



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ”



“BENIGN NEOPLASMS OF UTERUS”

Εποπτεύων καθηγητής
Μπρέντα Γεωργία Msc
Πανεπιστημιακός Υπότροφος

Επιμέλεια
Μανωλοπούλου Χρυσοβαλάντω
Σπουδάστρια

ΠΑΤΡΑ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ-2014



Αφιερώνω την πτυχιακή μου εργασία σε όλες τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν καλοήθη νεοπλάσματα και κυρίως καλοήθη νεοπλάσματα μήτρας. Σε μια εποχή που όλοι μιλούν για τον καρκίνο και για τις χιλιάδες ζωές που παρασύρει στο θάνατο, είναι μια ευκαιρία να παρουσιαστεί και η αισιόδοξη πλευρά, αυτή των καλοήθων νεοπλασμάτων.

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου για την πολύτιμη βοήθεια και υπομονή της. Επίσης όλους όσους με βοήθησαν στην διεκπεραίωση αυτής της εργασίας και κυρίως τον σύζυγο μου και τα τρία παιδιά μας, για την υπομονή και την κατανόησή τους όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μου.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Αφιέρωση-ευχαριστίες	2
Περιεχόμενα	3
Πρόλογος	5
Εισαγωγή	6
Επιδημιολογικά στοιχεία	8

Γενικό μέρος

1. Κεφάλαιο 1 ^ο "Ανατομία και Φυσιολογία του Γυναικείου Αναπαραγωγικού Συστήματος".	
1.1 Ανατομία του Γυναικείου Αναπαραγωγικού Συστήματος.	14
1.1.1. Κύριες εξωτερικές δομές του Γυναικείου Αναπαραγωγικού Συστήματος.	14
1.1.2 Κύριες εσωτερικές δομές του Γυναικείου Αναπαραγωγικού Συστήματος.	15
1.1.3 Τα επικουρικά όργανα του Γυναικείου Γεννητικού Συστήματος .	16
1.2. Φυσιολογία Γυναικείου Αναπαραγωγικού Συστήματος.	17
1.2.1 Φάσεις του Γυναικείου Αναπαραγωγικού Συστήματος κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας.	17
1.2.2 Βασικές λειτουργίες του Γεννητικού Συστήματος της γυναίκας.	18
1.2.3 Φυσιολογία της Μήτρας.	18
1.2.4 Φυσιολογία των τραχηλικών κυττάρων.	19
1.3 Κυτταρικές μεταβολές στην νεοπλασία.	19
2. Κεφάλαιο 2 ^ο "Καλοήγη Νεοπλάσματα μήτρας".	
2.1 Ορισμοί.	23
2.2 Ταξινόμηση νεοπλασμάτων.	24
2.3 Πολύποδες.	26
2.4 Ινομύωματα.	28
2.5 Κονδυλώματα.	30
3. Κεφάλαιο 3 ^ο " Παράγοντες – Αίτια-Συμπτώματα – Διάγνωση'-Θεραπεία'.	
3.1 Παράγοντες Κινδύνου Καλοήθων Νεοπλασμάτων.	33
3.2 Αιτιολογικοί Παράγοντες Καλοήθων Νεοπλασμάτων.	33
3.3 Συμπτώματα Καλοήθων Νεοπλασμάτων.	34
3.4 Διαγνωστικές εξετάσεις.	37
3.5 Διάγνωση Πολυπόδων .	39
3.6 Διάγνωση Ινομυωμάτων.	40
3.7 Διάγνωση Κονδυλωμάτων.	40
3.8 Θεραπεία Πολυπόδων.	41
3.9 Θεραπεία Ινομυωμάτων-Λειωμυωμάτων.	41
3.9.1 Επιπλοκές Υστερεκτομής.	43
3.9.2 Επιδράσεις Υστερεκτομής.	44
3.10 Θεραπεία Κονδυλωμάτων.	45



4.	Κεφάλαιο 4 ^ο "Πρόληψη καρκίνου τραχήλου της Μήτρας".	
4.1	Ο ιός HPV-η σημαντικότερη αιτία για την ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου της μήτρας.	48
4.2	Πρωτογενής πρόληψη.	51
4.2.1	Εμβολιασμός κατά του HPV.	51
4.3	Δευτερογενής πρόληψη.	56
4.3.1	Τεστ Παπανικολάου.	57
4.3.2	HPV DNA TEST.	58
4.3.3	Οπτικές δοκιμές : VIA & VILI.	59
4.3.4	Άλλες τεχνικές ανίχνευσης HPV.	59

Ειδικό μέρος

5.	Κεφάλαιο 5 ^ο " Ο ρόλος του Νοσηλευτή".	
5.1	Νοσηλευτική φροντίδα κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.	63
5.2	Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χειρουργική αντιμετώπιση των καλοήθων νεοπλασμάτων της μήτρας.	65
5.2.1	Διεγχειρητικό στάδιο.	65
5.2.2	Μετεγχειρητικό στάδιο.	69
6.	Κεφάλαιο 6 ^ο "Νοσηλευτική διεργασία συγκεκριμένων περιστατικών".	
6.1	Περιστατικό 1.	74
6.2	Περιστατικό 2.	86
	Συμπεράσματα	93
	Περίληψη	95
	Abstract	97
	Βιβλιογραφία	99



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το γυναικείο φύλο, εκτός από ωραίο, είναι και αρκετά ευάλωτο. Υπάρχουν ασθένειες που προσβάλλουν ύπουλα τον γυναικείο οργανισμό στα πλέον ευαίσθητα σημεία του, δημιουργώντας του σοβαρές επιπλοκές στην υγεία του, και επιφέροντας πολλές φορές ακόμα και το θάνατο. Μια τέτοια περίπτωση είναι και η δημιουργία καλοήθων νεοπλασμάτων στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας.

Όμως μέσα στην ατυχία της αυτή η γυναίκα είναι και πολύ τυχερή, καθώς η επιστήμη σήμερα της δίνει την δυνατότητα, με τον προληπτικό έλεγχο, να διαγνώσει έγκαιρα τη νόσο που την προσβάλλει, σε πολύ πρώιμο στάδιο και να την αντιμετωπίσει αποτελεσματικά.

Η ιατρική της προμηθεύει γενναιόδωρα το καλύτερο κλειδί για την υγεία της, το κλειδί της πρόληψης! Αρκεί να το πάρει στα χέρια της, ώστε να ανοίξει την πόρτα της καλύτερης θεραπείας!

Η πρόληψη λοιπόν είναι αυτή που μας ανοίγει δρόμους σωτηρίας για την υγεία μας. Αντίθετα η αμέλεια και η αναβλητικότητα μας οδηγούν κάποτε σε αδιέξοδο!! Αυτό συμβαίνει και με τα καλοήθη νεοπλάσματα μήτρας. Προσβάλλουν τις γυναίκες χωρίς εξαίρεση, και αν δεν διαγνωστούν έγκαιρα με τον προσυμπτωματικό έλεγχο, εξελίσσονται ενίοτε σε θανατηφόρα καρκινώματα.

Ιατρικές μελέτες έχουν αποδείξει την τεράστια απόκλιση εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες που έκαναν στη ζωή τους, έστω και μια φορά το τεστ ΠΑΠ, σε σχέση με αυτές που δεν έκαναν ποτέ!

Εύχομαι όλες οι γυναίκες του κόσμου να συνειδητοποιήσουν ότι όλες οι αρρώστιες δεν χτυπούν μόνο την πόρτα του διπλανού τους, αλλά κάποια στιγμή μπορεί να χτυπήσουν και την δική τους.

Γι' αυτό θα πρέπει να φροντίζουν να έχουν πάντα στην τσέπη τους το τυχερό κλειδί!!



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το νεόπλασμα (από την αρχαία ελληνική λέξη νέο + πλάσμα, "δημιούργημα") είναι μια ανώμαλη μάζα ιστού που είναι αποτέλεσμα ενός ανώμαλου πολλαπλασιασμού των κυττάρων.

Αποτέλεσμα η δημιουργία όγκων που αποτελούν τη συνάθροιση των κυττάρων και τη μορφοποίησή τους σε μάζα. Οι όγκοι διακρίνονται σε καλοήθεις και κακοήθεις.

Κατά την προσωπική μου εκτίμηση καλοήθεια και κακοήθεια είναι δυο συγγενείς όροι, έστω κι αν ακούγονται διαμετρικά αντίθετοι, με βάση το πρώτο συνθετικό τους. Το καλό, σε κάποιες περιπτώσεις, μπορεί δυστυχώς να μετατραπεί σε κακό. (π.χ. κονδυλώματα (ΚΑΛΟΗΘΕΙΑ), εξελίσσονται σε καρκίνο τραχήλου της μήτρας, (ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ).

Ωστόσο, σύμφωνα με τα βασικά χαρακτηριστικά των καλοήθων νεοπλασμάτων που δίνουν οι ειδικοί, (όπως αναφέρεται παρακάτω), τις περισσότερες φορές δεν προκαλούν το θάνατο. Αυτό βέβαια δεν συνεπάγεται και την μειωμένη επικινδυνότητά τους.



Σήμερα, γνωρίζουμε αρκετά για τα καλοήθη νεοπλάσματα. Το σημαντικότερο είναι ότι ξέρουμε ότι ο ιός των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV) είναι απαραίτητος παράγων για την ανάπτυξη του καρκίνου της μήτρας.



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



ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, είναι μία από τις πρωταρχικές αιτίες καρκινικού θανάτου ανάμεσα σε γυναίκες. Ταυτόχρονα, αποτελεί μία ιάσιμη μορφή καρκίνου έχοντας χρόνια εξέλιξη και δυνατότητα πρώιμης διάγνωσης και αντιμετώπισης. Το 99,7% των περιπτώσεων προκαλείται από λοίμωξη με ιούς των ανθρωπίνων θηλωμάτων. (Ροβίθης Δ., Καϊτελίδου Δ., & Λιαρόπουλος Λ., 2010). Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι παγκοσμίως ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος στις γυναίκες, με περίπου 529.828 νέες περιπτώσεις και 275.128 θανάτους κάθε χρόνο και αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο των γυναικών, στις αναπτυσσόμενες χώρες. (Τζαφέττας Μ.Ι., & Δόβας Σ.Δ., 2008).

Εικόνα 1: Ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως.

3 BURDEN OF HPV RELATED CANCERS

-9-

Figure 5: World age-standardized incidence rates of cervical cancer

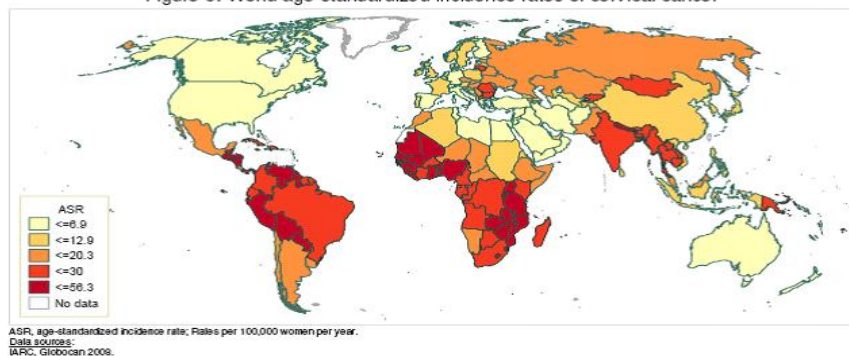


Figure 6: World age-standardized incidence rates of cervical cancer by region



Πηγή: http://www.who.int/hpv_centre/statistics/dynamic/ico/country



Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας κατατάσσεται ως η δεύτερη πιο συχνή μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών, ηλικίας 15 - 45 ετών. Περίπου το 11,4% των γυναικών παγκοσμίως εκτιμάται ότι θα αναπτύξει HPV λοίμωξη σε κάποια δεδομένη στιγμή και το 70,9% των διηθητικών καρκίνων τραχήλου της μήτρας οφείλονται στους HPV ιούς 16 και 18. (Nelson W., et al., 2009).

Σχετικά με τις καλοήθεις νεοπλασίες, περίπου 20 - 40% των γυναικών θα διαγνωστούν με ινομύωμα, αλλά μόνο ένα μικρό ποσοστό εκδηλώνει συμπτώματα και χρήζει θεραπείας. Το ποσοστό εμφάνισης της νόσου είναι διπλάσιο στις έγχρωμες γυναίκες σε σχέση με τις λευκές.

Τα ινομύωματα παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα στις παχύσαρκες γυναίκες. Επειδή είναι σε άμεση εξάρτηση με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη, εμφανίζονται σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, ενώ υποστρέφουν σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. (Piyathilake J.C., et al., 2011).

1.ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, παρά τον καλά οργανωμένο προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, εξακολουθούν ακόμη να υπάρχουν περίπου 2800 νέες περιπτώσεις και 1000 θάνατοι κάθε χρόνο από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. (Piyathilake J.C., et al., 2011).

Στις ΗΠΑ καθώς και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες, η συχνότητα και τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχουν μειωθεί κατά 75% από το 1950. Για την περίοδο 2000 - 2004, η μέση ετήσια επίπτωση και θνησιμότητα για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ήταν 8,7 ανά 100.000 και 2,6 ανά 100.000 αντίστοιχα. Ωστόσο, το ποσοστό θνησιμότητας για τις μαύρες γυναίκες, (4,9 στους 100.000), ήταν υπερδιπλάσιο σε σχέση με αυτό των Ισπανόφωνων λευκών γυναικών (2,2 στους 100.000) και τα συνολικά ποσοστά επιβίωσης, ήταν χαμηλότερα για κάθε ηλικιακή ομάδα στις μαύρες γυναίκες.



Το 2004 στις ΗΠΑ 11.892 γυναίκες διεγνώσθησαν με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα, το θάνατο 3.850 γυναικών από τη νόσο. Το 2007, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αρίθμησε 11.150 περιπτώσεις γυναικών και αποτέλεσε την αιτία για το θάνατο 3.600 γυναικών. Επίσης, εκτιμάται πως 11.270 γυναίκες διεγνώσθησαν με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας το 2009 και 4.070 πέθαναν από τη νόσο. (Nelson W., et al., 2009).

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. (Piyathilake J.C., et al., 2011).

Πάνω από το 85% της παγκόσμιας επιβάρυνσης των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και 88% των θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συμβαίνουν στις αναπτυσσόμενες χώρες. (Bal M.S., et al., 2012). Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, αποτελεί την πιο σημαντική αιτία θανάτου στις γυναίκες που ζουν στις αναπτυσσόμενες χώρες. Το 2007, ο εκτιμώμενος αριθμός των νέων περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σύμφωνα με τα εθνικά στοιχεία μητρώου της Ινδίας, ήταν 90.708 άτομα, με πενταετές ποσοστό επιβίωσης της τάξης του 48%. (Nelson W., et al., 2009).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Ευρώπη, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, είναι ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος ανάμεσα στις γυναίκες ηλικίας 15 – 45 ετών. Οι νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ανέρχονται στις 54.323 ετησίως, με τον αριθμό των θανάτων να φτάνει τις 25.102 ετησίως και την Ανατολική Ευρώπη να κατέχει την πρώτη θέση νέων κρουσμάτων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.



Περίπου το 9,7% των γυναικών στο γενικό πληθυσμό θα αναπτύξει HPV λοίμωξη σε κάποια δεδομένη στιγμή και το 74,5% των περιπτώσεων διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, οφείλονται στους τύπους HPV 16 και 18. (Piyathilake J.C., et al., 2011).

Σημαντική μείωση στην επίπτωση και τη θνησιμότητα από το συγκεκριμένο καρκίνο έχει παρατηρηθεί στις χώρες που εφαρμόζουν οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, ενώ μείωση των παραπάνω δεικτών, σε μικρότερη κλίμακα, έχει διαπιστωθεί και σε χώρες που, ευκαιριακά έστω, εφαρμόζουν προσυμπτωματικό έλεγχο. (Nelson W., et al., 2009).

Σχετικά με τα λειομύματα της μήτρας είναι πάρα πολύ συχνά. Υπολογίζεται ότι οι περισσότερες γυναίκες στο τέλος της 5^{ης} δεκαετίας της ζωής τους εμφανίζουν λειομύματα. Σε μία πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι λειομύματα ανευρίσκονται υπερηχογραφικώς στο 70% περίπου των λευκών («καυκάσιων») και στο 80% των μαύρων γυναικών. Είναι ξεκάθαρο, ότι οι γυναίκες αυτές είναι στην πλειονότητά τους ασυμπτωματικές και τα λειομύματα αποτελούν τυχαίο συνοδό εύρημα κατά τη διερεύνηση της υπογονιμότητας, του πυελικού άλγους και των αιμορραγιών. (Piyathilake J.C., et al., 2011).

2. ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται περίπου 307 γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και 159 πεθαίνουν από τη νόσο. Περίπου το 9,1% του γενικού πληθυσμού εκτιμάται πως θα αναπτύξει τραχηλική λοίμωξη HPV, κάποια στιγμή στη ζωή του και πως το 41,3% των διηθητικών καρκίνων του τραχήλου, οφείλονται στον ιό HPV 16 και 18. (Σταματάκη Π., και συν., 2010).



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. (Νοταρά Β., Σουλτάτου Π., & Τσελικά Α., 2010).



