

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ
ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»**

**«CERVICAL CANCER AND NURSING
INTERVENTION»**



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
Σακέτου Βιολέττα
Πανεπιστημιακός Υπότροφος

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:
Καλαμπαλίκης Γεώργιος
Καραβασίλη Γεωργία

ΠΑΤΡΑ 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	6
Περίληψη.....	7
Summary.....	8
Συμπέρασμα.....	76
Βιβλιογραφία.....	77

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

1.1. Έξω Γεννητικά Όργανα.....	9
1.1.1. Εφηβαίο ή Όρος Της Αφροδίτης.....	9
1.1.2.Μεγάλα Χείλη Του Αιδοίου.....	10
1.1.3. Μικρά Χείλη Του Αιδοίου.....	10
1.1.4. Κλειτορίδα.....	10
1.1.5. Παρθενικός Υμένας.....	10
1.1.6. Πρόδρομος Του Κόλπου.....	10
1.1.6.1.Βολβοί Πρόδρομου Του Κόλπου.....	11
1.1.6.2.Μείζονες Αδένες Του Προδρόμου ή βαρθολίνειοι αδένες	11
1.2. Έσω Γεννητικά Όργανα.....	11
1.2.1.Κόλπος.....	12
1.2.2.Μήτρα.....	12
1.2.2.1.Σώμα Της Μήτρας.....	13
1.2.2.2.Τράχηλος Της Μήτρας.....	13
1.2.3. Ωαγωγοί.....	14

1.2.4. Ωοθήκες.....	15
---------------------	----

Κεφάλαιο 2: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

2.1. Αναπαραγωγικές λειτουργίες Θήλεος.....	16
2.2. Ορμονικό Σύστημα της Γυναίκας.....	16
2.3. Κυκλικές Αλλαγές Του Τραχήλου Της Μήτρας.....	17
2.4. Καταμήνιος Ωοθηκικός Κύκλος.....	18
2.5. Ενδομητρικός Κύκλος.....	18
2.6. Εμμηνόπαυση.....	19

Κεφάλαιο 3: ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

3.1. Συχνότητα-Επιδημιολογία	20
3.2. Αιτιολογία.....	21
3.2.1. Ο ιός HPV.....	22
3.3. Ιστολογία.....	22
3.4. Πρόληψη και έγκαιρη ανίχνευση.....	23
3.4.1. HPV Εμβολιασμός.....	25
3.4.1.1. Μηχανισμός δράσης τετραδύναμου εμβολίου.....	26
3.4.1.2. Μηχανισμός δράσης διδύναμου εμβολίου.....	27
3.4.1.3. Παρενέργειες και Ασφάλεια.....	27
3.5. Διάγνωση.....	28
3.6. Οδοί Διασποράς.....	30
3.7. Σταδιοποίηση.....	31
3.8. Προγνωστικοί παράγοντες.....	33

Κεφάλαιο 4: ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

4.1. Αντιμετώπιση ανά στάδιο.....	34
4.2. Χειρουργική Θεραπεία.....	36
4.3. Χημειοθεραπεία.....	40
4.4. Ακτινοθεραπεία.....	41

Κεφάλαιο 5: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

5.1. Νοσηλευτική Φροντίδα Κατά την Χειρουργική Αντιμετώπιση.....	43
5.1.1. Προεγχειρητική Φροντίδα.....	44
5.1.1.1. Προεγχειρητικές Πληροφορίες.....	44
5.1.1.2. Νοσηλευτική Προεγχειρητική Φροντίδα.....	44
5.1.2. Διεγχειρητική Φροντίδα.....	45
5.1.3. Μετεγχειρητική Φροντίδα.....	46
5.1.3.1. Νοσηλευτικές Διαγνώσεις.....	46
5.1.3.2. Μετεγχειρητικός Πόνος.....	47
5.1.3.2.1. Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενών με πόνο.....	47
5.2. Νοσηλευτική Φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία.....	48
5.2.1. Νοσηλευτικοί Σκοποί.....	49
5.2.2. Εκπαίδευση Ασθενούς πριν την χημειοθεραπεία.....	49
5.2.3. Εκπαίδευση Ασθενούς κατά την διάρκεια και το πέρας της χημειοθεραπείας...50	
5.2.4. Παρενέργειες και Νοσηλευτική Ευθύνη.....	50
5.2.4.1. Ναυτία-Εμετός.....	50
5.2.4.2. Ανορεξία.....	51
5.2.4.3. Διάρροια.....	51

5.2.4.4. Δυσκοιλιότητα.....	52
5.2.4.5. Αναιμία.....	52
5.2.4.6. Λοιμώξεις.....	53
5.3. Νοσηλευτική Φροντίδα κατά την Ακτινοθεραπεία.....	54
5.3.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία.....	54
5.3.2. Παρενέργειες ακτινοθεραπείας.....	55

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 6: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

6.1.Περιστατικό Α.....	59
6.2 Περιστατικό Β.....	68

Πρόλογος

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες και προκαλείται κυρίως από τον ιο των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Το ¼ μόνο των περιπτώσεων καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας μπορεί να διαγνωσθεί έγκαιρα αλλά είναι δυνατόν να διαγνωσθούν προκαρκινικές αλλαγές στα κύτταρα του τραχήλου(δυσπλασίες) πολύ πριν αυτές προχωρήσουν και γίνουν καρκίνος. Η κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου αποτελεί την πιο διαδεδομένη εξέταση για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Εντούτοις η πρόβλεψη του Παπ. Τεστ δεν είναι καθολικά επιτυχής με την ύπαρξη λανθασμένων αποτελεσμάτων να είναι πιθανή. Σε τέτοιες περιπτώσεις είτε οι ασθενείς υποβάλλονται σε περαιτέρω εξετάσεις χωρίς να χρειάζεται, αυξάνοντας έτσι την κόπωση της αλλά και το κόστος της διαδικασίας, είτε περιστατικά που χρήζουν περαιτέρω παρακολούθησης και θεραπείας υποεκτιμώνται, με κίνδυνο της υγείας της ασθενούς.

Τα τελευταία χρόνια έπειτα από έρευνες εμφανίστηκαν δύο εμβόλια το Gardasil και το Cervarix τα οποία δίνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα, Παρόλα αυτά θα πρέπει να περάσουν αρκετά χρόνια για να δούμε τις επιπτώσεις του στην πρόληψη του καρκίνου στον τράχηλο. Ιδιαίτερης σημασίας στην πρόληψη του καρκίνου τραχήλου της μήτρας είναι ο προσυμπτωματικός έλεγχος του πληθυσμού.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να καταδείξει ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να περιοριστεί και με τις κατάλληλες προϋποθέσεις να αντιμετωπιστεί. Η θέση ενός νοσηλευτή δίπλα σε ένα άτομο με καρκίνο είναι σημαντική για την ενημέρωση και την ψυχολογική υποστήριξη που μπορεί να προσφέρει.

Περίληψη

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία γίνεται η προσπάθεια κατανόησης από τον αναγνώστη αρχικά του ίδιου του προβλήματος, δηλαδή του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και έπειτα της σπουδαιότητας της νοσηλευτικής επιστήμης στην ανακούφιση και στην θεραπεία των πασχόντων.

Αρχικά γίνεται αναφορά στην ανατομία και τη φυσιολογία του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας, προκειμένου ο αναγνώστης να αντιληφθεί την περιπλοκότητα του και το ακριβές σημείο εκδήλωσης της ασθένειας . Στην συνέχεια ακολουθούν τα επιδημιολογικά στοιχεία εντός και εκτός Ελλάδας.

Επίσης αναφέρεται η αιτιολογία που κατά κόρων είναι κοινή και για άλλες μορφές καρκίνου αλλά και στην δράση του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων στην εμφάνιση ου καρκίνου στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας και οπωσδήποτε και του τραχήλου. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη και την έγκαιρη ανίχνευση αποτελώντας υψίστης σημασίας παράγοντες για την ευτυχή έκβαση της ασθένειας.

Έπειτα από την αναφορά στους τρόπους αντιμετώπισης περιγράφεται αναλυτικά ο ρόλος του νοσηλευτή δίπλα στην ασθενή, σε όλους τους τρόπους αντιμετώπισης του καρκίνου, που μαζί συμπορεύονται ως την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος. Φροντίζοντας τόσο για την προστασία της ασθενούς αλλά και λειτουργώντας παρηγορητικά όταν αυτό χρειάζεται.

Summary

Purpose of the thesis is the reader to understand firstly the problem itself, namely cervical cancer and then the importance of nursing science in the relief and treatment of patients.

Initially referring to the anatomy and physiology of the reproductive tract of women, in order for the reader to understand the complexity of the exact event point of the disease. Then follow the epidemiological data within and outside Greece.

Also the reasoning stated by tons is common for other types of cancer but the action of the human papillomavirus in appearance of the cancer genital system of the woman and cervical cancer. There is particular emphasis on prevention and early detection of becoming crucial factors for the successful outcome of the disease.

After the reference to the responses described in detail the role of the nurse next to the patient, in all modes of cancer treatment, which together achieve the best effect stronger. Caring for both the protection of patient and operating comforting when needed.

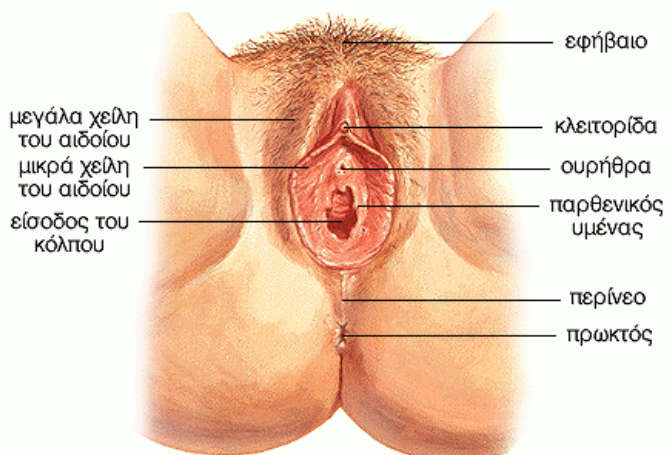
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ανατομία γεννητικού συστήματος της γυναίκας

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας μπορούν να διαιρεθούν τοπογραφικός και εμβρυολογικός σε έσω γεννητικά όργανα και έξω γεννητικά όργανα. Το όριο των έσω με των έξω αποτελεί ο παρθενικός υμένας. Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας εξασφαλίζει την αναπαραγωγική λειτουργία της γυναίκας για ορισμένη χρονική περίοδο, από την ήβη έως την εμμηνόπαυση.⁴

1.1.Έξω γεννητικά όργανα

Τα έξω γεννητικά όργανα, γνωστά στο σύνολο και ως Αιδοίο, αποτελούνται από το εφηβαίο, τα μεγάλα και μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον παρθενικό υμένα και τον πρόδρομο του κόλπου.³⁶



Εικόνα 1. Έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας.

1.1.1.Εφηβαίο η όρος της Αφροδίτης

Ονομάζεται το τριγωνικό και υποστρόγγυλο έπαρμα που βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση. Καλύπτεται από δέρμα και έχει ως υπόθεμα υποδόριο λιπώδη συνδετικό ιστό. Το δέρμα του εφηβαίου κατά την παιδική ηλικία καλύπτεται από

χνούδι, στην ήβη εμφανίζονται τρίχες που στην γεροντική ηλικία αραιώνουν ή αποπίπτουν τελείως.³

1.1.2.Μεγάλα χείλη του αιδίου

Τα μεγάλα χείλη αποτελούν 2 επιμήκεις λιπώδεις πτυχές του δέρματος που ξεκινούν από το εφηβαίο εξωτερική επιφάνεια τους είναι τριχωτή ενώ η εσωτερική είναι λεία.²

1.1.3.Μικρά χείλη του αιδίου

Τα μικρά χείλη βρίσκονται στο εσωτερικό των μεγάλων χειλέων και είναι άτριχες λεπτές δερματικές πτυχές που μοιάζουν με βλεννογόνο. Προς τα μέσα το μικρό χείλος χωρίζεται από τον παρθενικό υμένα διαμέσου της νυμφουμενικής αύλακας.²

1.1.4.Κλειτορίδα

Η κλειτορίδα έχει μέγεθος 4-12 εκατοστά και μοιάζει με μικρογραφία πέους. απεικονίζει 2 σκέλη που προσφύονται στα οστά της πυέλου. Έχει δύο μοίρες την ελεύθερη και την καλυμμένη. Είναι πολύ ευαίσθητη στα νευρογενή ερεθίσματα και είναι υπαίτια για τη σεξουαλική διέγερση.³

1.1.5. Παρθενικός υμένας

Είναι ένα ινώδες πέταλο, μια μεμβράνη που καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Ο υμένας αυτός βρίσκεται στην είσοδο του κόλπου. Έχει δύο επιφάνειες, την κολπική και την αιδοϊκή και δύο χείλη, το προσπεφυκός χείλος που προσφύεται στο τοίχωμα του κόλπου και το ελεύθερο χείλος που ορίζει το στενωμένο στόμιο του κόλπου.¹

1.1.6.Πρόδρομος του κόλπου

Ο πρόδρομος του κόλπου βρίσκεται μπροστά από τη κλειτορίδα και πίσω από το σκαφοειδή βόθρο. Στον πυθμένα του προς τα εμπρός εκβάλλει η ουρήθρα και προς τα πίσω ο κόλπος.³

1.1.6.1.Βολβοί πρόδρομου του κόλπου

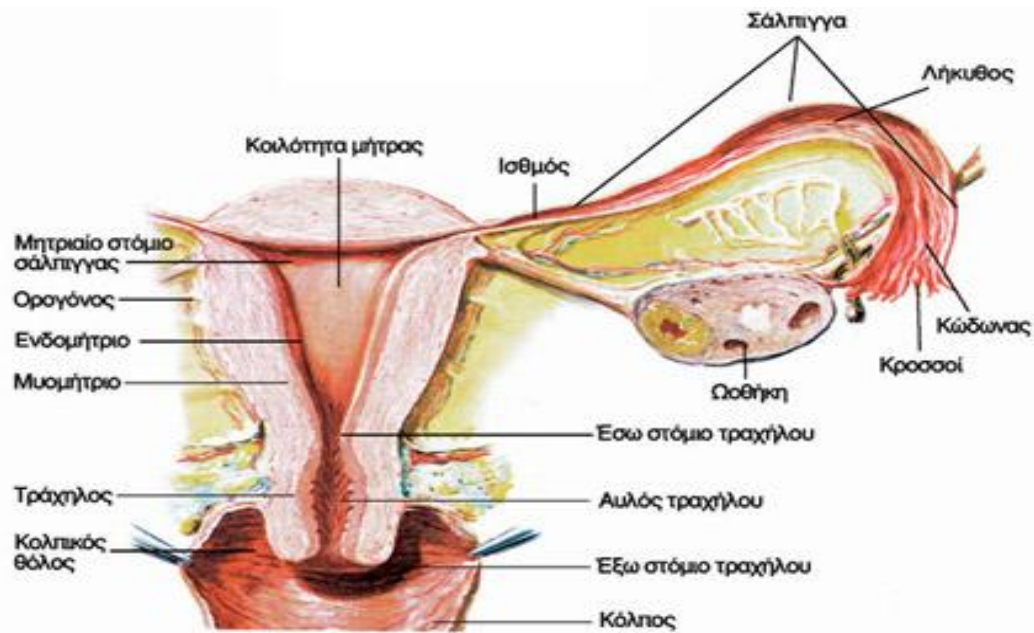
Είναι 2 στυτικά σώματα που βρίσκονται κάτω από τα μεγάλα χείλη και έχουν μέγεθος ενός αμυγδάλου. Κατά τη συνουσία διογκώνονται συμβάλλοντας έτσι στην επαφή του πέους με τον κόλπο.³

1.1.6.2.Μείζονες αδένες του προδρόμου ή βαρθολίνειοι αδένες

Είναι δυο μικροί αδένες ο δεξιός και ο αριστερός που βρίσκονται στο οπίσθιο τριτημόριο των μεγάλων χειλέων. Ο καθένας εκβάλλει στο πρόδρομο του κόλπου με τον δικό του εκφορητικό πόρο. Αντιστοιχούν στους βολβουρηθραίους αδένες του άρρενος. Χρησιμεύουν τα εκκρίματα τους για να λιπαίνουν το πρόδρομο του κόλπου για την καλύτερη είσοδο του πέους στο κόλπο. Αυτοί οι αδένες παράγουν βλεννώδης εκκρίσεις την ώρα της διέγερσης αλλά και πάλι η ποσότητα αυτή είναι ανεπαρκής για να λιπάνει τον κόλπο.³

1.2.Έσω γεννητικά όργανα

Τα έσω γεννητικά όργανα του θήλεος περιλαμβάνουν τον κόλπο, τις ωοθήκες, τις σάλπιγγες, την μήτρα και τον κόλπο. Τα επικουρικά γεννητικά όργανα που αποτελούνται από τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες είναι γνωστά σαν εξαρτήματα.¹



Εικόνα 2. Έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας.

