και σε γυναίκες κάθε κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, με έμφαση στις αγροτικές περιοχές (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν 2010).

18.1.2. Η ηλικία του εμβολιασμού

Ο προφυλακτικός εμβολιασμός θα είναι περισσότερο αποτελεσματικός πριν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας του ατόμου. Τα περισσότερα κορίτσια μολύνονται συνήθως από τον HPV, μέσα σε 2-3 χρόνια από την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής. Επίσης έχει αποδειχτεί ότι τα δωδεκάχρονα κορίτσια εμφανίζουν καλύτερη ορολογική ανταπόκριση στο εμβόλιο συγκριτικά με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, πράγμα το οποίο μπορεί θεωρητικά να οδηγήσει σε πιο μακροχρόνια ανοσία. Για τις γυναίκες άνω των 25 ετών, ο βαθμός οφέλους από τον εμβολιασμό δεν είναι γνωστός κι αναμένονται τα αποτελέσματα σύγχρονων μελετών. Πάντως, από κάποια υπάρχοντα στοιχεία φαίνεται ότι μπορεί να υπάρχει όφελος από τον εμβολιασμό για τις γυναίκες άνω των 25 ετών, οι οποίες δεν έχουν έλθει σε επαφή με τον ιό. Για τις άλλες γυναίκες οι οποίες έχουν εκτεθεί στον ιό και έχουν ανιχνεύσιμο HPV DNA το κέρδος από τον εμβολιασμό αμφισβητείται (Αλεβιζόπουλος, Βασλαματζής 2008).

18.1.3.Αποδοχή του εμβολιασμού

Η αποδοχή των γονέων σε ότι αφορά τον εμβολιασμό των εφήβων για τον ιό HPV είναι άγνωστη. Ενώ η λογική του εμβολιασμού στην εφηβεία είναι παραδεκτή, για κάποιους εγείρει ανησυχία ότι μπορεί να οδηγήσει στην εσφαλμένη άποψη των εφήβων για ανέμελη ή πρόωμη σεξουαλική ζωή. Αυτό μπορεί να ισχύει σε κοινότητες γονέων οι οποίοι θεωρούν ότι τα παιδιά τους έχουν χαμηλό κίνδυνο λοίμωξης από τον HPV, ειδικά σε ορισμένες θρησκευτικές ή εθνικές μειονοτικές ομάδες. Υπάρχουν ενδείξεις ότι με τις ανάλογες ενημερωτικές παρεμβάσεις θα βελτιωθεί το επίπεδο αποδοχής του εμβολιασμού από τους αναποφάσιστους γονείς (Αλεβιζόπουλος, Βασλαματζής 2008).

18.1.4.Διάρκεια της ανοσοποίησης

Οι σύγχρονες κλινικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η ανοσία η οποία παρέχεται μετά τον εμβολιασμό υπερβαίνει τα 4 έτη. Προς το παρόν δεν υπάρχουν ενδείξεις προοδευτικής μείωσής της με το πέρας του χρόνου, αν και δεν είναι γνωστή η ανάγκη χορήγησης αναμνηστικής δόσης. Είναι πιθανό ότι μία επαναλοίμωξη μπορεί να αποτελέσει το μέσο διατήρησης του επιπέδου της φυσικής ανοσίας, ελλείψει αναμνηστικής ανοσοποίησης. Η συνεχής παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας του εμβολιασμού είναι αναγκαία έτσι ώστε να καθοριστεί η αναγκαιότητα επαναληπτικών δόσεων (Αλεβιζόπουλος, Βασλαματζής 2008).

18.1.5.Επίδραση του εμβολιασμού στον προληπτικό έλεγχο με τεστ Παπανικολάου

Ο προληπτικός έλεγχος των γυναικών με το test Pap είχε τεράστια επίδραση στην επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου και στη θνησιμότητα από τη νόσο. Μετά τον προφυλακτικό εμβολιασμό για τον ιό HPV είναι αναγκαία η συνέχιση της προληπτικής κυτταρολογικής εξέτασης επιχρίσματος τραχήλου, για την επιτήρηση των γυναικών οι οποίες είχαν έλθει σε επαφή με τον ιό προ του εμβολιασμού αλλά και για την αναγνώριση του 25-30% των λοιμώξεων που δεν καλύφθηκαν από τα εμβόλια για τον HPV 16/18. Ο εμβολιασμός θεωρείται ότι μπορεί να επηρεάσει το βαθμό προληπτικής εξέτασης του πληθυσμού, αφού δημιουργείται η εσφαλμένη εντύπωση, ιδιαίτερα στις νέες γυναίκες, ότι δεν υπάρχει ανάγκη εξετάσεων μετά τον

προφυλακτικό εμβολιασμό. Επομένως, οποιοδήποτε πρόγραμμα εμβολιασμού, πρέπει να συνοδεύεται από προγράμματα ενημέρωσης ώστε να ενδυναμώνεται η αξία του διαρκούς προληπτικού ελέγχου. Κατά δεύτερο λόγο, ο εμβολιασμός μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της ευαισθησίας και της ειδικότητας της κυτταρολογικής εξέτασης τραχηλικού επιχρίσματος (μέσω της ελάττωσης του αριθμού των ανωμαλιών πλακώδους επιθηλίου), οπότε να ελαττώσει την αρνητική προγνωστική αξία της εξέτασης (Αλεβιζόπουλος, Βασλαματζής 2008).

18.2. Δευτερογενής πρόληψη - προσυμπτωματικός έλεγχος

Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μέσω τακτικών ελέγχων έχει μεγάλη επιτυχία μετά την ευρεία υιοθέτησή της από τη δεκαετία του 1940. Το ποσοστό θνησιμότητας από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μειώθηκε κατά 74% την περίοδο 1955 έως 1992, γεγονός που οφείλεται στην ανακάλυψη του τεστ Παπανικολάου, καθώς και στην ευρύτερη εφαρμογή οργανωμένου προ συμπτωματικού ελέγχου (Αμπραχίμ και συν. 2012).

Ένας από τους καρκίνους που μπορεί να προληφθεί με μεγάλη επιτυχία είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Είναι ο δεύτερος σε συχνότητα τύπος καρκίνου μετά τον καρκίνο του μαστού που παρατηρείται μεταξύ των γυναικών. Παρόλο που μπορεί να αποφευχθεί με την ετήσια εφαρμογή του τεστ Παπανικολάου, παραμένει η κύρια αιτία καρκίνου στις γυναίκες, με αποτέλεσμα να σχετίζεται με το θάνατο πολλών από αυτές. Όταν ανιχνευθεί σε πρώιμο στάδιο, μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, ενώ αν διαγνωσθεί σε προχωρημένο στάδιο οι πιθανότητες ίασης μειώνονται δραματικά. Κάθε χρόνο 3.700 γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Επιπλέον εξακολουθεί να αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη κακοήθεια στις γυναίκες σε όλο τον κόσμο, με μεγαλύτερη συχνότητα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) θεωρείται ο αιτιολογικός παράγοντας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Εκθέσεις από τις περιορισμένες γεωγραφικές περιοχές καταγράφουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες που ανήκουν στη φυλή των Ινδιάνων και σε αυτών που είναι ιθαγενείς της Αλάσκας συγκριτικά με γυναίκες άλλων εθνικοτήτων. Η ενημέρωση και η έκθεση του πληθυσμού στόχου, συμβάλλει στη χρήση εμβολίων ιδίως στις περιοχές με υψηλά ποσοστά εμφάνισης

της νόσου, που εντάσσεται στο πλαίσιο της ανάπτυξης πολιτικής για την καταπολέμηση του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Αμπραχίμ και συν. 2012).

Το τεστ Παπανικολάου έχει αποδειχτεί αρκετά επιτυχημένη μέθοδος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για την πρόληψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας. Το κλασικό τεστ Παπανικολάου είναι διαθέσιμο από το 1950 σε πάρα πολλές χώρες και η αποτελεσματικότητά του, κυρίως όσον αφορά στη μείωση της νοσηρότητας από το συγκεκριμένο καρκίνο υπολογίζεται γύρω στο 80%, αν παρέχεται σε οργανωμένα πλαίσια. Τα πλεονεκτήματα του κλασικού τεστ Παπανικολάου ως μεθόδου προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η μακροχρόνια χρήση του, η ευρεία αποδοχή του, η ύπαρξη σταθερών καταγραφών, οι καθιερωμένοι μηχανισμοί ποιοτικού ελέγχου και εκπαίδευσης στη λήψη και αξιολόγησή του, το χαμηλό κόστος και η υψηλή ειδικότητά του. Περιορισμοί της μεθόδου είναι η μη άμεση διάθεση των αποτελεσμάτων, η αναγκαιότητα ποιοτικού ελέγχου των κυτταρολογικών εργαστηρίων και η μέτρια ευαισθησία του (Παπανικολάου 2008).

18.2.1. Το HPV DNA τεστ

Το HPV DNA τεστ πρόσφατα εμφανίστηκε ως πιθανή συμπληρωματική χρήση την κυτταρολογική εξέταση τεστ Παπανικολάου. Είναι λιγότερο επιρρεπές σε ανθρώπινο λάθος και δεν χρησιμοποιείται για ανίχνευση βλαβών, αλλά για ανίχνευση στελεχών του ιού και καθορίζει την παρακολούθηση και σε επιλεγμένες περιπτώσεις για την αντιμετώπιση. Για τις χώρες με τα εθνικά προγράμματα εμβολιασμού, το HPV τεστ μπορεί επίσης να χρησιμεύσει ως μια στρατηγική χαμηλού κόστους για την παρακολούθηση της μακροπρόθεσμης αποτελεσματικότητας του εμβολίου. Η εισαγωγή καλά οργανωμένων εμβολιασμών και προγραμμάτων προ-συμπτωματικού ελέγχου είναι απαραίτητη προτεραιότητα για όλες τις χώρες. Η αυξημένη υποστήριξη από τους χορηγούς είναι χρήσιμη για τη στήριξη αυτής της υπόθεσης. Αν και δευτερεύοντα μέτρα για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας παραμένουν ο βασικός άξονας στη διαχείριση φροντίδας, ο έλεγχος μεθοδολογιών και διεργασιών, έχει πολλές εγγενείς αδυναμίες, κυρίως λόγω του ότι η επιτυχής εξέταση εξαρτάται από τη συνεργασία του ασθενή και την ευρεία εφαρμογή της μεθόδου (Αμπραχίμ και συν. 2012).

Η αναγνώριση του ιού HPV ως αιτία που προκαλεί, μετά από μια τυπικά μακρόχρονη πορεία, καρκίνο στον τράχηλο της μήτρας, οδήγησε στην ανάπτυξη μιας

σειράς μεθόδων ανίχνευσης του ιού, οι οποίες συναντώνται κάτω από τον όρο HPV test. Το HPV test ανιχνεύει τους ογκογόνους τύπους του ιού HPV στα τραχηλικά και κολπικά επιχρίσματα, ανιχνεύει δηλαδή τη μόλυνση από τον HPV και όχι τις καρκινικές ή προκαρκινικές αλλοιώσεις. Το HPV test χρειάζεται εργαστηριακή υποδομή προηγμένης τεχνολογίας, η οποία δεν έχει περάσει ακόμα στο δημόσιο τομέα, ενώ η ίδια η εξέταση είναι ακόμα αρκετά δαπανηρή και το κόστος ανεβαίνει ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με την κλασική κυτταρολογική εξέταση σε προγράμματα πληθυσμιακού προσυμπτωματικού ελέγχου (Παπανικολάου 2008).