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1



1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.1.1 ΚΥΡΙΕΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι κύριες εξωτερικές δομές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι:

- ✓ Το εφήβαιο, το οποίο είναι ένα στρογγυλό έπαρμα από λιπώδη ιστό που προστατεύει την ηβική σύμφυση και καλύπτεται από τρίχωμα.
- ✓ Τα μεγάλα χείλη, τα οποία είναι δύο επιμήκεις δερματικές πτυχές που αφορίζουν την αιδοϊκή σχισμή. Οι τρίχες των μεγάλων χειλέων συνεχίζουν στο τριγωνικού σχήματος τριχωτό του εφηβαίου.
- ✓ Τα μικρά χείλη είναι μαλακές δερματικές πτυχές μέσα από τα μεγάλα χείλη. Είναι μαλακά, στιλπνά και αποτελούνται από λιπώδη ιστό και αδένες ενώ δεν έχουν θύλακες τριχών.
- ✓ Τη κλειτορίδα, η οποία βρίσκεται στην κορυφή της σχισμής του αιδοίου, πάνω από το στόμιο της ουρήθρας. Αποτελείται κυρίως από στυτικό ιστό και είναι πολύ ευαίσθητη στην αφή. Αποτελεί την κύρια πηγή ηδονής κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.
- ✓ Το στόμιο της ουρήθρας, ή έξω στόμιο της ουρήθρας της ουροδόχου κύστεως, και εντοπίζεται από την κλειτορίδα μέσα στις πτυχές των μικρών χειλέων.
- ✓ Τον πρόδομο του κολεού, που εντοπίζεται κάτω από το στόμιο της ουρήθρας, ανάμεσα στα μικρά χείλη και αποτελεί την είσοδο του κόλπου.
- ✓ Το περίνεο, το οποίο είναι ένας επίπεδος μυϊκός σχηματισμός ανάμεσα στον κόλπο και τον πρωκτό. (Dewit S. 2009)



1.1.2 ΚΥΡΙΕΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:

Οι κύριες εσωτερικές δομές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι:

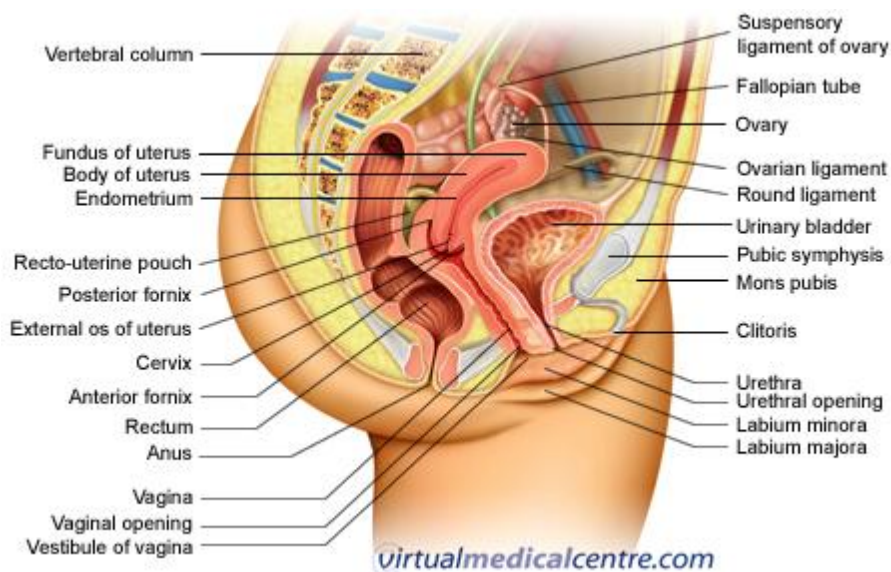
- ✓ Ο κόλπος αποτελεί ένα μυικό σωλήνα, ο οποίος καλύπτεται από βλεννογόνο με επάρματα που καλούνται πτυχές. Συνδέει τα εξωτερικά με τα εσωτερικά γυναικεία γεννητικά όργανα.
- ✓ Η μήτρα είναι ένα κοίλο όργανο σε σχήμα αχλαδιού αποπεπλατυσμένου με παχύ μυικό τοίχωμα. Εντοπίζεται στο άνω άκρο του κόλπου. Είναι ικανή να διαταθεί πολλές φορές πάνω από το φυσιολογικό της μέγεθος. Οι μύες της μήτρας προσαρμόζονται στην αύξηση του μεγέθους του αναπτυσσόμενου εμβρύου. Το κάτω στόμιο της μήτρας είναι ο τράχηλος, ο οποίος διαστέλλεται κατά τον τοκετό για να επιτρέψει τη διέλευση του εμβρύου,
- ✓ Υπάρχουν δύο ωαγωγοί (σάλπιγγες) οι οποίοι εκτείνονται από τα αριστερά και τα δεξιά του άνω τμήματος της μήτρας. Αποτελούν την οδό διαμέσου της οποίας το ωάριο θα μετακινηθεί από την ωοθήκη μέχρι την μήτρα.
- ✓ Υπάρχουν δύο ωοθήκες, κάθε μία από τις οποίες εντοπίζεται στο άκρο κάθε ωαγωγού. Έχουν σχήμα αμυγδάλου και εκκρίνουν οιστρογόνα και προγεστερόνη στην κυκλοφορία του αίματος. Κατά τη γέννηση, οι ωοθήκες περιλαμβάνουν όλα τα ωάρια τα οποία θα παραχθούν καθόλη την διάρκεια της ζωής. Περίπου 400.000 σε κάθε ωοθήκη, πολλά από τα οποία δεν θα ωριμάσουν ποτέ για πιθανή γονιμοποίηση.
- ✓ Η οστέινη πύελος εντοπίζεται στη βάση του σώματος ανάμεσα στα ισχία και υποστηρίζει τα όργανα της πυέλου συμπεριλαμβανομένης και της μήτρας, κατά την διάρκεια της κύησης. Υποστηρίζεται από το έδαφος της πυέλου, μια ομάδα ισχυρών μυών και από υποστηρικτικό ιστό ο οποίος αγκαλιάζει την πύελο και συγχρόνως προστατεύει και στηρίζει τα όργανα της πυέλου.
(Dewit S. 2009).



1.1.3 ΤΑ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.

Τα επικουρικά όργανα του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι:

- ✓ Οι μαστοί ή μαστικοί αδένες εντοπίζονται στο ανώτερο θωρακικό τοίχωμα και αποτελούν επικουρικά όργανα. Αποτελούνται από λιπώδη, ινώδη και αδενικό ιστό και είναι υπεύθυνοι για την γαλουχία, (παραγωγή γάλακτος), η οποία χρησιμεύει στην θρέψη του νεογνού. (Dewit S. 2009).





1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.2.1 ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

(α) Ο ωοθηκικός κύκλος έχει δύο φάσεις :

- ✓ Την ωοθηκική φάση: Πρόκειται για τις πρώτες 14 ημέρες ενός κύκλου 28 ημερών. Η FSH και η LH διεγείρουν την ωρίμανση ενός ανώριμου ωαρίου προκειμένου να το προετοιμάσουν για γονιμοποίηση. Η αιχμή των οιστρογόνων, όταν το ωάριο απελευθερώνεται, γίνεται περίπου 14 ημέρες πριν από την επόμενη έμμηνο ρύση. Το ωάριο ζει περίπου 24 ώρες για να γονιμοποιηθεί.
- ✓ Ωχρινική φάση : Την 15^η με 28^η ημέρα του κύκλου LH και η προγεστερόνη είναι οι κύριες ορμόνες στη φάση αυτή. Η παροχή αίματος στην μήτρα αυξάνεται προκειμένου να προετοιμάσει το ενδομήτριο για την πιθανή εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Αν δεν πραγματοποιηθεί γονιμοποίηση και εμφύτευση, το επιθήλιο της μήτρας αποπίπτει κατά την διάρκεια της εμμήνου ρύσεως και ο κύκλος θα ξαναρχίσει από την αρχή.

(β) Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος έχει τέσσερις φάσεις, οι οποίες περιγράφονται στον παρακάτω πίνακα: (Dewit S. 2009)

Πρώτη με Πέμπτη Ημέρα	Έκτη με Δέκατη Τέταρτη Ημέρα	Δέκατη Πέμπτη με Εικοστή Όγδοη Ημέρα
Στάδιο I: Στάδιο Εμμηνορρυσίας (αποφολιδωτικό στάδιο) 1. Το ενδομήτριο αποπίπτει καθώς ξεκινά η έμμηνο ρύση. 2. Προγεστερόνη και Οιστρογόνα δεν εκκρίνονται πλέον. 3. Ένα νέο ωάριο αρχίζει να ωριμάζει.	Στάδιο II: Αύξηση και αποκατάσταση (οιστρογονικό ή αυξητικό στάδιο). 1. Το ωοθυλάκιο αυξάνει και το ωάριο ωριμάζει. 2. Το ενδομήτριο επιστρέφει στη φυσιολογική του κατάσταση και αρχίζει να αυξάνει σε πάχος ως απάντηση στα οιστρογόνα. Στάδιο III: Η ωορρηξία εμφανίζεται 14 ημέρες πριν από την εμμηνορρυσία, ανεξάρτητα από τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Εμφανίζεται όταν το ωοθυλάκιο ραγεί και απελευθερώσει το ωάριο. Αν δεν συμβεί κύηση, το ωχρό σωματίο εκφυλίζεται και η παραγωγή των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μειώνεται και το πάχος του ενδομητρίου σταματάει να αυξάνει και αποβάλλεται μέσω του κόλπου ως εμμηνορρυσία (περίοδος).	Στάδιο IV: Εκκριτικό στάδιο (μεταωορρηκτικό ή προγεστερονικό στάδιο). 1. Το ωχρό σωματίο εκκρίνει προγεστερόνη. 2. Το ενδομήτριο συνεχίζει να παχύνεται ως απάντηση στα οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Προετοιμάζεται να δεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο.



1.2.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Οι Βασικές λειτουργίες του γεννητικού συστήματος της γυναίκας είναι :

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

1.2.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

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

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



1.2.4 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΡΑΧΗΛΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Κατά τη γέννηση υπάρχουν παρόντες δύο τύποι τραχηλικών κυττάρων, τα πλακώδη και τα κυλινδρικά.

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

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

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

1.3 ΟΙ ΚΥΤΤΑΡΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ

Η νεοπλασία χαρακτηρίζεται από τον ανώμαλο πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Πριν τη νεοπλασία, τα κύτταρα υπόκεινται συχνά σε ένα ανώμαλο επίπεδο ανάπτυξης, όπως η μεταπλασία ή η δυσπλασία. Ωστόσο, η μεταπλασία ή η δυσπλασία, δεν οδηγούν πάντα σε νεοπλασία. Η ανάπτυξη των νεοπλασματικών κυττάρων ξεπερνά και δεν συντονίζεται μέσω της ανάπτυξης των κυττάρων των φυσιολογικών ιστών γύρω από αυτό. (Κυριακίδης Δ., & Θανασάς Ι., 2010).

Ακόμη και μετά την παύση των ερεθισμάτων η ανάπτυξη συνεχίζεται κατά τον ίδιο υπερβολικό τρόπο. Συνήθως, προκαλεί την δημιουργία ενός



όγκου ή μιας μάζας. Τα νεοπλάσματα μπορεί να είναι καλοήθη, προ-κακοήθη (καρκίνωμα in situ) ή κακοήθη (καρκινικά). (Παπαθανασίου, 2002).

Όλοι οι όγκοι, καλοήθεις και κακοήθεις, έχουν δύο κύρια χαρακτηριστικά:

(α) πολλαπλασιαζόμενα νεοπλασματικά κύτταρα, που συγκροτούν το παρέγχυμα τους, και

(β) στηρικτικό στρώμα, που αποτελείται από αιμοφόρα αγγεία και συνδετικό ιστό. (Διακομανώλης Ε., 2010).

Ο νεοπλασματικός κυτταρικός πληθυσμός αναπαράγει σε ποικίλο βαθμό τη συνθετική δραστηριότητα του μητρικού κυττάρου προέλευσης καθώς και το πρότυπο αύξησης. (Ιατράκης, 2006).

Τα νεοπλάσματα διαφέρουν ιστολογικά από τους αντίστοιχους φυσιολογικούς ιστούς με βάση διάφορα χαρακτηριστικά, τα οποία είναι χρήσιμα στην διάγνωση, όπως:

- ✓ η απώλεια της κυτταρικής συνοχής,
- ✓ η απώλεια του προσανατολισμού των κυττάρων,
- ✓ η αυξημένη μιτωτική δραστηριότητα καθώς και
- ✓ η μεγέθυνση του πυρήνα.

(Πεκτασίδης Δ., & Δημόπουλος Μ., 2001).

Όπως προαναφέρθηκε, ως νεοπλασία χαρακτηρίζεται μια ανώμαλη ιστική μάζα που σχηματίζεται από τον πολλαπλασιασμό εξαλλαγμένων κυττάρων που ανήκουν στον ίδιο τον οργανισμό. Αυτή η διεργασία αφορά το αποτέλεσμα διαταραχών στους ελέγχους της αύξησης και της διαφοροποίησης (πολλαπλασιασμός) των εξαλλαγμένων κυττάρων.



Επιπρόσθετα είναι προοδευτική και δεν συντονίζεται με τον περιβάλλοντα φυσιολογικό ιστό και κατά αυτόν τον τρόπο προκύπτει η ανάπτυξη του όγκου. (Κυριακίδης Δ., & Θανασάς Ι., 2010).

Αποφασιστικό ρόλο στην αύξηση του όγκου παίζει ο προκαλούμενος από τα νεοπλασματικά κύτταρα σχηματισμός νέων αγγείων, (αγγειογένεση του όγκου).

Εκτός από την ανεξέλεγκτη αύξηση τους, τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι δυνατόν να αποκτήσουν την ικανότητα να διηθούν ιστούς και να διασπείρονται σε όλο τον οργανισμό. Αυτό αποτελεί την μετάσταση. (Ιατράκης, 2006).



ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2



2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

Ο όρος «όγκος» χρησιμοποιήθηκε αρχικά με σκοπό να προσδιορίσει μια διόγκωση με φλεγμονώδη αιτιολογία. Στη σύγχρονη ιατρική, ο όρος «όγκος» αναφέρεται σε μια μη φυσιολογικού ιστού μάζα, η οποία προκύπτει από έναν ανώμαλο και αυτόνομο πολλαπλασιασμό κυττάρων, ο οποίος παραμένει και μετά την απομάκρυνση του εναρκτήριου ερεθίσματος. (Παπαθανασίου, 2002).

Με τον όρο «καρκινογένεση» αναφερόμαστε στην εμφάνιση νεοπλάσματος, η οποία μπορεί να οφείλεται σε φυσικούς, χημικούς, (εξωγενείς ή ενδογενείς), ή βιολογικούς παράγοντες, που ευνοούν ή προκαλούν τον μετασχηματισμό φυσιολογικών κυττάρων σε νεοπλασματικά κύτταρα. (Κουρούνης, 2004).

Ο όρος «νεόπλασμα» είναι συνώνυμος του όρου «όγκου» και προτιμάται, λόγω του ότι είναι σαφέστερος και ταυτόχρονα ακούγεται λιγότερο ανησυχητικά στους ασθενείς. Τα κύτταρα των όγκων, ή όπως εναλλακτικά ονομάζονται νεοπλασματικά κύτταρα, προκύπτουν από οποιοδήποτε εμπύρνηνο κύτταρο του οργανισμού μέσω μιας σειράς γενετικών αλλαγών, (π.χ. μεταλλάξεων), που καταργώντας τους φυσιολογικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς κυτταρικής αύξησης, οδηγούν σε αυτόνομο και υψηλό κυτταρικό πολλαπλασιασμό. Επακόλουθα επέρχεται η δημιουργία ογκόμορφων σχηματισμών, οι οποίοι εξαρτώνται από τον ξενιστή όσον αφορά την αιμάτωση και τη θρέψη. (Αγοραστός, Βαβίλης & Μπόντης, 2003).

Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε ρευστούς όγκους, οι οποίοι ξεκινούν από τους λεμφοειδείς και τους αιμοποιητικούς ιστούς, (λευχαιμίες, μυελώματα, λεμφώματα), και σε συμπαγείς όγκους οι οποίοι ξεκινούν από το συνδετικό ιστό (σαρκώματα), τον επιθηλιακό ιστό (καρκινώματα) καθώς και τον κεντρικό νευρικό ιστό (γλοιώματα). (Ιατράκης Γ., 2006).



Όταν τα όρια του όγκου είναι ασαφή και τα νεοπλασματικά κύτταρα διηθούν τους γύρω ιστούς και τους καταστρέφουν, το νεόπλασμα ονομάζεται κακοήθες. Οι καλοήθεις όγκοι έχουν γενικά πολύ καλή πρόγνωση και σπάνια οδηγούν στο θάνατο. Σε αντίθεση, οι κακοήθεις όγκοι αποτελούν συνήθη αιτία θανάτου.

Ένα καλοήθες νεόπλασμα αναπτύσσεται τοπικά, δε διηθεί γειτονικούς ιστούς και δεν κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Αν αυτός ο όγκος αναπτύσσεται και μεγαλώνει είναι πιθανό να δημιουργήσει πιεστικά προβλήματα σε όργανα της γύρω περιοχής. (Διακομανώλης Ε., 2010).

Αντίθετα, ένα κακοήθες νεόπλασμα είναι διηθητικό και δίνει μεταστάσεις. Επιπρόσθετα, ένα κακοήθες νεόπλασμα είναι ικανό να διηθεί καταστρέφοντας γειτονικούς ιστούς και όργανα. (Ιατράκης, 2006).

2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Τα νεοπλάσματα ταξινομούνται σε δυο βασικές κατηγορίες:

- (α) στα καλοήθη και
- (β) στα κακοήθη.

Ανάλογα με τον ιστολογικό τους τύπο, καθώς και την βιολογική τους συμπεριφορά, καθορίζεται αντίστοιχα η κατηγορία στην οποία ανήκουν. (Παπαθανασίου, 2002).

Τα νεοπλάσματα ανάλογα με το είδος του ιστού από τον οποίο προέρχονται και τον οποίο προσβάλλουν διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες (<http://www.bestrong.org.gr/>) :

- ✓ Νεοπλάσματα επιθηλιακού ιστού.
- ✓ Νεοπλάσματα ερειστικού και συνδετικού ιστού, εκτός του αιμοποιητικού ιστού.
- ✓ Νεοπλάσματα αιμοποιητικού ιστού.



✓ Νεοπλάσματα νευρικού ιστού.

✓ Ειδικά νεοπλάσματα.

Τα κακοήθη νεοπλάσματα, ανάλογα με τους ιστούς από τους οποίους προέρχονται διακρίνονται σε:

✓ Καρκινώματα που προέρχονται από επιθηλιακούς ιστούς (για παράδειγμα αδenoκαρκίνωμα).

✓ Σαρκώματα που προέρχονται από τον ερειστικό, μυϊκό, νευρικό ιστό.

✓ Λεμφώματα που προέρχονται από τον αιμοποιητικό ιστό.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά των κακοήθων νεοπλασμάτων αναφέρονται παρακάτω :

✓ Τα νεοκύτταρα χάνουν την ομοιότητα τους.

✓ Δεν είναι περιγεγραμμένα.

✓ Δίνουν μεταστάσεις.

✓ Διηθούν τους γύρω ιστούς.

✓ Είναι θανατηφόρα στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

✓ Υποτροπιάζουν συνήθως.

✓ Κάνουν καταστροφή των ιστών καθώς και διήθηση ιστών.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά των καλοήθων νεοπλασμάτων αναφέρονται παρακάτω (<http://www.bestrong.org.gr/>) :

✓ Τα νεοπλασματικά κύτταρα μοιάζουν με τον μητρικό ιστό.

✓ Είναι περιγεγραμμένα και έχουν κάψα.

✓ Δεν δίνουν μεταστάσεις (αιματογενείς - λεμφογενείς - διαεμφυτεύσεως).

✓ Δεν διηθούν τους γύρω ιστούς.

✓ Δεν προκαλούν θάνατο.



- ✓ Δεν υποτροπιάζουν.
- ✓ Κάνουν τοπική βλάβη (πίεση).