1.2.1.Κόλπος

Ο κόλπος είναι ένας ινομυώδεις σωλήνας με μήκος περίπου 8-10 εκατοστά ο οποίος υποδέχεται το σε σύση πέος κατά τη διάρκεια της συνουσίας, ενώ παράλληλα στον κόλπο διέρχεται και το έμβρυο κατά τη διάρκεια του τοκετού. Βρίσκεται μεταξύ του τραχήλου της μήτρας και του αιδοίου στη μέση μασχαλιαία γραμμή και έρχεται μπροστά σε σχέση με την ουρήθρα και πίσω σε σχέση με το απευθυσμένο. Η φορά του είναι λοξή ενώ το σχήμα του κυλινδρικό. Ο κόλπος στηρίζεται στη θέση του κυρίως με το περίνεο. Εμφανίζει δύο άκρα και το σώμα. Το άνω άκρο προσφύεται σαν θόλος γύρω από τον τράχηλο της μήτρας και αποτελεί τον θόλο του κόλπου. Στο θόλο του κόλπου γίνονται και οι δακτυλικές εξετάσεις για την εξακρίβωση κάποιων παθολογικών καταστάσεων. Το σώμα είναι αποπλατυσμένο από μπροστά προς τα πίσω ενώ το κάτω άκρο του κόλπου στενεύει με την πρόσφυση ενός ινώδους πετάλου που λέγεται παρθενικός υμένας.¹

1.2.2.Μήτρα

Η μήτρα είναι ένα μυώδες όργανο με παχύ τοίχωμα που βρίσκεται σε κεντρική θέση της ελάσσονος πυέλου ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το ορθό. Έχει κλίση ελαφρώς προς τα εμπρός, μήκος 7-8εκατοστα στη σεξουαλικά ώριμη γυναίκα. Η μήτρα χρησιμεύει για την μετατροπή του γονιμοποιημένου ωαρίου σε έμβρυο, για την διατροφή και την ανάπτυξη του, για τον τοκετό με τις συσπάσεις του μυϊκού της

χιτόνα και για την έμμηνο ρύση. Σύμφωνα με την εξωτερική της κατασκευή διαιρείται σε σώμα της μήτρας και τράχηλο της μήτρας.⁴

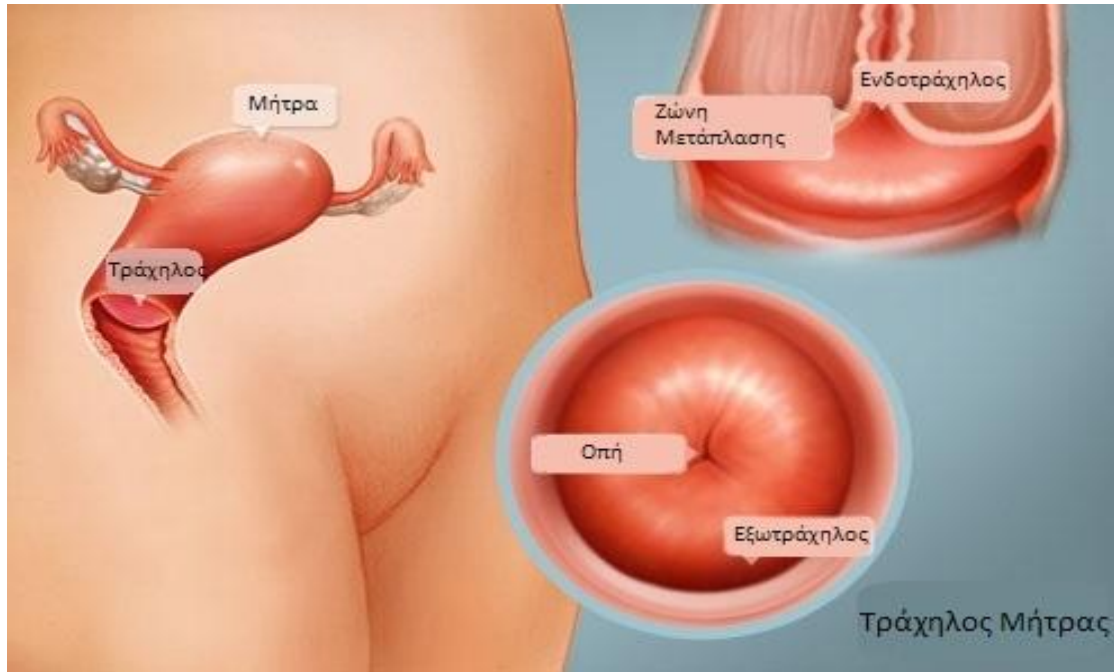
1.2.2.1.Σώμα Της Μήτρας

Τα ανώτερα δυο τρίτα του οργάνου έχουν μια αποπλατυσμένη πρόσθια επιφάνεια και μια κυρτή οπίσθια τις οποίες της καλύπτει το περιτόναιο. Ο πυθμένας της μήτρας στις γυναίκες που είναι σεξουαλικά ώριμες προεξέχει πάνω και από το αριστερό αλλά και από το δεξί μέρος της μήτρας όπου ενώνονται οι σάλπιγγες με τη μήτρα. Το σημείο ένωσης του σώματος της μήτρας με τον τράχηλο ονομάζεται ισθμός της μήτρας.²

1.2.2.2.Τράχηλος Της Μήτρας

Γενικά: Ο τράχηλος αποτελεί το κατώτερο τμήμα της μήτρας. Μέσω ενός ανοίγματος που διαθέτει συνδέει την κοιλότητα της μήτρας με τον κόλπο καταλήγοντας έξω από το σώμα. Με αυτόν τον τρόπο τα σπερματοζώαρια περνούν από τον κόλπο και μετακινούνται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας και έπειτα στις σάλπιγγες για την γονιμοποίηση.²²

Ανατομική Δομή: Έχει σχήμα κυλινδρικό και αποτελεί μέρος της μήτρας που προβάλλει εντός του κόλπου και ανάλογα με την θέση χαρακτηρίζεται είτε ως έξω τραχηλικό στόμιο(εξωτράχηλος) είτε ως έσω τραχηλικό στόμιο(ενδοτράχηλος). Το έσω τραχηλικό στόμιο αναφέρεται στην ενδοκολεϊκή μοίρα. Η ενδοκολεϊκή μοίρα προβάλλει μέσα στον κόλπο ενώ η υπερκολεϊκή μοίρα βρίσκεται πάνω από τον κολεό. Το κολεϊκό άκρο της κολεϊκής μοίρας του τραχήλου παρουσιάζει ένα στόμιο γνωστό ως έξω τραχηλικό στόμιο το οποίο αφορίζεται μπροστά από το πρόσθιο χείλος και πίσω από το οπίσθιο χείλος.²²



Εικ.3: Η θέση του τραχήλου της μήτρας στο σώμα-κάτοψη-πλάγια όψη.

Ιστολογική Δομή: Ο εξωτράχηλος καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Ο ενδοτράχηλος καλύπτεται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο και εντός του στρώματος περικλείει τους ενδοτραχηλικούς αδένες. Το όριο μεταξύ των δυο επιθηλίων καλείται ζώνη μετάπτωσης.²²

1.2.3.Ωαγωγοί

Κάθε ωαγωγός έχει μήκος 10-18 εκατοστά. Εκτείνεται εκατέρωθεν της μήτρας μέσα στο άνω χείλος του πλατέως συνδέσμου της μήτρας. Τα τοιχώματα της αποτελούνται από 3 στιβάδες. Ο βλεννογόνος έχει μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο με κροσσωτά και αδενικά κύτταρα. Ο μυϊκός χιτώνας μπορεί να διαιρεθεί σε διάφορα στοιχεία που αποτελούν την υπο-ορογόνια στιβάδα, την περιαγγειακή αλλά και την αυτόχθονη μυϊκή στιβάδα της ίδιας τα σάλπιγγας. Ο πολύπλοκος σχεδιασμός των μυϊκών στιβάδων υποβοηθάει τη ροή του σαλπινγικού υγρού, ανεξαρτητοποιεί τη σάλπιγγα, βοηθάει την κίνηση του ωοκυττάρου προς τη μήτρα, την θρέψη του γονιμοποιημένου ωαρίου και μεταφέρει το σπέρμα προς την αντίθετη κατεύθυνση. Η σάλπιγγες στο εξωτερικό τους μέρος καλύπτονται με ορογόνο.³⁷

1.2.4.Ωοθήκες

Είναι δύο η δεξιά και η αριστερή αποτελούν τους γεννητικούς αδένες του θήλεος. Οι ορμόνες αποτελούν την ενδοκρινή μοίρα του θήλεος ενώ τα ωάρια την εξωκρινή. Η κάθε ωοθήκη έχει σχήμα αμυγδάλου και βρίσκεται στο πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονος πυέλου. Καλύπτονται από περιτόναιο και κρέμονται από το μεσοθήκιο. Περιβάλλονται από την σάλπιγγα η οποία σχηματίζει τόξο πάνω από την ωοθήκη και στο τέλος έρχεται σε επαφή μαζί της. Οι ωοθήκες παρουσιάζουν δυο χείλη(πρόσθιο και οπίσθιο) δυο επιφάνειες(έσω και έξω) και δυο άκρα(άνω και κάτω).Έχουν γκριζοπράσινο χρώμα και ανώμαλη επιφάνεια.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Στοιχεία φυσιολογίας γεννητικού συστήματος της γυναίκας

Κατά την περίοδο της εφηβείας, οι ωοθήκες εξαιτίας της παλμικής έκκρισης FSH(ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη)και LH(ωχρινοτρόπος ορμόνη), αρχίζουν την παραγωγή οιστρογόνων. Τα οιστρογόνα ακολούθως προωθούν την εξέλιξη και την ανάπτυξη του γεννητικού συστήματος της γυναίκας δηλαδή της μήτρας, των ωαγωγών, του τραχήλου και του κόλπου. Επιπλέον η προγεστερόνη που είναι επίσης δραστική στους ιστούς αυξάνει την εκκριτική τους δραστηριότητα μειώνοντας παράλληλα την συσπαστικότητα.¹⁰

2.1.Αναπαραγωγικές λειτουργίες θήλεος

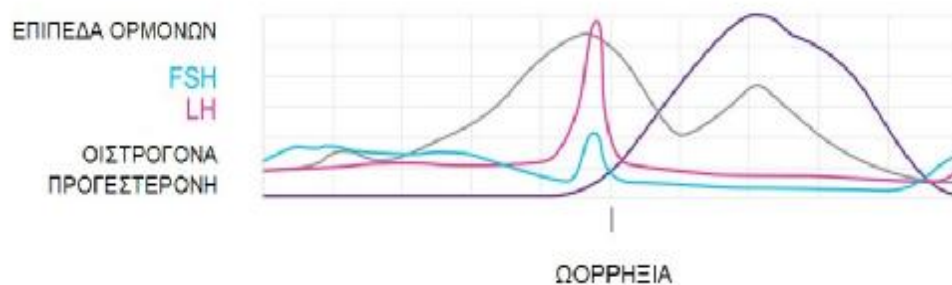
Η αναπαραγωγή ξεκινά με την ανάπτυξη του ωαρίου στις ωοθήκες. Στο μέσο κάθε καταμήνιου γεννητικού κύκλου, από ένα ωοθυλάκιο βγαίνει στην περιτοναϊκή κοιλότητα ένα ωάριο. Το ωάριο αυτό ακολουθώντας μια από τις σάλπιγγες φτάνει στη μήτρα και αν γονιμοποιηθεί από κάποιο σπερματοζωάριο, εμφυτεύεται σ' αυτή και εξελίσσεται σε έμβρυο, πλακούντα και εμβρυικούς υμένες. Κατά την εφηβεία οι ωοθήκες περιέχουν 300.000 ωάρια .Το κάθε ένα από αυτά περιβάλλεται από μια στιβάδα επιθηλιοειδών κοκκωδών κυττάρων και μαζί με αυτήν ονομάζεται πρωτόγεννες ωοθυλάκιο .Μόνο τετρακόσια περίπου ωοθυλάκια κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της γυναίκας αναπτύσσονται αρκετά έτσι ώστε να απελευθερώσουν τα ωάρια που περιέχουν, ενώ τα υπόλοιπα εκφυλίζονται. Έτσι λοιπόν κατά το τέλος της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας έχουν απομείνει μερικά πρωτογενή ωοθυλάκια στις ωοθήκες τα οποία και αυτά με την σειρά τους σύντομα εκφυλίζονται.¹¹

2.2. Ορμονικό σύστημα της γυναίκας

Οι αναπαραγωγικές λειτουργίες της γυναίκας συντονίζονται με την αλληλεπίδραση των ορμονών του υποθαλάμου, της πρόσθιας υπόφυσης και των ωοθηκών. Πολλές από αυτές τις ορμόνες είναι κοινές και για τα δύο φύλα.⁶

- **GnRH:** Ορμόνη απελευθέρωσης των γοναδοτροπινών. Είναι ο υποθαλαμικός παράγοντας απελευθέρωσης, ο οποίος δρα διεγείροντας την έκκριση της FSHκαι LHαπό την πρόσθια υπόφυση. Η έκκριση της GnRHκαταστέλλεται από την προγεστερόνη και τα οιστρογόνα.