Η θεωρία της εφαρμογής του HPV test ως μεθόδου μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου για την πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου βασίζεται στη γνώση ότι η μόλυνση από τον ιό είναι η απαραίτητη προϋπόθεση για να αρχίσει η διαδικασία καρκινογένεσης στον τράχηλο. Ως εκ τούτου, καρκίνος στον τράχηλο δεν μπορεί να υπάρξει αν προηγουμένως δεν έχει μολυνθεί η γυναίκα από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Έτσι, αν από το συνολικό πληθυσμό των ασυμπτωματικών γυναικών εντοπισθούν –με τη βοήθεια του HPV test– οι γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό, είτε είναι απλοί φορείς είτε νοσούν, αλλά είναι ασυμπτωματικές, τότε η μεγάλη μάζα των HPV-αρνητικών γυναικών απελευθερώνεται από τον έλεγχο με τεστ Παπανικολάου (Pap test), κολποσκόπηση κλπ. και δεν χρειάζεται να επανελεγχθεί για τα επόμενα 5-7(10) χρόνια –διότι ουσιαστικά δεν κινδυνεύει–, ενώ οι HPV-θετικές γυναίκες μπορούν και πρέπει να ελεγχθούν περαιτέρω με στόχο να εντοπισθούν μεταξύ τους αυτές, στις οποίες ο ιός έχει ήδη προκαλέσει αλλοιώσεις στα κύτταρα του επιθηλίου (γεγονός το οποίο θα διαπιστωθεί με την κυτταρολογική, κολποσκοπική και βιοπτική/ιστολογική εξέταση). Η βεβαιότητα ότι οι γυναίκες στις οποίες δεν ανιχνεύεται το HPV DNA δεν κινδυνεύουν να παρουσιάσουν υψηλού βαθμού τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία ή διηθητικό καρκίνο στον τράχηλο, τουλάχιστον για τα επόμενα 5-7(10) χρόνια, βασίζεται στην επιβεβαιωμένη με πολλές μελέτες πολύ υψηλή αρνητική προγνωστική αξία του HPV test (σχεδόν 100%)¹, καθώς και στις γνώσεις από τη φυσική ιστορία της νόσου. Η εφαρμογή του HPV test ως μεθόδου πληθυσμιακού ελέγχου (screening) ευρίσκεται προς το παρόν υπό έλεγχο. Ορισμένες χώρες (π.χ. Ολλανδία) άρχισαν να εφαρμόζουν πιλοτικά προγράμματα βασιζόμενα στον έλεγχο του γυναικείου πληθυσμού με συνδυασμό Pap test και HPV test. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν προς το παρόν αρκετά ερωτήματα ως προς την εφαρμογή του HPV test ως μεθόδου screening, τα οποία θα πρέπει να απαντηθούν

στο προσεχές χρονικό διάστημα με τις αντίστοιχες προοπτικές μελέτες, πριν η νέα μέθοδος εδραιωθεί (Παπανικολάου 2008).

18.2.2. Το τεστ παπανικολάου

Η κυτταρολογική εξέταση επιχρισμάτων από τον τράχηλο της μήτρας με στόχο την πρόληψη ή την έγκαιρη διάγνωση του τραχηλικού καρκίνου (γνωστή ως τεστ Παπανικολάου [Pap-test]) αποτελεί διεθνώς την πλέον επιτυχημένη εξέταση στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής και η εφαρμογή της σε μεγάλες μάζες πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες οδήγησε σε εντυπωσιακή ελάττωση της επίπτωσης και του επιπολασμού της νόσου. Σε αντίθεση με την επιτυχία αυτή, η μη ευρεία εφαρμογή του τεστ Παπανικολάου στις χώρες του τρίτου κόσμου έχει ως αποτέλεσμα ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας να συνεχίζει μέχρι σήμερα να είναι η κύρια αιτία θανάτου από κακοήγη νόσο των γυναικών στις χώρες αυτές. Πρέπει στο σημείο αυτό να αναφερθεί σαφώς ότι η παράληψη κατά τη διάρκεια της γυναικολογικής εξέτασης της διενέργειας του τεστ Παπανικολάου από το γυναικολόγο –όταν αυτό δεν έχει ήδη διενεργηθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων 1-2 ετών– αποτελεί ιατρικό σφάλμα. Δεδομένου του ότι η λήψη των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων δεν απαιτεί προηγούμενη ιδιαίτερη εξειδίκευση ούτε ειδικό εξοπλισμό, το τεστ Παπανικολάου συνεχίζει μέχρι σήμερα να είναι σε ευρεία κλίμακα η πλέον δόκιμη μέθοδος αναγνώρισης των προκαρκινικών ή και πρώιμων καρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας. Προϋποτίθεται βέβαια ότι ο γυναικολόγος ιατρός, ο οποίος έχει και την πλήρη ευθύνη της ιατρικής φροντίδας της εκάστοτε εξεταζόμενης γυναίκας. Παράλληλα, είναι εκ των ών ουκ άνευ η γνώση, τουλάχιστον εκ μέρους του γυναικολόγου, ότι τα αποτελέσματα του τεστ Παπανικολάου δεν αντικατοπτρίζουν με πλήρη βεβαιότητα την αληθή κατάσταση του τραχηλικού επιθηλίου της γυναίκας, και ότι πιθανόν ο μακροσκοπικός και κυτταρολογικός "φυσιολογικός" τράχηλος στην πραγματικότητα να είναι "παθολογικός", δηλ. να υπάρχει ενδοεπιθηλιακή ή και διηθητική νεοπλασία. Άρα, υπάρχει πάντα η πιθανότητα τα αποτελέσματα του τεστ Παπανικολάου, τα οποία προσκομίζονται από το εργαστήριο στο γυναικολόγο ιατρό, να είναι ψευδώς αρνητικά (Λώλης 2004).

18.2.3. Ενδείξεις – οδηγίες προς τις γυναίκες που υποβάλλονται στην εξέταση

Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία συνιστά τα εξής:

- Κάθε γυναίκα πρέπει να αρχίζει να κάνει test Pap 3 χρόνια μετά από την έναρξη σεξουαλικής επαφής από τον κόλπο.
- Το test Pap πρέπει να επαναλαμβάνεται ετησίως (συμβατικό) ή ανά διετία (Test υγρής φάσης-thinprep)
- Μετά την ηλικία των 30 ετών, γυναίκες που έχουν 3 διαδοχικά φυσιολογικά test Pap, μπορεί να εξετάζονται ανά 2-3 έτη, εκτός αν υπάρχει αντίθετη κλινική ένδειξη (προσβολή από τον ιό HIV ή καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος)
- Μετά την ηλικία των 70 ετών, γυναίκες που έχουν 3 ή περισσότερα διαδοχικά φυσιολογικά και κανένα παθολογικό test Pap, μπορούν να επιλέξουν να σταματήσουν την προληπτική λήψη κολποτραχηλικού επιχρίσματος.
- Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό ολικής υστερεκτομής, η λήψη κολποτραχηλικών επιχρισμάτων πρέπει να συνεχίζεται μόνο εάν η διάγνωση αφορούσε καρκινικές ή προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου.
- Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό υστερεκτομής με διατήρηση του τραχήλου, η λήψη κολποτραχηλικών επιχρισμάτων πρέπει να συνεχίζεται κανονικά μέχρι και την ηλικία των 70 ετών.

Οι ασθενείς πρέπει να τηρούν τις εξής οδηγίες:

- Η λήψη του επιχρίσματος πρέπει να προγραμματιστεί δύο εβδομάδες μετά την ημέρα της τελευταίας έμμηνης ρήσης
- Απαγορεύεται η χρήση κολπικών αντισυλληπτικών ή άλλων φαρμακευτικών σκευασμάτων, καθώς και ντους, 48 ώρες πριν την εξέταση
- Η σεξουαλική επαφή αντενδείκνυται τη νύχτα πριν την εξέταση (Αρχοντάκης και συν 2007).

18.2.4. Ταξινόμηση κυτταρολογικών ευρημάτων στο τεστ Παπανικολάου

Τα ευρήματα του τεστ Παπανικολάου δεν αναφέρονται συνήθως - εκτός μεμονωμένων περιπτώσεων - ως “θετικά” (δηλ. ενδεικτικά καρκίνου) ή “αρνητικά” (δηλ. φυσιολογικά), αλλά με διαβαθμίσεις, από την πλήρως φυσιολογική έως την

πλέον παθολογική (ενδεικτική διηθητικού καρκίνου). Κατά καιρούς μεμονωμένοι ερευνητές, επιστημονικές σύνοδοι ή ορισμένες —εθνικές ή μη— κυτταρολογικές, παθολογοανατομικές ή γυναικολογικές εταιρείες εισήγαγαν και έκαναν χρήση διαφόρων παραλλαγών του αρχικού συστήματος ταξινόμησης με τις πέντε κατηγορίες (Class I-V) που εισήγαγαν οι Paranicolaou & Traut.