2.3 ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Αν και η λέξη πολύποδας σημαίνει πολλά πόδια, παρ' όλα αυτά λέμε πολύποδα κάθε υπερπλασία ιστού που κρέμεται με μίσχο. Οι πολύποδες είναι καλοήθη ογκίδια, τα οποία δημιουργούνται στον τράχηλο της μήτρας. Η συχνότητα εμφάνισης αυξάνει με την ηλικία. Το μήκος τους σπάνια ξεπερνάει το 1 - 1,5cm. Συνήθως, ανακαλύπτεται τυχαία στην Γυναικολογική εξέταση ή κατά τη πραγματοποίηση του τεστ Παπανικολάου. (Παπαθανασίου, 2002)

Διακρίνονται σε τραχηλικούς και ενδομήτριους. (Παπανικολάου, 2005):

ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΙ

Σ' αυτούς ανήκει ο αδеноματώδης πολύποδας, ο οποίος προέρχεται από τον τράχηλο και προβάλλει από το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο ως ερυθρός μαλακός όγκος, που σπάνια περνάει σε μέγεθος το 1 εκ. Κάποτε ο μίσχος του είναι τόσο μακρύς, που ο πολύποδας φαίνεται στη σχισμή του αιδοίου. Επειδή μέσα στην ιστική του μάζα υπάρχουν περιοχές που περιέχουν βλέννα, λέγεται και βλενώδης. Συχνά συμβαίνει η κορυφή τους να εμφανίζεται νεκρωμένη.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΙ

Σ' αυτούς ανήκουν ο αδενωματώδης, ο αδενομυωματώδης, ο ινομυωματώδης και ο πλακουντικός. Είναι όμως δυνατό και ένα καρκίνωμα, όπως το σάρκωμα της μήτρας, να πάρει πολυποειδή μορφή και να προβάλλει από το τραχηλικό στόμιο. (Παπανικολάου, 2005).

Οι πολύποδες είναι πιθανόν να είναι ασυμπτωματικοί, ή ακόμα να προκαλέσουν άτυπη αιμόρροια από τον κόλπο, μετά από σεξουαλική επαφή. Η θεραπεία εκλογής είναι η εξαίρεση, ακολουθούμενη συνήθως και από απόξεση του ενδοτραχήλου και του ενδομητρίου, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένες γυναίκες, για τον εντοπισμό και άλλων πολυπόδων, που μπορεί να υπάρχουν στον ενδοτραχηλικό αυλό ή στην ενδομήτρια κοιλότητα.



Συνήθως πρόκειται για μισχωτούς πολύποδες εξορμούμενους από τον ενδοτραχηλικό αυλό και καλυπτόμενους από κυλινδρικό επιθήλιο.

Στη σύγχρονη εποχή παρατηρείται πολύ συχνά η εμφάνιση πολυπόδων ενδομητρίου σε μικρής ηλικίας γυναίκες. Συνήθως ανακαλύπτονται σε τυχαία προληπτική εξέταση (γυναικολογική εξέταση), στο ενδοκολπικό υπερηχογράφημα, ενώ άλλες φορές στην Υστεροσαλπιγγογραφία στα πλαίσια ελέγχου υπογονιμότητας. Το φαινόμενο απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, λόγω του ότι η πλειοψηφία των νεαρών γυναικών δεν έχει τεκνοποιήσει, άρα τα γεννητικά τους όργανα θέλουν προσεκτική αντιμετώπιση. (Αγοραστός, Βαβίλης & Μπόντης, 2003).

Η επέμβαση εκλογής είναι η Υστεροσκόπηση. Το Υστεροσκόπιο είναι ένα ενδοσκόπιο μέσω του οποίου είναι εφικτός ο έλεγχος της ενδομητριακής κοιλότητας με άμεση οπτική επαφή. Με τη μέθοδο αυτή ελέγχονται και αφαιρούνται οι πολύποδες χωρίς να επηρεάζεται η ανατομική ακεραιότητα των ευαίσθητων γεννητικών οργάνων της γυναίκας. (Διακομανώλης Ε., 2010).

Πολύ σπάνια οι πολύποδες εξαλλάσσονται σε καρκίνο. Η εξαλλαγή τους αρχίζει από τη βάση τους. Για τον λόγο αυτό στην πολυποειδεκτομία πρέπει αυτή να εξαιρείται. (Παπανικολάου, 2005).

Οι ενδομήτριοι πολύποδες είναι συνήθως καλοήθεις, αν και μερικοί μπορούν να αποδειχθούν προκαρκινικοί. Περίπου 0.5% των ενδομήτριων πολυπόδων περιέχουν καρκινικά κύτταρα. Επιπλέον οι πολύποδες αυξάνουν τον κίνδυνο αποβολής στις γυναίκες που υποβάλλονται σε Εξωσωματική Γονιμοποίηση - IVF. Εάν αναπτύσσονται κοντά στις σάλπιγγες, μπορούν να οδηγήσουν σε δυσκολία σύλληψης καθώς φράζουν το στόμιο και δεν είναι δυνατή η είσοδος των σπερματοζωαρίων. (www.hiniadis.com/)

Αν και η υστεροσκόπηση μεγιστοποιεί τα αποτελέσματα της θεραπείας, η επανεμφάνιση των ενδομήτριων πολυπόδων είναι συχνή.



2.4 ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ

Τα ινομυώματα (Λειομειώματα) αφορούν ένα σημαντικό γυναικολογικό πρόβλημα. Είναι τα συχνότερα καλοήθη νεοπλάσματα της γυναίκας. Μια στις τέσσερις γυναίκες είναι δυνατό να έχει ινομυωματώδη όγκο. Η πλειοψηφία των ινομυωμάτων είναι καλοήθεις. (Piyathilake J.C., et al., 2011). Τα αίτια που προκαλούν τα ινομυώματα είναι η κληρονομικότητα σε συνδυασμό με τα αυξημένα επίπεδα ορμονών (οιστρογόνων) στο αίμα της γυναίκας.

Έχει αποδειχτεί ότι η δημιουργία τους ελέγχεται από γονίδια που κληρονομήθηκαν στην κάθε γυναίκα. (Παπαθανασίου, 2002).

Στην περίπτωση κατά την οποία τα ινομυώματα του τραχήλου της μήτρας προωθούνται αυτόματα δια μέσου του τραχηλικού αυλού, στον κόλπο παρατηρείται άλγος στο υπογάστριο, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της εμμηνορρυσίας. Συχνή είναι και η εμφάνιση άτυπων αιμορραγιών από τον κόλπο. Η αντιμετώπιση αφορά στην εξαίρεση του ινομυώματος, επέμβαση η οποία απαιτεί προσοχή, λόγω του κινδύνου έντονης αιμορραγίας από τα αγγεία του μίσχου. Η πιθανότητα σαρκωματώδους εξαλλαγής του ινομυώματος του τραχήλου είναι παρόμοια με αυτήν των ινομυωμάτων άλλης εντόπισης, περίπου 0,5%. (Καλογερόπουλος Α., 2004).

Τα ινομυώματα ανάλογα με τη θέση τους στη μήτρα διακρίνονται σε (α) υπορογόνια, (β) υποβλεννογόνια και (γ) ενδοτοιχωματικά.

- ✓ Τα υπορογόνια ινομυώματα εντοπίζονται κάτω από τον ορογόνο χιτώνα, στην εξωτερική επιφάνεια της μήτρας. Εάν το μέγεθος του αυξηθεί, μπορεί να γίνουν μισχωτά, δηλαδή συνδέονται με τη μήτρα με ένα παχύ ή λεπτό μίσχο. Είναι δυνατόν να επεκταθούν προς τα πλάγια προς τους συνδέσμους της μήτρας οπότε ονομάζονται ενδοσυνδεσμικά
- ✓ Τα ενδοτοιχωματικά ινομυώματα εντοπίζονται μέσα στο μυϊκό τοίχωμα της μήτρας. Συνήθως καθώς αυξάνονται



επεκτείνονται προς τον ορογόνο χιτώνα στην πρόσθια ή στην οπίσθια επιφάνεια της μήτρας, ή στο πλάγιο τοίχωμα της μήτρας, οπότε και επιφέρουν διαφορετικά συμπτώματα, αλλά και αντιμετωπίζονται διαφορετικά. Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζει ο ιατρός την ακριβή θέση ενός ινομυώματος.

- ✓ Τα υποβλεννογόνια είναι αυτά που συνήθως δημιουργούν τα περισσότερα προβλήματα. Αυτά εντοπίζονται κάτω από το ενδομήτριο, μέσα στην κοιλότητα της μήτρας.
- ✓ Σπανίως μπορεί να αυξηθούν τόσο σε μέγεθος ώστε να αποκτήσουν μίσχο και να προβάλλουν από το τραχηλικό στόμιο προς τον κόλπο, (τεχθέντα ινομυώματα).
(Καλογερόπουλος Α, 2004)

Σήμερα, είναι ευρέως αποδεκτό ότι τα ινομυώματα αφορούν σε ορμονικά εξαρτώμενους καλοήθεις όγκους της μήτρας που κάνουν την εμφάνισή τους μετά την εμμηναρχή και κατά κανόνα υποστρέφουν στην εμμηνόπαυση, χωρίς όμως να έχουν διευκρινισθεί πλήρως και ικανοποιητικά οι αιτιοπαθογενετικοί μηχανισμοί πρόκλησης της νόσου. (Πεκτασίδης Δ., & Δημόπουλος Μ., 2001).

Τα ινομυώματα εξελίσσονται σπάνια σε σαρκώματα (0,5%). Σαρκωματώδη εξαλλαγή παθαίνουν τα μεγάλα ινομυώματα κυρίως των ηλικιωμένων ασθενών. Η εξαλλαγή ινομυώματος σε σάρκωμα προκαλεί άλγος και με την ψηλάφηση διαπιστώνεται η γρήγορη αύξηση του μεγέθους και η ύπαρξη μαλακών περιοχών σε όγκο, που πριν ήταν σκληρός .

Η επανεμφάνιση ινομυώματος ύστερα από εξαίρεση του, πρέπει να μας βάλει σε υποψίες για σάρκωμα. Η πρόγνωση σε τέτοιες περιπτώσεις δεν είναι καλή, γιατί γρήγορα συμβαίνουν μεταστάσεις.(Παπανικολάου,2005).



Κάποιες γυναίκες με ινομυώματα είναι ασυμπτωματικές και δε χρειάζονται ειδική θεραπεία.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα προϋπάρχοντα ινομυώματα μπορούν να μεγαλώσουν σε μέγεθος, λόγω αυξημένης ροής αίματος και οιστρογόνων. Συνήθως όμως, επιστρέφουν στο αρχικό τους μέγεθος μετά τον τοκετό.

Οι κυριότερες επιπλοκές των ινομυωμάτων σχετίζονται με την κύηση, αν και ο κίνδυνος θεωρείται μικρός (www.iatropedia.gr):

- Ø Οι περισσότερες γυναίκες ολοκληρώνουν την κύηση κανονικά, αλλά σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να προκληθεί πρόωρος τοκετός.
 - Ø Ανάγκη για καισαρική τομή στις περιπτώσεις που τα ινομυώματα βρίσκονται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας και εμποδίζουν το φυσιολογικό τοκετό.
 - Ø Μεγάλη αιμορραγία αμέσως μετά τον τοκετό.
- Άλλες επιπλοκές μπορεί να είναι:
- Ø Έντονος πόνος ή σημαντική αιμορραγία (μπορεί να χρειαστεί επείγουσα χειρουργική επέμβαση)
 - Ø Αναιμία (σε μεγάλες αιμορραγίες)
 - Ø Υπογονιμότητα (σπάνια)
 - Ø Σπάνια εξαλλαγή σε λειομυοσάρκωμα.

2.5 ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Τα κονδυλώματα είναι πολλαπλά ή μονήρη. Εμφανίζονται, είτε σαν μικρά μορφώματα, είτε σαν λευκωπές επίπεδες πλάκες, ή ακόμα και σαν υπόλευκες αλλοιώσεις του επιθηλίου. Κατά βάση οφείλονται στην προσβολή του επιθηλίου από τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV) και θεωρούνται νόσημα μεταδιδόμενο με την σεξουαλική επαφή.



Κατά κανόνα συνυπάρχουν ευρήματα από τον κόλπο, το αιδοίο και γενικά την πρωκτογεννητική περιοχή. (Παπαθανασίου, 2002).

Οι επιπλοκές των κονδυλωμάτων διακρίνονται σε ελάσσονες και μείζονες και είναι οι εξής (www.iatronet.gr/):

- ∅ Ελάσσονες επιπλοκές κονδυλωμάτων: ελκώσεις και δημιουργία πληγών, αιμορραγία, επιμόλυνση, μηχανικά προβλήματα κατά την ούρηση και ψυχολογικά προβλήματα
- ∅ Μείζονες επιπλοκές κονδυλωμάτων: γιγάντια κονδυλώματα, δυσπλασίες, καρκίνοι πρωκτογεννητικής χώρας, καρκίνος τραχήλου, σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα.



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΑΙΤΙΑ –
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ- ΔΙΑΓΝΩΣΗ-
ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3



3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Για την ανάπτυξη ινομυωμάτων έχουν ενοχοποιηθεί κάποιοι παράγοντες που είναι (Παπανικολάου , 2005):

- (α) Ενζυματικοί παράγοντες .
- (β) Ορμονικοί παράγοντες .
- (γ) Τα αυξημένα επίπεδα αυξητικών παραγόντων (πρωτεΐνες).
- (δ) Εγκυμοσύνη και αντισυλληπτικά.

Οι παράγοντες που μπορεί να πυροδοτήσουν την νόσο – εμφάνιση γεννητικών ακροχορδώνων (κονδυλωμάτων) είναι (Piyathilake J.C., et al., 2011):

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

3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Όπως οι πολύποδες έτσι και τα ινομύματα, η αιτία δημιουργίας τους δεν είναι απόλυτα γνωστή . Επειδή δεν εμφανίζονται στα ζώα, δεν μελετήθηκαν πειραματικά.



Πιστεύεται, πως αυτά αποτελούν εμβρυικές καταβολές , δηλαδή πως από την εμβρυική της ζωή η γυναίκα έχει κυτταρικές εστίες μέσα στο μυομήτριό της που εξελίσσονται σε ινομυώματα.

Η ύπαρξη ινομυωμάτων συνδέεται και με την οιστρογονική δραστηριότητα των ωοθηκών. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται και από το γεγονός, πως εμφανίζονται στη διάρκεια της γενετήσιας ηλικίας της γυναίκας και ποτέ δεν αρχίζει η ανάπτυξή τους στην εμμηνόπαυση.

Συχνότερα εμφανίζονται σε άτοκες γυναίκες και σε αυτές που δεν έμειναν έγκυες για μεγάλο χρονικό διάστημα.(Παπανικολάου,2005).

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) είναι ο αιτιολογικός παράγοντας των κονδυλωμάτων, της τραχηλικής νεοπλασίας από πλακώδες ή αδενικό επιθήλιο . Συγκεκριμένα τα στελέχη που, προκαλούν την νόσο αυτή είναι οι τύποι των 6,11,42,43,44.

Ο HPV μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή, αποτελεί την αιτία στο 100% των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου μήτρας, ενώ μπορεί να προκαλέσει επίσης καρκίνο στοματικής κοιλότητας, καρκίνο του κόλπου, του αιδοίου, του πρωκτού και του πέους και την καλοήθη, αλλά υψηλής νοσηρότητας, υποτροπιάζουσα λαρυγγική θηλωμάτωση.(Αμπραχίμ Ε.Σ., 2012)

3.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Οι πολύποδες όπως έχουμε προαναφέρει συνήθως είναι ασυμπτωματικοί

Όταν όμως υπάρχουν συμπτώματα αυτά εξαρτώνται από την μορφή του πολύποδα. Οι αδενωματώδεις πολύποδες ίσως προκαλέσουν μικρή αιμορραγία. Μόνο οι ινομυωματώδεις πολύποδες μπορούν να προκαλέσουν συσπάσεις της μήτρας και διαστολή του τραχηλικού στομίου. Μπορεί να προκαλέσουν επίσης μηνο-μητρορραγίες που κάποτε γίνονται έντονες και πόνο. (Παπανικολάου,2005).



Τα ινομυώματα της μήτρας, όσο μεγάλα και αν είναι, είναι δυνατόν να μην προκαλούν συμπτώματα και η διάγνωση τους να γίνει τυχαία από την ασθενή, που ψηλάφησε κάποια σκληρία στην κοιλιά της ή από τον ιατρό κατά την διάρκεια κλινικής εξέτασης ή υπερηχογραφήματος. (Παπανικολάου, 2005).

Τα συμπτώματα των ινομυωμάτων της μήτρας διακρίνονται στα ινομυώματα που βρίσκονται στην κοιλότητα της μήτρας, στα ινομυώματα του τοιχώματος της μήτρας και στα ινομυώματα της επιφάνειας της μήτρας. Αναλυτικότερα (Piyathilake J.C., et al., 2011):

- ✓ Τα ινομυώματα που βρίσκονται στην κοιλότητα της μήτρας δημιουργούν έντονες ενοχλήσεις στην περίοδο με αύξηση της ποσότητας του αίματος, η οποία μπορεί να δημιουργήσει αναιμία. Συσχετίζονται επίσης με υπογονιμότητα και αποβολές κατά την κύηση και χρειάζονται θεραπεία.
- ✓ Τα ινομυώματα του τοιχώματος της μήτρας προκαλούν αύξηση της ποσότητας του αίματος κατά την περίοδο και, αν είναι κάποιου ικανού μεγέθους, προβλήματα γονιμότητας. Χρειάζονται και αυτά θεραπεία.
- ✓ Τα ινομυώματα της επιφάνειας της μήτρας συνήθως δεν συνοδεύονται από συμπτώματα, παρά μόνο αν είναι μεγάλα σε μέγεθος και προκαλούν πιεστικά φαινόμενα λόγω της μάζας τους. Αυτά περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την τάση για ούρηση επί πίεσης της ουροδόχου κύστης και το αίσθημα βάρους στην πύελο, (χαμηλά στη κοιλιά), κυρίως κατά την ορθοστασία.

Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να δημιουργούν συμπτώματα όπως (Καλογερόπουλος Α., 2004):

- ✓ Αιμορραγία. Είναι συνήθως σαν αιμορραγία κατά την περίοδο, αλλά μπορεί να είναι και σαν σταγονοειδής αιμόρροια. Η αυξημένη απώλεια αίματος έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση αναιμίας στη γυναίκα.



- ✓ Πόνο και αίσθημα βάρους που προκαλείται από την αύξηση του μεγέθους και του όγκου του ινομυώματος.
- ✓ Πίεση των γύρω οργάνων όπως των αγγείων, της ουροδόχου κύστης και του εντέρου.
- ✓ Προβλήματα υπογονιμότητας.