- **LH:** Η ωχρινοτρόπος ορμόνη. Εκκρίνεται από τα βασεόφιλα κύτταρα της πρόσθιας υπόφυσης και διεγείρει την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου των ωοθηκών.⁶
- **FSH:** Η ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη. Εκκρίνεται από τα βασεόφιλα κύτταρα της πρόσθιας υπόφυσης ως ανταπόκριση στη δράση της GnRH, και διεγείρει την ανάπτυξη των ωοθυλακίων των ωοθηκών.⁶
- **Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη:** Είναι στεροειδείς ορμόνες που εκκρίνονται από τα θυλάκια και τα ωχρά σωματίδια των ωοθηκών. Η προγεστερόνη ειδικότερα παίζει σημαντικό ρόλο κατά την πιθανή εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου διότι ελαττώνει την δραστηριότητα του μυομητρίου, στενεύει το στόμιο και μεταβάλλει την σύσταση του βλενώδους βύσματος του τραχήλου της μήτρας έτσι ώστε να γίνεται αδιαπέραστο από το σπέρμα.¹³



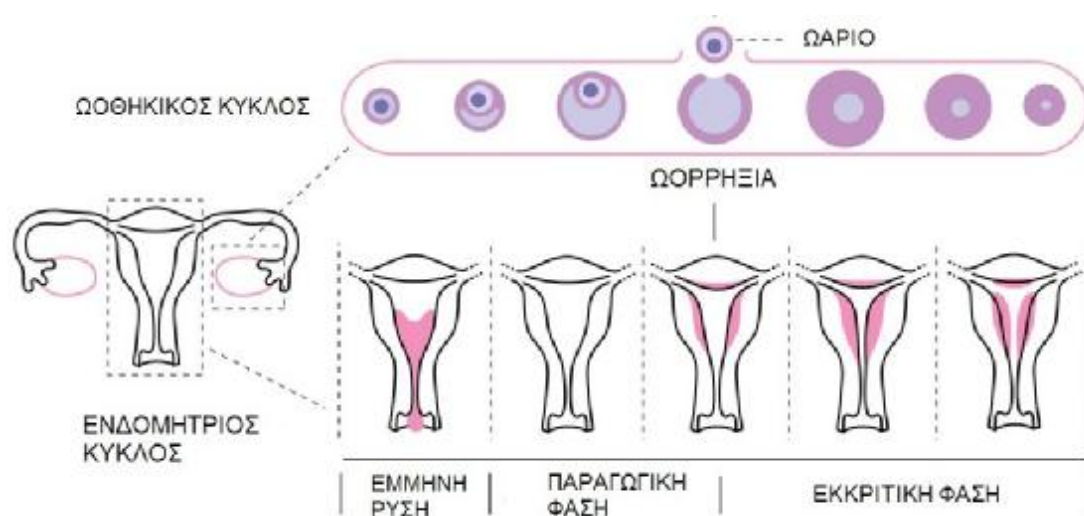
Εικ.4: Επίπεδα ορμονών στην γυναίκα κατά την ωορρηξία.

2.3. Κυκλικές αλλαγές του τραχήλου της μήτρας

Αν και ο τράχηλος της μήτρας βρίσκεται στη συνέχεια του σώματος της μήτρας διαφέρει από αυτή σε πολλά σημεία. Η βλέννα του τραχήλου της μήτρας δεν υφίσταται κυκλική απόπτωση, αλλά υπάρχουν ρυθμικές αλλαγές αυτής. Τα οιστρογόνα βοηθούν στην επιβίωση και την μεταφορά των σπερματοζωαρίων κάνοντας τη βλέννα πιο λεπτή και πιο αλκαλική. Η προγεστερόνη την κάνει κολλώδη, πυκνή και κυτταροβριθή. Κατά την ωοθυλακιωρρηξία η βλέννα είναι πάρα πολύ λεπτόρρευση και η ελαστικότητα της αυξάνεται έτσι ώστε στο μέσο του κύκλου μια σταγόνα μπορεί να απλωθεί και να σχηματίσει μία λεπτή, μακριά ίνα που μπορεί να έχει μήκος 8-12 cm ή και περισσότερα. Ακόμα, όταν απλώνεται σε λεπτή στρώση σε αντικειμενοφόρο πλάκα αποξεραίνεται παρουσιάζοντας εικόνα κρυστάλλινης του τύπου φύλλων φτέρης. Μετά την ωοθυλακιωρρηξία και στη διάρκεια της κύησης γίνεται παχύρρευση και δεν σχηματίζει εικόνα φτέρης.⁹

2.4. Καταμήνιος ωοθηκικός κύκλος

Η φυσιολογική αναπαραγωγική λειτουργία της γυναίκας χαρακτηρίζεται από μηνιαίες ρυθμικές μεταβολές του ρυθμού έκκρισης των γυναικείων ορμονών και από αντίστοιχες μεταβολές των γεννητικών οργάνων. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται γυναικείος γενετήσιος κύκλος ή αλλιώς καταμήνιος κύκλος. Η διάρκεια του κύκλου είναι 28 ημέρες αν και αυτό μπορεί να αλλάξει και να κυμαίνεται από 20-45 σε απόλυτα υγιείς γυναίκες, μόνο που συχνά η μεγάλη διάρκεια του μπορεί να συνοδεύεται από μειωμένη γονιμότητα.⁵



Εικ.5: Στάδια καταμήνιου ωοθηκικού κύκλου.

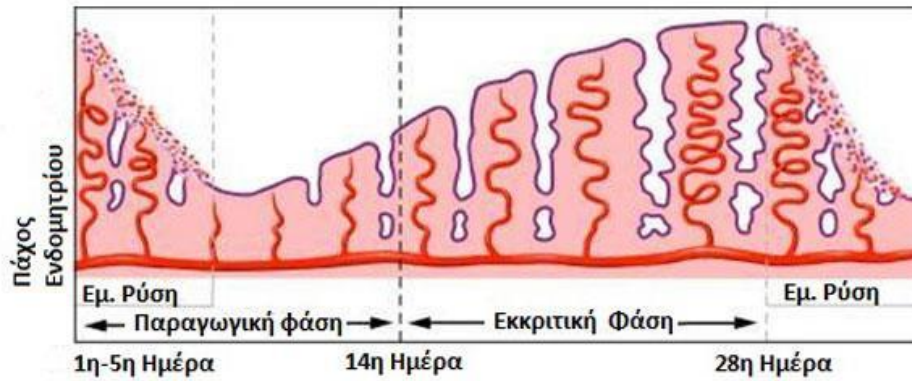
Δυο συνέπειες οι οποίες είναι σημαντικές στο γυναικείο γεννητικό κύκλο:

- Απελευθέρωση σε φυσιολογική κατάσταση από τις ωοθήκες ενός μόνο ώριμου ωαρίου κάθε μήνα έτσι ώστε να είναι δυνατή η ανάπτυξη μόνο ενός εμβρύου κάθε φορά.
- Η προετοιμασία του ενδομητρίου στον καθορισμένο χρόνο που απαιτείται κάθε μήνα για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.⁷

2.5. Ενδομητρικός κύκλος

Κατά την εικοστή εβδομάδα της κύησης ο βλεννογόνος της μήτρας είναι σε θέση να ανταποκριθεί στα οιστρογόνα που παράγονται. Μερικοί από τους μητρικούς αδένες αρχίζουν να παράγουν υλικό από την 22 περίπου εβδομάδα κύησης. Η ενδομητριακή ανάπτυξη στη μήτρα φαινομενικά συμβαίνει ως απάντηση στα οιστρογόνα που προέρχονται από τον μητρικό πλακούντα. Περίπου στις 32 εβδομάδες κύησης είναι παρόντα στο ενδομήτριο η εναπόθεση γλυκογόνου και το

οίδημα του στρώματος. Καθώς η οιστρογονική διέγερση είναι ασθενής μετά τον τοκετό το ενδομήτριο υποστρέφει και περίπου 4 εβδομάδες μετά τη γέννηση οι αδένες είναι ατροφικοί. Μέχρι και την εφηβεία το ενδομήτριο παραμένει σε αυτήν την κατάσταση.⁵



Εικ.6: Πάχος ενδομητρίου στις διάφορες φάσεις της εμμήνου ρήσης.

2.6.Εμμηνόπαυση

Οι ωοθήκες της γυναίκας παύουν να ανταποκρίνονται στις γοναδοτροπίνες με το πέρασμα της ηλικίας και η λειτουργία τους μειώνεται με αποτέλεσμα να εξαφανίζονται οι καταμήνιοι κύκλοι (εμμηνόπαυση). Αυτή η έλλειψη πιθανώς προκαλείται από μία μείωση στα αρχέγονα ωοθυλάκια η οποία επιταχύνεται κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης. Οι ωοθήκες δεν εκκρίνουν πλέον προγεστερόνη και 17Β – οιστραδιόλη σε αξιόλογες ποσότητες και τα οιστρογόνα σχηματίζονται σε μικρές μόνο ποσότητες. Η μήτρα και ο κόλπος ατροφούν σταδιακά.¹¹

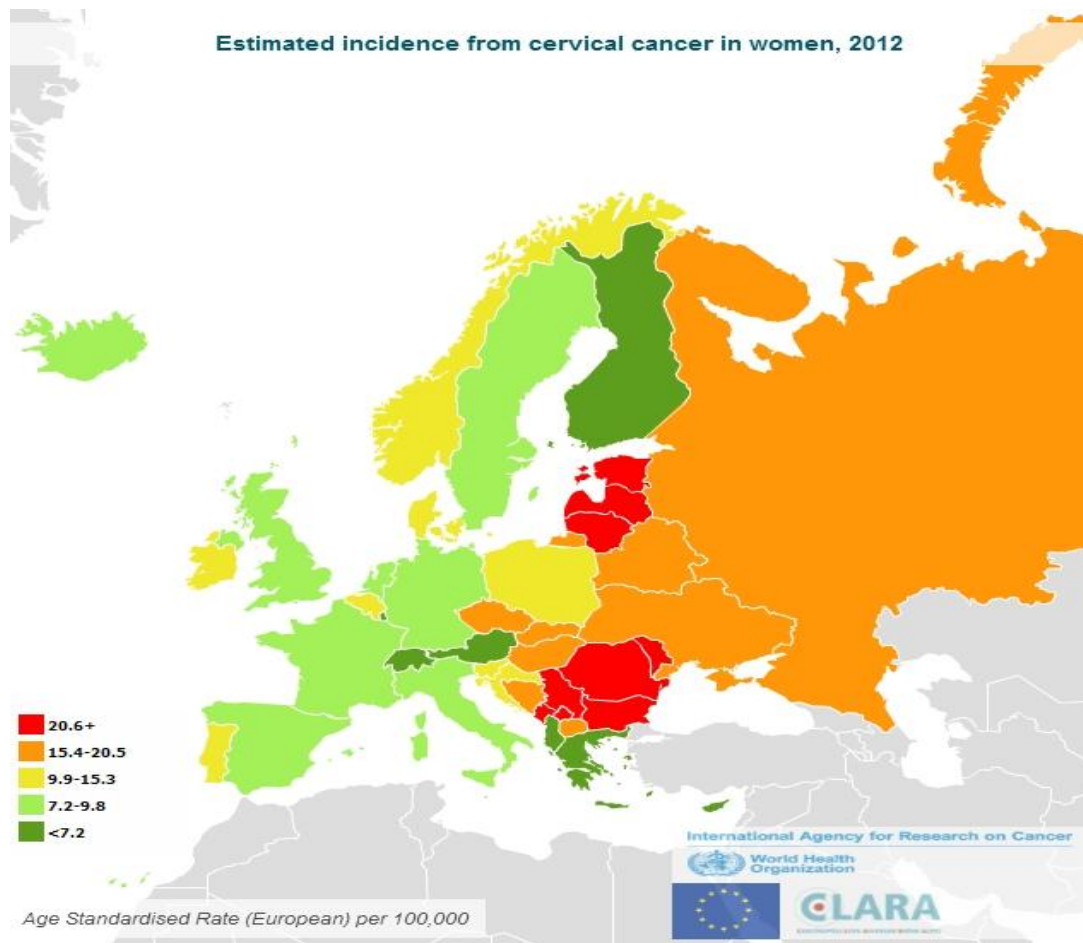
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Γενικά στοιχεία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Το καρκίνωμα του τραχήλου αποτελεί έναν εκ των συνηθέστερων τύπων καρκίνου στις γυναίκες, αν και είναι σπάνιος σε παρθένες και στις άτεκνες γυναίκες. Η συχνότητα αυξάνεται στις γυναίκες με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους και με ερπητικές λοιμώξεις. Προσβάλλει το πολύστιβο πλακώδες μη κερατινοποιημένο επιθήλιο του τραχήλου, όπου αποκαλείται ενδεπιθηλιακό καρκίνωμα (carcinoma in situ). Στην περίπτωση που το καρκίνωμα ανιχνευτεί σε αυτό το στάδιο είναι συνήθως δυνατόν να αφαιρεθεί με χειρουργική επέμβαση. Αν όμως δεν ανιχνευθεί νωρίς μπορεί να επεκταθεί και να δημιουργήσει μεταστάσεις, μετατρέπόμενο με αυτόν τον τρόπο σε διηθητικό καρκίνωμα (invasive carcinoma).²³

3.1. Συχνότητα-Επιδημιολογία

Η θνησιμότητα γυναικών που πάσχουν από καρκίνο τραχήλου της μήτρας έχει ελαττωθεί κατά 50% από το 1950, σε μεγάλο βαθμό χάρη στην πρωιμότερη διάγνωση και θεραπεία. Εμφανίζεται συχνά σε νεότερες γυναίκες (45-55 ετών). Οι ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζονται συχνότερα με προχωρημένη νόσο πιθανά λόγω σπανιότερου προληπτικού ελέγχου. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται με καρκίνο τραχήλου της μήτρας 500.000 γυναίκες. Η συντριπτική πλειοψηφία (80%) παρατηρείται στις υποανάπτυκτες χώρες και στις περισσότερες των περιπτώσεων σε προχωρημένο στάδιο, λόγω απουσίας προληπτικού ελέγχου. Στις χώρες του δυτικού κόσμου η επίπτωση έχει ελαττωθεί σημαντικά, ως συνέπεια της εφαρμογής οργανωμένων προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση συγκεκριμένα το ποσοστό κρουσμάτων ανέρχεται στο ποσό των 32.000 κάθε χρόνο, με 40 γυναίκες να χάνουν καθημερινά την ζωή τους. Φαίνεται ότι η νόσος εξακολουθεί προσβάλλει μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παρά τον οργανωμένο προληπτικό έλεγχο. Εντούτοις θεωρείται ότι οι γυναίκες με μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη της νόσου είναι αυτές που αποφεύγουν τον προληπτικό έλεγχο. Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση (2010) του κέντρου πληροφοριών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Κέντρου Ογκολογίας της Καταλονίας για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, στην Ελλάδα διαγιγνώσκονται 307 νέα περιστατικά ΚΤΜ και καταγράφονται 156 θάνατοι σχετιζόμενοι με ΚΤΜ ετησίως.¹⁸



Εικ.7: Η εκτιμώμενη συχνότητα εμφάνισης του ΚΤΜ στην Ευρώπη.