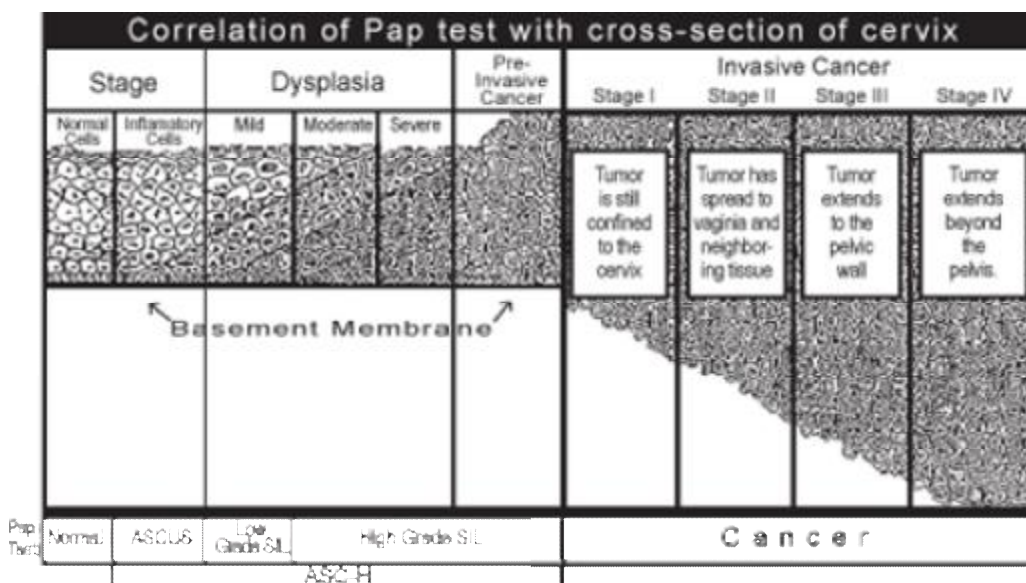
Υπάρχουν διάφοροι όροι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την περιγραφή αυτών των ανωμάτων κυττάρων του τραχηλικού επιθηλίου, οι εξής :

- Δυσπλασία. Η δυσπλασία δεν είναι καρκίνος, αν και μπορεί να εξελιχθεί σε αρχόμενες μορφές καρκίνου, αν παραμείνει χωρίς θεραπεία . Στην δυσπλασία, η οποία εκφράζει την ιστολογική ορολογία της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας, τα κύτταρα του τραχήλου υφίστανται αλλαγές στην μορφολογία τους, οι οποίες αναγνωρίζονται στο μικροσκόπιο. Υπάρχουν τρεις διαβαθμίσεις της δυσπλασίας ταξινομούμενες σαν ελαφρά, μέτρια και έντονη , ανάλογα με το πόσο ανώμαλα εμφανίζονται τα κύτταρα στο μικροσκόπιο.
- Πλακώδης ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση (SIL) : είναι ένας άλλος όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις ανώμαλες αλλοιώσεις των κυττάρων στην επιφάνεια του επιθηλίου του τραχήλου. Μία ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση σημαίνει ότι τα ανώμαλα κύτταρα είναι παρόντα στις επιφανειακές στιβάδες του επιθηλίου του τραχήλου. Διακρίνονται σε χαμηλού βαθμού (ελαφρές αλλαγές στο μέγεθος, σχήμα και αριθμό των κυττάρων), η υψηλού βαθμού (μεγάλος αριθμός κυττάρων με προκαρκινικές αλλοιώσεις).
- Τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN) : ένας άλλος όρος που επίσης χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα ανώμαλα κύτταρα και διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες από το 1 έως το 3 , ανάλογα με το πόσο τμήμα του τραχηλικού επιθηλίου καταλαμβάνεται από ανώμαλα κύτταρα.
- Με τον όρο Ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα ή καρκίνωμα In Situ (CIS), αναφέρεται το προδιηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου όπου όλο το πάχος του επιθηλίου έχει καταληφθεί από ανώμαλα κύτταρα τα οποία όμως δεν έχουν διασπάσει την βασική μεμβράνη και δεν έχουν διασπαρεί σε βαθύτερους ιστούς.
- Καρκίνωμα τραχήλου ή διηθητικό καρκίνωμα συμβαίνει όταν ανώμαλα κύτταρα έχουν διασπάσει την βασική μεμβράνη του τραχηλικού επιθηλίου και

έχουν διηθήσει τους βαθύτερα ευρισκόμενους ιστούς του τραχήλου, ή έχουν μεταφερθεί με την λεμφική ή αιματική οδό σε άλλους ιστούς και όργανα.

Οι ανωτέρω αναφερόμενες διαβαθμίσεις και η ορολογία των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας έχουν την κάτωθι αντιστοιχία μεταξύ τους:

- Κλάση I: φυσιολογικά ευρήματα (φυσιολογικά κύτταρα). Η εξέταση είναι αρνητική για καρκίνο.
- Κλάση II: φυσιολογικά ευρήματα (ορισμένα κολπικά κύτταρα έχουν μικρή απόκλιση από τα φυσιολογικά κύτταρα). Η εξέταση είναι αρνητική για καρκίνο. Συνήθως τα ευρήματα αυτά συναντώνται σε φλεγμονώδεις καταστάσεις του τραχήλου και του κόλπου.
- Κλάση III: αμφίβολα ευρήματα (υπάρχουν κολπικά κύτταρα που ούτε μοιάζουν με τα φυσιολογικά αλλά ούτε με βεβαιότητα χαρακτηρίζονται έως άτυπα ή καρκινικά). Σε αυτή την κλάση συνιστάται επανάληψη του τεστ τρεις φορές σε σύντομο χρονικό διάστημα και στην περίπτωση που επιμένει το εύρημα πρέπει να γίνει βιοψία.
- Κλάση IV: μέσα στον κολπικό κυτταρικό πληθυσμό υπάρχει μικρός αριθμός καρκινικών κυττάρων. Σε αυτήν τίθεται σοβαρά η υποψία για την ύπαρξη κακοήθειας και πρέπει να ακολουθήσει βιοψία.
- Κλάση V: ίδια ευρήματα με την κλάση IV, αλλά ο αριθμός των κακοηθών κυττάρων είναι πιο μεγάλος και υπάρχει ένδειξη για βιοψία (Αρχοντάκης και συν 2007).



Εικόνα 36. Ταξινόμηση κυτταρολογικών ευρημάτων

18.2.5.Αξιολόγηση του τεστ Παπανικολάου

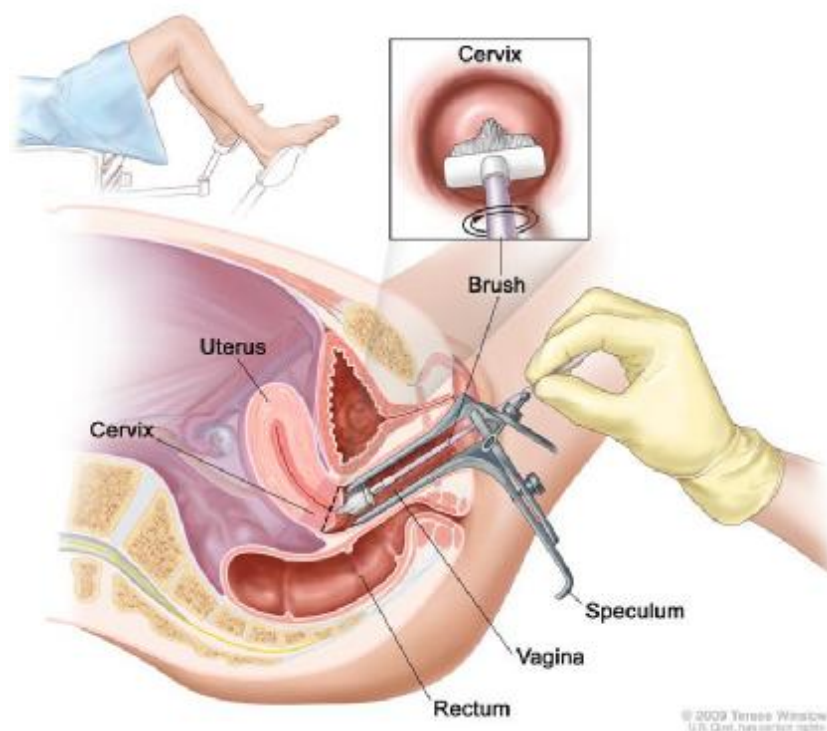
ΣΥΣΤΗΜΑ BETHESDA 2001	
Αρνητικό για κακοήθη κύτταρα	<ul style="list-style-type: none">• Παρουσία μικροοργανισμών• Αλλοιώσεις φλεγμονής• Αναγεννητική ατυπία• Αλλοιώσεις ακτινοβολίας• Αλλοιώσεις από χρήση ενδομητρικών αντισυλληπτικών συσκευών• Ατροφία
Μη διαγνωστική ατυπία	<ul style="list-style-type: none">• Μη διαγνωστική ατυπία πλακωδών κυττάρων (ASCUS)• Μη διαγνωστική ατυπία πλακωδών κυττάρων, στην οποία δεν μπορεί να αποκλεισθεί υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση (ASC-H)• Μη διαγνωστική ατυπία αδενικών κυττάρων (AGUS)
Ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση	<ul style="list-style-type: none">• Χαμηλού βαθμού (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion)• Υψηλού βαθμού (High Grade Squamous Intraepithelial Lesion)
Θετικό για κακοήθη κύτταρα	<ul style="list-style-type: none">• Πλακώδες Ca• Αδενο-Ca

(Αρχοντάκης και συν 2007).

18.3.Δοκιμασία κατά Παπανικολάου (Pap test)- Νοσηλευτικές διεργασίες

Το επίχρισμα Παπανικολάου (Pap-test) χρησιμοποιείται για να διαγνωστεί η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Χρησιμοποιείται επίσης για την εκτίμηση της ορμονικής κατάστασης και την αναγνώριση της παρουσίας σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως η λοίμωξη με τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων ή θηλωμάτων (HPV). Με τη γυναίκα σε γυναικολογική θέση, το μητροσκόπιο εισέρχεται για την επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας. Μια πλαστική ή ξύλινη σπάτουλα χρησιμοποιείται για την απόξεση του στομίου του τραχήλου της μήτρας και άλλων ύποπτων περιοχών και το υλικό τοποθετείται σε αντικειμενοφόρο πλάκα για κυτταρολογική εξέταση. Ένας βαμβακοφόρος στείλεός χρησιμοποιείται για τη λήψη δείγματος από τον

ενδοτράχηλο, και το δείγμα αυτό τοποθετείται σε άλλη αντικειμενοφόρο πλάκα (Lemone, Burke 2004).



Εικόνα 37. Διενέργεια Pap-test

Οι νοσηλευτικές διεργασίες για τη λήψη επιχρίσματος κατά Παπανικολάου (Pap test) είναι οι ακόλουθες:

- Κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας, βεβαιωθείτε ότι η γυναίκα δεν έχει κάνει κολπικές πλύσεις, δεν έχει χρησιμοποιήσει κολπικά φάρμακα και δεν είχε σεξουαλική επαφή τουλάχιστον 24 έως 48 ώρες πριν από τη διαδικασία.
- Κανονίστε να γίνει κάποια άλλη φορά η δοκιμασία εάν η γυναίκα έχει έμμηνη ρύση. Καλύτερος χρόνος για τη δοκιμασία θεωρείται το μέσον του έμμηνου κύκλου.
- Εξηγήστε στη γυναίκα το σκοπό της δοκιμασίας και τι πρόκειται να αισθανθεί καθώς λαμβάνονται τα δείγματα (π.χ., πίεση αλλά όχι πόνο).
- Βοηθήστε τη να ξαπλώσει σε θέση λιθοτομής. Εισάγετε τον κολποδιαστολέα στον κόλπο.