Η ανάπτυξη ινομυωμάτων στη μήτρα είναι δυνατόν να προκαλέσει υπογονιμότητα κατά τους εξής τρόπους:

(α) λόγω μηχανικών εμποδίων, που μπορεί να δημιουργηθούν από στένωση, παραμόρφωση ή απόφραξη ενός τμήματος της μήτρας ή των σαλπίνγων και

(β) λόγω ακαταλληλότητας του ενδομητρίου για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Τα κονδυλώματα δεν εμφανίζουν συνήθως συμπτώματα. Οι περισσότεροι που έχουν μολυνθεί δεν το γνωρίζουν. Αυτοί που θα εκδηλώσουν αλλοιώσεις που είναι ορατές με γυμνό μάτι είναι πολύ λίγοι.

Όταν υπάρχουν συμπτώματα αυτά είναι (www.iatropedia.gr/):

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



Τα μεγάλα κονδυλώματα (σπάνια) μπορούν να προκαλέσουν μηχανικά προβλήματα όπως:

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

3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ιατρός πρέπει να προσεγγίσει με διακριτικότητα την ασθενή για να αποσπάσει πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα που εμφανίζει η ασθενής, το προηγούμενο γυναικολογικό ιστορικό, τυχόν κυήσεις, ιστορικό εμμήνου ρύσεως, σεξουαλικό ιστορικό και αντισύλληψη, οικογενειακό ιστορικό και ημερομηνία και αποτελέσματα τελευταίου τεστ ΠΑΠ (Λώλης, 2004).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κατά την κλινική γυναικολογική εξέταση είναι εύκολο να εκτιμηθεί ο τράχηλος. Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση από τον κόλπο ή το ορθό, θα ψηλαφήσουμε τους πολύποδες, τα ινομύωματα, τα οξυτενή κονδυλώματα, την καρκινοματώδη μάζα, όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική, όσο και προχωρημένη ενδοφυτική, και την περιορισμένης κινητικότητας μήτρα, γιατί αυτή καθελώθηκε από τη διήθηση. (Αργυρίου Θ., Βαβίλης Δ., & Μπόντης Ν.Ι., 2006).



Η εξέταση του τραχήλου της μήτρας αφορά στην επισκόπηση μετά από απώθηση των κολπικών τοιχωμάτων δια κολποδιαστολέων και στην ψηλάφηση μετά το πέρας της επισκόπησης. Με την επισκόπηση ο ιατρός ελέγχει την εικόνα του εξωτραχήλου, την μορφή του έξω τραχηλικού στομίου, την ύπαρξη έκκρισης βλέννης ή άλλου υγρού από τον ενδοτράχηλο, καθώς και την ύπαρξη όγκων, πολυπόδων, θηλωμάτων, τραυμάτων, συμφύσεων κ.λ.π. (Αμπραχίμ Ε.Σ.,2012)

Οι σημαντικότερες διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες βοηθούν στη διάγνωση των καλοήθων νεοπλασμάτων, είναι οι εξής :

- ✓ Γυναικολογικό κολπικό υπερηχογράφημα
- ✓ Υδροϋπερηχογράφημα
- ✓ Κολποσκόπηση
- ✓ Υστεροσκόπηση
- ✓ Αξονική τομογραφία
- ✓ Μαγνητική τομογραφία
- ✓ Υστεροσαλπιγγογραφία
- ✓ Τεστ Παπ
- ✓ Βιοψία

Η διάγνωση πρέπει πάντοτε να βασίζεται σε ιστολογική εξέταση ιστοικού δείγματος του όγκου.

Η κλινική εξέταση από τον κόλπο και το ορθό σε συνδυασμό με κυστεοσκόπηση, ορθοσκόπηση, πυελογραφία και αξονική ή μαγνητική τομογραφία θα βοηθήσει στην συνολική εκτίμηση και στην κλινική σταδιοποίηση, σύμφωνα με την οποία θα ακολουθηθεί η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση.

Η κολποσκόπηση είναι η διαδικασία εξέτασης η οποία αφενός θα εντοπίσει τις CIN στον εξωτράχηλο, αφετέρου δε θα επιτρέψει την υπό την καθοδήγησή της διάγνωση και τη θεραπεία τους. (Καλογερόπουλος Α.,2004).



Η Διαγνωστική Υστεροσκόπηση είναι η μέθοδος με την οποία έχουμε τη δυνατότητα να ελέγξουμε το εσωτερικό της μήτρας της γυναίκας. Με την εξέταση αυτή παρέχεται η δυνατότητα ελέγχου του ενδοτραχήλου για πολύποδες, συμφύσεις, ή κακοήθεια, και της κοιλότητας της μήτρας για ύπαρξη διαφράγματος, συμφύσεων, ανωμαλιών διάπλασης της μήτρας, ινομυωμάτων, πολυπόδων, υπερπλασίας, κακοήθειας.

Η Επεμβατική Υστεροσκόπηση είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται αποκλειστικά για:

- ✓ Πολύποδες
- ✓ Λύση συμφύσεων
- ✓ Διάφραγμα μήτρας
- ✓ Ινομώματα
- ✓ Βιοψία υπό οπτικό έλεγχο, όπως, και θεραπευτική αφαίρεση του ενδομητρίου σε αιμορραγίες της μήτρας, πολύ συχνές στην κλιμακτήριο, ή στην εμμηνόπαυση.

3.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ

Οι πολύποδες της μήτρας μπορούν να διαπιστωθούν με την επισκόπηση, την ψηλάφηση, κολποσκόπηση, με το γυναικολογικό κολπικό υπερηχογράφημα και υδροϋπερηχογράφημα, αφού η μέθοδος αυτή έχει μεγάλη ευκρίνεια. Σε περιπτώσεις όπου το υπερηχογράφημα δείξει ή υποψιαστεί ενδομήτριο πολύποδα, η τελική διάγνωση γίνεται με την υστεροσκόπηση. Η τεχνική αυτή μπορεί να γίνει χωρίς νάρκωση αφού δεν προκαλεί πόνο, και αφορά στην είσοδο από τον κόλπο μικροσκοπικής κάμερας για να φωτογραφηθεί το εσωτερικό της μήτρας και ο πιθανός πολύποδας. Με τη μέθοδο αυτή μπορεί να βρεθούν και ινομώματα, καρκίνος και συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας, και κατά συνέπεια να γίνει η έγκαιρη αντιμετώπισή τους. (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012).



3.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΩΝ

Η διάγνωση των ινομυωμάτων γίνεται εκτός της αμφίχειρης γυναικολογικής εξέτασης ,με υπερήχους, με αξονική ή και με μαγνητική τομογραφία.Το υπερηχογράφημα απεικονίζει τα ινομώματα ως εστιακές μάζες με ετερογενή υφή, οι οποίες συνήθως προκαλούν σκιά. Η τοποθεσία καθώς και το μέγεθος των βλαβών που προκαλούν ινομώματα μπορούν με αυτό το τρόπο να προσδιοριστούν.

Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μαγνητική τομογραφία (MRI), για να καθοριστεί το μέγεθος και η θέση των ινομυωμάτων μέσα στη μήτρα. Αυτού του είδους οι απεικονίσεις δεν μπορούν να διαχωρίσουν σαφώς τα καλοήθη από τα κακοήθη (σarkώματα) ινομώματα της μήτρας, αν και τα τελευταία είναι αρκετά σπάνια. Η υποψία για κακοήθες ινομύωμα γεννάτε σε περίπτωση ταχείας ή απρόσμενης ανάπτυξης του ινομώματος ύστερα από παρατήρηση, μετά την εμμηνόπαυση. Ωστόσο, μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι οι διαγνωστικές δυνατότητες που χρησιμοποιεί η μαγνητική τομογραφία έχουν βελτιώσει τη δυνατότητα ανίχνευσης σarkωμάτων. Άλλη τεχνική απεικόνισης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί είναι η υστεροσαλπιγγογραφία. (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012).

Η διαφορική διάγνωση των ινομυωμάτων θα γίνει απο τις παρακάτω παθήσεις: όγκοι ωοθηκών, αδеноμύωση, καρκίνο, φλεγμονές, εγκυμοσύνη.

3.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ

Η διάγνωση των κονδυλωμάτων γίνεται με απλή γυναικολογική εξέταση με έναν μεγεθυντικό φακό όταν είναι μικρά ή με κολποσκόπηση από ειδικούς. Το Τεστ Παπ παίζει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση των κονδυλωμάτων και επιτυγχάνεται ακόμη καλύτερα, με τη βοήθεια κάποιων τεχνικών ταυτοποίησης του ιού HPV όπως είναι τα:



- ✓ HPV DNA TEST
- ✓ Οπτικές δοκιμασίες Via & Vili
- ✓ P.C.R

Δεν υπάρχει εξέταση αίματος που να συμβάλλει στη διάγνωση των κονδυλωμάτων.

3.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ

Η θεραπεία του πολύποδα της μήτρας είναι η αφαίρεσή του. Αυτό μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια της υστεροσκόπησης, καθώς βλέπουμε άμεσα τον πολύποδα και μπορούμε να τον αφαιρέσουμε, ή με την κλασική απόξεση της μήτρας. (Παπαθανασίου Κ., 2002). Συνεπώς, ο έλεγχος για πολύποδες είναι εφικτός και αποτελεσματικός, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις δε χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο και η αφαίρεση των πολυπόδων προλαμβάνει τον καρκίνο του ενδομητρίου, βελτιώνει τη γονιμότητα και θεραπεύει πιθανές ανωμαλίες της περιόδου. (Goldman L., & Bennett J.C., 2002).

3.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΩΝ

Όσον αφορά τα ινομύωματα θεραπεύονται φαρμακευτικά και χειρουργικά. Η φαρμακευτική αντιμετώπισή τους συνίσταται στη χρήση φαρμάκων που σταματούν την περίοδο και μειώνουν τα επίπεδα στο αίμα των γυναικείων ορμονών (οιστρογόνων). Με τον τρόπο αυτόν επέρχεται σμίκρυνση των ινομυωμάτων κατά το διάστημα που χρησιμοποιούνται τα φάρμακα.

Δυστυχώς, αυξάνονται πάλι σε μέγεθος μετά το πέρας της θεραπείας, η οποία δεν μπορεί να συνεχιστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα λόγω των ανεπιθύμητων παρενεργειών της οστεοπόρωσης και των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων. (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012).



Η χειρουργική αντιμετώπιση των ινομυωμάτων περιλαμβάνει τις παρακάτω επεμβάσεις (Παπανικολάου, 2005):

(1) Εκκυρήνηση, ή ινομυοματεκτομία. Δηλαδή αφαίρεση μόνο του ινομυώματος σε νέες γυναίκες, όχι μόνο για να μην διαταράξουμε την γονιμότητά της αλλά και γιατί οι περισσότερες δεν θέλουν να στερηθούν ένα όργανο που το έχουν συνδέσει με τη θυληκότητά τους .

(2) Υφολική υστερεκτομή. Αυτή μας την επιβάλλουν οι ανάγκες .Όταν ο τράχηλος είναι καθηλωμένος, η άρρωστη πολύ παχιά, και ο χειρουργός δεν διαθέτει πείρα.

(3) Κοιλιακή υστερεκτομία. Την εκτελούμε όταν η γυναίκα είναι μεγαλύτερη από 40 ετών, που βρίσκεται κοντά στην εμμηνόπαυση.

(4) Κολπικές επεμβάσεις. Κολπική αντιμετώπιση ινομυωμάτων γίνεται με κολπική εξαίρεσή τους ή κολπική υστερεκτομία. (Παπανικολάου,2005).

Η χειρουργική αντιμετώπιση των ινομυωμάτων (λειομυωμάτων) της μήτρας, τα τελευταία χρόνια, πέρασε από την εποχή της υστερεκτομής ή της χειρουργικής εξαίρεσής τους μετά από ευρεία τομή στο κοιλιακό τοίχωμα, στη σύγχρονη εποχή της μινιλαπαροτομίας και της ενδοσκοπικής προσέγγισης με την επεμβατική λαπαροσκόπηση και υστεροσκόπηση. (Παπαθανασίου Κ., 2002).

Εκτός από τις εδραιωμένες χειρουργικές μεθόδους αφαίρεσης των λειομυωμάτων, τα τελευταία χρόνια βρίσκονται υπό αξιολόγηση και άλλες ελάχιστα επεμβατικές μέθοδοι. (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012).

Η επέμβαση που διεθνώς χαρακτηρίστηκε ως «μυόλυση» (“myolysis”), περιλαμβάνει τη λύση των λειομυωμάτων με τη χρήση laser, ηλεκτρικής ενέργειας ραδιοσυχνοτήτων ή κρυοθεραπείας.



Όλες οι μέθοδοι περιλαμβάνουν την τοποθέτηση ενός ηλεκτροδίου ή καθετήρα στο εσωτερικό των λειομυωμάτων για τη χορήγηση ενέργειας από την αντίστοιχη πηγή, με τη βοήθεια είτε της λαπαροσκόπησης είτε της υστεροσκόπησης. (Πεκτασίδης Δ., & Δημόπουλος Μ., 2001).

Πρόσφατα περιγράφηκε μία μέθοδος μυόλυσης με υπερήχους υψηλής ενέργειας, εστιασμένους υπό την καθοδήγηση MRI, (magnetic resonance imaging–guided focused ultrasound).

Ωστόσο, καμία από τις μεθόδους αυτές δεν έτυχε ευρείας διάδοσης, λόγω της ανησυχίας για την επίδρασή τους στη γονιμότητα και τη μελλοντική κύηση, τον μεγάλο χρόνο διάρκειάς τους, τη γνωστή αποτελεσματικότητα άλλων μεθόδων, αλλά και λόγω του ότι απαιτείται κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό και εξειδικευμένος εξοπλισμός. (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012).

Μία άλλη συντηρητική στρατηγική αντιμετώπισης περιλαμβάνει τις επεμβάσεις με τις οποίες πραγματοποιείται απόφραξη των μητριάων αρτηριών, με τελικό στόχο την υποστροφή των λειομυωμάτων λόγω ισχαιμίας. (Goldman L., & Bennett J.C., 2002).

Η απόφραξη των μητριάων αρτηριών μπορεί να επιτευχθεί κατά τη λαπαροσκόπηση με διπολική διαθερμία, διακολλικά υπό έλεγχο με υπερήχους Doppler ή με τον εκλεκτικό εμβολισμό τους. (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012).

3.9.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗΣ

Οι συχνότερες επιπλοκές της υστερεκτομής είναι (www.obstetric.gr/):

- ✓ Φλεγμονή, μελάνιασμα ή καθυστερημένη επούλωση της τομής ή δημιουργία υπετροφικής ουλής.
- ✓ Μούδιασμα ή κάψιμο ή υπαισθησία στη θέση της τομής που τελικά υποχωρούν.
- ✓ Συχνουρία ή ουρολοίμωξη.



- ✓ Δημιουργία μετεγχειρητικών συμφύσεων.

Σοβαρές, αλλά σπάνιες επιπλοκές της υστερεκτομής είναι:

- ✓ Αιμορραγία κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή μετεγχειρητικά.
- ✓ Κακώσεις γειτονικών οργάνων (ουροδόχος κύστη, έντερο, ουρητήρες κ.λ.π).
- ✓ Φλεγμονή ή και κοιλιακό απόστημα.
- ✓ Εμβολή ή θρόμβωση.
- ✓ Επιπλοκές από την αναισθησία.

3.9.2 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗΣ

Οι επιδράσεις μπορούν να διακριθούν σε (www.obstetric.gr/):

- ✓ Σωματικές επιδράσεις: Μετά την υστερεκτομή η γυναίκα σταματάει να έχει έμμηνο ρύση (περίοδο). Αν δεν έχουν αφαιρεθεί οι ωοθήκες, αυτό δεν έχει καμιά επίπτωση, καθώς η γυναίκα συνεχίζει να παράγει ορμόνες, μια και υπεύθυνες για την παραγωγή των οιστρογόνων είναι οι ωοθήκες.

Αν αφαιρεθούν και οι ωοθήκες σε γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση, αμέσως μετά το χειρουργείο θα εμφανιστούν συμπτώματα, που οφείλονται στην έλλειψη των ορμονών (συμπτώματα εμμηνόπαυσης). Στις περιπτώσεις αυτές (εφόσον δεν υπάρχει αντένδειξη) έχει ένδειξη η χορήγηση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης, ιδιαίτερα σε γυναίκες μικρότερες των 45 ετών.

- ✓ Ψυχολογικές επιδράσεις: Η αφαίρεση της μήτρας επηρεάζει την ψυχολογική διάθεση αρκετών γυναικών. Οι αντιδράσεις εξαρτώνται από ποικίλους παράγοντες και είναι διαφορετικές



από γυναίκα σε γυναίκα. Ορισμένες γυναίκες παρουσιάζουν μελαγχολία λόγω της αφαίρεσης των αναπαραγωγικών οργάνων, ενώ σε άλλες βελτιώνεται η ψυχολογική διάθεση λόγω της επίλυσης του προβλήματος που τις απασχολούσε, αλλά και λόγω του ότι δεν χρειάζονται πλέον αντισύλληψη.

- ✓ Σεξουαλική λειτουργία: Μερικές γυναίκες αισθάνονται μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης, επειδή δεν αισθάνονται πλέον τις συσπάσεις της μήτρας, κατά τη διάρκεια του οργασμού. Άλλες γυναίκες απολαμβάνουν περισσότερο τη σεξουαλική τους δραστηριότητα, επειδή απαλλάσσονται από το άγχος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, αλλά και επειδή παύουν να υφίστανται καταστάσεις (π.χ. αιμορραγίες) που εμπόδιζαν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα.

Αν έχει γίνει αφαίρεση των ωοθηκών σε γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση, μπορεί να εμφανιστεί κολπική ξηρότητα και πόνος κατά την επαφή. Αυτό μπορεί να επιλυθεί σε συνεργασία με το γυναικολόγο, με τη χορήγηση κατάλληλων σκευασμάτων.

3.10 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ

Η θεραπεία των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων πρέπει να στοχεύει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων (www.iatropedia.gr):

Καταστρεπτικά χημικά

- ✓ Τριχλωροξικό οξύ. Διάλυμα 85% επαλείφεται πάνω στα κονδυλώματα στο αιδοίο, τον κόλπο και τον τράχηλο, μία φορά την εβδομάδα, για 4 εβδομάδες. Τα αποτελέσματα είναι αμφίβολα.



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

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

Ανοσοτροποποιητικά

- ✓ Ιντερφερόνη-α.
- ✓ Imiquimod (Aldara)

Χειρουργικές μέθοδοι

- ✓ Laser CO2. Μπορεί να γίνει υπό τοπική ή και γενική αναισθησία όταν η νόσος είναι εκτεταμένη. Είναι η θεραπεία εκλογής για εκτεταμένη κολπική νόσο.
- ✓ Χειρουργική εκτομή. Γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία σε εκτεταμένη νόσο. Μπορεί να απαιτήσει δερματικά μοσχεύματα και δεν είναι κατάλληλη για εκτεταμένες κολπικές αλλοιώσεις.
- ✓ Εκτομή με ηλεκτρικό βρόχο. Μπορεί να είναι χρήσιμος για μικρές αλλοιώσεις. Είναι δύσκολο να ελεγχθεί το βάθος της εκτομής.



ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4



4.1. Ο ΙΟΣ HPV Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΗ ΑΙΤΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

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

Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), είναι ένας σεξουαλικά μεταδιδόμενος ιός, που βρίσκεται σε άνδρες και γυναίκες και προκαλεί κάποιες φορές αλλοιώσεις στο γεννητικό τους σύστημα. Έχουν ανιχνευθεί και τυποποιηθεί πάνω από 200 ορότυποι του ιού HPV. Θεωρείται πλέον αιτιολογικός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αν και όλες οι γυναίκες με HPV λοίμωξη δεν θα αναπτύξουν καρκίνο.

Προσβάλλει συνήθως άτομα νεαρής ηλικίας, ενώ η διάδοση του ιού είναι τόσο ραγδαία ώστε η πιθανότητα μια σεξουαλικά ενεργής γυναίκα μέχρι 30 ετών, να προσβληθεί από τη λοίμωξη, είναι έως και 70%. Είναι ίσως το πιο κοινό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα στην Αμερική, με 5,5 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ανά έτος.



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

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

Ορισμένα στελέχη (π.χ., 6, 11, 42, 43, 44) προκαλούν συνήθως τα γνωστά κονδυλώματα, τα οποία είναι καλοήθεις αλλοιώσεις. Παράλληλα τα στελέχη αυτά συσχετίζονται, σχετικά σπανίως, με την εμφάνιση νεοπλασματικών αλλοιώσεων και γι' αυτό αναφέρονται ως στελέχη χαμηλού κινδύνου.

Αντιθέτως, άλλα στελέχη (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 58, 59, 68, 73, 82) θεωρούνται υπεύθυνα για την εκδήλωση προκαρκινικών και καρκινικών αλλοιώσεων και γι' αυτό καταγράφονται στην περιοχή υψηλού κινδύνου. (Philip και άλλοι, 2007).



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

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

Οι ορότυποι του HPV διακρίνονται σε:

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

Για την εκδήλωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εκτός από την λοίμωξη από υψηλού κινδύνου HPV στελέχη, επιβαρυντικοί παράγοντες, οι οποίοι όμως δεν επιδέχονται ιδιαίτερας ιατρικής παρέμβασης, είναι η συνύπαρξη πολλαπλών διαφορετικών οροτύπων του ιού και το ιικό φορτίο.

Δεν υπάρχει ιδιαίτερα μεγάλη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού ως προς τον ιό και αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι άνδρες σπάνια αναπτύσσουν ορισμένες ασθένειες που σχετίζονται με τον HPV, (π.χ καρκίνο του πέους και του πρωκτού). (Ρούπα. 2006).



4.2 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτογενής πρόληψη, αφορά στην πρόληψη από την HPV λοίμωξη και των άλλων συμπαραγόντων, που ως γνωστόν αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και περιλαμβάνουν (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012):

- ✓ Εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση για τη μείωση της υψηλού κινδύνου σεξουαλικής συμπεριφοράς
- ✓ Την εφαρμογή των κατάλληλων στρατηγικών σε τοπικό επίπεδο για αλλαγή συμπεριφοράς
- ✓ Τις προσπάθειες για την αποθάρρυνση της χρήσης καπνού, όπως το κάπνισμα (το οποίο αποτελεί γνωστό παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και άλλους καρκίνους) και
- ✓ Την ανάπτυξη και εισαγωγή ενός αποτελεσματικού HPV εμβολιασμού.

4.2.1 ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ HPV

Εδώ και πάρα πολλά χρόνια, τα προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, βασιζόμενα από τη δεκαετία του 1950 στο τεστ Παπανικολάου, έπαιξαν σημαντικό ρόλο στον τομέα της δημόσιας υγείας, έχοντας ως αποτέλεσμα τη ριζική μείωση τόσο της συχνότητας όσο και της θνησιμότητας από αυτή τη μορφή καρκίνου. Ωστόσο, παρά τις μακροχρόνιες προσπάθειες για ευρεία εφαρμογή του τεστ Παπανικολάου ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εξακολουθεί να κατέχει στις μέρες μας τη δεύτερη θέση ως αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες σε παγκόσμιο επίπεδο. Νεότερα επιτεύγματα έχουν αλλάξει το πλαίσιο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με σημαντικότερες αρχικά την αναγνώριση της αιτιολογικής συσχέτισής του με τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων και στη συνέχεια την ανάπτυξη και εφαρμογή στην κλινική πράξη των πολυδύναμων εμβολίων εναντίον του HPV. (Αγοραστός, Βαβίλης & Μπόντης, 2003).



Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων, δύο είναι τα εμβόλια κατά του ιού HPV:

- ✓ το τετραδύναμο Gardasil και
- ✓ το διδύναμο Cervarix.

Εμβόλιο Gardasil

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

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

Δοσολογία και τρόπος χορήγησης του Gardasil

Το Gardasil γίνεται σε 3 δόσεις:

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



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

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

Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες

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

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

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

(Φύλλο οδηγιών χρήσης εμβολίου Gardasil)

Εμβόλιο Cervarix

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



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

Δοσολογία και τρόπος χορήγησης Cervarix

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

Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες

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

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

Και τα δύο εμβόλια παρέχουν προστασία από τους τύπους 16 και 18 οι οποίοι μπορεί να προκαλέσουν καρκίνο στον τράχηλο της μήτρας και επιπλέον το Gardasil παρέχει περαιτέρω προστασία από τους τύπους 6 και 11 οι οποίοι προκαλούν τα γνωστά σε όλους μας κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων.

Τα εμβόλια κατά του HPV έχουν σχεδιαστεί να παρέχουν προφυλακτική δράση (δηλαδή για την πρόληψη της μόλυνσης και της επακόλουθης ασθένειας) και όχι θεραπευτική. (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012).

Η προστασία που παρέχεται από τα εμβόλια είναι ως εκ τούτου χαμηλότερη μεταξύ των γυναικών που έχουν ήδη μολυνθεί από τους HPV γονοτύπους που σχετίζονται με το εμβόλιο, από ότι μεταξύ εκείνων, που δεν έχουν μολυνθεί. Πρόσφατα στοιχεία μας δείχνουν πως ο εμβολιασμός κατά HPV δεν μειώνει την εξέλιξη στο προκαρκινικό στάδιο, σε γυναίκες με συνεχιζόμενη μόλυνση κατά τη διάρκεια του εμβολιασμού. (Piyathilake J.C., et al., 2011).



Παρόλα αυτά, ένα πρόγραμμα εμβολιασμού σε μεγάλη κλίμακα μπορεί να αποτελέσει σημαντικό χρηματοοικονομικό βάρος για τον προϋπολογισμό υγείας μιας χώρας. Η οικονομική αποτίμηση αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την εξέταση της οικονομικής αποδοτικότητας νέων τεχνολογιών υγείας.

Σύμφωνα με μελέτη που αναφέρεται στην ανάλυση του κόστους – αποτελεσματικότητας του προφυλακτικού εμβολιασμού κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα, βρέθηκε πως ο συνδυασμός των τρεχουσών πρακτικών πρόληψης με προφυλακτικό εμβολιασμό Ελληνίδων ηλικίας 12 ετών είναι οικονομικά πολύ επωφελής.

Το συνολικό όφελος από τον εμβολιασμό του πληθυσμού γυναικών ηλικίας 15–26 ετών, θα εξαρτηθεί από την επιδημιολογία του HPV στον πληθυσμό. Τα HPV εμβόλια θα μειώσουν, αλλά δεν θα εξαλείψουν τον κίνδυνο από καρκίνο τραχήλου της μήτρας.

Τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου, θα εξακολουθούν να θεωρούνται χρήσιμα στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ακόμη και μετά την εισαγωγή του HPV εμβολιασμού, αν και οι διαδικασίες που χρησιμοποιούνται για τα προγράμματα αυτά, θα χρειαστεί να αναπροσαρμοστούν. (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012).

Επειδή ο εμβολιασμός κατά του HPV δεν καλύπτει όλους τους τύπους που προκαλούν καρκίνο, ο περαιτέρω προληπτικός έλεγχος θεωρείται πολύ σημαντικός για τις γυναίκες που έχουν ήδη εμβολιαστεί.

Μελέτες έχουν καταδείξει ότι ο συνδυασμός εμβολιασμού και τακτικού προληπτικού ελέγχου με το τεστ Παπανικολάου μπορούν να μειώσουν την εμφάνιση καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας κατά 94%.



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 κάτω του 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%. (Αγοραστός, Βαβίλης & Μπόντης, 2003).

4.3 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Αντίθετα με τις περισσότερες άλλες μορφές καρκίνου, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, μπορεί να προληφθεί μέσω των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου που έχουν σχεδιαστεί για τον εντοπισμό και τη θεραπεία των προκαρκινικών αλλοιώσεων. Περίπου το 80% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως συμβαίνουν σε λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, διότι τα προγράμματα πρόληψης είναι είτε ανύπαρκτα, είτε εκτελούνται ανεπαρκώς. Οι ερευνητικές προσπάθειες έχουν τεκμηριώσει ότι ένα καλά οργανωμένο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, μπορεί ενδεχομένως να μειώσει τα ποσοστά του καρκίνου του τραχήλου κατά 60 - 90% μέσα σε τρία χρόνια από την εφαρμογή τους. Σε γενικές γραμμές, ο προσυμπτωματικός έλεγχος, έχει αποδειχτεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό εργαλείο για τη μείωση των επιπτώσεων ορισμένων καρκίνων, ειδικά για την αργή ανάπτυξή τους και για την πρόληψή τους, όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. (Αγοραστός, Βαβίλης & Μπόντης, 2003).

Οι υπάρχουσες μέθοδοι προσυμπτωματικού ελέγχου, αναλύονται στις παρακάτω ενότητες (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012)



4.3.1 ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Όταν ο Γεώργιος Παπανικολάου το 1928 ανακοίνωσε ότι, εξετάζοντας τα επιχρίσματα γυναικών που είχαν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, παρατήρησε κακοήθη κύτταρα, η διαγνωστική αξία της εξέτασης κυτταρικού υλικού αμφισβητήθηκε και θεωρήθηκε από τους παθολογοανατόμους τελείως περιττή, γιατί στηρίζεται σε κύτταρα και όχι σε ιστό. Αυτό όμως που θεωρήθηκε μειονέκτημα σε πρώτη προσέγγιση, σε μία δεύτερη προσέγγιση εκλήφθηκε σαν πλεονέκτημα, γιατί ενώ τα κύτταρα αποφολιδώνονται από εκτεταμένες περιοχές οργάνων, το βιοπτικό υλικό παίρνεται από ένα μόνο περιορισμένο τμήμα ιστού.

Από τότε μέχρι σήμερα, έχει πλέον αποσαφηνισθεί ότι η εντόπιση των προκαρκινικών αλλοιώσεων συνέβαλε στη θεαματική μείωση των διηθητικών καρκίνων και της επακόλουθης θνησιμότητας, στις χώρες όπου εφαρμόζονται προγράμματα μαζικού ελέγχου του πληθυσμού.

Βασική, λοιπόν, ένδειξη του ελέγχου των τραχηλικών επιχρισμάτων αποτελεί η διάγνωση του αρχόμενου καρκίνου και των δυσπλασιών του τραχήλου. Παράλληλα, μπορεί να εντοπισθούν αλλοιώσεις ενδεικτικές λοίμωξης από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV).

Ο κυτταρολογικός έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου δεν αποτελεί διαγνωστική μέθοδο, αλλά ανιχνευτική μέθοδο. Δεδομένου, λοιπόν, ότι το επίχρισμα Παπανικολάου είναι δοκιμασία ανίχνευσης (και όχι διάγνωσης) έχει σχεδιαστεί για να είναι σχετικά ανέξοδο και η αποτελεσματικότητα στην ανίχνευση νεοπλασμάτων του τραχήλου εξαρτάται από την επανάληψη της δοκιμασίας σε τακτικά διαστήματα.

Συνιστάται να διενεργείται σε όλες τις γυναίκες, από την έναρξη της σεξουαλικής τους δραστηριότητας μέχρι την ηλικία των 65-70 ετών. Τα χρονικά διαστήματα επανάληψης του τεστ ποικίλλουν ανά χώρα και σχολή, κυμαίνονται δε μεταξύ 1 και 3 ετών.



Η εξέταση είναι εύκολη, χαμηλού κόστους, χωρίς επιπλοκές, ανώδυνη και επομένως καλά ανεκτή από τα εξεταζόμενα άτομα. Για τη σωστή αξιολόγηση ενός επιχρίσματος είναι απαραίτητες οι κλινικές πληροφορίες.

Σημαντική έρευνα έχει τεκμηριώσει ότι η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και τα ποσοστά θνησιμότητας ποικίλουν από φυλή σε φυλή και ανάλογα με την εθνικότητα. Η έρευνα επίσης δείχνει ότι τα ποσοστά χρήσης του τεστ ΠΑΠ, διαφέρουν ανάλογα με τη φυλή και την εθνικότητα.

Έχει υπολογιστεί ότι εάν μία γυναίκα κάνει 1 φορά στη ζωή της τεστ PAP, μειώνει κατά 45% τον κίνδυνο ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου του τραχήλου, ενώ εάν έχει κάνει 9 φορές τεστ PAP, ο κίνδυνος αυτός μειώνεται κατά 99%. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί την πιο συχνή κακοήθεια, της οποίας η διάγνωση τίθεται κατά την κύηση, και αυτό οφείλεται στο γεγονός της συστηματικής λήψης του κολποτραχηλικού επιχρίσματος κατά την πρώτη εξέταση της εγκύου. (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012)

4.3.2 HPV DNA test

Η εξέταση αυτή, Hybrid Capture 2, καθορίζει εάν ένας ή περισσότεροι από τους υψηλού κινδύνου τύποι του ιού HPV (αυτοί που συνδέονται με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας) υπάρχουν σε ένα δείγμα από τον τράχηλο. Η ευαισθησία του test Pap αγγίζει το 47-62%, σε αντίθεση με το HPV DNA test όπου η ευαισθησία φτάνει στο 66-100%. Εν αντιθέσει, το τεστ PAP έχει υψηλή ειδικότητα 60-95% και το HPV DNA test 62-96%. Δύο θεωρίες προσεγγίσεων υπάρχουν για τη χρήση του HPV DNA test στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: η παράλληλη και η διαδοχική. Η πρώτη επιλογή συνίσταται στην ταυτόχρονη χρήση της κυτταρολογίας και του HPV DNA test και η δεύτερη αποτελείται από μια πρώτη διαλογή κυτταρολογίας ακολουθούμενη από το HPV DNA test σε περίπτωση εμφάνισης άτυπων πλακωδών κυττάρων απροσδιοριστού σημασίας (ASCUS) ή αντίστροφα.



Το HPV test συνιστάται για τις γυναίκες ηλικίας 30 ετών και άνω και μέχρι την ηλικία των 55 - 65 ετών. Το διάστημα ελέγχου είναι κάθε 3 - 5 χρόνια. (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012)

4.3.3 ΟΠΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ: VIA & VILI

Υπάρχουν δύο είδη οπτικών δοκιμών για τον εντοπισμό των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας.

Σε μακροσκοπική εξέταση με οξικό οξύ (VIA) οι προκαρκινικές αλλοιώσεις εμφανίζονται ως λευκωπές περιοχές.

Η δεύτερη δοκιμή γίνεται με ιώδιο του Lugol (VILI). Όπως και η VIA, έτσι και η VILI περιλαμβάνει προσωρινά χρώση του τραχήλου της μήτρας, με ιώδιο του Lugol. Τα φυσιολογικά κύτταρα εμφανίζονται με καφέ χρώμα, ενώ οι προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας εμφανίζονται με κίτρινο χρώμα. (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012)

4.3.4 ΑΛΛΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ HPV

(Α) Αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR)

Η τεχνική PCR είναι η πλέον ευαίσθητη μέθοδος ανίχνευσης των HPV, δεδομένου ότι βασίζεται στην ενίσχυση του αριθμού των αντιγράφων του υπάρχοντος ιικού DNA με εκκινητές κατά χιλιάδες φορές, με αποτέλεσμα την εύκολη ανίχνευσή του. Η τεχνική PCR εφαρμόζεται άριστα σε κύτταρα που λαμβάνονται από την περιοχή πρωτίστως πέριξ της μεταβατικής ζώνης και ευρύτερα από τον εξωτράχηλο και ενδοτράχηλο καθώς και σε τραχηλικές βιοψίες φρέσκου ιστού ή μονιμοποιημένου και σε παραφίνη.

Με την PCR μπορούμε να εντοπίσουμε και συγκεκριμένο τύπο ή τύπους HPV που υπάρχουν στο δείγμα. Αυτό είναι σημαντικό πλεονέκτημα, αφού γνωρίζουμε π.χ. Ότι η επιμένουσα φλεγμονή από HPV-16 έχει στις μεγαλύτερες γυναίκες πιθανότητα καρκινογένεσης 20 - 30%.



Από την άλλη πλευρά η PCR όντας πολύ ευαίσθητη δεν μας δίνει πληροφορίες για το ιϊκό φορτίο όπως το HPV-τεστ. Το HPV-τεστ μπορεί να ανιχνεύσει 1000-5000 DNA. Για το λόγο αυτό εξελίσσονται τώρα νέες μέθοδοι ημιποσοτικής PCR. (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012)

(B) In situ υβριδισμός

Είναι η μόνη τεχνική, με την οποία εντοπίζεται ο HPV στο κυτταρολογικό ή στο ιστολογικό υλικό. Εφαρμόζεται σε βιοψίες και κωνοειδείς εκτομές καθώς και σε επιχρίσματα κυττάρων τραχήλου.

(Γ) mRNA test

Με την ανάπτυξη της τεχνολογίας για τη γονιδιακή έκφραση και τις μετρήσεις πρωτεϊνών, οι επιστήμονες είναι πλέον σε θέση να μελετήσουν πολλούς μοριακούς δείκτες, τόσο των mRNA, όσο και των πρωτεϊνικών δεικτών.

Η ογκογενετική διαδικασία στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, εξαρτάται από την αυξορύθμιση των ογκοπρωτεϊνών HPV E6 και E7 και έτσι, η υπερέκφραση των ογκοπρωτεϊνών αυτών, είναι σημάδι εμφάνισης υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου. Επομένως, η ανίχνευση της έκφρασης των ογκογονιδίων E6 και E7 θα μπορούσε να είναι ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ η έκφραση των E6 και E7 ογκογονιδίων, μπορεί να ανιχνευθεί με το mRNA test των E6 και E7.