Όσον αφορά παλαιότερες μελέτες που έγιναν διαπιστώθηκε ότι, το έτος 2004 νοσηλεύθηκαν συνολικά 398 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου με βάση τα στοιχεία που προήλθαν από τα τρία μεγαλύτερα αντικαρκινικά νοσοκομεία της χώρας. Στο ποσοστό αυτό θα πρέπει να προστεθεί και ο αριθμός των περιπτώσεων που νοσηλεύονται στα υπόλοιπα νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές της χώρας. Ως εκ τούτου δεν είναι δυνατό να υπολογιστεί αν η συχνότητα και η θνησιμότητα της νόσου έχουν ελαττωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια.¹⁷

3.2. Αιτιολογία

Η αιτιολογία δεν είναι επακριβώς γνωστή. Διαρκώς αυξανόμενα ευρήματα μας δείχνουν ότι η μόλυνση από ορισμένα είδη του ιού του ανθρώπινου θηλώματος (HPV) αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Έχουν ανιχνευθεί περισσότεροι από 60 HPV. Οι τύποι 6 και 11 σχετίζονται με την εμφάνιση καλοήθους οξυτενούς κονδυλώματος ενώ οι τύποι 16, 18, 31 και 33 με κακοήθη εξαλλαγή. Ο τύπος 18 έχει συσχετιστεί με κακοήθεις χαμηλότερης ιστολογικής διαφοροποίησης. Μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου το 10-30 % των σεξουαλικά ενεργών γυναικών παρουσιάζουν μόλυνση της

γεννητικής οδού από τον HPV από την ηλικία των 30 ετών. Οι σύντροφοι των γυναικών με καρκίνο τραχήλου της μήτρας συνήθως παρουσιάζουν έντονο ερωτικό παρελθόν και συχνά, ιστορικό κονδυλωμάτων, θηλωμάτων, ερπητικών ή άλλων ιογενών λοιμώξεων. Το κάπνισμα, η μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, η ανοσοκαταστολή καθώς και δίαιτα φτωχή σε βιταμίνη C, φυλλικό οξύ και καροτένιο είναι κάποιοι από τους επιπρόσθετους παράγοντες που μπορεί να λειτουργήσουν ως συμπληρωματικοί παράγοντες στα προβλήματα που δημιουργεί η αρχική μόλυνση από HPV .¹⁴

3.2.1. Ο ιός HPV

Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι η πιο κοινή σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος στις Ηνωμένες Πολιτείες. Περίπου 14 εκατομμύρια άτομα μολύνονται κάθε χρόνο. Αν και οι περισσότερες μολύνσεις δεν προκαλούν κανένα σύμπτωμα και είναι αυτοπεριοριζόμενες, λοίμωξη από HPV μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες, καθώς και πρωκτογεννητικούς καρκίνους, στοματοφαρυγγικό καρκίνο, και κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων σε άνδρες και γυναίκες.⁴⁴

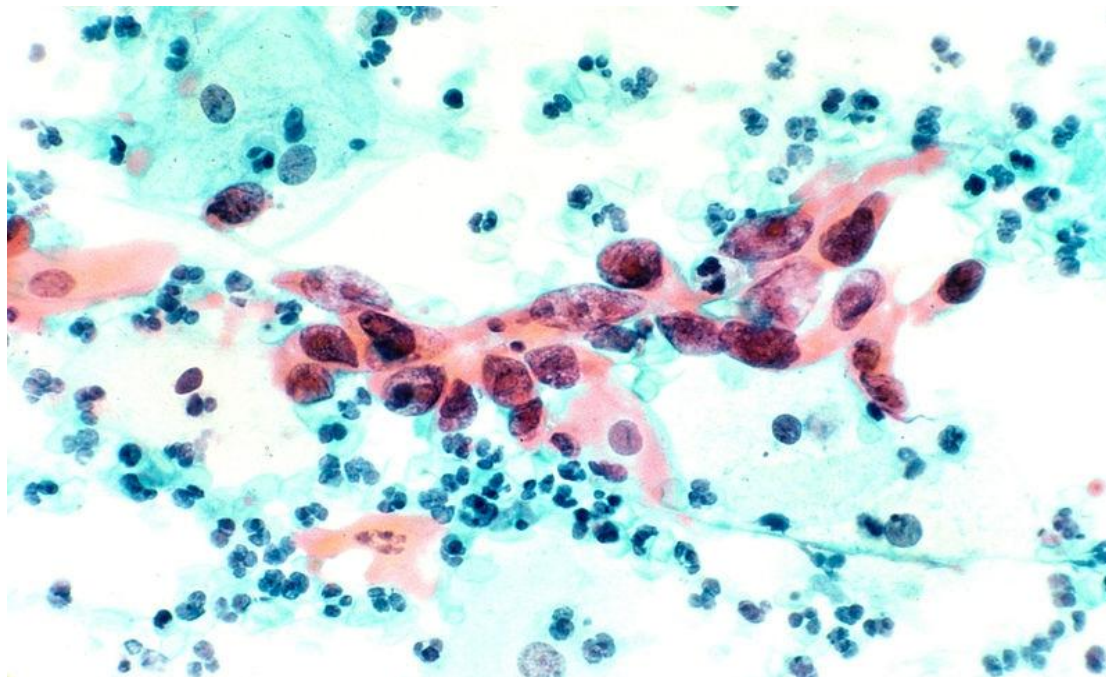
Περισσότεροι από 150 τύποι HPV έχουν ταυτοποιηθεί, συμπεριλαμβανομένων περίπου 40 που μολύνουν την περιοχή των γεννητικών οργάνων. Οι τύποι του HPV διακρίνονται σε κατηγορίες ανάλογα με την επιδημιολογική τους συσχέτιση με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Υψηλού κινδύνου (π.χ., τύποι 16 και 18) τύποι έχουν τη δυνατότητα να δράσουν ως καρκινογόνοι. Τύποι χαμηλού κινδύνου (π.χ. τύποι 6 και 11), καλοήθεις ή χαμηλού βαθμού μπορεί να προκαλέσουν τραχηλικές κυτταρικές αλλαγές, κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων, και υποτροπιάζουσα θηλωμάτωση του αναπνευστικού. Ουσιαστικά όλοι οι καρκίνοι του τραχήλου της μήτρας που οφείλονται στον ιό HPV ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου τύπων, και περίπου το 70% των περιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως προκαλούνται από τους τύπους 16 και 18.⁴⁵

3.3. Ιστολογία

Ο τράχηλος της μήτρας είναι εκτεθειμένος σε κακώσεις και μικροβιακές ή ιογενείς μολύνσεις. Οι ορμονικές μεταβολές, που έχουν βλαπτική επίδραση στην περιοχή μετάπτωσης του πλακώδους επιθηλίου του εξωτραχήλου στο αδενικό επιθήλιο του ενδοτραχηλικού σωλήνα, σε συνδυασμό με τις ανώτερες βλαπτικές επιδράσεις κάνει την ζώνη μετάπλασης τη συνήθη αφετηρία της νεοπλασίας.²⁰

Ο ΚΤΜ προέρχεται συνήθως(80-85%) από το πλακώδες επιθήλιο και λιγότερο συχνά από το αδενικό. Η διάγνωση του αδενοκαρκινώματος συχνά γίνεται πιο καθυστερημένα σε σύγκριση με το πλακώδες. Τελευταία, παρατηρείται αύξηση των

περιπτώσεων αδενοκαρκινωμάτων, ιδιαίτερα σε νέες γυναίκες μικρότερες των 35 ετών.^[20]



Εικ.8: Καρκινικά κύτταρα όπως φαίνονται με την παρατήρηση μέσω μικροσκοπίου.

Η ανάπτυξη του στο κανάλι του ενδοτραχήλου επιβραδύνει την εμφάνιση των κλινικών εκδηλώσεων και αυξάνει την πιθανότητα ψευδώς αρνητικού αποτελέσματος της κυτταρολογικής εξέτασης. Σε σύγκριση με το πλακώδες το αδενοκαρκίνωμα αναφέρεται ως ιστολογικός τύπος με δυσμενέστερη πρόγνωση, ιδιαίτερα λόγω συχνής διήθησης των αγγείων και προσβολής των πυελικών λεμφαδένων.

Ιδιαίτερος αλλά ασυνήθης (0,5-5%) τύπος KTM είναι το μικροκυτταρικό καρκίνωμα. Ανήκει στους νευροενδοκρινείς όγκους και συνήθως εμφανίζεται σε προχωρημένο στάδιο και με λεμφαδενικές μεταστάσεις. Λόγω της δυσμενούς προγνώσεως συνιστάται παράλληλη χορήγηση χημειοθεραπείας με χειρουργική ή ακτινική θεραπεία.¹⁷

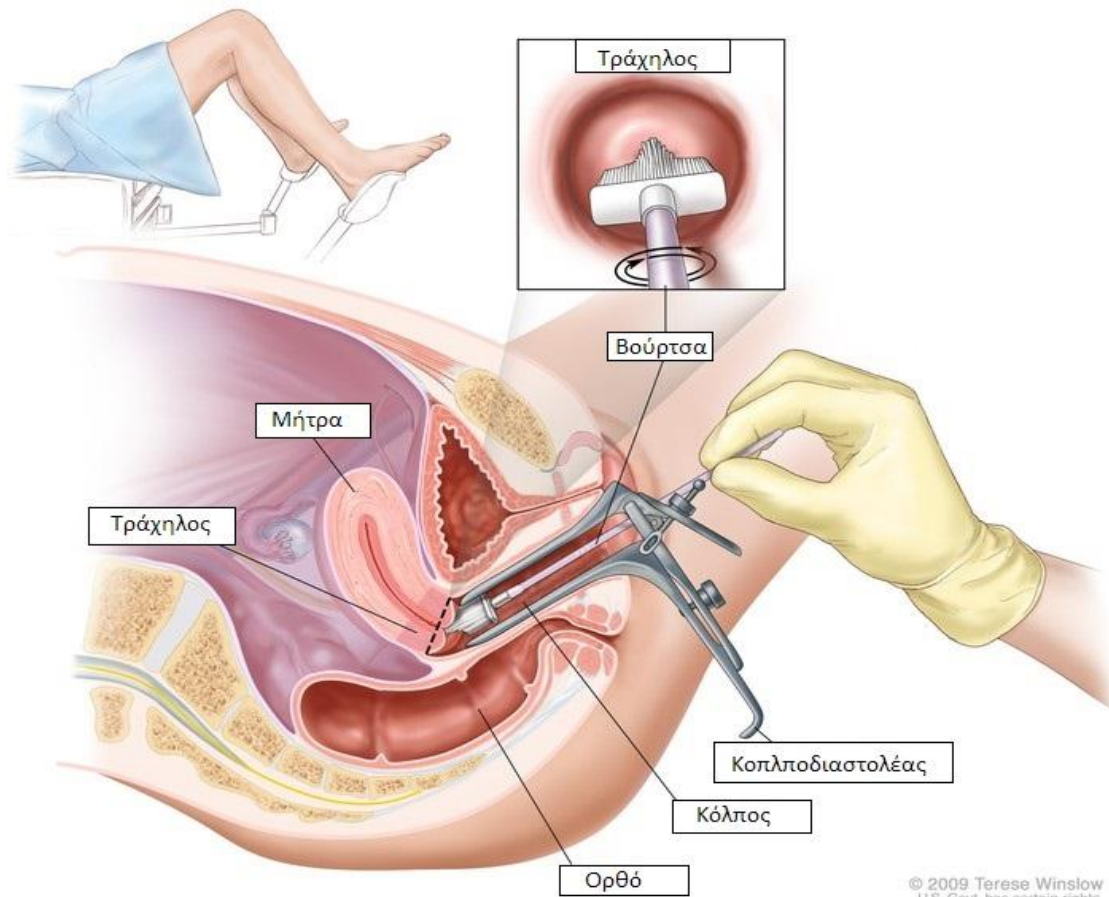
3.4. Πρόληψη και έγκαιρη ανίχνευση

Α. Εμβολιασμός: Τυχαιοποιημένες, πολυκεντρικές διπλές τυφλές και ελεγχόμενες με placebo μελέτες έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα του διδύναμου(HPV16/18) και του τετραδύναμου (HPV 6/11/16/18) εμβολίου κατά του ιού, τα οποία είχαν προστατευτική δράση κατά των Τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών(CIN), της εμμένουσας λοίμωξης από HPV και των οξυτενών κονδυλωμάτων, ενώ παράλληλα είχαν ικανοποιητικό επίπεδο ανεκτικότητας. Το Αμερικάνικο Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων(ACOG), σε συνεργασία με τη Συμβουλευτική Επιτροπή για τις Πρακτικές Ανοσοποίησης(ACIP), συνιστά τον εμβολιασμό κοριτσιών ηλικίας μεταξύ 9 και 26 ετών με την χορήγηση των

εγκεκριμένων εμβολίων. Δεν είναι γνωστή διάρκεια της επαγόμενης ανοσίας. Ο εμβολιασμός δεν αναιρεί την ανάγκη προσυμπτωματικού ελέγχου με κυτταρολογική εξέταση.²⁵

Β. Τεστ Παπανικολάου: Η συρρίκνωση του αριθμού των γυναικών που πεθαίνουν από καρκίνο τραχήλου της μήτρας είναι άμεσα συνδεδεμένη με την προσπελασιμότητα του τραχήλου και την άμεση παρατήρηση και εν συνεχεία μελέτη των κυττάρων και των ιστών του μέσω του τεστ Παπανικολάου, ανιχνεύοντας τις προκαρκινικές καταστάσεις του τραχήλου. Το αρνητικό αποτέλεσμα μιας μόνο εξέτασης μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά 45% και το αρνητικό αποτέλεσμα 9 τέτοιων εξετάσεων κατά 99%. Η πρώτη εξέταση πρέπει να εκτελείται σε ηλικία 18 ετών ή όταν γίνει σεξουαλικά ενεργό άτομο . Πρέπει να εκτελούνται 3 εξετάσεις κάθε χρόνο, ενώ η μετέπειτα συχνότητα τους εξαρτάται από την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου.¹⁶

Διαδικασία: Με την χρήση κολπικού πιάστρου ή κολπικού διαστολέα γίνεται διάταση του κόλπου για να γίνει δυνατή η παρατήρηση του τραχήλου. Για να ετοιμαστεί ένα επίχρισμα Παπανικολάου, τοποθετείται μια σπάτουλα μέσα στο έξω στόμιο της μήτρας. Εν συνεχεία η σπάτουλα περιστρέφεται για να αποκολλήσει κυτταρικό υλικό από τον έξω τράχηλο ή τον βλεννογόνο της κολπικής μοίρας. Έπειτα με την χρήση κυτταρολογικής ψήκτρας ή βούρτσας γίνεται συλλογή κυτταρικού υλικού από τον βλεννογόνο του ενδοτραχήλου αφού πρώτα περιστραφεί μέσα σε αυτόν. Όλο αυτό το κυτταρολογικό υλικό τοποθετείται πάνω σε ένα γυάλινο πλακάκι για μικροσκοπική εξέταση.¹⁶



© 2009 Terese Winslow
U.S. Govt. has certain rights

Εικ.9: Διαδικασία λήψης κολπικού επιχρίσματος(Τεστ Παπ.).

Γ. Ανίχνευση HPV: Ο παραλληλισμός της νόσου με τον ιό HPV ώθησε στην εφαρμογή ανίχνευσης του DNA του ιού ως μέθοδο screening στην αναγνώριση ασθενών με αυξημένο κίνδυνο για πρόκληση τραχηλικής νεοπλασίας. Η κατεύθυνση αυτή στην συσχέτιση ανίχνευσης του HPV με προκαρκινικές και διηθητικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας είναι πολύ σημαντική, προβλέπεται ότι στο μέλλον θα καθιερωθεί ως μέθοδος πληθυσμιακού ελέγχου.^[21]

3.4.1. HPV Εμβολιασμός

Ο εμβολιασμός έναντι του HPV αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αποφάσεις έναντι της καταπολέμησης του ΚΤΜ. Έως τώρα η πρόληψη του ΚΤΜ είχε ως στόχο την ανίχνευση βλαβών στο επιθήλιο του τραχήλου και την θεραπεία αυτών πριν εξελιχθούν σε κακοήθειες νεοπλασίες. Με το εμβόλιο δίνεται η δυνατότητα η πρωτογενούς πρόληψης της ασθένειας.³⁸

Η Ευκαιρία αυτή εμφανίστηκε με την έγκριση για κλινική χρήση αρχικά του τετραδύναμου HPV εμβολίου(HPV4) και μετέπειτα του διδύναμου HPV εμβολίου(HPV2). Τόσο το HPV2, όσο και το HPV4 αποτελούνται από ιόμορφα σωματίδια χωρίς το γενετικό υλικό του ιού, άρα δεν μεταδίδουν τον ιό. Το HPV2 προστατεύει από την προσβολή δυο ογκογόνων τύπων του HPV του 16 και 18 οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για το 70% των περιστατικών του ΚΤΜ. Το HPV4 έχει σχεδιαστεί για την προστασία των παραπάνω τύπων και επιπλέον δύο μη ογκογόνων τύπων, οι οποίοι όμως σχετίζονται με την εμφάνιση οξυτενών κονδυλωμάτων του HPV 6 και HPV 11. Και τα δύο εμβόλια παρουσιάζουν υψηλή αποτελεσματικότητα στην πρόληψη καρκίνου τραχήλου, του αιδοίου, του κόλπου καθώς και των προκαρκινικών αλλοιώσεων.³⁸



Εικ.10: Συσκευασία εμβολίου Gardasil.