- Λάβετε το κυτταρολογικό δείγμα πριν γίνει οποιαδήποτε άλλη εξέταση στον κόλπο ή πριν από τη λήψη ενδοτραχηλικού υλικού, για καλλιέργεια βακτηριδίων. Ένας βαμβακοφόρος στυλεός μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αφαίρεση της τραχηλικής έκκρισης πριν από τη συλλογή του δείγματος.
- Λάβετε το επίχρισμα για τη δοκιμασία κατά Παπανικολάου με τη χρήση των ενδοτραχηλικών συσκευών συλλογής (κυτταρολογικό βουρτσάκι, βουρτσάκι τραχήλου, πιπέτα, ή στυλεός που σαρώνει κύτταρα). Εάν χρησιμοποιείται η μέθοδος συλλογής των δύο δειγμάτων, το κυτταρολογικό βουρτσάκι εισέρχεται στον ενδοτράχηλο και περιστρέφεται κατά 90° έως 180° και, στη συνέχεια, ακολουθεί μια ελαφρά απόξεση από ολόκληρη τη ζώνη μετάπτωσης, με τη χρήση σπάτουλας. Οι συσκευές που λειτουργούν σαν «σκούπα» εισάγονται και περιστρέφονται κατά 360° επί πέντε φορές και λαμβάνουν ενδοτραχηλικό και εξωτραχηλικό δείγμα την ίδια στιγμή. Αν η γυναίκα έχει κάνει υστερεκτομή, λαμβάνεται δείγμα από το κολόβωμα. Περιοχές που φαίνονται ανώμαλες κατά την επισκόπηση πιθανόν να χρειάζονται κολποσκόπηση και βιοψία. Αν χρησιμοποιείται αντικειμενοφόρος πλάκα, επιστρώνεται πρώτα το δείγμα από τη σπάτουλα. Στη συνέχεια ακολουθεί η επίστρωση από το βουρτσάκι (ξετυλίγοντας το βουρτσάκι με αντίθετη κατεύθυνση από αυτήν που είχε ληφθεί το δείγμα), το οποίο σημειωτέον ότι δεν στεγνώνει εύκολα και, στη συνέχεια, η αντικειμενοφόρος πλάκα ψεκάζεται με μονιμοποιητικό σπρέι μέσα σε διάστημα 5 δευτερολέπτων.
- Η δοκιμασία Thin Prep κατά Παπανικολάου αποτελεί βελτιωμένη μέθοδο διατήρησης των κυττάρων, η οποία ελαττώνει την παρουσία του αίματος, τη βλέννη και τις φλεγμονές. Το δείγμα για τη δοκιμασία λαμβάνεται με τον ανωτέρω περιγραφόμενο τρόπο μόνο που δεν αφαιρείται με βαμβακοφόρο στυλεό η τραχηλική έκκριση πριν από τη συλλογή του δείγματος. Οι συσκευές συλλογής (βουρτσάκι, σπάτουλα ή στυλεός που σαρώνει κύτταρα) απλώς ξεπλένονται σε ένα φιαλίδιο με μονιμοποιητικό διάλυμα, το οποίο παρέχεται από το εργαστήριο. Το σφραγισμένο φιαλίδιο με το διάλυμα αποστέλλεται στο κατάλληλο εργαστήριο. Ένα ειδικό μηχάνημα επεξεργασίας φιλτράρει τα περιεχόμενα και μια λεπτή επίστρωση από τραχηλικά κύτταρα τοποθετείται σε αντικειμενοφόρο πλάκα, η οποία στη συνέχεια εξετάζεται μικροσκοπικά.

- Τοποθετήστε ετικέτες στο φιαλίδιο ή στις αντικειμενοφόρες πλάκες με το όνομα της γυναίκας και τη θέση λήψης. Συμπεριλάβετε στο παραπεμπτικό που συνοδεύει τις αντικειμενοφόρες πλάκες το όνομα, την ηλικία, τον αριθμό τοκετών και το κύριο σύμπτωμα ή το λόγο για τη λήψη του δείγματος.
- Στείλτε τα δείγματα στο κυτταρολογικό εργαστήριο αμέσως για μικροσκόπηση, αξιολόγηση και με γραπτή αναφορά στα παθολογικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων και των καρκινικών κυττάρων.
- Συμβουλευτείτε τη γυναίκα ότι μπορεί να απαιτηθούν επαναληπτικές δοκιμασίες, αν το δείγμα δεν είναι επαρκές.
- Υποδείξτε στη γυναίκα τους επανέλεγχους ρουτίνας για τον καρκίνο του τραχήλου και του κόλπου. Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία (2009) συμβουλεύει τις γυναίκες που έχουν σεξουαλική δραστηριότητα για 3 έτη ή που είναι στην ηλικία των 21 έτους να υποβάλλονται στη δοκιμασία κατά Παπανικολάου κάθε έτος (ή κάθε δύο έτη για τις δοκιμασίες υγρής φάσης). Στην ηλικία των 30 ετών, μετά από τρεις φυσιολογικές δοκιμασίες κατά Παπανικολάου, η παρακολούθηση μπορεί να γίνεται κάθε 2 έως 3 έτη. Συστήνεται γυναικολογική εξέταση κάθε τρία έτη, από τις ηλικίες των 20 έως 40 ετών και, στη συνέχεια, κάθε 1 έως 3 έτη. Μετά την ηλικία των 70 ετών, η γυναίκα μπορεί αν θέλει να σταματήσει τις δοκιμασίες κατά Παπανικολάου, εφόσον τα τρία τελευταία αποτελέσματα ήταν φυσιολογικά και δεν είχε λάβει παθολογικά αποτελέσματα τα τελευταία 10 έτη.
- Καταγράψτε την ημερομηνία της εξέτασης στο ιστορικό της γυναίκας (Lowdermilk, Shannon 2006).

19. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ

Τα τελευταία είκοσι χρόνια ολοένα και περισσότερο οι επαγγελματίες υγείας γιατροί απομακρύνονται από το παραδοσιακό μονοδιάστατο βιοϊατρικό μοντέλο και προσεγγίζουν το πολυδιάστατο βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο του Engel, το οποίο συνεκτιμά εκτός από τις βιολογικές, τις κοινωνικές και τις ψυχολογικές παραμέτρους του νοσήματος. Όλοι οι παράγοντες συσχετίζονται με τη νόσο σε κάθε φάση της: στην εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων, στην εγκατεστημένη νόσο, στη διαγνωστική προσέγγιση, στη θεραπευτική διαδικασία, στην αποκατάσταση μετά τη θεραπεία αλλά και κατά το τελικό στάδιο της νόσου.

Σε όλη αυτή την πορεία ο θεράπων γιατρός μόνος δεν αρκεί για να επιλύσει το πλήθος των προβλημάτων που προκύπτουν από κάθε πλευρά. Έτσι η αντιμετώπιση είναι σήμερα δουλειά όχι ενός προσώπου αλλά της θεραπευτικής ομάδας που περιλαμβάνει γιατρούς όλων των ειδικοτήτων, νοσηλεύτριες, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους λειτουργούς ή επαγγελματίες υγείας. Ας επικεντρώσουμε όμως στις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς με καρκίνο (Ρηγάτος 2000).

1. Ήδη η ψυχολογική επιβάρυνση αρχίζει με τα πρώτα συμπτώματα, πριν καν διαγνωστεί η νόσος. Η ψηλάφηση ενός οζιδίου στο μαστό μιας γυναίκας, λ.χ., ή η πρόσμειξη αίματος στα πτύελα ενός μεσήλικα ή η παρουσία αίματος στα κόπρανα κλπ. συνεπάγεται έντονο άγχος που κινητοποιεί παθολογικές σκέψεις και ακολουθείται από καταθλιπτική διάθεση. Η πραγματοποίηση των σχετικών εξετάσεων καθώς και η εισαγωγή στο νοσοκομείο αυξάνουν ποσοτικά τις παραπάνω εκδηλώσεις.
2. Η τεκμηρίωση της διάγνωσης του καρκίνου δημιουργεί ασφαλώς περισσότερα προβλήματα. Το πρώτο από αυτά είναι η ανακοίνωση της διάγνωσης η οποία, αν και αποτελεί κατά νόμον υποχρέωση του γιατρού, συχνά στον τόπο μας παραμελείται και ο ασθενής παραπλανάται με ασαφείς, ανεπαρκείς και συχνά απλοϊκές γενικόλογες διαγνώσεις. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης κυμαίνονται από την απλή αγχώδη αντίδραση, το φόβο, την κατάθλιψη και ως τις παρανοειδείς εκδηλώσεις. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις συνεπάγονται και διαταραχές στην επικοινωνία και τις σχέσεις με

τους θεραπευτές, γι αυτό και η ψυχολογική, θεραπευτική παρέμβαση είναι αναγκαία.

3. Η διάγνωση συνεπάγεται την εφαρμογή της αναγκαίας θεραπείας, η οποία όμως μπορεί να είναι μια ακρωτηριαστική επέμβαση, για την οποία συχνά υπάρχουν έντονες αρνητικές διαθέσεις. Οι επεμβάσεις μπορεί να συνεπάγονται αλλαγές στην εικόνα του σώματος όπως λ.χ. εγχειρήσεις στο πρόσωπο, στα άνω ή στα κάτω άκρα κλπ. Μπορεί να συνεπάγονται διαταραχές στην ομιλία, τη λήψη τροφής και άλλες λειτουργίες όπως λ.χ. οι εγχειρήσεις στη γλώσσα ή γενικότερα τη στοματική κοιλότητα. Άλλες όπως η μαστεκτομή θέτουν σε σοβαρό κλονισμό όχι μόνο την εικόνα του σώματος αλλά και το ρόλο του φύλου και τη θέση στην οικογένεια, τόσο στο πραγματικό όσο και στο συμβολικό επίπεδο. Τα ψυχολογικά προβλήματα επιτείνονται καθώς τα πιο πάνω, εκτός από το βάρος της διάγνωσης του καρκίνου, επιφέρουν μεταβολές στην εργασιακή κατάσταση, την κοινωνική συμμετοχή, την ερωτική ζωή, το ρόλο στην οικογένεια κλπ.
4. Ειδικά προβλήματα εμφανίζονται και για τις άλλες, πλην των εγχειρήσεων, αντικαρκινικές θεραπείες, την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία. Ειδικώς για την τελευταία σοβαρός ψυχολογικός αντίκτυπος προκαλείται από τις συχνές προσελεύσεις ή/και εισαγωγές στο νοσοκομείο, από τις φλεβοκεντήσεις για αιμοληψία ή για χορήγηση φαρμάκων, από την έντονη τοξικότητα από διάφορα όργανα και συστήματα, κυρίως δε από την αλωπεκία που όχι μόνο διαφοροποιεί την εικόνα του σώματος αλλά και δηλώνει προς τα έξω το πρόβλημα.
5. Μετά την συμπλήρωση των θεραπευτικών χειρισμών και κατά το διάστημα της ύφεσης της νόσου οι ασθενείς εξακολουθούν να εμφανίζουν ψυχικά συμπτώματα είτε με την εμφάνιση διαφόρων σωματικών συμπτωμάτων είτε κατά την εφαρμογή των προγραμματισμένων (ή έκτακτων) εργαστηριακών ελέγχων. Με τα συμπτώματα, γιατί φοβούνται την πιθανότητα να έχουν προκληθεί από υποτροπή ή μεταστάσεις της νόσου. Κατά τους ελέγχους, γιατί κυριαρχεί η ανησυχία για τα αποτελέσματα και η αίσθηση ανασφάλειας. Κατά τη φάση αυτή συχνά είναι και τα προβλήματα στην οικογένεια, καθώς οι ρόλοι και οι σχέσεις μεταξύ των μελών έχουν σοβαρά δοκιμαστεί επί μακρό χρονικό διάστημα.