Το HPV E6/E7 mRNA test έχει αποδειχθεί πως έχει μεγαλύτερη κλινική ειδικότητα και θετική προγνωστική αξία από ότι το HPV DNA test. Και τα δυο αυτά τεστ μπορούν να χρησιμοποιηθούν παράλληλα για screening των γυναικών και εάν τα δύο τεστ είναι θετικά, τότε η ασθενής, υποβάλλεται σε βιοψία. Εάν μόνο το HPV DNA test είναι θετικό, τότε η ασθενής μπορεί να επανελεγχθεί στο μέλλον και εάν αυτό παραμένει θετικό, παραπέμπεται για κολποσκόπηση.



(Δ) p16 test

Η πρωτεΐνη p16 INK4a είναι ένας ρυθμιστής του κυτταρικού κύκλου, που σε φυσιολογικά τραχηλικά ιστολογικά δείγματα, μόλις και μετά βίας ανιχνεύεται οποιαδήποτε έκφραση της. Το γεγονός αυτό, έρχεται σε αντίθεση με την ισχυρή έκφραση της πρωτεΐνης αυτής, σε περιπτώσεις προ-καρκινικές και καρκινικές του τραχήλου της μήτρας. Η έκφραση της p16 φαίνεται να είναι ανεξάρτητη από τον τύπο του HPV, που προκαλεί την ογκογόνο λοίμωξη, γεγονός που εξυπηρετεί την ανίχνευση διαφόρων τύπων του HPV στις DNA και RNA τεχνικές.

Αρκετοί άλλοι βιοδείκτες έχουν προταθεί για χρήση στη διαλογή γυναικών με τραχηλική δυσπλασία για αύξηση της διαγνωστικής ακρίβειας, παρόμοιοι με τη χρησιμοποίηση του HPV test στην κλινική πρακτική, προκειμένου να καθοριστεί ποιες από τις γυναίκες αυτές, χρειάζονται άμεσα κολποσκόπηση, όπως ο HPV L1 και ο Ki-67 καθώς και άλλοι. (Αμπραχίμ Ε.Σ, και συν., 2012).



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5



5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Ο ρόλος του νοσηλευτή γενικότερα είναι σημαντικός. Στόχος του νοσηλευτή είναι η όσο καλύτερη προσέγγιση της ασθενούς σε ψυχικό, σωματικό και κοινωνικό τομέα και η διακριτικότητα κατά την προσέγγιση αυτή.

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

Κατά την πυελική εξέταση, ο γιατρός ελέγχει τα εξωτερικά γεννητικά όργανα για σημεία φλεγμονής, διόγκωσης, αιμορραγίας ή τοπικές δερματικές ή επιθηλιακές αλλαγές. Τα καθήκοντα του νοσηλευτή κατά την διάρκεια της εξέτασης περιλαμβάνουν (Ρούσσοσ Δ., & Βοσνάκης Χ., 2008):

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



- ✓ Βοήθεια γιατρού κατά την διάρκεια της εξέτασης.
- ✓ Φροντίδα ασθενούς μετά την εξέταση.

Κατά την λήψη τεστ Παπανικολάου (Ρούσσος Δ., & Βοσνάκης Χ., 2008):

Ο νοσηλευτής, όπως στην πυελική εξέταση, ετοιμάζει την άρρωστη και βοηθάει τον γιατρό πριν και μετά την εξέταση. Όταν τελειώσει η εξέταση, ο νοσηλευτής τοποθετεί το δείγμα σε αντικειμενοφόρο πλάκα και σημειώνεται η προέλευσή του. Αναγράφει στο παραπεμπτικό η ημερομηνία της τελευταίας εμμηνου ρύσεως και τυχόν πληροφορίες, όπως το αν η γυναίκα παίρνει αντισυλληπτικά. Πριν «αλλοιωθεί» το δείγμα, οι αντικειμενοφόρες πλάκες τοποθετούνται σε γυάλινο δοχείο και αιθυλική αλκοόλη και αποστέλλονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο.

Κατά την κολποσκόπηση (Ρούσσος Δ., & Βοσνάκης Χ., 2008):

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

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



Κατά την βιοψία τραχήλου (Ρούσσοι Δ., & Βοσνάκης Χ., 2008):

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

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

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

5.2.1 ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Σκοπός του νοσηλευτή στην χειρουργική θεραπεία είναι η μείωση της ανησυχίας και του φόβου της εγχείρησης, η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην ασθενή και η αποφυγή - μείωση μετεγχειρητικών επιπλοκών. (Goldman L., & Bennett J.C., 2002).

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος, τη σοβαρότητα της εγχείρησης και την γενική κατάσταση της ασθενούς. Η προεγχειρητική ετοιμασία συνίσταται σε (Πεκτασίδης Δ., & Δημόπουλος Μ., 2001):



Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.

Ο νοσηλευτής οφείλει:

- ✓ Να εξηγεί στην ασθενή το είδος της επέμβασης. Σε περίπτωση υστερεκτομής παίρνει την συγκατάθεση του συζύγου για την τεχνητή στείρωση που θα γίνει ή την διακοπή της κύησης, αν η ασθενής είναι έγκυος.
- ✓ Να ενημερώσει την ασθενή σχετικά με τον μετεγχειρητικό σωματικό πόνο, αλλά και τις επιδράσεις της εγχείρησης στην ψυχολογία της ασθενούς. Επιπλέον, πρέπει να εκπαιδεύσει την ασθενή στην μετεγχειρητική αυτοφροντίδα.
- ✓ Να παρέχει πληροφορίες σχετικά με την σεξουαλική δραστηριότητα και την γονιμότητα μετά την εγχείρηση.
- ✓ Να υποστηρίζει ψυχολογικά την ασθενή, βοηθώντας την να προσαρμοστεί στην σκέψη της απώλειας των γεννητικών της οργάνων, να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει εγκαίρως σημάδια κατάθλιψης. Επιπλέον, η ασθενής πρέπει να εκφράσει όλα τα συναισθήματα που νιώθει και ο νοσηλευτής να προσπαθήσει να κατανοήσει τα προβλήματα που μπορεί να βασανίζουν την ασθενή.
- ✓ Να αντιμετωπίσει συμπτώματα της νόσου όπως: κολπική υπερέκκριση που μπορεί να είναι πυώδης ή αιματηρή. Χρειάζονται να γίνονται συχνές πλύσεις, συχνή αλλαγή εσωρούχων και έλεγχος της σύστασης της έκκρισης. Αν υπάρχει αιμορραγία από τον κόλπο, ελέγχεται η περιοδικότητα της, η ποσότητα, ο αιματοκρίτης, τα ζωτικά σημεία, χορηγούνται υγρά και η ασθενής παρακολουθείται σε πολύ τακτά χρονικά διαστήματα.



- ✓ Καχεξία και αδυναμία σε ασθενείς προχωρημένου σταδίου. Σε αυτές τις περιπτώσεις δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην διατροφή, χορηγούνται βιταμίνες και τροφές πλούσιες σε λιπαρά.
- ✓ Πλούσια διατροφή πρέπει να έχουν όλες οι ασθενείς πριν το χειρουργείο για την σωματική τους τόνωση.
- ✓ Να εξασφαλίσει στην ασθενή επαρκή και καλό ύπνο την νύχτα πριν την εγχείρηση. Ίσως χρειαστεί να χορηγήσει κάποιο ηρεμιστικό ή υπνωτικό φάρμακο, σε συνεννόηση με τον γιατρό.

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



- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.

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

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

- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.

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

- ✓ Παρατηρεί την γενική κατάσταση της ασθενούς, κάνει πρωινή λήψη ζωτικών σημείων και προσέχει για συμπτώματα που φανερώνουν κάποιο κρυολόγημα ή λοίμωξη.
- ✓ Καθησυχάζει την άρρωστη σχετικά με την επέμβαση
- ✓ Ειδοποιεί την ασθενή ότι πρέπει να ουρήσει, για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη και έπειτα την ντύνει με ποδονάρια, ρόμπα χειρουργείου και σκούφο.
- ✓ Αφαιρεί από την ασθενή κοσμήματα, φουρκέτες, τεχνητές οδοντοστοιχίες.
- ✓ Αφαιρεί το χρώμα από τα νύχια ή το βάψιμο του προσώπου για να είναι δυνατός ο έλεγχος για κυάνωση.
- ✓ Συμπληρώνει και υπογράφει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας και το τοποθετεί στον φάκελο της ασθενούς.



- ✓ Μισή ώρα πριν την εγχείρηση γίνεται η προνάρκωση και το είδος της είναι καθορισμένο από αναισθησιολόγο. Με αυτό τον τρόπο χαλαρώνει το μυϊκό σύστημα, ελαττώνονται οι εκκρίσεις του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και προκαλείται υπνηλία.
- ✓ Εξασφαλίζει επικοινωνία με τους συγγενείς της ασθενούς.

5.2.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Πρόκειται για ένα πολύ σοβαρό στάδιο στην φροντίδα της ασθενούς και χρειάζονται γνώσεις και επιδεξιότητα για την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών ζητημάτων. Ο νοσηλευτής σε αυτό το στάδιο θα συντελέσει στην προστασία της ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως, στην μετεγχειρητική εξέλιξη της ασθένειας, στην ανακούφιση από ενοχλήματα, στην πρόληψη επιπλοκών και στην βοήθεια της ασθενούς για να επανέλθει όσο το δυνατό γρηγορότερα στους φυσιολογικούς ρυθμούς της. (Μπόντης, 2007).

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

Μετά το χειρουργείο, την επιστροφή της ασθενούς στον θάλαμο και μέχρι την αποχώρησή του από το νοσοκομείο, τα καθήκοντα του νοσηλευτή περιλαμβάνουν (Μπόντης, 2007):



- ✓ κατάλληλη και άνετη θέση της ασθενούς στο κρεβάτι και την ανάπαυση και χαλάρωση της.
- ✓ εκτίμηση ζωτικών σημείων και λήψη αυτών ανά 3ωρο. Ενημέρωση του γιατρού σε περίπτωση μη φυσιολογικών τιμών.
- ✓ παρακολούθηση του επιπέδου συνειδήσεως.
- ✓ έλεγχος της ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών.
- ✓ μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- ✓ τοποθέτηση, έλεγχος του καθετήρα κύστης και αφαίρεση του μετά από 5 μέρες.
- ✓ έλεγχος της παροχέτευσης του τραύματος.
- ✓ χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων για ανακούφιση από τον πόνο, μετά από οδηγίες του γιατρού.
- ✓ Πρόληψη λοίμωξης του τραύματος.

Χρησιμοποιούνται κρέμες και αλοιφές για να αποφευχθεί η λοίμωξη. Ο νοσηλευτής με τον έλεγχο των ζωτικών σημείων ελέγχει αν υπάρχει πυρετός (σημάδι λοίμωξης). Αν υπάρχει πυρετός, ελέγχεται το αναπνευστικό για πιθανή ατελεκτασία ή εμβολή. Πολλές φορές αιτία πυρετού αποτελεί και το ουροποιητικό σύστημα αν υπάρχει απόφραξη οφειλόμενη σε τραυματισμό των ουροφόρων οδών ή πυελονεφρίτιδα. (Αθανάτου, 2000). Αν ο πυρετός συνεχιστεί, χρειάζεται εξέταση των λευκών αιμοσφαιρίων, γενική ούρων ή ακτινογραφία θώρακος. Για να αποφευχθεί η κολπική λοίμωξη, πρέπει να αποφεύγεται το ντους και το αφρώδες μπάνιο. Σε κάθε περίπτωση πυρετού, θα πρέπει να ενημερώνεται ο γιατρός επιπρόσθετα.

- ✓ Παρακολούθηση των κολπικών εκκρινμάτων και συχνή αλλαγή γαζών και άσηπτη τεχνική. Παρακολουθείται το χρώμα και η ποιότητα του εκκρίματος κάθε δύο ώρες για ένα 24ωρο και στην συνέχεια κάθε



οχτώ ώρες. Αν η ασθενής αποβάλλει πύγματα ή μεγάλη ποσότητα ζωηρών ερυθρών εκκριμάτων, ενημερώνεται ο γιατρός. Τοποθετείται ταμπόν στον κόλπο και αφαιρείται μετά από 24 ώρες.

- ✓ Σύσταση στην ασθενή να αποφεύγει την ορθοστασία και την καθιστική στάση για τα πρώτα δύο 24ωρα, γιατί η βαρύτητα και το αντανάκλαστικό του ισχίου αυξάνουν την φλεβική συμφόρηση.
- ✓ Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλισμού.
- ✓ Περιορισμός τροφών μέχρις ότου επανέλθει η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.
- ✓ Αλλαγή της θέσης της ασθενούς κάθε 2 ώρες προς αποφυγή κατακλίσεων.
- ✓ Επισκόπηση των κάτω άκρων για παρουσία κίρσων, προαγωγή καλής κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις, χρήση ελαστικών καλτσών.
- ✓ Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.
- ✓ Έγκαιρη έγερση της ασθενούς για πρόληψη επιπλοκών.
- ✓ Ενημέρωση και συμβουλές στην ασθενή για την αυτοφροντίδα της μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο.

Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών δυσχερειών (Κυριακίδης Δ., & Θανασάς Ι., 2010):

Η υστερεκτομή ανήκει, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, στις χειρουργικές επεμβάσεις.



Οι μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι ίδιες όπως σε όλα τα χειρουργεία και προστίθενται σε αυτές οι δυσχέρειες που αφορούν την γυναικολογική φύση του χειρουργείου.

Άλλος (πόνος): Πρόκειται για τις πιο συχνές μετεγχειρητικές δυσχέρειες δεδομένου του ότι η ασθενής βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από τους μυς, τα οστά, το περιτόναιο ή τα σπλάχνα.

Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα (τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών). Ο νοσηλευτής δίνει την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Φροντίζει για την γενικότερη άνεση της ασθενούς και κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος και αν ο πόνος δεν υποχωρεί, χορηγεί, έπειτα από ιατρική συνταγή, αναλγητικά, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά.

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

Εμετός: Μετεγχειρητικά η άρρωστη μπορεί να παρουσιάσει ναυτία ή εμετούς, εξαιτίας της γενικής νάρκωσης που προκαλεί συλλογή υγρών στο στομάχι. Εδώ και λίγα χρόνια, λόγω των σύγχρονων αναισθητικών φαρμάκων, η εμφάνιση του εμετού σαν μετεγχειρητική δυσχέρεια έχει μειωθεί κατά πολύ. Ο νοσηλευτής μπορεί να τοποθετήσει το κεφάλι της ασθενούς σε πλάγια θέση και της προμηθεύει νεφροειδές που απομακρύνει αμέσως μετά τον εμετό. Έπειτα, πλένει το στόμα της με νερό και διατηρεί καθαρά τα σκεπάσματα. Σε περιπτώσεις συνεχιζόμενων εμετών, τοποθετείται ρινοκαθετήρας Levin και χορηγούνται αντιεμετικά. Πρέπει να γίνεται καταγραφή της ποσότητας, της συχνότητας και του χαρακτήρα των εμεσμάτων στο νοσηλευτικό δελτίο της ασθενούς (Αθανάτου, 2000).



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6



6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι ένας τρόπος σκέψης και δράσης, ο οποίος βασίζεται στην επιστημονική μεθοδολογία. Αφορά μια διαδικασία, βήμα προς βήμα, με ευδιάκριτα αποτελέσματα που χρησιμοποιείται από επιστήμονες για την επίλυση των προβλημάτων. Οι νοσηλευτές διδάσκονται τη συνεπή και μεθοδική χρήση αυτής. (Dewit , 2009)

Τα πέντε στοιχεία της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- ✓ Η νοσηλευτική εκτίμηση.
- ✓ Ο αντικειμενικός σκοπός.
- ✓ Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας.
- ✓ Η εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας.
- ✓ Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Ο σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- (α) Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
- (β) Η πρόληψη της νόσου.
- (γ) Η προαγωγή της ανάρρωσης.
- (δ) Η αποκατάσταση της ευεξίας.
- (ε) Η αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ασθενή.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται δυο περιστατικά γυναικών που αντιμετώπισαν προβλήματα από την ύπαρξη καλοήθων νεοπλασμάτων της μήτρας.



6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Νοσηλευτικό Ιστορικό:

Δημογραφικά στοιχεία:

Όνομα: Χ

Επίπεδο σπουδών: Απόφοιτη Μ.Τ.Ε.Ν.Σ

Επώνυμο: Χ

Θρήσκευμα: Χ.Ο.

Πατρώνυμο: Χ

Υπηκοότητα: Ελληνική

Διεύθυνση: Χ

Ασφαλιστικός Φορέας: Δημόσιο

Πόλη: Πάτρα

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Επάγγελμα: Νοσηλεύτρια

Τέκνα: 1

Ηλικία: 28

Πηγή Ιστορικού: Η ίδια η ασθενής

Στις 18 – 02 – 2013 η ασθενής έφερε στον κόσμο το πρώτο της παιδί. Ο τοκετός πραγματοποιήθηκε με καισαρική τομή, καθώς η ύπαρξη ενός ινομύωματος στον πυθμένα της μήτρας δεν επέτρεπε τον φυσιολογικό τοκετό.

Κατά τη διάρκεια της κυοφορίας της ασθενούς, το ινομύωμα μεγάλωνε συνεχώς και ταυτόχρονα προκαλούσε αρκετές επιπλοκές. Στον 2^ο και 4^ο μήνα της κύησης, προκλήθηκε αιμορραγία και πρόωρες συσπάσεις τοκετού.

Κατά τη διάρκεια του τοκετού η ασθενής υπέστη ακατάσχετη αιμορραγία, προκαλούμενη από το διαγνωσμένο ινομύωμα. Οι διαστάσεις του έφταναν τα 10 εκατοστά, και η πίεση που ασκούσε το έμβρυο στο ινομύωμα οδήγησε στη δημιουργία συμφύσεων εκτός της μήτρας. Η ουροδόχος κύστη και ένα μέρος του παχέως εντέρου είχαν ενσωματωθεί στα εξωτερικά τοιχώματα της μήτρας. Η αφαίρεση του ήταν πολύ επικίνδυνη και δεν προχώρησε. Υπήρχε ήδη αιμορραγία από την προσπάθεια να απομακρυνθούν οι συμφύσεις από τα όργανα. Το χειρουργείο διήρκησε πολύ, η ασθενής μεταγγίστηκε εντός του χειρουργείου με μια φιάλη αίμα και αργότερα με μια δεύτερη.



Χρησιμοποιήθηκαν αιμοστατικά φάρμακα για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας.

Με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού και των άλλων επαγγελματιών υγείας ανάρρωσε πλήρως και γρήγορα. Ο γιατρός συνέστησε να επανέλθει δέκα μήνες αργότερα για την χειρουργική αφαίρεση του.

Στις 15 – 12 – 2013, έχοντας κάνει τον απαραίτητο ιατρικό έλεγχο και τις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις που της είχαν ζητηθεί (υπερηχογράφημα μήτρας, γενική και βιοχημική εξέταση αίματος, Η.Κ.Γ) εισήλθε και πάλι στην γυναικολογική κλινική.