3.4.1.1. Μηχανισμός δράσης τετραδύναμου εμβολίου(Gardasil)

Ο HPV στην φυσική του μορφή διαθέτει ογκονιδιακούς παράγοντες και για αυτόν το λόγο η καλλιέργεια του δεν κρίνεται συνετή ούτε δυνατή με τα μέσα που διαθέτουμε. Ωστόσο με την χρήση ανασυνδυασμένου DNA κατέστη δυνατή η κλωνοποίηση των γονιδιωμάτων του HPV. Το εμβόλιο πέραν του κλωνοποιημένου ιού που φέρει την ίδια επιφανειακή δομή, σχήμα και μέγεθος με τον φυσικό περιέχει και ανοσοενισχυτικό (άμορφο θειϊκό υδροξυφωσφορικό αργίλιο) για την καλύτερη αντίδραση του οργανισμού. Έτσι το ανοσοποιητικό σύστημα μετά τον εμβολιασμό είναι σε θέση να παράγει ταχύτερα αντισώματα μετά την έκθεση στον ιό. Η διάρκεια της προστασίας που παρέχουν τα εμβόλια αποτελεί κρίσιμο σημείο της χρησιμότητάς τους για τη δημόσια υγεία. Ορισμένα εμβόλια επάγουν μακράς διάρκειας ανοσία, ενώ άλλα απαιτούν αναμνηστικές δόσεις.³⁹



Εικ.11: Τετραδύναμο εμβόλιο Gardasil.

3.4.1.2. Μηχανισμός δράσης του διδύναμου εμβολίου (Cervarix)

Το 2009 πήρε έγκριση προς κλινική χρήση ένα διδύναμο HPV εμβόλιο σε γυναίκες ηλικίας από 10 έως 25 ετών. Το Cervarix είναι ένα ανοσοενισχυμένο μη λοιμογόνο ανασυνδυασμένο εμβόλιο, που παρασκευάζεται από υψηλής καθαρότητας σωματίδια που προσομοιάζουν τους ογκογόνους τύπους 16 και 18 του HPV, που ευθύνονται για το 70% των περιστατικών. Επειδή περιέχουν DNA του ιού, δεν μπορούν να μολύνουν τα κύτταρα, να αναπαραχθούν ή να προκαλέσουν νόσο.³⁹

3.4.1.3. Παρενέργειες και ασφάλεια

Η ασφάλεια για το εμβόλιο του HPV μελετήθηκε σε πέντε μεγάλες κλινικές δοκιμές στις οποίες συμμετείχαν πάνω από 21.000 γυναίκες ηλικίας από 9 έως 26 ετών πριν αυτό εγκριθεί από το CDC (Center of Disease Control and Prevention) το FDA και το EMEA (European Medicine Agency). Κατά την κυκλοφορία του, οι οργανισμοί αυτοί παρακολουθούν στενά την ασφάλεια του εμβολίου μέσω συστηματοποίησης και ανάλυσης όλων των αναφερόμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά τον εμβολιασμό. Στη συνέχεια πιθανολογείται η συσχέτιση τους με τον εμβολιασμό από εξειδικευμένους επιστήμονες.³⁹

Οι παρενέργειες αμέσως μετά τον εμβολιασμό περιλαμβάνουν:

- Πόνος οίδημα, κνησμό στο σημείο της ένεσης
- Ναυτία
- Κεφαλαλγία
- Εξανθήματα
- Πυρετό

Άλλες παρενέργειες:

- Σύνδρομο GuillainBare, προκαλεί μυϊκή αδυναμία έως και παράλυση και απαντάτε φυσιολογικά σε 1-2 στους 100.000 εφήβους
- Θρομβοεμβολικά επεισόδια σε καρδιά, πνεύμονες, κάτω άκρα, τα οποία τις περισσότερες περιπτώσεις αφορούσαν άτομα με προδιαθεσικούς παράγοντες.³⁸

3.5. Διάγνωση

Συμπτώματα: Μία από τις πιο σύνηθες εκδηλώσεις του ΚΤΜ στα πρώτα στάδια του διηθητικού καρκινώματος είναι η ανώμαλη κολπική αιμόρροια η οποία εμφανίζεται συχνά μετά τη σεξουαλική επαφή. Σε άλλες περιπτώσεις ως αρχικό σύμπτωμα εκδηλώνεται υδαρής κολπική υπερέκκριση που περιέχει και αίμα. Πιο προχωρημένα στάδια της νόσου εκδηλώνονται με δύσσομες κολπικές εκκρίσεις, απώλεια βάρους ή αποφρακτική ουροπάθεια. Η αιμόρροια γίνεται αντιληπτή αυξάνοντας την ποσότητα του αίματος στην περίοδο ή ως διαλείπουσα αιμόρροια ανάμεσα στις περιόδους . Σε ασθενείς μετά την εμμηνόπαυση ειδικά αν η γυναίκα δεν είναι σεξουαλικά ενεργή η αιμόρροια μπορεί να εκδηλωθεί καθυστερημένα και μόνο όταν ο όγκος έχει αναπτυχθεί σημαντικά. Η ανώμαλη αιμόρροια γίνεται συχνότερη με την αύξηση του μεγέθους του όγκου. Αιματουρία ή δυσουρία και προβλήματα αφόδευσης εκδηλώνονται ως αποτέλεσμα προσβολής του ορθού ή της ουροδόχου κύστεως.¹⁵

Σημεία: Η πυελική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει μάζες στον τράχηλο, εστίες γκρίζας δυσχρωμίας, αιμορραγία, η σημεία τραχηλίτιδας. Αν γίνεται ορατός κάποιος όγκος πρέπει να επισημανθεί η έκταση του, καθώς η πρόγνωση επηρεάζεται σημαντικά από πιθανή διήθηση του κόλπου η των παραμήτριων.²⁵

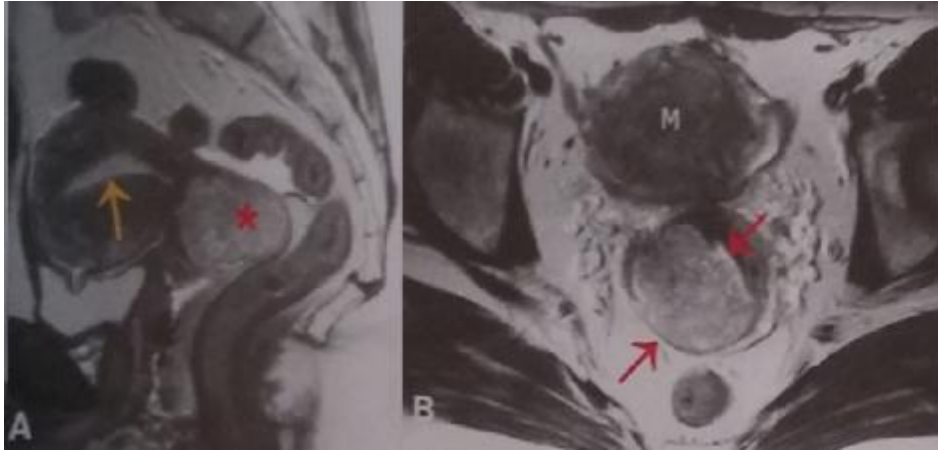
Βιοψία: Ανεξάρτητα από τα ευρήματα του test pap, βιοψία πρέπει να ληφθεί από όλες τις ορατές εστίες αλλοιώσεων. Μπορεί να αποδειχτεί απαραίτητη και η βιοψία έσω κωνοειδούς εκτομής αν στην αρχική βιοψία βρεθεί μικροδιηθητικό καρκίνωμα ,αν η ενδοτραχηλική απόξεση δείξει υψηλού βαθμού δυσπλασία η αν η κυτταρολογική εξέταση εγείρει υποψίες αδενοκαρκινώματος in situ.²⁵

Απόξεση ενδοτραχήλου(endocervical curettage, ECC):Είναι η εξέταση εκλογής όταν το test pap δείχνει υψηλού βαθμού αλλοιώσεις αλλά δεν εντοπίζεται βλάβη με την κολποσκόπηση, όταν δεν γίνεται ορατή ολόκληρη η ζώνη μετάπτωσης του επιθήλιου, όταν το test pap δείχνει ατυπίες ενδοτραχηλικών κυττάρων, καθώς και όταν η κυτταρολογική εξέταση δείχνει ξανά αλλοιώσεις υψηλού βαθμού σε γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό CIN. Σε περίπτωση που με ECC διαγνωσθεί υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση του πλακώδους επιθηλίου κρίνεται απαραίτητη η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι ή ηλεκτροχειρουργική εκτομή με την μέθοδο LEEP(loop electro surgical excision procedure).²⁵

Ασθενής με θετικό test pap χωρίς ορατή εστία νόσου: Συνήθως υποβάλλονται σε κολποσκόπηση, με την οποία μπορεί να ανιχνευθεί το 90% των διαπλαστικών αλλοιώσεων. Με την κολποσκόπηση είναι δυνατός ο έλεγχος υπό μεγεθυντικό φακό του επιθήλιου του τράχηλου και των κατωτέρων γεννητικών οργάνων για πιθανές εστίες δυσπλασίας ή καρκίνου και η ιστολογική διάγνωση μέσω βιοψίας των υπόπτων περιοχών.²⁵

Ακτινολογικά Ευρήματα: Ο τράχηλος χωρίζεται σε υπερκολεϊκή και ενδοκολεϊκή μοίρα, οι οποίες χωρίζονται σε 4 κατηγορίες. Το στρώμα της βλέννης με σήμα υψηλής έντασης εντός του αυλού του τραχήλου. Ο βλεννογόνο του τραχήλου ο οποίος εμφανίζει ενδιάμεσης προς υψηλής έντασης σήμα. Το τραχηλικό στρώμα που περιβάλλει το βλεννογόνο και εμφανίζει σήμα υψηλής έντασης και μια επιπλέον ζώνη με σήμα ενδιάμεσης έντασης σε συνέχεια με το μυομήτριο που αντιπροσωπεύει λείες μυϊκές ίνες.²⁴

- **ΥΠΧ:** Είναι δυνατό να παρατηρηθεί διόγκωση του τραχήλου και μειωμένη ηχογένεια σε σχέση με το παρακείμενο μυομήτριο.
- **ΥΤ:** Παρατηρείται αύξηση των διαστάσεων του τραχήλου, ο οποίος παρουσιάζει ομοιογενή πρόσληψη μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας. Η ΥΤ έχει περιορισμένο ρόλο στην σταδιοποίηση του ΚΤΜ, λόγω της χαμηλής της ακρίβειας στην ανίχνευση πρώιμης επέκτασης στα παραμήτρια.
- **ΜΤ:** Αναγνωρίζεται ως ανομοιογενής χωροκατακτητική επεξεργασία χαμηλής έντασης σήματος (εικόνα Α, ίσης έντασης σήματος σε σχέση με το τραχηλικό στρώμα) και υψηλής έντασης σήματος (εικόνα Β, υψηλής έντασης σε σχέση με το τραχηλικό στρώμα). Μετά την ενδοφλέβια χορήγηση ΠΟ παρατηρείται υψηλή απορρόφηση από τον όγκο. Η ΜΤ βοηθάει στην εκτίμηση σταδιοποίησης του ΚΤΜ απεικονίζοντας το μέγεθος του νεοπλάσματος, τη διήθηση του στρώματος της μήτρας, την επέκταση στα παραμήτρια του κόλπου, το ορθό, την ουροδόχο κύστη και την πιθανή προσβολή των λεμφαδένων.
- **PET/CT:** Συμβάλει στην αναγνώριση διηθημένων λεμφαδένων, όταν τα ευρήματα της ΥΤ ή ΜΤ είναι αρνητικά, με αποτέλεσμα αλλαγή του θεραπευτικού πλάνου σε σημαντικό αριθμό ασθενών.²⁴



Εικ. 12: Ακτινολογικό εύρημα αλλοίωσης τραχήλου μήτρας.

3.6. Οδοί Διασποράς

Διήθηση ιστών: Η νεοπλασία που προέρχεται από το πλακώδες επιθήλιο του εξωτραχήλου ή το αδενικό του ενδοτραχήλου, διηθεί αρχικά το στρώμα του οργάνου και μπορεί να επεκταθεί είτε προς τα άνω, στο ενδομήτριο και το σώμα της μήτρας – ιδιαίτερα εάν προέρχεται από τον ενδοτράχηλο είτε προς τα πλάγια διηθώντας τον κύριο σύνδεσμο της μήτρας και τους ιστούς του παραμήτριου ή τους κολπικούς θόλους, είτε τέλος προς τα κάτω, προσβάλλοντας το κολπικό επιθήλιο. Η διήθηση του κολπικού επιθήλιου είναι συνήθως εμφανής μακροσκοπικά. Δύναται όμως να είναι μόνο μικροσκοπική, εκτεινόμενη προς τα κάτω χωρίς να γίνεται αντιληπτή μόνο με την επισκόπηση. Η σκληρία και η ανελαστικότητα του κόλπου αποκαλύπτονται με την ψηλάφηση ενώ η διήθηση διαπιστώνεται με την λήψη βιοψιών. Η επέκταση της νόσου προς τα μπροστά μπορεί να προσβάλλει την ουροδόχο κύστη, ενώ αν επεκταθεί προς τα πίσω μπορεί να καταλήξει σε διήθηση των ιερομηρικού συνδέσμου, του περιτόναιου του δουλγασείου ή του ορθού. Η προσβολή της κύστεως ή του ορθού μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη συριγγίων.¹⁷

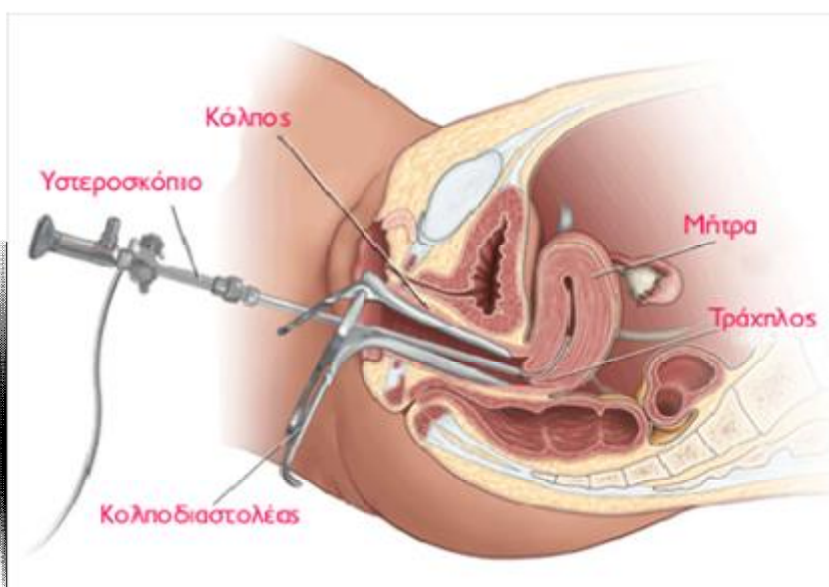
Λεμφογενής διασπορά: Ο ΚΤΜ μπορεί να κάνει μεταστάσεις στους παραμητρικούς, πυελικούς και παραορτικούς λεμφαδένες. Οι λεμφαδενικές μεταστάσεις έχουν μελετηθεί εκτενώς γιατί αντιπροσωπεύουν τη συνηθέστερη μορφή διασποράς της νόσου και αποτελούν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα. Η προσβολή των παραμητρικών λεμφαδένων δεν αποτελεί προϋπόθεση για την ανάπτυξη μεταστάσεων στους πυελικούς. Οι μεταστάσεις στους παραορτικούς λεμφαδένες ωστόσο είναι ασυνήθεις στις περιπτώσεις που οι πυελικοί και ιδίως οι κοινοί λαγόνιοι είναι ελεύθεροι νόσου. Το μέγεθος του όγκου επιδρά επίσης στην συχνότητα προσβολής των λεμφαδένων. Συχνότερη δηλαδή είναι η