6. Στη φάση της υποτροπής ή της γενίκευσης της νόσου τα ψυχολογικά προβλήματα μεγιστοποιούνται καθώς όχι μόνο διαψεύδονται οι θεραπευτικές προσδοκίες και οι ιατρικές υποσχέσεις, αλλά και για τις αντικειμενικές προοπτικές του σταδίου αυτού. Η καταθλιπτική αντίδραση μπορεί να είναι πολύ βαριά και να χρειαστεί ακόμα και ψυχιατρική παρέμβαση. Ο πόνος δημιουργεί άλλα προβλήματα ενώ, όπως έχει δείχτεί, συμβάλλει στην εμφάνιση ψυχιατρικής συννοσηρότητας ή την επιβαρύνει (Ρηγάτος 2000).

Εκτός από τα ψυχολογικά προβλήματα της νόσου και των θεραπειών τα μέλη της οικογένειας του καρκινοπαθούς εμφανίζουν και πρόσθετα προβλήματα όπως (ενδεικτικά) :

- Τη συμμετοχή στην ενημέρωση ή την ευθύνη για την απόκρυψη της διάγνωσης.
- Τη μεταμφίση της λύπης, της αγωνίας και των άλλων συναισθημάτων τους σε ευχάριστη συμπεριφορά ώστε να μη καταλάβουν την αλήθεια οι ασθενείς τους.
- Τη δοσοληψία με τους γιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας.
- Την παραμέληση της εργασίας τους και την πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση που συνεπάγεται η νόσος.
- Την παραμέληση των άλλων μελών της οικογένειας ή την ευέξαπτη συμπεριφορά τους ως αποτέλεσμα της πίεσης χρόνου και συναισθημάτων.
- Την παραμέληση του εαυτού τους και την προβολή στον εαυτό τους φόβων για τη νόσο, είτε λόγω κληρονομικότητας, είτε λόγω κοινού τρόπου ζωής, είτε από άλλες αιτίες.

Οι συγγενείς αναπτύσσουν, όπως και οι καρκινοπαθείς μηχανισμούς για την ψυχική τους ομοιόσταση που περιλαμβάνουν την *άρνηση* της νόσου, την *απόθεση*, την *υπεραναπλήρωση*, την *προβολή* κλπ. Βιώνουν δε και την *άρνηση* και το *παζάρεμα* και την *εξέγερση* και την *κατάθλιψη* , όπως και οι *πάσχοντες*, πριν να φτάσουν στην ήρεμη αποδοχή της πραγματικότητας και της προοπτικής.

Για τις τόσο συχνές ψυχολογικές επιπτώσεις σε ασθενείς με κακοήθη νεοπλάσματα, υπάρχει σήμερα ομοφωνία για τη σκοπιμότητα παρέμβασης με ψυχολογικές και ψυχιατρικές παρεμβάσεις.

- Είδος ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, ανεπίσημο και ερασιτεχνικό, συχνά όμως επαρκές, είναι η καθημερινή επικοινωνία του ασθενούς με τους

θεράποντες γιατρούς, τις νοσηλεύτριες και τους άλλους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου. Συχνά στην ίδια κατεύθυνση βοηθούν συγγενείς και φίλοι αλλά και ευαισθητοποιημένοι εθελοντές, που ευτυχώς αρχίζουν και πληθαίνουν στα αντικαρκινικά νοσοκομεία.

- Ιδιότυπη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για άτομα με ανεπτυγμένο θρησκευτικό συναίσθημα αποτελεί η παρουσία ιερέως ή άλλου θρησκευτικού λειτουργού, ιδιαίτερος αν αυτός είναι ευαισθητοποιημένος σε θέματα ποιμαντικής ψυχολογίας.
- Οι πιο αξιόπιστες και αποτελεσματικές ψυχολογικές - ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι εκείνες που γίνονται από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, ψυχιάτρους, ψυχολόγους, ψυχοθεραπευτές. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι ατομικές ή ομαδικές, εφαρμόζονται δε διεθνώς ήδη από τη δεκαετία του '60, αρχικά στις ΗΠΑ. Στα πλαίσια των ατομικών παρεμβάσεων εφαρμόζονται ψυχαναλυτικής αρχής τεχνικές, γωνιακές μέθοδοι ή θεραπείες συμπεριφοράς. Άλλοι εφαρμόζουν τεχνικές χαλάρωσης ή χορηγούν φαρμακευτικά σκευάσματα, ορισμένα των οποίων αναφέρονται ως αποτελεσματικότερα των τεχνικών χαλάρωσης (Ρηγάτος 2000).

Ομαδικές ψυχοθεραπείες εφαρμόζονται από τη δεκαετία του '70, αρχικά με συζητήσεις για την τοξικότητα της θεραπείας, σταδιακά δε για άλλα θέματα, προσωπικά ή οικογενειακά. Την ίδια εποχή λειτούργησαν και προγράμματα για ασθενείς τελικού σταδίου. Διάφορες εργασίες για την αποτελεσματικότητα των ομαδικών θεραπειών διαπιστώνουν:

- Τη δυνατότητα απορρόφησης των οδυνηρών συναισθημάτων και την τόνωση του ηθικού.
- Τη μείωση του άγχους.
- Μεγαλύτερη ικανοποίηση (συγκριτικά προς μάρτυρες) από την εφαρμοζόμενη θεραπεία και την αύξηση της εμπιστοσύνης προς τους θεράποντες.
- Τη μείωση της δυσανεξίας.
- Τη δυνατότητα συζήτησης οδυνηρών θεμάτων όπως ο θάνατος.
- Τη μείωση της κατάθλιψης.
- Την προσφορά νοήματος και ενδιαφέροντος για τη ζωή.

Δυστυχώς στην Ελλάδα διάφορα τέτοια προγράμματα είναι ανεπαρκή για τις ανάγκες και μάλιστα χωρίς συνέχεια. Η στελέχωση ανάλογων τμημάτων ακόμα και

στα ειδικά νοσοκομεία είναι ανεπαρκής. Μεμονωμένοι ψυχίατροι, μεμονωμένοι ψυχολόγοι, κενές θέσεις, δυσχερείς συνθήκες είναι η συνήθης πρακτική. Την ανάγκη αυτή για ψυχολογική στήριξη καρκινοπαθών καλύπτουν κατά καιρούς εθελοντικές οργανώσεις του χώρου όπως η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία και η Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής, κυρίως όμως διάφορα σωματεία πασχόντων και φίλων που, έχοντας συνειδητοποιήσει την ανάγκη, προσλαμβάνουν και χρησιμοποιούν επαγγελματίες του χώρου για εφαρμογή ποικίλων ατομικών και ομαδικών παρεμβάσεων. Ανάλογα με εκείνα των ασθενών είναι και τα προγράμματα που εφαρμόζονται για τα μέλη των οικογενειών καρκινοπαθών. Συχνές είναι οι ψυχοθεραπευτικές ομάδες συζύγων, παιδιών των αρρώστων αλλά και τα προγράμματα οικογενειακής θεραπείας ώστε να αποκατασταθεί ο ρόλος καθενός στην οικογένεια και να ορθοποδήσουν μετά το ισχυρό πλήγμα του καρκίνου. Η κατανόηση των ψυχολογικών προβλημάτων των καρκινοπαθών από τα νοσοκομεία και τις άλλες δομές υγείας του δημοσίου αλλά και του ιδιωτικού τομέα είναι επιτακτική και επείγουσα ανάγκη. Γιατί σήμερα ο σκοπός δεν είναι μόνο να προσθέσουμε χρόνια στη ζωή αλλά (και πιο σημαντικό) να προσθέσουμε ζωή στα χρόνια (Ρηγάτος 2000).

20.ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ- ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

20.1.Ορισμός

Ο WHO το 1989 έδωσε τον ορισμό της παρηγορητικής φροντίδας: «Παρηγορητική φροντίδα είναι η ενεργός καθολική φροντίδα ασθενών των οποίων η νόσος δεν ανταποκρίνεται πλέον στην θεραπεία. Η παρηγορητική φροντίδα ασχολείται με τον έλεγχο του πόνου και των λοιπών συμπτωμάτων φυσικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών του ασθενούς, προκειμένου να του εξασφαλίσει ποιότητα στη ζωή αλλά και ποιότητα στο θάνατο. Υποστηρίζει την οικογένεια καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου, αλλά και μετά την απώλεια» (Αλεξοπούλου-Βραχνού 2007).

Ο WHO το 2002 έδωσε νέο ορισμό: «Είναι μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών (και της οικογένειάς τους) που υποφέρουν από νοσήματα πτωχής πρόγνωσης ή προοδευτικά επιδεινούμενα, μέσω της πρόληψης, εκτίμησης και αντιμετώπισης του πόνου και των λοιπών φυσικών συμπτωμάτων, καθώς και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών τους» (Αλεξοπούλου-Βραχνού 2007).

Η παρηγορητική φροντίδα απευθύνεται:

- σε ασθενείς κάθε ηλικίας με νοσήματα πτωχής πρόγνωσης ή προοδευτικά επιδεινούμενα, τα οποία προκαλούν επίμονες ή υποτροπιάζουσες καταστάσεις, που να επηρεάζουν την καθημερινή δραστηριότητα ή προδιαθέτουν σε περιορισμό του προσδόκιμου επιβίωσης και
- ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στους Καρκινοπαθείς, στους Υπερήλικες και στα Παιδιά.

Το επίκεντρο της παρηγορητικής φροντίδας είναι ο ασθενής και η οικογένειά του, που αποτελούν την «μονάδα» φροντίδας. Το πρόγραμμα φροντίδας και οι στόχοι του καθορίζονται από κοινού με τον ασθενή, την οικογένεια και την ομάδα της παρηγορητικής φροντίδας. Οικογένεια θεωρείται, με την ευρύτερη έννοια του όρου, όποιος έχει την ευθύνη φροντίδας του ασθενούς και όποιος τυγχάνει της εμπιστοσύνης του ασθενούς (Αλεξοπούλου-Βραχνού 2007).

20.2. Πολυδύναμη Ομάδα παρηγορητικής φροντίδας

Η ομάδα της παρηγορητικής φροντίδας πρέπει να περιλαμβάνει εξειδικευμένους στην παρηγορητική φροντίδα γιατρούς (τουλάχιστον ο επικεφαλής της ομάδας) διαφόρων ειδικοτήτων, γιατρό εξειδικευμένο στην αντιμετώπιση του πόνου, νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, φυσιοθεραπευτή. Ο συντονιστής της ομάδας παρηγορητικής φροντίδας πρέπει να είναι ο εξειδικευμένος γιατρός στη παρηγορητική φροντίδα και για στον έλεγχο του πόνου. Η ομάδα πρέπει να πλαισιώνεται από δίκτυο υποστήριξης γενικών γιατρών, οικογενειακών γιατρών, γιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, κατ'οίκον νοσηλευτές, διαιτολόγους, φαρμακοποιούς, γραμματείς, οδηγούς κ.ά. Η ομάδα πρέπει να πλαισιώνεται από δίκτυο εκπαιδευμένων εθελοντών και από δίκτυο Σωματείων και Ομάδων υποστήριξης (ασθενών, Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Εκκλησίας κ.ά.) (Αλεξοπούλου-Βραχνού 2007).