Στις 16 – 12 – 2013 εισήχθη στο χειρουργείο στις 08:30 π.μ. υποβλήθηκε σε καισαρική τομή και σε αφαίρεση ινομυώματος από τον πυθμένα της μήτρας, μετά από γενική αναισθησία. Εξήχθη στις 11:30 π.μ. όλα εξελίχθηκαν ομαλά και δεν υπήρξαν επιπλοκές. Η ασθενής πήρε εξιτήριο στις 20 – 12 – 2013, με γραπτές οδηγίες ιατρού, φαρμακευτική αγωγή και ημερομηνία επανεξέτασης.

Γενικές πληροφορίες

Ημ.Εισόδου : 15-12-2013
Ωρα παραλαβής : 9:00π.μ.
Είδος εισαγωγής : Τακτική
Τρόπος εισαγωγής: Περιπατιτική
Συνοδός : Ο σύζυγος

Ατομικό αναμνηστικό

Λοιμώδη νοσήματα: ΟΧΙ
Συνήθειες : Καπνίστρια
Μεταγίσεις: ΟΧΙ
Αλλεργίες: ΟΧΙ
Χρόνια νοσήματα: Πρόπτωση μητροειδούς βαλβίδας, αναιμία.
Προηγούμενες εισαγωγές: ΝΑΙ
Βάρος σώματος: 64 kg



Γυναικολογικό ιστορικό

Ηλικία πρώτης εμμηνου ρύσης: 11 ετών

Πρώτη σεξουαλική επαφή: 18 ετών

Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων: 4

Γυναικολογικά νοσήματα: Κανένα

Γυναικολογικά χειρουργεία: Ένα. (Αφαίρεση ινοαδενώματος από το δεξιό μαστό σε ηλικία 19 ετών)

Φάρμακα: Σίδηρος (tb tardyferon)

Test Pap: Προ ενός έτους (ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ)

Οικογενειακό ιστορικό: Οι γονείς είναι στη ζωή.

Ο πατέρας πάσχει από αθηροσκλήρυνση και αρρυθμία.

Η μητέρα και τα υπόλοιπα αδέρφια είναι υγιείς.

Παρούσα κατάσταση

Διάγνωση εισόδου: ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΣΤΟ ΠΥΘΜΕΝΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Κύρια Συμπτώματα κατά την εισαγωγή: Αιμορραγία

Ζωτικά σημεία : Αρτηριακή Πίεση : 110/75mmHg

Σφίξεις : 74/ min

Αναπνοές : 12/ min

Θερμοκρασία : 36,7°C

Εξέταση κατά σύστημα.

Αναπνευστικό : Φυσιολογική αναπνοή. απουσία βήχα.

Κυκλοφορικό : Η.Κ.Γ.φυσιολογικό

Πεπτικό : Έντονη δυσκοιλιότητα που αντιμετωπίζεται με υπακτικά.

Ουροποιητικό : Κανένα πρόβλημα

Μυοσκελετικό: Βαδίζει κανονικά, αυτοεξυπηρετείται, δεν υπάρχει ιστορικό καταγμάτων.

Ψυχική-διανοητική κατάσταση: Αγχώδης.



Κοινωνικοοικονομικές συνθήκες:

α) Αλκοόλ: καθόλου

β) Κάπνισμα: 10 τσιγάρα την ημέρα

γ) Δραστηριότητες: περπάτημα ποδήλατο

δ) Οικονομική κατάσταση: μέτρια

ε) Οικογένεια: Σύζυγος και ένα παιδί.



Γενική Προεγχειρητική Φροντίδα

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p><u>ΘΛΙΨΗ</u>: Για τις αναμενόμενες εξελίξεις που σχετίζονται με τη μεταβολή της συνήθους λειτουργίας του χειρουργημένου οργάνου.</p> <p><u>ΑΓΧΟΣ</u>: που σχετίζεται με το οικείο περιβάλλον, τον αποχωρισμό από τα οικεία πρόσωπα, τη μετεγχειρητική πορεία, τα αποτελέσματα της νάρκωσης, την πιθανότητα θανάτου, τις οικογενειακές συνθήκες.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Να απαλλαχτεί η ασθενής από τη θλίψη και το άγχος.• Να είναι ψυχολογικά και συναισθηματικά προετοιμασμένη για την επέμβαση.	<ul style="list-style-type: none">• Να δοθεί επαρκής χρόνος υποβολής ερωτημάτων και πληροφόρησης.• Να απαντηθούν με ρεαλισμό όλα τα ερωτήματα.• Να υποστηριχθεί συναισθηματικά ώστε να μειωθεί η ανασφάλεια.• Να δοθούν συμβουλές και τεχνικές χαλάρωσης.• Να ενθαρρυνθεί για τη συμμετοχή της στο καθημερινό πρόγραμμα αυτοφροντίδας.	<ul style="list-style-type: none">• Δόθηκαν οι απαραίτητες πληροφορίες στην ασθενή.• Απαντήθηκαν όλες της οι απορίες.• Δόθηκαν συμβουλές και τεχνικές χαλάρωσης.• Προετοιμάστηκε ψυχολογικά.	<ul style="list-style-type: none">• Η ασθενής δεν έχει πλέον άγχος.• Δεν αισθάνεται θλίψη.• Η ασθενής είναι ήρεμη σε ήρεμο περιβάλλον.



Καλοήθη Νεοπλάσματα Μήτρας

Τελική Προεγχειρητική Προετοιμασία

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ: 16 -12 – 2013 ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ	<ul style="list-style-type: none">ü Να είναι απολύτως έτοιμη η ασθενής για το χειρουργείο.ü Να μην υπάρξουν προβλήματα και επιπλοκές	<ul style="list-style-type: none">ü Να πληροφορηθεί η ασθενής για το είδος και τη διάρκεια του χειρουργείου.ü Να υποστηριχτεί ψυχολογικά.ü Να αφαιρεθούν ξένα αντικείμενα (πχ τεχν. Οδοντοστοιχία, τιμαλφή αντικείμενα).ü Να γίνει η απαραίτητη φροντίδα για την κένωση του εντέρου και της ουροδόχου κύστης.ü Να φορεθεί η χειρουργική ενδυμασία στην ασθενήü Να χορηγηθεί προνάρκωση σε προκαθορισμένη ώρα.ü Να ληφθούν τα ζωτικά σημεία.ü Να ολοκληρωθεί ο προεγχειρητικός έλεγχος.ü Να καταγραφούν οι ενέργειες στο προεγχειρητικό φύλλο νοσηλείας.	<ul style="list-style-type: none">ü Δόθηκαν οι απαραίτητες πληροφορίες στην ασθενή.ü Τονώθηκε το ηθικό της ασθενούς.ü Αφαιρέθηκαν τα ξένα αντικείμενα.ü Έγινε υποκλισμός το πρωί της επέμβασης.ü Έγινε χρήση της χειρουργικής ενδυμασίας.ü Πραγματοποιήθηκε επανέλεγχος των ιατρικών οδηγιών.ü Χορηγήθηκαν σταγόνες προνάρκωσης Dormicum. ü Πάρθηκαν ζωτικά σημεία:ü Δ.Π. 120/75 mmHg Σ.Φ. 80/ minü ΑΝΑΠΝΟΗ 17/minü ΘΕΡΜ: 36,5 °Cü Συμπληρώθηκε το προεγχειρητικό δελτίο και το φύλλο νοσηλείας.ü Καταγράφησαν οι ενέργειες	<ul style="list-style-type: none">ü Η ασθενής είναι πλήρως ενημερωμένη.ü Έχει πραγματοποιηθεί ο απαραίτητος προεγχειρητικός έλεγχος.ü Δεν υπήρξαν επιπλοκές.ü Η ασθενής είναι έτοιμη για το χειρουργείο.



Καλοήθη Νεοπλασμάτα Μήτρας

Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ	<ul style="list-style-type: none">ü Να ανακουφιστεί η ασθενής από τα συμπτώματα της χειρουργικής επέμβασης.ü Να έχουμε γρήγορη και ομαλή επούλωση του τραύματος.ü Να αποφευχθούν οι επιπλοκές.	<ul style="list-style-type: none">ü Να τοποθετηθεί η ασθενής σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση.ü Να γίνει χρήση αρχών ασηψίας – αντισηψίας σε κάθε επαφή με το τραύμα.ü Να ελεγχθεί το τραύμα για την περίπτωση εξωτερικής αιμορραγίας.ü Να τεθεί η ενδεδειγμένη αγωγήü Να ελεγχθεί η φλεβική γραμμή.ü Να γίνει άρση πίεσης του χειρουργικού τραύματος.ü Να γίνει επανεκτίμηση του χειρουργικού τραύματος.ü Να καταγραφούν όλες οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.	<ul style="list-style-type: none">ü Η ασθενής τοποθετήθηκε σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση.ü Έγινε έλεγχος της φλεβικής γραμμής και τέθηκαν οροί και αντιβιώσεις βάση ιατρικών οδηγιών .ü Έγινε χρήση αρχών ασηψίας – αντισηψίας σε κάθε επαφή με το τραύμα.ü Έγινε επανεκτίμηση του χειρ. τραύματος.ü Πραγματοποιήθηκε καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.	<ul style="list-style-type: none">ü Η ασθενής νιώθει ανακουφισμένη από τα συμπτώματα του χειρουργείου.ü Έχουν γίνει οι απαραίτητες ενέργειες για την ομαλή επούλωση του τραύματος.



Καλοήθη Νεοπλασμάτα Μήτρας

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
ΠΟΝΟΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	<ul style="list-style-type: none">ü Να μειωθεί ο πόνος της ασθενούς.ü Να ανακουφιστεί από τον πόνο.	<ul style="list-style-type: none">ü Να εντοπισθεί ο πόνος.ü Να διαπιστωθεί αν είναι διαλείπων ή συνεχής.ü Να διαπιστωθεί αν ακτινοβολεί και προς τα που και αν επιδεινώνεται τη νύχτα.ü Να μειθούν οι παράγοντες που επιδεινώνουν τον πόνο.ü Να χορηγηθούν παυσίπονα και να παρακολουθείται αν υπάρχει ανταπόκριση.ü Να παρθούν ζωτικά σημεία.ü Να εξασφαλιστεί ήρεμο περιβάλλον.ü Να καταγραφούν οι ενέργειες.	<ul style="list-style-type: none">ü Έγινε αλλαγή θέσης με σκοπό να ανακουφιστεί η ασθενής.ü Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον.ü Δημιουργήθηκε κλίμα γαλήνης και ασφάλειας.ü Πάρθηκαν τα Ζ.Σημεία:ü Α.Π:140/85mmHgü ΣΦ.:92/minü ΑΝΑΠΝ.18/min.ü ΘΕΡΜ.36,5°Cü Χορηγήθηκε Supp.voltaren 50 mg με γραπτή εντολή ιατρούü Καταγράφηκαν οι ενέργειες.	<ul style="list-style-type: none">ü Η ασθενής νοιώθει ανακουφισμένη από τον πόνοü Νοιώθει ήρεμη, ασφαλής.ü Έχουν γίνει οι ενέργειες με ακρίβεια.



Καλοήθη Νεοπλάσματα Μήτρας

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
ΕΜΕΤΟΣ- ΝΑΥΤΙΑ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΝΑΡΚΩΣΗΣ	<ul style="list-style-type: none">Na απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα της ναυτίας και του εμέτου	<ul style="list-style-type: none">Na προληφθεί η εισρόφηση και να τοποθετηθεί η κεφαλή της ασθενούς σε πλάγια θέση.Na τοποθετηθεί ρινογαστρικός σωλήνας σε περίπτωση παρατεταμένων εμετών.Na χορηγηθούν αντιεμετικά φάρμακα με γραπτή εντολή ιατρού.Na γίνει πλύση της στοματικής κοιλότητας .Na παρακολουθείται το ισοζύγιο και για αφυδάτωση η ασθενής .Na καταγράφονται οι έμετοι (ποσότητα, συχνότητα, σύσταση).Na καταγραφούν οι ενέργειες.	<ul style="list-style-type: none">Na ασθενής τοποθετήθηκε στη σωστή θέση .Na Χορηγήθηκαν αντιεμετικά φάρμακα {amp.odesandron I.V (1x3)} με γραπτή εντολή ιατρού.Na Χορηγήθηκαν οροί (N/S1000ml X 1, D/W1000ml X 1)Na Έγινε περιποίηση στοματικής κοιλότητας .Na Έγινε μέτρηση ισοζυγίου.Na Καταγράφηκαν οι έμετοι.Na Καταγράφηκαν όλες οι ενέργειες.	<ul style="list-style-type: none">Na Η ασθενής νοιώθει ανακουφισμένη από την αίσθηση της ναυτίας και του εμέτου.



Καλοήθη Νεοπλάσματα Μήτρας

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
ΑΝΗΣΥΧΙΑ -ΔΥΣΦΟΡΙΑ	<ul style="list-style-type: none">ü Να ανακουφιστεί η ασθενής από το αίσθημα της ανησυχίας και της δυσφορίας.	<ul style="list-style-type: none">ü Να απομακρυνθούν οι παράγοντες που ερεθίζουν την ασθενή.ü Να μειωθούν οι θόρυβοι.ü Να γίνουν εντριβές .ü Να τοποθετηθεί η ασθενής σε αναπαυτική θέση.ü Να καταγραφούν οι ενέργειες	<ul style="list-style-type: none">ü Χαμηλώθηκε ο φωτισμός.ü Πάρθηκαν βοηθητικά μέτρα όπως εφαρμογή ωτοασπίδων.ü Δημιουργήθηκε ήρεμο περιβάλλον.ü Έγινε καταγραφή των ενεργειών.	<ul style="list-style-type: none">ü Η ασθενής νοιώθει ανακουφισμένη από το αίσθημα της δυσφορίας και της ανησυχίας .



Καλοήθη Νεοπλάσματα Μήτρας

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
ΔΙΨΑ-ΞΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ	<ul style="list-style-type: none">ü Να προληφθεί η στοματίτιδα της ασθενούς.	<ul style="list-style-type: none">ü Να γίνεται συνεχής εφύγρυνση χειλέων.ü Να γίνουν πλύσεις στοματικής κοιλότητας .ü Να γίνει επάλειψη των χειλέων με λιπαντική ουσία.ü Να καταγραφούν οι ενέργειες	<ul style="list-style-type: none">ü Έγιναν πλύσεις της στοματικής κοιλότητας .ü Έγινε επάλειψη των χειλέων με βαζελίνη.ü Έγινε καταγραφή των ενεργειών.	<ul style="list-style-type: none">ü Η ασθενής , δεν αισθάνεται δίψα και ξηρότητα της στοματικής κοιλότητας.ü Έγιναν οι ενέργειες με ακρίβεια και συνέπεια.



6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Νοσηλευτικό Ιστορικό:

Δημογραφικά στοιχεία:

Όνομα: Ψ

Επίπεδο σπουδών: Φοιτήτρια

Επώνυμο: Χ

Θρήσκευμα: Χ.Ο.

Πατρώνυμο: Χ

Υπηκοότητα: Ελληνική

Διεύθυνση: Χ

Ασφαλιστικός Φορέας: Δημόσιο

Πόλη: Πάτρα

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη

Επάγγελμα: Φοιτήτρια

Ηλικία: 22

Πηγή Ιστορικού: Η ίδια η ασθενής

Στις 15 – 05 – 2011 η ασθενής προσήλθε στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας» για να πραγματοποιήσει ενδοκολπικό υπερηχογράφημα και τεστ παπ.

Ο γυναικολόγος ανακάλυψε τυχαία, πως η ασθενής είχε ένα μισχωτό πολύποδα στον ενδοτραχηλικό αυλό. Η ασθενής δεν παρουσίαζε κάποια συμπτώματα, τα οποία να την είχαν ανησυχήσει νωρίτερα. Ο γυναικολόγος συνέστησε να προγραμματιστεί η αφαίρεση του πολύποδα το συντομότερο.

Στις 13 – 06 – 2011 η ασθενής εισήχθη στο χειρουργείο, όπου υποβλήθηκε σε υστεροσκόπηση. Μια απλή και ανώδυνη μέθοδο, η οποία δεν επηρεάζει την ανατομική ακεραιότητα των υπόλοιπων γεννητικών οργάνων. Πραγματοποιήθηκε αναισθησία με απλή μέθη.

Η ασθενής νοσηλεύτηκε μόνο για μια μέρα. Το βράδυ της ίδιας μέρας πήρε εξιτήριο.



Γενικές πληροφορίες

Ημ.εισόδου : 5-10-2013
Ωρα παραλαβής : 09.00 πμ
Είδος εισαγωγής: Τακτική
Τρόπος εισαγωγής: Περιπατητική
Συνοδός: Η μητέρα

Ατομικό αναμνηστικό

Λοιμώδη νοσήματα: ΟΧΙ
Συνήθειες: Ενασχόληση με αεροβική γυμναστική
Αλλεργίες: Εποχική αλλεργική ρινίτιδα
Χρόνια νοσήματα: ΟΧΙ
Προηγούμενες επισκέψεις-εισαγωγές: ΟΧΙ
Βάρος σώματος: 59 kg

Γυναικολογικό ιστορικό

Ηλικία πρώτης εμμηνου ρύσης :11 ετών
Πρώτη σεξουαλική επαφή:19 ετών
Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων: 2
Γυναικολογικά νοσήματα: κανένα
Γυναικολογικά χειρουργεία :κανένα
Φάρμακα:αντιισταμινικά(tb zirtek)
Test pap:προ 2 ετών (ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ)

Οικογενειακό ιστορικό

Ο πατέρας έχει πεθάνει σε τροχαίο ατύχημα.
Η μητέρα έχει προβλήματα οστεοαρθρίτιδας. Δεν υπάρχουν αδέρφια .

Παρούσα κατάσταση

Διάγνωση εισόδου: ΠΟΛΥΠΟΔΑΣ ΕΝΔΟΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΑΥΛΟΥ

Κύρια Συμπτώματα κατά την εισαγωγή: Αιμόρροια
Ζωτικά σημεία : Αρτηριακή Πίεση : 120/85mmHg
Σφίξεις : 80/ min
Αναπνοές : 13/ min
Θερμοκρασία : 36,9°C



Εξέταση κατά σύστημα

Αναπνευστικό: φυσιολογική κατάσταση

Κυκλοφορικό: φυσιολογικό

Πεπτικό: φυσιολογικό

Ουροποιητικό: φυσιολογικό

Μυοσκελετικό: φυσιολογικό Δεν υπάρχει ιστορικό καταγμάτων.