προσβολή των θυροειδών αδένων και των έξω λαγόνιων, στην περιοχή ανάμεσα στην έξω λαγόνιο αρτηρία και την έξω λαγόνιο φλέβα.²³

Αιματογενής διασπορά: Δεν είναι αρκετή συχνή. Ο ΚΤΜ είναι νόσος η οποία εξελίσσεται στην πύελο για μεγάλο χρονικό διάστημα . Πριν την εφαρμογή των ουρολογικών stents και της σύγχρονης χημειοθεραπείας οι ασθενείς συχνά πέθαιναν από νεφρική ανεπάρκεια λόγω απόφραξης των ουρητήρων . Οι αιματογενείς μεταστάσεις όταν συμβαίνουν αφορούν συχνότερα τους πνεύμονες το ήπαρ και τα οστά χωρίς αυτό να αποκλείει την ανάπτυξη τους σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος .Η πιθανότητα μεταστατικής προσβολής των ωοθηκών δεν υπερβαίνει το 0,5 έως 1,5 % και επιτρέπει την διατήρηση τους κατά την χειρουργική αντιμετώπιση νεαρών ασθενών.¹⁷

3.7. Σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση του ΚΤΜ είναι κλινική, σε αντίθεση με τα άλλα είδη γυναικολογικού καρκίνου που γίνεται χειρουργικά. Η κλινική αυτή σταδιοποίηση στηρίζεται στις αρχές της της FIGO όπως αυτές καθορίστηκαν στην σύνοδο Montreal το 1994 και θεωρείται αναγκαία καθότι σε πολλά κέντρα η αντιμετώπιση του γίνεται αποκλειστικά με ακτινοβολία. Η εκτίμηση θα πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένο και έμπειρο ειδικό, και να περιλαμβάνει την εξέταση δια του ορθού με την χορήγηση αναισθησίας για την καλύτερη εκτίμηση των παραμητρίων και του Δουγλασείου. Είναι απαραίτητη για την εκτίμηση θεραπευτικών παρεμβάσεων και την σύγκριση τους. Οι εξετάσεις που επιτρέπονται για την σταδιοποίηση του ΚΤΜ είναι οι ακόλουθες: Επισκόπηση, ψηλάφηση, κολποσκόπηση, απόξεση, υστεροσκόπηση, κυστεοσκόπηση, ορθοσκόπηση, IVP και ακτινογραφικός έλεγχος πνευμόνων και σκελετού.¹⁷



Εικ.13: Διαδικασία υστεροσκόπησης.

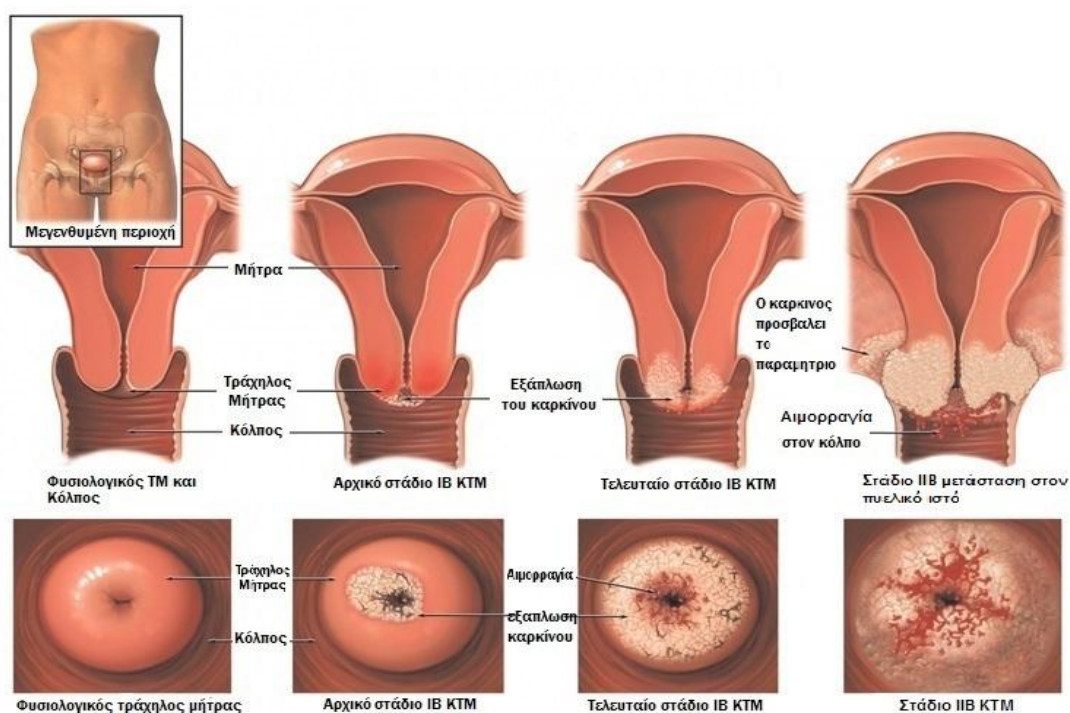
Στάδιο I: Ο καρκίνος εντοπίζεται στον τράχηλο(η επέκταση στο ενδομήτριο δεν λαμβάνεται υπόψη)

Στάδιο IA: Διήθητικό καρκίνος που μπορεί να διαγνωσθεί μόνον ιστολογικά(όχι ορατή νόσος). Το βάθος διήθησης είναι μέχρι 5 mm και η οριζόντια έκταση της νόσου μέχρι 7 mm. Η τυχόν προσβολή αγγείων δεν αλλάζει το στάδιο.

- Στάδιο IA1: Διήθηση στρώματος μέχρι 3 mm σε βάθος μέχρι 7 mm σε έκταση.
- Στάδιο IA2: Διήθηση στρώματος >3 mm και μέχρι 5 χιλιοστά σε βάθος και 7 mmσε έκταση.

Στάδιο IB: Κλινικά ορατή νόσος εντοπισμένη στον τράχηλο ή προκλινική νόσος αλλά πιο προχωρημένη από το στάδιο IA.

- Στάδιο IB1: Όγκος ≤ 4 cm.
- Στάδιο IB2: Όγκος 4 cm.



Εικ.14: Σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

Στάδιο II: Ο καρκίνος διηθεί και ιστούς εκτός της μήτρας αλλά δεν φθάνει στο κάτω 1/3 του κόλπου ή στο πυελικό τοίχωμα.

Στάδιο IIA: Όχι εμφανής διήθηση παραμητρίου.

Στάδιο IIB: Εμφανή διήθηση παραμητρίου.

Στάδιο III: Ο καρκίνος έχει επεκταθεί μέχρι το πυελικό τοίχωμα ή έχει προσβάλει το κατώτερο 1/3 του κόλπου ή υπάρχει υδρονέφρωση λόγω απόφραξης του ουρητήρα.

Στάδιο IIIA: Προσβολή του κάτω 1/3 του κόλπου. Το παραμήτριο δεν διηθείται μέχρι το πυελικό τοίχωμα.

Στάδιο IIIB: Διήθηση του παραμητρίου μέχρι το πυελικό τοίχωμα ή υδρονέφρωση.

Στάδιο IV: Ο καρκίνος έχει επεκταθεί εκτός της πυέλου ή διηθεί το βλεννογόνο της κύστεως ή του ορθού(βιοψία θετική).

Στάδιο IVA: Διήθηση γειτονικών οργάνων.

Στάδιο IVB: Μετάσταση σε μακρινά όργανα.¹⁹

3.8. Προγνωστικοί παράγοντες

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζει προγνωστικούς παράγοντες οι όποιοι και καθορίζουν τη νοσηρότητα αλλά και τη θνησιμότητα. Οι παράγοντες αυτοί προέρχονται από την ίδια την ασθενή από τις ιδιαιτερότητες του όγκου από τα κυτταρικά χαρακτηριστικά αλλά και τα παθολογοανατομικά και μορφολογικά κριτήρια. Παράγοντες από μεριάς της ασθενούς είναι η ηλικία, η διατροφή, η αναιμία κύησης, το κάπνισμα και η ανοσολογική κατάσταση. Παράγοντες εκ μέρους της νόσου κατά FIGO το μέγεθος του όγκου, το βάθος της διήθησης, ο ιστολογικός τύπος, ο ιστολογικός βαθμός διαφοροποίησης διήθησης αγγείων-λεμφαγγείων ,η μετάσταση στους πυελικούς λεμφαδένες και η μετάσταση στους παραορτικούς λεμφαδένες.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Από το τέλος του 19^{ου} αιώνα η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας εφαρμόστηκε υπό τη μορφή της ριζικής κοιλιακής υστερεκτομής ή τη μορφή της ριζικής κολπικής υστερεκτομής χωρίς λεμφαδενεκτομή. Αυτές οι επεμβάσεις είχαν μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας λόγω των πτωχών χειρουργικών δεδομένων της εποχής. Μετέπειτα η ακτινοθεραπεία με τη εφαρμογή του ραδίου αντικατέστησε πλήρως τη χειρουργική θεραπεία. Τη δεκαετία του 1950 ο Joe Meigs εφάρμοσε τη ριζική υστερεκτομή με πυελική λεμφαδενεκτομή. Από τότε και υστέρτα αποτελεί την επέμβαση εκλογής για τον καρκίνο του τράχηλου της μήτρας και είναι ικανή να αντιμετωπίσει νόσο σταδίων I-IIa.²¹

4.1. Αντιμετώπιση ανά στάδιο

Σύμφωνα με τη FIGO ως μικροδιηθητικό KTM ορίζονται οι περιπτώσεις στις οποίες η νόσος δεν είναι κλινικά εμφανής και το βάθος διήθησης του στρώματος δεν ξεπερνά τα 5 mm είναι η οριζόντια έκταση της είναι μέχρι 7 mm. οι περιπτώσεις αυτές αποτελούν το στάδιο IA το οποίο διακρίνεται σε IA1 και IA2 βάθος διήθησης μέχρι 3 mm.²³

IA1 και IA2

Εφόσον πρόκειται για προκλινική νόσο είναι φανερό ότι η σταδιοποίηση δεν μπορεί να γίνει με κλινική εξέταση. για να διαγνωστεί ο ΜΔΚ απαιτείται η εκτέλεση κωνοειδούς εκτομής του τραχήλου και η λεπτομερής ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος. Βασική επίσης προϋπόθεση αποτελεί η εξαίρεση του κώνου σε υγιή χειρουργικά όρια. Στην αντίθετη περίπτωση υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να παραμείνει αδιάγνωστη παρακαείμενη βλάβη με μεγαλύτερη διήθηση γεγονός που θα οδηγήσει σε αποτυχία της συντηρητικής θεραπείας. Με βάση αυτά τα δεδομένα για τις νέες και άτεκνες ασθενείς με νόσο σταδίου IA1 αρκεί ως θεραπεία η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου σε υγιή χειρουργικά όρια. Στις μεγαλύτερες ηλικίες η όταν δεν απασχολεί η διατήρηση της γονιμότητας εφαρμόζεται η απλή ολική υστερεκτομή.¹⁷ Στις περιπτώσεις σταδίου IA2, ο κίνδυνος παρουσίας λεμφαδενικών μεταστάσεων αν και μικρός 5-7% είναι υπαρκτός και επιβάλλει την εξαίρεση των λεμφαδένων της πυέλου. Στις νέες ασθενείς με νόσο σταδίου IA2 μπορεί να εξαιρεθεί ο τράχηλος με τον παρατραχηλικό ιστό (ριζική τραχηλεκτομή) και οι λεμφαδένες με ανοιχτή ή λαπαροσκοπική επέμβαση. Η θεραπεία αυτή έχει εφαρμοστεί σε μεγάλο

αριθμό ασθενών και θεωρείται ασφαλής και έχει επιτρέψει σε αρκετές νέες γυναίκες την γέννηση παιδιών. Όταν δεν εφαρμόζεται η ριζική τραχηλεκτομή π.χ. σε μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες τη χειρουργική θεραπεία εκλογής για το στάδιο IA2 αποτελεί η περιορισμένη ριζική υστερεκτομή και πυελική λεμφαδενεκτομή. Ακόμα θα πρέπει να αναφερθεί ότι εκτός από τον οργανισμό του ΜΔΚ από της FICO ,υπάρχει και η ταξινόμηση της ένωσης των γυναικολόγων - ογκολόγων.²³

Η μηριαία αρτηρία αναγνωρίζεται και απολινώνεται στην έκφυση της από τον πρόσθιο κλάδο της έσω λαγονιού. Ακολουθεί η πυελική λεμφαδενεκτομή που περιλαμβάνει όλες τις ομάδες λεμφαδένων από το ύψος της κοινής λαγονιού αρτηρίας (οπού και αρχίζει)μέχρι το κάτω άκρο της έξω λαγονιού αρτηρίας και φλέβας.²⁰ Στο θυροειδή βόθρο αναγνωρίζονται και διατηρούνται ακέραια το ομώνυμο νεύρο και τα αγγεία. Εάν διαπιστωθεί η παρουσία μεταστατικής διήθησης σε λεμφαδένα της κοινής λαγονιού η σε περισσότερους από δυο στις κατώτερες πυελικές ομάδες ,η λεμφαδενεκτομή συνεχίζεται και στον παραορτικό χώρο. Αυτό προϋποθέτει επέκταση της τομής προς τα άνω, διάνοιξη του οπίσθιου περιτοναίου κατά μήκος της αορτής και εξαίρεση των λεμφαδένων αορτής και κάτω κοίλης. Η παραορτική λεμφαδενεκτομή εκτελείται επίσης στις περιπτώσεις που διαπιστώνονται διεγχειρητικά διογκωμένοι –ύποπτοι αδένες της περιοχής. Η έκταση της δεν έχει καθοριστεί με σαφήνεια. πολλοί πιστεύουν ότι πρέπει να φτάνει στο ύψος των νεφρικών αγγείων.¹⁷ Άλλοι θεωρούν ότι η εξαίρεση των λεμφαδένων μέχρι την έκφυση της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας είναι ικανοποιητική. Μετα τη λεμφαδενεκτομή παρουσιάζεται ο ορθομητρικός χώρος, αναγνωρίζονται οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι και τέμνονται κοντά στην έκφυση του ιερού οστού. Ακολουθεί η παρασκευή του ουρητήρα στο κανάλι του και η πλήρης κινητοποίηση και έλξη του κυρίου συνδέσμου κοντά στο τοίχωμα της πυέλου. Η κατάσπαση της ουροδόχου κύστης συμπληρώνεται ώστε να παρασκευαστεί ο κόλπος σε ικανό μήκος το οποίο επιτρέπει τη διατομή του σε ασφαλή υγιή χειρουργικά όρια. Η εγχείρηση τελειώνει με τη συρραφή του κόλπου και τη στερέωση του κολοβώματος στους παραμητρικούς ιστούς.²¹ Η αιμόσταση ελέγχεται προσεκτικά και η πύελος πλένεται με ορό. Τα παραμήτρια μένουν ανοικτά και τοποθετείται παροχέτευση μόνο όταν η αιμόσταση είναι αμφίβολη πριν την συρραφή των τοιχωμάτων υπερβηκό καθετήρα στην ουροδόχο κύστη.²⁰