20.3. Αντικείμενο της παρηγορητικής φροντίδας

20.3.1. Αντιμετώπιση Φυσικών συμπτωμάτων

Ο πόνος, τα λοιπά συμπτώματα και οι παρενέργειες από τη θεραπεία πρέπει να αντιμετωπίζονται με μεθόδους βασισμένες σε ενδείξεις, συστηματικά και με τη μέγιστη δυνατή ικανότητα.

- η ομάδα της παρηγορητικής φροντίδας πρέπει να διαθέτει εξειδικευμένους γιατρούς στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων
- πρέπει να γίνεται συστηματική εκτίμηση του πόνου, των λοιπών συμπτωμάτων (δύσπνοια, ναυτία, ανορεξία, καταβολή, αϋπνία, άγχος, κατάθλιψη, σύγχυση, δυσκοιλιότητα κ.ά), των παρενεργειών της θεραπείας και της λειτουργικής ικανότητας τους ασθενούς
- πρέπει να χρησιμοποιούνται αξιόπιστα εργαλεία αξιολόγησης. Τα εργαλεία αξιολόγησης των συμπτωμάτων για τα παιδιά και τους ασθενείς με πνευματικά προβλήματα πρέπει να είναι κατάλληλα προσαρμοσμένα
- καλή αντιμετώπιση του πόνου και των λοιπών συμπτωμάτων θεωρείται η μείωση του πόνου και του συμπτώματος σε επίπεδα αποδεκτά από τον ασθενή και με το

μεγαλύτερο βαθμό ασφαλείας του

- φραγμοί στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου θα πρέπει εγκαίρως να εντοπίζονται. Ο φόβος των παρενεργειών από τα οπιοειδή, όπως ο εθισμός, η αναπνευστική καταστολή και η επιτάχυνση του τέλους, πρέπει να διευκρινίζονται και αντιμετωπίζονται
- πρέπει να γίνεται συστηματική εκτίμηση της φυσικής και λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς, της απόδοσης θεραπείας και της ποιότητας των παροχών και να επαναπροσδιορίζεται η κλινική του κατάσταση (Αλεξοπούλου-Βραχνού 2007).

20.3.2. Αντιμετώπιση Ψυχολογικών και Ψυχιατρικών συμπτωμάτων

- η πολυδύναμη ομάδα περιλαμβάνει ειδικούς για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών συνεπειών της νόσου στον ασθενή (άγχος, κατάθλιψη, ντελίριουμ, πνευματική δυσλειτουργία), της πιθανής συνυπάρχουσας ψυχιατρικής νόσου καθώς και των ψυχολογικών προβλημάτων που αναπτύσσουν τα μέλη της οικογενείας του
- απαιτείται συστηματική εκτίμηση και καταγραφή των ψυχολογικών αντιδράσεων
- εφαρμόζονται φαρμακευτικές και μη μέθοδοι
- απαιτείται εκπαίδευση και υποστήριξη της οικογένειας (Αλεξοπούλου-Βραχνού 2007).

20.3.3. Αντιμετώπιση Κοινωνικών Προβλημάτων

- η πολυδύναμη ομάδα περιλαμβάνει κοινωνικούς λειτουργούς για την εκτίμηση και διεκπεραίωση κοινωνικών και πρακτικών αναγκών που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της νόσου
- θα πρέπει να καταγράφονται στην κάρτα του ασθενούς, από την αρχή της νόσου, τα εξής: η οικογενειακή δομή, ο τόπος διαμονής, οι δυνατότητες επικοινωνίας (e-mail, τηλ. κλπ), τα πιθανά δίκτυα εξυπηρέτησης στην περιοχή κατοικίας, η πρόσβαση σε φαρμακεία (κρατικά και μη), η δυνατότητα βοήθειας στο σπίτι, στο σχολείο κλπ.
- θα πρέπει να πραγματοποιούνται τακτικές συναντήσεις στο σπίτι και στις

υπόλοιπες δομές της παρηγορητικής φροντίδας, για εκτίμηση της κατάστασης, των στόχων, των προσδοκιών και των αναγκών

- θα πρέπει να αξιοποιούνται δυνατότητες της τοπικής αυτοδιοίκησης, εκκλησίας, εθελοντών, σχολείου κλπ., και να ελέγχονται.
- θα πρέπει να αξιοποιούνται δυνατότητες που παρέχονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (εάν υπάρχουν) και να ελέγχονται (Αλεξοπούλου- Βραχνού 2007).

21.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

21.1. Ιστορικό υγείας

Η Α.Π. είναι 45 ετών, χωρισμένη, μητέρα τεσσάρων παιδιών ηλικίας από 16 μέχρι 23 ετών. Είχε παντρευτεί στα 18 και είχε αρκετούς σεξουαλικούς συντρόφους πριν το γάμο της. Είχε τρεις σεξουαλικούς συντρόφους από τότε που τελείωσε ο γάμος της. Τον τελευταίο χρόνο υποβλήθηκε σε κρυοχει-ρουργική για αντιμετώπιση οξυτενών κονδυλωμάτων. Το Pap-test πριν από δυο εβδομάδες έδειξε άτυπα κύτταρα και τώρα προσήλθε για επανάληψη της εξέτασης.

Η νοσηλεύτρια που κάνει την εισαγωγή, παίρνει το ιστορικό της ασθενούς και κατέγραψε τα ακόλουθα ευρήματα: Αρτηριακή πίεση 130/80, σφύξεις 72, αναπνοές 18, Θερμοκρασία 37,3°C. Το βάρος της ασθενούς είναι 64,5kg, περίπου 15% πάνω από το κανονικό της. Η κολπική εξέταση του τραχήλου της μήτρας αποκαλύπτει μια μεγάλη νεκρωτική βλάβη στη θέση της 7ης ώρας. Έχει μειώσει το κάπνισμα σε λιγότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα και δεν κάνει χρήση αλκοόλ.

Η ασθενής είναι πολύ φοβισμένη και ανήσυχη και δεν έχει πει σε κανένα για το παθολογικό Pap-test που είχε. Αποκαλύπτει ότι είχε πόνο στην οσφύ που αντανακλά και στους μηρούς για αρκετούς μήνες και ρυπαρές κολπικές εκκρίσεις που αυξάνουν μετά τη συνουσία. Δεν είχε κάνει Pap-test για 5 χρόνια. Η νοσηλεύτρια κάνει την επαναληπτική εξέταση, η οποία είναι θετική για καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων στον τράχηλο της μήτρας. Προγραμματίζεται αξονική τομογραφία και λεμφαγγειογραφία, ενώ η λαπαρο-σκόπηση δείχνει ότι η νόσος έχει εξαπλωθεί στην πυελική κοιλότητα.

Η ασθενής έχει αρχίσει ακτινοθεραπεία, αφού έκανε αφαίρεση των πυελικών οργάνων. Ελέγχει τον πόνο με τεχνικές χαλάρωσης και χρειάζεται αναλγητικά μόνο περιστασιακά. Χρησιμοποιεί μια υδατοδιαλυτή λοσιόν για να περιποιείται το δέρμα της και προσέχει να μη σβήσει τα σημάδια που έχουν τοποθετήσει στο δέρμα της. Φαίνεται αισιόδοξη και έχει διακόψει το κάπνισμα. Αυτή και η οικογένεια της συνεχίζουν να συμμετέχουν στην ομάδα αλληλοϋποστήριξης καρκινοπαθών. Η ασθενής κάνει σχέδια για το μέλλον και έχει συζητήσει με την οικογένεια της για το τι σημαίνει να ζεις με καρκίνο.

Αξιολόγηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Ασθενής 76 ετών παρουσίασε κοιλιακή αιμορραγία. Μετά από υστεροσκόπηση και λήψη βιοψίας τέθηκε η διάγνωση καρκίνου του ενδομητρίου. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ολική υστερεκτομή. Μετά το χειρουργείο παρουσιάζει:</p> <ul style="list-style-type: none"> • απουσία εντερικών ήχων και παραπονείται για παρουσία αερίων στο έντερο, • δυσφορία • και αίσθημα τυμπανισμού. • δεν μπορεί να λάβει υγρά από το στόμα, ούτε τροφή, καθώς νιώθει έντονη δυσφορία. 	<p>Μετεγχειρητική δυσκοιλιότητα, που οφείλεται σε:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα, λόγω της νάρκωσης, των χειρουργικών χειρισμών, των ναρκωτικών αναλγητικών. • Στη μειωμένη πρόσληψη υγρών. • Στη μειωμένη πρόσληψη τροφής, πλούσια σε φυτικές ίνες. • Στη δυσκολία της ασθενούς να κινητοποιηθεί, να σηκωθεί να βαδίσει και να αλλάξει θέσεις στο κρεβάτι. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει αναζήτηση σημείων δυσκοιλιότητας. • Να γίνει έλεγχος για εντερικούς ήχους. • Να εφαρμοστούν μέτρα κινητοποίησης του εντέρου και πρόληψης της δυσκοιλιότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε αναζήτηση των σημείων δυσκοιλιότητας. Παρατηρήθηκε απουσία κενώσεων, απουσία αποβολής αερίων, ανορεξία, διατεταμένη κοιλιά και πόνος, αίσθημα πληρότητας στο ορθό. • Έγινε έλεγχος για εντερικούς ήχους. Παρατηρήθηκε απουσία εντερικών ήχων. • Εφαρμόστηκαν μέτρα για κινητοποίηση του εντέρου. Η ασθενής έγινε πιο δραστήρια, περπάτησε αρκετές φορές την ημέρα, στο διάδρομο της κλινικής. Δεν χορηγήθηκαν ναρκωτικά αναλγητικά, δόθηκε να πει σταδιακά ζεστό ρόφημα και η ασθενής 	<p>Η δυσκοιλιότητα αντιμετωπίστηκε επιτυχώς, όπως φαίνεται από:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τη συνηθισμένη κινητικότητα του εντέρου, μετά την πρόσληψη τροφής και υγρών από το στόμα. • Την αποβολή μαλακών και σχηματισμένων κοπράνων. • Την έλλειψη αυξημένης διάτασης στην κοιλιά και παρουσίας αερίων. • Την επιστροφή της ασθενούς στις συνήθειες για αυτή ώρες κενώσεων.