Ψυχική-διανοητική κατάσταση: νευρική

Κοινωνικοοικονομικές συνθήκες:

α)Αλκοόλ: καθόλου

β)Κάπνισμα: καθόλου

γ)Δραστηριότητες: αεροβική γυμναστική

δ)Οικονομική κατάσταση: πολύ καλή

ε)Οικογένεια :άγαμη



Καλοήθη Νεοπλάσματα Μήτρας

Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
ΝΕΥΡΙΚΟΤΗΤΑ ΞΕΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	<ul style="list-style-type: none">ü Να απαλλαχτεί η ασθενής από την νευρικότητα.ü Να είναι συναισθηματικά και ψυχολογικά σε καλή κατάσταση	<ul style="list-style-type: none">ü Να απαντηθούν με ρεαλισμό όλα τα ερωτήματα της ασθενούς.ü Να δημιουργηθεί σχέση είναι εμπιστοσύνης ,έτσι ώστε η ασθενής να νιώθει πιο άνετα .ü Να δοθούν στην ασθενή συμβουλές – τεχνικές χαλάρωσης	<ul style="list-style-type: none">ü Δόθηκαν στην ασθενή οι απαραίτητες πληροφορίεςü Προσεγγίσθηκε η ασθενής με φιλικό τρόπο.ü Δόθηκαν στην ασθενή συμβουλές τεχνικές χαλάρωσης.	<ul style="list-style-type: none">ü Η ασθενής είναι ήρεμη σε ήρεμο και ασφαλές περιβάλλονü Έγιναν οι ενέργειες με ακρίβεια και συνέπεια.



Καλοήθη Νεοπλάσματα Μήτρας

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Χειρουργική επέμβαση 13/06/2011 Αφαίρεση πολύποδα	<ul style="list-style-type: none">ü Να είναι έτοιμη η ασθενής για το χειρουργείο.ü Να μην προκληθούν επιπλοκές κατά την χειρουργική επέμβαση.	<ul style="list-style-type: none">ü Να πληροφορηθεί η ασθενής για όλες τις πτυχές της επέμβασης .ü Να υποστηριχθεί ψυχολογικά η ασθενής .ü Να κενωθεί η κύστη και ο εντερικός σωλήνας .ü Να αφαιρεθούν τα ξένα αντικείμενα και να φορεθεί η χειρουργική ενδυμασία.ü Να ληφθούν τα ζωτικά σημεία .ü Να συμπληρωθεί το προεγχειρητικό δελτίο της ασθενούς.ü Να καταγραφούν οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.	<ul style="list-style-type: none">ü Η ασθενής ενημερώθηκε για την επέμβαση.ü Υποστηρίχθηκε ψυχολογικά.ü Έγινε υποκλυσμός την προηγούμενη της επέμβασης.ü Ούρησε πριν την επέμβαση.ü Πάρθηκαν τα Ζ.Σημεία:ü Α.Π:115/75mmHgü ΣΦ:65/minü ΑΝΑΠΝ.:16/minü ΘΕΡΜ:36,2°Cü Φόρεσε την χειρουργική ενδυμασία.ü Συμπληρώθηκε το προεγχειρητικό δελτίο.ü Καταγράφησαν οι ενέργειες .	<ul style="list-style-type: none">ü Η ασθενής είναι ενημερωμένη . Δεν έχει άγχος.ü Έγιναν οι ενέργειες που αφορούν την προεγχειρητική προετοιμασία με ακρίβεια.ü Η ασθενής είναι πανέτοιμη για το χειρουργείο.



Καλοήθη Νεοπλασμάτα Μήτρας

Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
ΗΠΙΟΣ ΠΟΝΟΣ: Οφειλόμενος στην επέμβαση.	<ul style="list-style-type: none">ü Να μειωθεί ο πόνος της ασθενούς.ü Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο.	<ul style="list-style-type: none">ü Να τοποθετηθεί η ασθενής σε αναπαυτική θέση.ü Να δημιουργηθεί ήρεμο περιβάλλον, χωρίς ενοχλήσεις και θορύβους.ü Να χορηγηθούν αναλγητικά και αντιβιοτικά φάρμακα μετά από ιατρική οδηγία.ü Να καταγραφούν οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.	<ul style="list-style-type: none">ü Η ασθενής τοποθετείται σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση.ü Δημιουργήθηκε ήρεμο περιβάλλον.ü Χορηγήθηκαν αναλγητικά (παρακεταμόλη).ü Πραγματοποιήθηκε καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.	<ul style="list-style-type: none">ü Η ασθενής νιώθει ανακουφισμένη από τον πόνο.ü Έχουν γίνει οι απαραίτητες ενέργειες για να νιώθει ανακουφισμένη η ασθενής.



Καλοήθη Νεοπλάσματα Μήτρας

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Κολπικές εκκρίσεις και αιματηρά υγρά.	<ul style="list-style-type: none">Na αισθάνεται η ασθενής στεγνή, καθαρή και άνετη.	<ul style="list-style-type: none">Na γίνεται συνεχής έλεγχος της ποσότητας και της ποιότητας των κολπικών εκκρίσεων.Na πραγματοποιείται συχνή πλύση των έξω γεννητικών οργάνων.Na γίνεται καλό στέγνωμα και συχνή αλλαγή ιματισμού και εσωρούχων.Na ενημερωθεί για τα μετεγχειρητικά συμπτώματα.Na καταγραφούν οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.	<ul style="list-style-type: none">Na πραγματοποιήθηκε επισκόπηση, αξιολόγηση και καταγραφή της ποσότητας και της ποιότητας των κολπικών εκκρίσεων.Na Έγινε λουτρό καθαριότητας στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.Na Φορέθηκε στεγνός ιματισμός Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο	<ul style="list-style-type: none">Na Η ασθενής νιώθει ανακουφισμένη, καθαρή, άνετη και ασφαλής.Na Είναι ενημερωμένη για τα μετεγχειρητικά συμπτώματα.Na Έγιναν οι απαραίτητες ενέργειες με ακρίβεια



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα καλοήθη νεοπλάσματα της μήτρας συνήθως θεραπεύονται με απλές επεμβάσεις που έχουν υψηλό ποσοστό επιτυχίας. Εξαιτίας του πληθυσμιακού ελέγχου της πρόληψης και πρώιμης θεραπείας, οι θάνατοι από καρκίνο της μήτρας έχουν μειωθεί σημαντικά τα τελευταία 50 χρόνια στις ανεπτυγμένες χώρες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πάνω από 92% αυτών που πεθαίνουν από καρκίνο τραχήλου της μήτρας δεν έχουν κάνει ποτέ την εξέταση Παπανικολάου .

Η τυποποίηση του ιού HPV φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει μία βελτίωση στον μαζικό πληθυσμιακό έλεγχο για την συγκεκριμένη νόσο. Επιπλέον, η ανάπτυξη ενός εμβολίου για συγκεκριμένους τύπους ιού HPV καθώς και η εξέταση Παπανικολάου, έχει φανεί ότι μπορούν να είναι αποτελεσματικά και να συμβάλλουν στην περαιτέρω μείωση του καρκίνου του τραχήλου στο μέλλον.

Ο νοσηλευτής πρέπει να παρέχει άμεση φροντίδα, να λειτουργεί ως δάσκαλος, ο ρόλος του να είναι συμβουλευτικός και να εμπνέει εμπιστοσύνη έτσι ώστε η ασθενής με νόσο της μήτρας, να επανέλθει αργότερα για επανεξέταση. Αναμφισβήτητα η ιατρονοσηλευτική περίθαλψη είναι ανεκτίμητη και σε μεγάλο ποσοστό σώζει ζωές.

Δεχόμαστε πάρα πολλά μηνύματα ενημέρωσης για την πρόληψη από παντού: από όλα τα ΜΜΕ, από τους γιατρούς που μας παρακολουθούν, από τους γύρω μας!!

Οι γυναίκες λοιπόν θα πρέπει να είναι σε συνεχή επαγρύπνηση σε ότι αφορά την εμφάνιση των όποιων μορφών νεοπλασίας. Γιατί ο καρκίνος μπορεί να καρκινοβατεί, να εξελίσσεται δηλαδή αργά, όμως έχει σταθερή πορεία κι επικίνδυνη!!



Επιπλέον, τα νήματα της ζωής μας μπορούμε να τα κινήσουμε και μόνοι μας και να προλάβουμε τη νόσο προτού να είναι αργά!

Διατηρώντας την αισιοδοξία μας, ας ελπίσουμε να αλλάξει η "νοοτροπία" των νέων γυναικών σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο.



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για τα καλοήθη νεοπλάσματα μήτρας και τη νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς που πάσχουν από τέτοιες καλοήθειες.

Τα καλοήθη νεοπλάσματα μήτρας περιλαμβάνουν τους πολύποδες, τα ινομώματα και τα κονδυλώματα. Είναι πολύ συχνά στο γυναικείο πληθυσμό. Η εξέλιξη στην ανίχνευση και τη θεραπεία τους είναι μεγάλη. Αν όμως δεν προληφθούν οδηγούν κάποιες φορές στην κακοήθεια. Τα αίτια που προκαλούν τα καλοήθη νεοπλάσματα της μήτρας είναι πολλά. Το σημαντικότερο όμως είναι πως ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων Η.Ρ.Υ. είναι η αιτία ανάπτυξης των κονδυλωμάτων αλλά και η κυρίως αιτία για την ανάπτυξη καρκίνου της μήτρας. Πλέον οι γυναίκες μπορούν να προστατευθούν από τον ιό με τον εμβολιασμό κατά του Η.Ρ.Υ. Επίσης ο προσυμπτωματικός έλεγχος και κυρίως το Τεστ Παπανικολάου προσφέρουν ανίχνευση της νόσου σε πολύ πρώιμο στάδιο και συνεπώς πολλές επιλογές σχετικά με την αντιμετώπισή της.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ανατομία και φυσιολογία του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος. Στο δεύτερο κεφάλαιο δίδονται οι ορισμοί, η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων σε καλοήθειες και κακοήθειες και αναπτύσσονται τα καλοήθη νεοπλάσματα της μήτρας. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στους παράγοντες κινδύνου των καλοήθων νεοπλασμάτων της μήτρας, τους αιτιολογικούς παράγοντες των παθήσεων της μήτρας (καλοήθων και κακοήθων), την συμπτωματολογία, τη διάγνωση καθώς και τη θεραπεία. Το τέταρτο κεφάλαιο αφορά την πρόληψη του καρκίνου της μήτρας και ειδικότερα αναφέρεται στον προληπτικό έλεγχο, την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη και γίνεται εκτενής αναφορά στον εμβολιασμό κατά του Η.Ρ.Υ. Στο πέμπτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στο προεγχειρητικό, διεγχειρητικό και μετεγχειρητικό στάδιο αντιμετώπισης των καλοήθων νεοπλασμάτων της



μήτρας. Τέλος στο έκτο ακολουθεί η νοσηλευτική διεργασία δύο περιστατικών που αντιμετώπισαν καλοήθη νεοπλάσματα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι, μέσα από επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες και βιβλιογραφίες, να διερευνήσει κατά πόσο τα καλοήθη νεοπλάσματα μήτρας, μπορούν να προληφθούν έγκαιρα και να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά από τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να αποφευχθούν οι δυσάρεστες συνέπειες που απορρέουν εξαιτίας των .

Συμπερασματικά πρέπει να γίνει κατανοητό σε όλους ότι η “Πρόληψη σώζει Ζωές ” και άρα η συνεχής και συνεπής παρακολούθηση προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου απομακρύνει τον θάνατο. Με τη βοήθεια όλης της ιατρονοσηλευτικής κοινότητας, η ασθενής με καλοήθη νεοπλάσματα μήτρας μπορεί να προσπεράσει αυτά τα εμπόδια και να συνεχίσει τη ζωή της!



ABSTRACT

This paper is a literature review for benign neoplasms of uterus and the nursing care to patients who suffer from these. Benign neoplasms include uterine polyps, fibroids and warts. They are very common in women.

The progress that has been made in their detection and treatment is great. But if they are not prevented they can sometimes lead to malignancy. The causes of benign tumors of the uterus are many. However, the most serious one is the human papilloma virus HPV, which leads to the formation of warts and can prove to be the main reason for the development of uterine cancer. Nowadays women can protect themselves from the virus with vaccination against HPV. In addition, screening tests and mainly test PAP can detect the disease at a very early stage and therefore allow various alternatives for its treatment.

The first chapter presents the anatomy and physiology of the female reproductive system.

The second chapter includes definitions and classification of neoplasms in benign and malignant, as well as an analysis of cellular changes in neoplasia.

The third chapter refers to the risk factors of benign tumors of the uterus, the causes of these disorders in the uterus (benign), the symptoms, the diagnosis, as well as the modern methods of treatment for diseases of the benign uterus.

The fourth chapter deals with prevention and particularly screening tests, the primary and secondary prevention, including an extensive reference to vaccination against HPV.

The fifth chapter refers to the role of the nurse in the preoperative, intraoperative and post-operative treatment of benign tumors of the uterus.



The sixth chapter deals with two clinical cases in which benign tumors were treated and are presented so as to describe the nursing care and finally conclusions are given.

The purpose of this work is to provide a well documented investigation - through scientific studies and bibliographies - of whether benign uterine tumors can be prevented in time and on whether they can be handled effectively by health professionals, in order to avoid the detrimental consequences.

In conclusion it should be widely understood that 'Prevention Saves Lives' and hence the continuous and consistent participation in screening tests may prevent death.

With the help of the medical/nursing community the patient with benign uterine tumors can bypass these obstacles and continue her life!



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. Ξενόγλωσση

- § Bal M.S., Goyal R., Suri A., & Mohi M., (2012). *Detection of abnormal cervical cytology in Papanicolaou smears*, J. Cytol., 29(1): 45 – 47.
- § Dewit S. (2009) *Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.*
- § Goldman L., & Bennett J.C., (2002). *Νοσολογία. Φυσιοπαθολογία – Διάγνωση – Θεραπεία. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.*
- § Nelson W., Moser P.R, Gaffey A., & Waldron W., (2009). *Adherence to Cervical Cancer Screening Guidelines for U.S. Women Aged 25 – 64*, Journal of women s health, 18(11): 1759 - 1764.
- § Phillip I, Disaia MD, William T, Greasman MD (2007) *Κλινική Γυναικολογία-Ογκολογία. Mosby.*
- § Piyathilake J.C., Macaluso M., Alvarez D.R., Chen M., Badiga S., Edberg C.J., Partridge E.E., & Johanning L.G., (2011). *A higher Degree of Methylation of the HPV 16 E6 Gene Is Associated with a Lower Likelihood of Being Diagnosed With Cervical Intraepithelial Neoplasia*, Cancer, 117(5): 957 - 960.
- § Shapiro P (2001) *Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική Εκδόσεις Έλλην Αθήνα.*



Β. Ελληνική

- § Αγοραστός Θ., & Μπόντης Ι.Ν., (2003). *Πρόληψη στη Γυναικολογική Ογκολογία*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- § Αγοραστός Θ., Παυλίδου Ε., & Ζαφράκας Μ., (2008). *Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην εποχή μετά τον HPV εμβολιασμό*. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, 20(3): 250 – 254.
- § Αθανάτου Κ., (2000). *Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.
- § Αμπραχίμ Ε.Σ, Σταματοπούλου Ε., Κουρκούτα Λ., Καραβασιλειάδου Σ., Σταματοπούλου Α., & Παντζά Ε., (2012). *Προληπτικός έλεγχος του τραχήλου της μήτρας στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, *Επιστημονικά Χρονικά*, 17(2): 87 - 92.
- § Αργυρίου Θ., Βαβίλης Δ., & Μπόντης Ν.Ι., (2006). *Φαρμακευτική πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου*, *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, 18(1): 61 - 63.
- § Διακομανώλης Ε., (2010). *Κολποσκόπηση και παθολογία του κατώτερου γεννητικού συστήματος της γυναίκας*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.
- § Ιατράκης Γ., (2006). *Γυναικολογία*. Εκδόσεις: Παπαδόπουλος, Αθήνα.
- § Καλογερόπουλος Α., (2004). *Γυναικολογία*. University Studio Press Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη.
- § Κουρούνης Γ., (2004). *Παθολογία κατώτερου γεννητικού συστήματος-κολποσκόπηση*, Εκδόσεις: Κουρούνης, Αθήνα.
- § Κυριακίδης Δ., & Θανασάς Ι., (2010). *Θεραπεία τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας: Αποτελεσματικότητα και ανεπιθύμητες ενέργειες*, *Θέματα Μαιευτικής Γυναικολογίας*, Τεύχος 3: 155 - 161.



- § Λώλης Ε.Δ. (2004). *Γυναικολογία και Μαιευτική τόμος Α. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου* Αθήνα.
- § Μορτάκης Ε.Α., (2007). *Γυναίκα και HPV. Πρόληψη της μόλυνσης και των επιπλοκών της*. Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα.
- § Μπόντης, (2007). *Βασικές Γνώσεις Μαιευτική και Γυναικολογία*. University studio press, Θεσσαλονίκη.
- § Νοταρά Β., Σουλτάτου Π., & Τσελίκια Α., (2010). *Διερεύνηση γνώσεων των χρηστών υπηρεσιών υγείας ως προς τον ρόλο των ανθρώπινων θηλωμάτων και το εμβόλιο κατά του ιού*, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 2(4): 184 - 186.
- § Παπαθανασίου Κ., (2002). *Γυναικολογική Ογκολογία*. Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη.
- § Παπανικολάου Ν. & Παπανικολάου Α. (2005) *Κακοήγη Νεοπλάσματα-Γυναικολογία*. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
- § Πεκτασιδής Δ., & Δημόπουλος Μ., (2001). *Γυναικολογική Ογκολογία*, Εκδόσεις: Πασχαλίδη, Αθήνα.
- § 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 - 90.
- § Ρούπα Ζ. (2006) *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- § Ρούσσοσ Δ., & Βοσνάκης Χ., (2008). *Νεότερα Δεδομένα στην κλινική αντιμετώπιση της Τραχηλικής Ενδοεπιθηλιακής Νεοπλασίας*, Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, 20(4): 294 - 299.



- § Σταματάκη Π., Παπαζαφειροπούλου Α., Ελευσινιώτης Ι., Γιαννακοπούλου Μ., Μπροκαλάκη Η., & Σαρόγλου Γ., (2010). *Επιπολασμός της HPV Λοίμωξης σε δείγμα Ελληνίδων Γυναικών Αναπαραγωγικής Ηλικίας*, Νοσηλευτική, 49(3): 255 - 261.
- § Τζαφέττας Μ.Ι, & Δόβας Σ.Δ., (2008). *Πρόοδοι στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας*, Θέματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Τεύχος 1: 30 - 34.
- § Φύλλο οδηγιών χρήσης εμβολίου Cervarix (2006) Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.
- § Φύλλο οδηγιών Χρήσης εμβολίου Gardasil (2010) Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.
- § Φωτίου (2009) *Γυναικολογική Ογκολογία*. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα.

Γ. Διαδικτυακές Πηγές

- <http://www.bestrong.org.gr/>
- <http://www.hiniadis.com/>
- <http://www.iatropedia.gr/>
- <http://www.iatronet.gr/>
- <http://www.obstetric.gr/>