Τόσο οι διεγχειρητικοί τραυματισμοί αγγείων, ουρητήρων αιμορραγούν όσο και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές (συρίγγια, θρομβοεμβολικά επεισόδια, ειλεός) είναι ασυνήθεις. Το πιο συχνό μετεγχειρητικό πρόβλημα είναι η διαταραχή της σύρσης λόγω καταστροφής των νευρικών ινών του αυτόνομου νευρικού συστήματος ,που πορεύονται στη βάση των παραμητρίων.²¹

IIA-IB

Ριζική ακτινοθεραπεία για το στάδιο ΙΙΑ-ΙΒ περιλαμβάνει το συνδυασμό της βραχυθεραπείας με τη χορήγηση υψηλών δόσεων ακτινοβολίας του ογκοτού τραχήλου και της εξωτερικής ΑΚΟ στην πύελο, για την αντιμετώπιση της πιθανής παρουσίας νόσου στο παραμήτριο και τους λεμφαδένες. Η εξωτερική ακτινοβολία διαρκεί περίπου 5 εβδομάδες συνδυάζεται με εβδομαδιαία χορήγηση πλατίνας η οποία ενισχύει την αποτελεσματικότητα της και φθάνει στη συνολική δόση των 50-60 Gy.¹⁷

Στάδιο ΙΒ2

Σε αυτό το στάδιο περιλαμβάνονται οι περιπτώσεις με όγκο διαμέτρου >4 cm. Στο στάδιο αυτό, η πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων και ο κίνδυνος υποτροπών είναι σημαντικά μεγαλύτερος σε σύγκριση με τις περιπτώσεις σταδίου ΙΒ1. Για την βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων εφαρμόζονται συνδυασμοί θεραπευτικών μεθόδων (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, και χειρουργική αντιμετώπιση) κανένας από τους οποίους όμως δεν έχει γίνει αποδεκτός μέχρι σήμερα.²⁰

Στάδιο ΙΙΒ-ΙΥΒ

Αυτά τα στάδια αντιμετωπίζονται αποκλειστικά με συνδυασμένη εφαρμογή εξεντερικής και ενδοκοιλιακής ΑΚΘ- με σύγχρονη χορήγηση πλατίνας – όπως γίνεται και για τα στάδια ΙΒ-ΙΙΑ ,αλλά οι δόσεις είναι συνήθως υψηλότερες. Σε ορισμένα κέντρα, περιπτώσεις με αρχόμενο στάδιο ΙΙb αντιμετωπίζεται χειρουργικά με ΡΥΠΛ.¹⁷

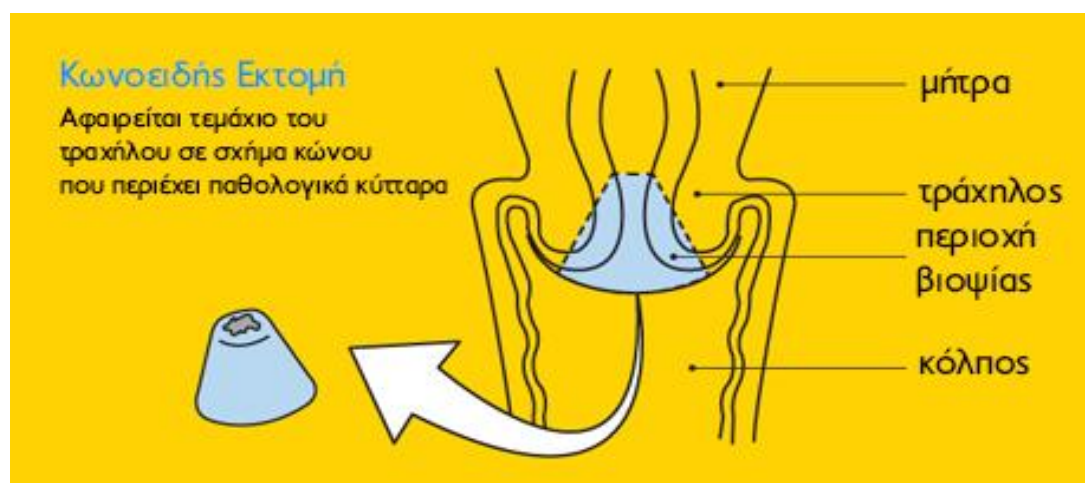
Σπάνια σε ασθενείς με συρίγγια της κύστης η του εντέρου ,μπορεί να εφαρμοστεί η εξεντέρωση .Στις περιπτώσεις που περιλαμβάνουν μακρινές μεταστάσεις της νόσου η αντιμετώπιση της νόσου είναι παρηγορητική.²⁰

4.2. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί την αντιμετώπιση εκλογής για το στάδιο ΙΒ1 και ΙΙΑ στα περισσότερα κέντρα, ιδιαίτερα αν πρόκειται για νέες λεπτές και σε καλή κατάσταση ασθενείς. Θεωρείται πλεονεκτική από πολλούς, σε σχέση με την ακτινοθεραπεία, κυρίως για την δυνατότητα διατήρησης της ωθητικής λειτουργίας, της ακεραιότητας του κολπικού επιθήλιου και ο σχεδιασμό της μετεγχειρητικής αγωγής με βάση συγκεκριμένες πληροφορίες για την έκταση της νόσου.²⁰

Η κλασική χειρουργική μέθοδος είναι η ριζική υστερεκτομή και η πυελική λεμφαδενεκτομή. Την ριζική υστερεκτομή εφάρμοσε ο Wertheim στη Βιέννη πριν από περίπου ένα αιώνα. Αν και είχε αρκετά θεραπευτικά αποτελέσματα για εκείνη την εποχή η μέθοδος δεν υιοθετήθηκε λόγω του υψηλού ποσοστού εγχειρητικής θνησιμότητας. Το ενδιαφέρον των ειδικών της εποχής επικεντρώθηκε στην ανάπτυξη της ακτινοθεραπείας η οποία είχε πολύ λιγότερες επιπλοκές.¹⁷

Κωνοειδής εκτομή: Η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου της μήτρας είναι μια μικρή χειρουργική επέμβαση που διενεργείται υπό μεγέθυνση από το κολποσκόπιο, κατά την οποία αφαιρείται ένα κομμάτι του τραχήλου σχήματος κώνου και αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση. Η κωνοειδής εκτομή εκτός από διαγνωστικό, έχει και θεραπευτικό χαρακτήρα. Η κωνοειδής εκτομή μπορεί να πραγματοποιηθεί με νυστέρι ή διαθερμία. Μπορεί να προκαλέσει μικρού βαθμού αιμορραγία.^[34] Ανασκοπήσεις μεγάλων μελετών έχουν δείξει ότι ενδείκνυται για αρχόμενη νόσος με διήθηση <3mm και εύρος οριζόντιας επέκτασης <7mm έχουν μηδενική πιθανότητα λεμφαδενικής συμμετοχής. Έτσι, νέες γυναίκες που δεν έχουν ολοκληρώσει την αναπαραγωγική τους αποστολή μπορούν να αντιμετωπιστούν ως στάδια IA1 με κωνοειδή εκτομή, με την προϋπόθεση ότι στη συνέχεια οι γυναίκες αυτές θα παρακολουθούνται στενά.^[21]



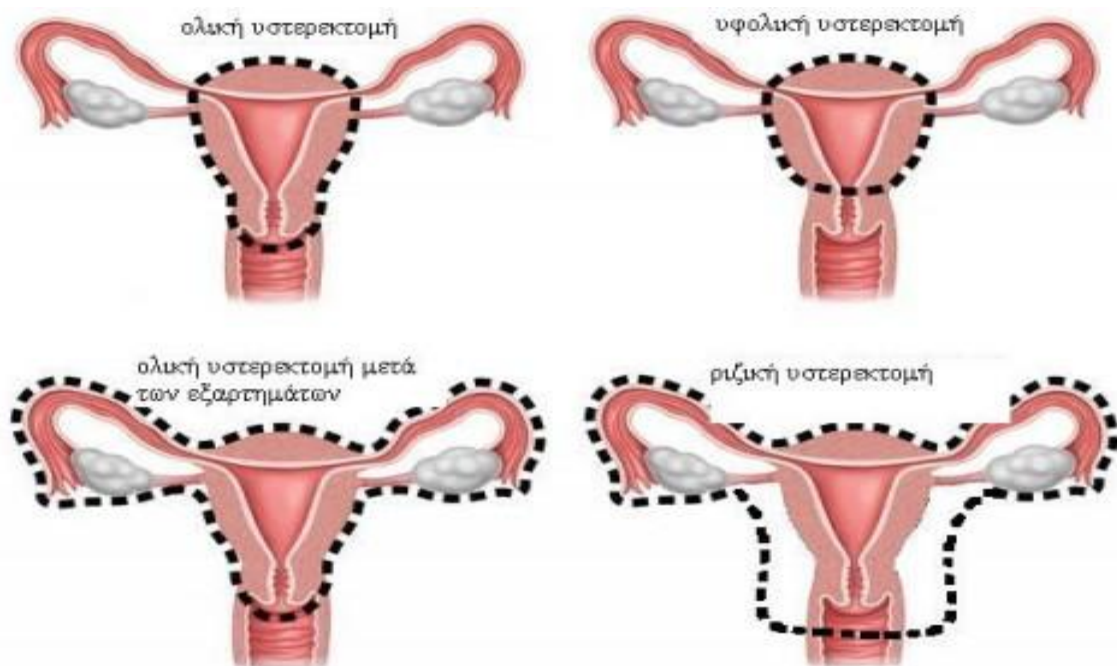
Εικ.15: Σημείο αφαίρεσης ιστού κατά την κωνοειδή εκτομή.

Υστερεκτομή: Αποτελέσει αντικείμενο μελέτης με στόχο την ελάττωση των επιπλοκών της επέμβασης. Το 1974 ο River και οι συνεργάτες του περιέγραψαν 5 είδη υστερεκτομής και καθόρισαν τις ενδείξεις για την καθεμιά από αυτές.¹⁷

- Τύπος I (απλή υστερεκτομή): Πρόκειται για την απλή εξαίρεση της μήτρας η οποία ενδείκνυται για τις περιπτώσεις σταδίου IA1.¹⁷
- Τύπος II (τροποποιημένη ριζική υστερεκτομή): Κατά αυτήν η μητριαία αρτηρία δεν απολινώνεται στην έκφυση της αλλά στην διασταύρωση της με τον ουρητήρα. Ακόμα οι κύριοι και οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι δεν εξαιρούνται εξολοκλήρου,

δηλαδή στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα και το ιερό οστόν αντίστοιχα, αλλά μόνο κατά το προσκείμενο στον τράχηλο ήμισυ. Η εγχείρηση τύπου II προτείνεται για το στάδιο IA2 και για μικρούς όγκους σταδίου IB1 με ευνοϊκά χαρακτηριστικά.²¹

- Τύπος III(ριζική υστερεκτομή): Είναι η εγχείρηση των Wertheim-Meigs. Σε αυτήν η μητριάια αρτηρία απολινώνεται στην έκφυση της και ο ουρητήρας παρασκευάζεται μέχρι την είσοδο του στην κύστη. Οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι θα πρέπει να εξαιρούνται μέχρι το ιερό οστόν και ο κόλπος κατά το άνω 1/2.²¹
- Τύπος IV(εκτεταμένη ριζική υστερεκτομή): Προτάθηκε για την αντιμετώπιση περιπτώσεων στις οποίες διηθείται το άνω τμήμα του κυρίου συνδέσμου το προσκείμενο στην ουροδόχο κύστη η σε κεντρικές υποτροπές της νόσου μετά από την ακτινοθεραπεία. Κατ' αυτήν απολινώνεται η άνω κυστική αρτηρία, ο ουρητήρας παρασκευάζεται τελείως από τον ηβοκυστικό σύνδεσμο και η εξαίρεση του κόλπου είναι ακόμα ριζικότερη(>1/2).²⁰
- Τύπος V(Μερική εξεντέρωση): Η μέθοδος αυτή περιεγράφηκε για την αντιμετώπιση τοπικών υποτροπών μετά από ακτινοθεραπεία, κατά τις οποίες διηθείται τμήμα του τελικού ουρητήρα η της κύστεως. Κατ' αυτήν εξαιρείται το πάσχον τμήμα των οργάνων αυτών και ο ουρητήρας επανεμφυτεύεται στο τμήμα της κύστεως που παραμένει.²⁰



Εικ.16: Οι τύποι της υστερεκτομής.

Ριζική τραχηλεκτομή: Μέσα στα πλαίσια της συντηρητικής παρέμβασης της νόσου στις νέες γυναίκες που θέλουν να διατηρήσουν την αναπαραγωγική τους

δυνατότητα εφαρμόστηκε μια νέα επέμβαση η ριζική τραχηλεκτομή. Αυτή η επέμβαση συνίσταται σε ριζική εξαίρεση του τραχήλου με τον παρατραχηλικό ιστό, αφαίρεση του άνω 1/3 του κόλπου και αναστόμωση του κόλπου στο σώμα της μήτρας αντίστοιχα στον ισθμό. Η ριζική τραχηλεκτομή δίνει τη δυνατότητα τεκνοποίησης σε νέες γυναίκες αφού όμως πρώτα επιλεγθούν αυστηρά.²¹

Κρυοχειρουργική: ή κρυοθεραπεία ονομάζεται η εφαρμογή ακραίου ψύχους με σκοπό την καταστροφή καλοήθων ή κακοήθων ανεπιθύμητων ιστών. Αποτελεί εδώ και πολλά χρόνια μια καθιερωμένη θεραπευτική μέθοδο. Τα τελευταία όμως χρόνια φαίνεται να κερδίζει έδαφος σε ολοένα και περισσότερες νοσολογικές οντότητες, τόσο καλοήθεις όσο και κακοήθεις, προσφέροντας μια εναλλακτική θεραπευτική παρέμβαση. Η κρυοχειρουργική βασίζεται στη διοχέτευση ενός ισχυρού ψυκτικού μέσου, που ονομάζεται κρυογόνο, στον ανεπιθύμητο ιστό που θέλουμε να καταστρέψουμε. Η άμεση επίδραση των πολύ χαμηλών θερμοκρασιών επιφέρουν τον κυτταρικό θάνατο ο οποίος οφείλεται στην κρυσταλλοποίηση του ενδοκυττάρου και του εξωκυττάρου υγρού και στις φυσικοχημικές αλλαγές που επιφέρει στο κύτταρο ο σχηματισμός του πάγου.²⁰

Συνήθως γίνεται σε νέες γυναίκες με μεγάλη ζώνη μετάπλασης (εκτρόπιον). Με τη βοήθεια ειδικής συσκευής, ο τράχηλος καταψύχεται σε 65-85 βαθμούς υπό το μηδέν για 3 λεπτά. Μετά, αφήνεται να ξεπαγώσει για 5 λεπτά και η διαδικασία της κρυοπηξίας επαναλαμβάνεται ομοίως, για άλλα 3 λεπτά. Η ασθενής προειδοποιείται, ότι τις επόμενες ημέρες θα έχει αυξημένη κολπική έκκριση. Η κρυοπηξία πρέπει να χρησιμοποιείται με φειδώ και μόνο κάτω από προϋποθέσεις (με βάση την ανωτέρω τεχνική του διπλού παγώματος, μόνο σε νέες γυναίκες, που έχουν ελεγχθεί κυτταρολογικά, κολποσκοπικά και μικροβιολογικά για αποκλεισμό φλεγμονής από μικρόβια στην περιοχή).²¹

Leep – Loop Electrosurgical Excision Procedure: Είναι η αφαίρεση της ζώνης μετάπλασης με αγκύλη και με τη βοήθεια ηλεκτρικού ρεύματος. Είναι μια δημοφιλής μέθοδος για τη θεραπεία καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η ζώνη μετάπλασης αφαιρείται με τη βοήθεια αγκύλης (loop), μέσα από την οποία περνά υψίσυχο εναλλασσόμενο ρεύμα.²¹



Εικ.17: Μέθοδος κρυοθεραπείας.