			πήγε στην τουαλέτα μόνο όταν ένιωσε ανάγκη για αφόδευση.	
--	--	--	--	--

Αξιολόγηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Ασθενής 56 ετών υποβλήθηκε σε υφολική υστερεκτομή λόγω καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η ασθενής μετεγχειρητικά υποβλήθηκε σε χημειοθεραπεία, με σκοπό την εξάλειψη υπολειπόμενων καρκινικών εστιών. Μετά το τέλος της χημειοθεραπείας η ασθενής εμφάνισε:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ναυτία και έμετο, που αποδόθηκαν στη δράση των φαρμάκων. 	<p>Ναυτία και έμετος σε ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία, λόγω διέγερσης του κέντρου του πυρετού από τα κυτταροστατικά, τη φλεγμονή και το άγχος.</p>	<p>Να ληφθούν μέτρα πρόληψης της ναυτίας και του εμέτου, με φαρμακευτικά μέσα, με υποστήριξη του ασθενούς και με μέτρα που σχετίζονται με το περιβάλλον του.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής έλαβε επαρκή ενημέρωση για τη νόσο και για τη χημειοθεραπεία, απαντήθηκαν όλες οι ερωτήσεις του και δημιουργήθηκε ένα κλίμα εμπιστοσύνης, γεγονός που βοήθησε στη μείωση του άγχους. • Χορηγήθηκαν ειδικά φάρμακα, πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας, για την πρόληψη της ναυτίας και του εμέτου (aloperidin amp 2 mg IM, primperan amp 10 mg ενδοφλεβίως). • Εξαλείφθηκαν δυσάρεστα θεάματα και οσμές που προκαλούν ερεθισμό για έμετο. • Ζητήθηκε από τον ασθενή να αναπνέει αργά όταν έχει αίσθημα ναυτίας και να αλλάζει θέσεις αργά. • Δόθηκαν οδηγίες για τη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε 	<p>Ο ασθενής δεν εμφανίζει αίσθημα ναυτίας και έμετο, όπως φαίνεται από τη λεκτική του αντίδραση και από το γεγονός ότι δεν παρουσιάζει εμέτους.</p>

			<p>έμετο και ο ασθενής τις εφάρμοσε πλύσεις με διάλυμα Hexalane 2%.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ο ασθενής έλαβε ανθρακούχο αναψυκτικό, επειδή μείωσε το αίσθημα του εμέτου.• Μετά τη θεραπεία δόθηκαν στον ασθενή μικρά γεύματα, σε θερμοκρασία δωματίου, χωρίς οσμές, χωρίς πολλά λιπαρά.	
--	--	--	---	--

Αξιολόγηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Ασθενής ετών 78 διαγνώστηκε με προχωρημένο καρκίνο μήτρας με μεταστάσεις στο ήπαρ. Η ασθενής βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της νόσου. Η ασθενής λόγω της νόσου και των παρενεργειών της θεραπείας:</p> <ul style="list-style-type: none"> • έχει δυσκολία στη λήψη φαγητού από το στόμα. • Οι συχνές ναυτίες και έμετοι, η απουσία όρεξης και η ψυχική φόρτιση, την εμποδίζουν στη λήψη τροφής. • Πρέπει να ληφθούν μέτρα για την κάλυψη των διατροφικών αναγκών της ασθενούς. 	<p>Διαταραχές θρέψης λόγω ανεπαρκούς κάλυψης των αναγκών του σώματος λόγω:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μειωμένης πρόσληψης τροφής από το στόμα, λόγω φόβου, κατάθλιψης, διαταραχές γεύσης. • Αυξημένων απωλειών λόγω εμέτων και διαρροιών. • Λόγω διαταραχής του μεταβολισμού των τροφών, λόγω της νόσου και της ακτινοθεραπείας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης της ασθενούς. • Να γίνει εκτίμηση του τρόπου διατροφής της ασθενούς και των διατροφικών συνηθειών της. • Να ληφθούν μέτρα βελτίωσης της γεύσης και της όρεξης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης της ασθενούς. Βρέθηκε σωματικό βάρος χαμηλότερο από το συνηθισμένο, για την ηλικία και το ύψος της (έχει χάσει 7 κιλά τους τελευταίους 3 μήνες). Η ασθενής παρουσιάζει παθολογικές τιμές ουρίας (71 mg/dl), λευκωμάτων (4 g/dl), αιματοκρίτη (31%), και αλβουμίνης (3,1mg/dl). • Η ασθενής είχε αυξημένο αίσθημα ναυτίας. Δόθηκαν οδηγίες και χορηγήθηκε ήπιο ημεριστικό (Tavor tabl 5 mg) που βοήθησε στη μείωση της ναυτίας σε μεγάλο βαθμό. 	<p>Η ασθενής βελτίωσε τη διατροφική της εικόνα, όπως φαίνεται από την αύξηση του βάρους της, τις φυσιολογικές εργαστηριακές τιμές, την αντοχή στην κόπωση και στην βελτίωση της δραστηριότητας.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής άρχισε να τρέφεται με τροφές που δεν προκαλούν δυσάρεστο αίσθημα, δεν είναι ζεστές, δεν μυρίζουν έντονα, και είναι πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά (κρύο κοτόπουλο, τυρί, μοσχάρι, πατάτες βραστές με ελαιόλαδο). Η ασθενής λαμβάνει 5 γεύματα την ημέρα, σε ώρες που την ευχαριστούν και λαμβάνει ενδιάμεσα μικρές ποσότητες υγρών. • Η ασθενής άρχισε να έχει δραστηριότητα, να κινείται στο χώρο του νοσοκομείου, γεγονός που αύξησε την όρεξη. 	
--	--	--	--	--

Αξιολόγηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Γυναίκα ετών 33, βρέθηκε να πάσχει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η θεραπεία που εφαρμόστηκε ήταν η υφολική υστερεκτομή και η ακτινοβολία. Η ασθενής ήταν άτεκνη και παντρεμένη εδώ και 2 έτη.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής νιώθει μεγάλη αλλαγή στο σώμα της μετά την υστερεκτομή. Είχε σχεδιάσει να κάνει ένα παιδί και τώρα δεν μπορεί. • Νιώθει ότι έχει χάσει την σεξουαλικότητα της, την γυναικεία υπόσταση και έχει αλλάξει η ψυχολογία της προς το χειρότερο. • Παρουσιάζει αρνητισμό, μοναχικότητα και απόσυρση, με δυσκολία στην 	<p>Διαταραχές αντίληψης του εαυτού σε υστερεκτομή, που οφείλεται:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σε απώλεια των οργάνων αναπαραγωγής με συνέπεια την αδυναμία τεκνοποίησης • Σε αίσθημα απώλειας της θηλυκότητας και της ερωτικής ελκυστικότητας 	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει αξιολόγηση των συμπτωμάτων διαταραχής της εικόνας της ασθενούς για το σώμα της (προφορικά και συμπεριφορά). • Να ενθαρρυνθεί η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα της. • Να εφαρμοστούν μέτρα αποκατάστασης της αυτοεκτίμησης της ασθενούς. • Να βοηθηθεί η ασθενής να χρησιμοποιήσει τεχνικές αντιμετώπισης του προβλήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε αξιολόγηση των συμπτωμάτων διαταραχής της εικόνας της ασθενούς. Η ασθενής εκφράζει λεκτικά τον φόβο της ελκυστικότητας και της σεξουαλικότητας. • Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να εκφράσει τα συναισθήματα της. Η ασθενής εξέφρασε αρνητικά σχόλια. Με τη σωστή καθοδήγηση η ασθενής σταδιακά μείωσε τις αρνητικές σκέψεις, άρχισε να σκέφτεται θετικά, βρήκε ότι έχει μεγάλα ψυχικά αποθέματα και σταδιακά βρήκε την αυτοεκτίμηση της. • Η ασθενής αρχίζει να δείχνει ενδιαφέρον για τον εαυτό της. 	<p>Η ασθενής αρχίζει να προσαρμόζεται στις μεταβολές της σωματικής λειτουργίας, όπως φαίνεται από:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Την έκφραση των αισθημάτων αυτοεκτίμησης και σεξουαλικής επάρκειας. • Τη διατήρηση των σχέσεων με τους οικείους της. • Την ενεργό συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες. • Το ενεργό ενδιαφέρον για την εμφάνιση της.

επικοινωνία.			Φροντίζει τον εαυτό της, τη σωματική υγιεινή και δίνει έμφαση στη σωματική της εμφάνιση. Βρίσκεται κοντά με το σύντροφο της και έχει μοιραστεί μαζί του τους φόβους της.	
--------------	--	--	--	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ειδικός νοσηλευτής αντιμετωπίζει μια σειρά επαγγελματικών και ανθρωπιστικών προκλήσεων όταν ασχολείται με τον ογκολογικό ασθενή. Ο ασθενής και ο νοσηλευτής έρχονται σε πρώτη επαφή κατά την διάγνωση της νόσου. Συχνά η διάγνωση του καρκίνου έρχεται ως κεραυνός εν αιθρία δημιουργώντας ιδιαίτερο και πολλές φορές πρωτόγνωρο στρες που οδηγεί τον ασθενή σε πανικό. Στη φάση αυτή η προσέγγιση του ασθενούς αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο που θα καθορίσει την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μαζί του. Συζητείται το χρονοδιάγραμμα της θεραπείας, που μπορεί να παρουσιάσει πολλαπλά εμπόδια στην καθημερινότητά του ασθενούς, τροποποιώντας με δραματικό τρόπο την ζωή του. Συγχρόνως θα πρέπει να ενημερώνεται γραπτά για τη χρονική διάρκεια της θεραπείας και τις ανεπιθύμητες ενέργειές της. Ο νοσηλευτής είναι το μέλος της ομάδας που θα αποσαφηνίσει τις πληροφορίες που δίδονται και θα διευκολύνει τον ασθενή να τις αντιληφθεί. Η ενημέρωση πρέπει να είναι πλήρης και ρεαλιστική για τη νόσο, την αιτία πρόκλησης της, την πρόγνωση, την επίπτωση στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή, απαιτεί δε χρόνο

Επιπλέον σημαντική είναι η παρέμβαση του νοσηλευτή ως εκπαιδευτή αναφορικά με την προετοιμασία και την διαδικασία των διαγνωστικών εξετάσεων, τα πολύπλοκα φάρμακα, και τα πρωτόκολλα αυτοφροντίδας για την περιποίηση των κεντρικών φλεβικών καθετήρων. Ο ρόλος του νοσηλευτή μπορεί να αποδειχθεί βασικός και ρυθμιστικός είτε με την έγκαιρη και εμπεριστατωμένη επισήμανση των αλλαγών, σωματικών ή ψυχολογικών, είτε ακόμη και με την εξασφάλιση των προϋποθέσεων για την διευκόλυνση της ανεξαρτητοποίησής του ασθενούς. Η φροντίδα γίνεται μια διαρκής και δυναμική διαδικασία αντιμετώπισης των αναγκών των ασθενών, η οποία προσαρμόζεται στις απαιτήσεις που κάθε φορά γεννά η νόσος και οι θεραπευτικές επιλογές. Το πρόγραμμα φροντίδας του ασθενή με καρκίνο, ανεξαρτήτως σταδίου, εξατομικεύεται και προσαρμόζεται ώστε να καλύπτει τις φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες του. Στόχος είναι ο ασθενής που νοσεί και όχι η νόσος.

Κάθε φορά ο νοσηλευτής εφαρμόζει, αξιολογεί, και αναπροσαρμόζει τις παρεμβάσεις του, μεταφέροντας το μήνυμα της ασφάλειας στο ασθενή, και βασιζόμενος στις εξής παραμέτρους: Στην τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση, στην

εμπειρική γνώση που προέρχεται από τα χρόνια εργασίας και στην επικαιροποίηση των γνώσεων του. Η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής παρέμβασης αποτιμάται από την ανακούφιση των συμπτωμάτων που βιώνει ο ασθενής και την επανάκτηση του ελέγχου του εαυτού έτσι ώστε να νιώσει ψυχοσωματικά ασφαλής ξανά και έτοιμος να επιστρέψει στην καθημερινότητα του.

Οι νοσηλευτές με την τακτική αξιολόγηση και παρακολούθηση της ανταπόκρισης του ασθενούς στο θεραπευτικό ή υποστηρικτικό πρόγραμμα, βοηθούν στην δημιουργία πλάνου φροντίδας που καλύπτει όλο το φάσμα της θεραπείας, και στην διατήρηση της συνέχειας στη φροντίδα. Βασική όμως προϋπόθεση είναι ο νοσηλευτής που αποτελεί το συνδετικό κρίκο του ασθενούς με την ογκολογική ομάδα, να είναι εξειδικευμένος, αλλά και ενημερωμένος, στα πλαίσια της διεπιστημονικής συνεργασίας, για τη φυσική ιστορία της νόσου, το πρόγραμμα των θεραπειών που θα ακολουθηθεί, ώστε να είναι στην διάθεση του ασθενούς για να αποσαφηνίσει τις πληροφορίες που του δίδονται.

Ένα από τα σημαντικά θέματα που έχει να διαχειριστεί ο ασθενής και επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογία του εκτός της διάγνωσης του καρκίνου είναι και η αλλαγή της εικόνας σώματος. Οι αλλαγές στην εικόνα σώματος προκαλούν έντονο άγχος, αρνητικά συναισθήματα για το σώμα, όπως απέχθεια, αποστροφή, ντροπή, αμηχανία και απώλεια έλεγχου, με αποτέλεσμα το κύρος, η επάρκεια και η ταυτότητα του ατόμου να αμφισβητούνται, το άτομο να βιώνει μια βαθύτερη απειλή της ύπαρξης του και να οδηγείται στο συναισθηματικό «υποφέρειν». Το πώς το άτομο θα αντιδράσει στη νέα εικόνα σώματος, εξαρτάται από τις προηγούμενες εμπειρίες του, τη σχέση που είχε με το σώμα του πριν την επέμβαση, την προσωπικότητα του, την κουλτούρα του, τις πεποιθήσεις του για την ζωή, τις θρησκευτικές και κοινωνικές αντιλήψεις του.

Στόχος όλων των προσπαθειών δεν είναι άλλος παρά η επίτευξη καλύτερης ποιότητας ζωής σε όλα τα στάδια της νόσου. Για την επιτυχία αυτού του στόχου κρίνεται επιτακτική η καλύτερη χρήση των διαθέσιμων και καθιερωμένων επιστημονικών δεδομένων στην καθημερινή κλινική πρακτική και της χρηματοδότησης εκπαιδευτικών προγραμμάτων για όλους τους επιστήμονες υγείας σε διάφορα στάδια της επαγγελματικής τους εξέλιξης για τη βελτίωση των δεξιοτήτων τους. Όμως εκτός από πολύ καλά εκπαιδευμένους και εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, είναι απαραίτητη η ύπαρξη όλων των υλικών και μέσων, ώστε οι ασθενείς να νοσηλεύονται σε περιβάλλον που θα τους εξασφαλίσει την

καλύτερη θεραπευτική υποστήριξη, θα τους εμπνέει εμπιστοσύνη, και θα τους διευκολύνει στην δύσκολη πορεία της νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανάτου Ε. (2007). *Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική*, Έκδοση Ζ', Αθήνα

Αλεβιζόπουλος Ν., Βασλαματζής Μ. (2008). Η χρήση των εμβολίων στο καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας. *Νοσοκομειακά Χρονικά*, 70, Συμπλήρωμα, 124-135..

Αλεξοπούλου - Βραχνού Ε. (2007). Κατευθυντήριες οδηγίες για ποιοτική παρηγορητική φροντίδα. *Παρηγορητική φροντίδα*, 5:3-7

Αμπραχίμ Σ., Σταματοπούλου Σ., Κουρκούτα Λ., Καραβασιλειάδου Σ., και συν. (2012). Προληπτικός έλεγχος του τραχήλου της μήτρας στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας – Κέντρο Υγείας ΘΕΡΜΗΣ. *Επιστημονικά Χρονικά*;17(2): 87-94)

Αντσακλής Α. (2008). *Μαιευτική και Γυναικολογία. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού. Αθήνα*

Αναγνωστόπουλος Φ. – Παπαδάτου Δ. (2002). *Ψυχολογική προσέγγιση Ατόμων με καρκίνο. Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα.*

Αρχοντάκης Σ., Μάργαρη Ν., Λιαδαντωνάκη Π. (2007). Τεστ Παπανικολάου: μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την ακρίβεια, την αξιοπιστία και την κλινική εφαρμογή στην διάγνωση των καλοηθών και προκαρκινικών αλλοιώσεων. *Ογκολογική Ενημέρωση, Τεύχος 1*

Γιαννακούλης Ν. (2008). Στοιχεία ακτινοθεραπείας γυναικολογικού καρκίνου στο: Αντσακλής Α. *Μαιευτική και Γυναικολογία. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού. Αθήνα*

Γκεσούλη-Βολτυράκη Ε., Τσετσέκου Ε., Μαρνέρας Χ., Κράπης Κ., Υφαντής Α., Νούλα Μ. (2010). Η αποδοχή του εμβολιασμού έναντι του ιού HPV σε γυναίκες της ελληνικής επαρχίας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3):522-528

Gayton and Hall. (2004). *Εγχειρίδιο Ιατρικής Φυσιολογίας*, Δέκατη έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα

Ιωαννίδης Γ., Αρδαβάνης Α., Ρηγάτος Γ. (2006). Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου: από τη σκοπιά του Παθολόγου-Ογκολόγου. *Βήμα Κλινικής Ογκολογίας*, 5 (3):267-272.

Κουβελάς Σ., Σπαλιάρας Δ., Σανούλης Χ., Τσαρμακλής Θ., Χαρδαβέλας Θ. (2012). Ενδείξεις υστερεκτομής. *Επιστημονικά χρονικά*; 17(4):191-199

Κρέτσας Γ. (2001). *Γυναικολογία και Μαιευτική της Νεαρής Ηλικίας*. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα

Κυριακίδης Δ., Θανασάς Ι. (2010). Θεραπεία τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας: Αποτελεσματικότητα και ανεπιθύμητες ενέργειες. *Θέματα Γυναικολογίας- Μαιευτικής*, 3:155-161

Κωνσταντινίδης Θ. (2006). Συχνότητα του γυναικολογικού καρκίνου τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και στον κόσμο. Στο: Πρόληψη του Γυναικολογικού Καρκίνου. University Studio Press, Θεσσαλονίκη

Κωνσταντινίδης Θ., Φιλαλήθης Α. (2013). Ο Ρόλος των Νοσηλευτών Ογκολογίας στη Νοσηλευτική Φροντίδα Ογκολογικών Ασθενών με Προχωρημένη Νόσο. *Νοσηλευτική* 2013, 52 (2): 117-130

Λαβδανίτη Μ. (2000). Νοσηλευτική προσέγγιση στα προβλήματα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου. *Νοσηλευτική*, 39(3), 225-228.

Λαβδανίτη. Μ.,Ζυγά Σ. (2012). Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. Τόμος 4 (1): 13-17

Lemone P.,Burke K. (2004). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. Τόμος 4ος . 3η έκδοση. Εκδόσεις: Λαγός.

Lowdermilk D., Shannon P. (2006). Νοσηλευτική Μητρότητας. Μετάφραση – Επιμέλεια Λυκερίδου Α., Δελτσίδου Α. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός

Λώλης Δ. (2004). Γυναικολογία και Μαιευτική. Τόμος Α. Εκδόσεις Παρισιάνου

Μιχαλάς Σ. (2000). Επίτομη Μαιευτική Γυναικολογία. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού. Αθήνα

Παϊκοπούλου Δ., Γέραλη Μ. (2009). Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς στο Τελικό Στάδιο της Ζωής του - Πρωτόκολλο Μεταθανάτιας Φροντίδας. Νοσηλευτική, 48(1): 19–29

Παπανικολάου Α. (2008). Επιδημιολογία και φυσική ιστορία της HPV λοίμωξης στον τράχηλο της μήτρας. Στο: Αγοραστός Θ., Βαβίλης Δ., Μπόντης Ι. Ν. Λοίμωξη από τον Ιό των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV). Εύρος- Επιπτώσεις- Πρόληψη. University Studio Press. Θεσσαλονίκη

Πανοσκάλτσης Θ. (2011). Συντηρητική αντιμετώπιση καρκίνου ενδομητρίου. 4ο Πανελλήνιο συνέδριο γυναικολογικής ενδοσκόπησης. Ιωάννινα 13 - 15 Μαΐου. Υπό την αιγίδα της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Γυναικολογικής Ενδοσκόπησης

Πολυκανδριώτη Μ., Γερασίμου Ε., Κοτρονούλας Γ., Τσάμη Α., Ευαγγέλου Ε., Κυρίτση Ε. (2010). Διερεύνηση των Ανεπιθύμητων Ενεργειών της Χημειοθεραπείας σε Ασθενείς με Καρκίνο. Νοσηλευτική, 49(4): 377–386

Ροβίθης Δ., Καϊτελίδου Δ., Λιαρόπουλος Λ. (2010). Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας προφυλακτικού εμβολιασμού κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(1):88-94

Ρούπα Ζ, Ραφτόπουλος Β, Τζαβέλας Γ, Σαπουντζή-Κρέπια Δ, Κοτρώτσιου Ε. (2008). Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα. *Νοσηλευτική*, 47:247–255.

Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2000). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*. Β' Έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.

Σουρτζή Π, Βελονάκης Ε. (2004). Η χημειοθεραπεία ως επαγγελματικός κίνδυνος για τους νοσηλευτές. *Νοσηλευτική*, 43:435-441.

Φωτίου Σ. (2009). *Γυναικολογική Ογκολογία*. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα

Χατζημπούγιας Ι. (2003). *Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου*. Εκδόσεις GM Desing, Θεσ/νίκη

Χριστοδούλου Ε. (2009). Εξελίξεις στην έρευνα για τον HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. *Ιατρικά χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, Τόμος 5(2):85-92

Ulrich S., Canale S., Wendell S. (2000). Παθολογικής και χειρουργικής νοσηλευτική –Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός. Αθήνα.

World Health Organization. (2006). *Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice*. WHO.