Εξάχνωση με Laser: Γίνεται καταστροφή της ζώνης μετάπλασης με Laser διοξειδίου του άνθρακα, υπό τοπική αναισθησία. Η μέθοδος ήταν πολύ δημοφιλής στο παρελθόν, πριν την εποχή χρήσης της Leep. Σήμερα χρησιμοποιείται σε επιλεγμένες περιπτώσεις, συνήθως σε νέες γυναίκες.²⁰

4.3. Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μορφή θεραπευτικής αγωγής έναντι του καρκίνου. Στηρίζεται στην χρήση φαρμάκων για καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Συχνά μπορεί να χρησιμοποιηθεί παράλληλα με άλλες μορφές θεραπείας όπως χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία ή ανοσοθεραπεία. Στον ΚΤΜ η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται σε προχωρημένη νόσο και για την αντιμετώπιση υποτροπών.²⁶

Στα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ευρέως κατά την χημειοθεραπεία συγκαταλέγονται και οι αντινεοπλασματικοί παράγοντες. Συγκαταλέγονται στην κατηγορία κυταροτοξικών φαρμάκων, δρώντας καταστρέφοντας οποιοδήποτε κύτταρο και ως εκ τούτου η καταστρεπτική του δράση δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα.²⁶ Ωστόσο τα φυσιολογικά κύτταρα σε σχέση με τα κακοήθη αναπλάθονται με διαφορετικό τρόπο και είναι ικανά να αναπλάθονται πιο γρήγορα και αποτελεσματικά. Ουσιαστικά το συνολικό αποτέλεσμα των αντινεοπλασματικών φαρμάκων είναι οι μείωση των κακοηθών κυττάρων σε γενικευμένες κακοήθειες και η συρρίκνωση του μεγέθους ενός όγκου και επομένως μείωση βαρύτητας των συνοδών συμπτωμάτων του. Τα στεροειδή συχνά χρησιμοποιούνται παράλληλα με τα αντινεοπλασματικά φάρμακα για την αντιμετώπιση του καρκίνου.⁴⁶



Εικ.18: Ασθενής που λαμβάνει χημειοθεραπευτική αγωγή.

Οι τεχνικές χορήγησης των αντινεοπλασματικών παραγόντων περιλαμβάνει την ενδαρτηριακή, την ενδοπεριτοναϊκή, την ενδοκοιλιακή, την ενδορραχιαία και την ενδοφλέβια έγχυση. Πρόοδο στην χημειοθεραπεία αποτελεί η πολλαπλή χορήγηση διαφορετικών φαρμάκων παράλληλα, σε χαμηλότερες δόσεις για την θεραπεία διαφόρων τύπων κακοηθειών. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η φαρμακευτική δράση έναντι όλων των φάσεων του κυτταρικού κύκλου, καταστρέφοντας περισσότερα κύτταρα και μειώνοντας τις παρενέργειες.²⁶

4.4. Ακτινοθεραπεία

Τόσο τα πλακώδη όσο και τα αδενοκαρκινώματα του τραχήλου της μήτρας μπορεί να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά και με ακτινοθεραπεία. Με την ακτινοθεραπεία αντιμετωπίζονται όλων των σταδίων της νόσου οι ασθενείς. Η θεραπεία συνίσταται στην εφαρμογή εξωτερικής ακτινοθεραπείας της πυέλου σε συνδυασμό με βραχυθεραπεία ανάλογα με τα στάδια της νόσου και το μέγεθος του όγκου. Ο σκοπός της εξωτερικής ακτινοθεραπείας είναι η εξάλειψη εστιών της νόσου στο πυελικό λεμφικό σύστημα, η συρρίκνωση του όγκου και η ανατομική αποκατάσταση τραχήλου-κόλπου για την εισαγωγή των εφαρμογών της βραχυθεραπείας. Η ακτινοθεραπεία προσφέρει εξαιρετικό τοπικό έλεγχο της νόσου σε πρώιμη νόσο και μικρούς όγκους και εντυπωσιακά εξαρτωμένη από το στάδιο ανταπόκριση σε προχωρημένα στάδια.²¹



Εικ.19: Διαδικασία ακτινοθεραπευτικής αγωγής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Νοσηλευτική φροντίδα γυναικών με ΚΤΜ

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να συλλέξει τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με το αναπαραγωγικό ιστορικό της ασθενούς και τις γυναικολογικές ανησυχίες της. Αυτό δεν είναι απαραίτητως εύκολο τόσο από την πλευρά της ασθενούς όσο και από την πλευρά του νοσηλευτή, καθώς πρόκειται να συζητηθούν θέματα σχετικά με το σώμα και την προσωπική ζωή της ασθενούς. Οι ερωτήσεις θα πρέπει να τίθενται με ευαισθησία και να λαμβάνεται υπόψιν ότι η ασθενής έχει το δικαίωμα να μην απαντήσει. Η πρόληψη λοιμώξεων, εκπαίδευση και η συναισθηματική υποστήριξη είναι βασικοί σκοποί στον σχεδιασμό της φροντίδας. Επιπλέον ο έλεγχος του πόνου, η διαχείριση των αναγκών, η συναισθηματική και σωματική φροντίδα θα πρέπει να εντάσσονται στο σχέδιο.³⁴

Κάθε παρέμβαση απαιτεί εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της. Αυτό μπορεί να με επιτευχθεί με την διερεύνηση των ακολούθων παραγόντων: Πόσο αποτελεσματικά αντιμετωπίστηκε ο πόνος; Υπάρχουν παρενέργειες στα φάρμακα ή στην θεραπεία; Πως ανέχεται η ασθενής κάθε αλλαγή στην διαίτα ή την θεραπεία της; Κάθε φορά η απόφαση για συνέχιση ή τροποποίηση της θεραπείας εξαρτάται από την επίτευξη αναμενόμενων εκβάσεων³⁴

5.1. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χειρουργική αντιμετώπιση

Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή πριν, κατά και μετά την χειρουργική επέμβαση ονομάζεται περιεγχειρητική νοσηλευτική.³² Αυτή περιλαμβάνει τρεις φάσεις, την προεγχειρητική φάση που αρχίζει από την απόφαση του ασθενούς έπειτα από την ενημέρωση του θεράποντα ιατρού να προχωρήσει στην επέμβαση, και διαρκεί μέχρι ο ασθενής να μεταφερθεί στην χειρουργική αίθουσα ή το χειρουργικό τραπέζι. Την διεγχειρητική φάση, η οποία αρχίζει από την μεταφορά του ασθενή στην χειρουργική αίθουσα, έως την μεταφορά του στην μονάδα ανάνηψης. Τέλος την μετεγχειρητική φάση η οποία διαρκεί από την εισαγωγή στην μονάδα ανάνηψης έως την πλήρη ανάρρωση από την επέμβαση και την τελευταία επίσκεψη του θεράποντα ιατρού.³³

5.1.1. Προεγχειρητική φροντίδα

Η αρχική αξιολόγηση κατά την εισαγωγή μπορεί να πραγματοποιηθεί με ένα τηλεφώνημα ή μια κατ'ιδίαν συνέντευξη. Το σχέδιο της προεγχειρητικής εκπαίδευσης θα πρέπει να περιλαμβάνει προεγχειρητικές οδηγίες και την προετοιμασία του ασθενούς. Σε αυτήν την προετοιμασία θα πρέπει να εντάσσονται και τα μέλη της οικογένειας.³⁴

5.1.1.1. Προεγχειρητικές Πληροφορίες

Στο τμήμα ημερήσιας νοσηλείας παρέχονται γραπτές και προφορικές οδηγίες σχετικά με τους ασθενείς που θα υποβληθούν σε χειρουργείο:

- Καταγραφή των φαρμάκων που λαμβάνει καθημερινά, αν λαμβάνει, και ερώτηση του θεράποντα ιατρού εάν η αγωγή θα συνεχιστεί κανονικά την ημέρα του χειρουργείου.
- Ενημέρωση του ιατρού σε περίπτωση εμφάνισης κρυολογήματος ή λοίμωξης.
- Καταγραφή τυχόν αλλεργιών και ενημέρωση χειρουργικού προσωπικού.

Ενημέρωση ασθενούς για:

- Αφαίρεση βερνικιού νυχιών την ημέρα της επέμβασης.
- Όλα τα κοσμήματα και αντικείμενα αξίας να αφεθούν στο σπίτι.
- Τον περιορισμό των τροφών και υγρών που θα υπάρξει πριν από την εγχείρηση.³²

5.1.1.2. Νοσηλευτική προεγχειρητική φροντίδα

Η προεγχειρητική φάση ξεκινά την στιγμή που αποφασίζεται ότι είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση. Αυτή η περίοδος περιλαμβάνει σωματική συναισθηματική και πολιτισμική αξιολόγηση του ασθενούς. Η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας του διεξάγεται αυτήν την περίοδο.

Η προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Έλεγχος φακέλου του ασθενούς για το είδος της επέμβασης και ανασκόπηση ιατρικών οδηγιών.

- Επικοινωνία με τον ασθενή, επεξήγηση διαδικασίας και βεβαίωση πως όλα τα απαραίτητα έγγραφα είναι τακτοποιημένα.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων, για κάθε σημαντική αλλαγή στις τιμές ενημερώνεται ο υπεύθυνος επαγγελματίας υγείας.
- Εκτέλεση υγιεινής και φροντίδας στόματος. Αφαίρεση μασέλας, έλεγχος οδοντοστοιχίας για χαλαρά δόντια. Υπενθύμιση για την μη λήψη τροφής ή υγρών.
- Αφαίρεση ρούχων και τοποθέτηση μπλούζας νοσοκομείου. Επίσης απομάκρυνση κοσμημάτων, μανό από τα νύχια, προσθέτων(φακών επαφής, ψεύτικων βλεφαρίδων και άλλων παρόμοιων). Τα τιμαλφή δίνονται στους συγγενείς ή εάν δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα κλειδώνονται στο ντουλάπι των ναρκωτικών.
- Υποκλυσμός και άδειασμα ουροδόχου κύστης.
- Χορήγηση προεγχειρητικής φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Τοποθέτηση ασθενούς από το κρεβάτι στο φορείο για την μεταφορά στο χειρουργείο.³²



Εικ.20: Διαδικασία λήψης ιστορικού.

5.1.2. Διεγχειρητική φροντίδα

Η διεγχειρητική φάση περιλαμβάνει την προετοιμασία στο προθάλαμο του χειρουργείου με την προετοιμασία του δέρματος, των ενδοφλεβίων γραμμών, υγρών και φαρμάκων. Επιπλέον την τακτοποίηση του χειρουργικού θαλάμου με τον έλεγχο του εξοπλισμού και τη προετοιμασία του χειρουργικού τραπεζιού.³²

5.1.3. Μετεγχειρητική φροντίδα

Όταν ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση με γενική αναισθησία, ο ασθενής μεταφέρεται στην μονάδα ανάνηψης η οποία βρίσκεται συνήθως δίπλα από την χειρουργική αίθουσα. Ο χρόνος ανάνηψης μετά από μείζονα χειρουργική επέμβαση είναι πολύ σημαντικός και απαιτεί έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό. Οι νοσηλεύτριες της μονάδας ανάνηψης μετά το χειρουργείο ενημερώνονται προφορικά από τον αναισθησιολόγο για την έκβαση της εγχείρησης, τις απώλειες αίματος την αναισθησία, τα υγρά και τα φάρμακα που χορηγήθηκαν καθώς και για τα προβλήματα που προέκυψαν.²⁷



Εικ.21: Τακτοποίηση εργαλείων από νοσηλεύτρια - εργαλιοδότρια πριν το χειρουργείο.

5.1.3.1. Νοσηλευτικές διαγνώσεις

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις που χρησιμοποιούνται συνήθως για τους μετεγχειρητικούς ασθενείς που έλαβαν γενική αναισθησία είναι οι ακόλουθες:

- Διαταραγμένη ανταλλαγή αερίων σχετιζόμενη με την επίδραση της αναισθησίας στους πνεύμονες ή αναποτελεσματικός τύπος αναπνοής σχετιζόμενος με τον πόνο και την αναλγησία.
- Διαταραγμένη ακεραιότητα δέρματος σχετιζόμενη με την χειρουργική τομή, οξύς πόνος και κίνδυνος λοίμωξης.

- Κίνδυνος βλάβης σχετιζόμενος με την καταστολή, το μειωμένο επίπεδο συνείδησης ή με την απώλειά αίματος.
- Έλλειμα όγκου υγρών σχετιζόμενο με την απώλεια υγρών και μη λήψης τους από το στόμα λόγω χειρουργείου.
- Κίνδυνος δυσκοιλιότητας σχετιζόμενη με την λήψη αναισθησίας και διαταραγμένη αποβολή ούρων σχετιζόμενη με την παρουσία καθετήρα.²⁷

5.1.3.2. Μετεγχειρητικός πόνος

Ο οξύς πόνος είναι συχνά χρήσιμος διότι προειδοποιεί για την ύπαρξη νόσου ή βλάβης, βοηθά στην διάγνωση χάρης στα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα και ακινητοποιώντας τον ασθενή βοηθά στην θεραπεία του. Από την στιγμή όμως που γίνεται η διάγνωση και η θεραπεία, παύει να υφίσταται τόσο η προειδοποιητική όσο και η διαγνωστική του ιδιότητα. Ο πόνος πρέπει να καταπολεμάται μαζί με την αιτία που τον προκάλεσε, καθώς όχι μόνο είναι δυσάρεστος και ενοχλητικός αλλά μπορεί να αποβεί από βλαβερός έως επικίνδυνος.³⁵

Ο μετεγχειρητικός πόνος δεν εξυπηρετεί καμία διαγνωστική ή θεραπευτική σκοπιμότητα και άρα είναι άχρηστος και βλαβερός και με τέτοιο τρόπο πρέπει να αντιμετωπίζεται. Η μετεγχειρητική λειτουργία των οργάνων και συστημάτων συνδέεται άμεσα και σε μεγάλο βαθμό τόσο με την λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος όσο και με την γενική νευροενδοκρινική απάντηση στο τραύμα. Οι επιπτώσεις από την υπερδραστηριότητα του εξαιτίας της επίδρασης του πόνου είναι βλαπτικές για τον οργανισμό.³³

Για να γίνει αντιληπτή η ευεργετική δράση της αναλγησίας αναφέρονται επιγραμματικά οι επιπτώσεις του πόνου.

- Αναπνευστικό σύστημα: Ατελεκτασία, πυκνώσεις, υποξία, υπερκαπνία και shut.
- Πεπτικό σύστημα: Μείωση εντερικού φραγμού σε μικροοργανισμούς, γαστρική διάταση και παραλυτικός ειλεός.
- Ουροποιητικό σύστημα: Επίσχεση ούρων.
- Κυκλοφορικό σύστημα: περιεγχειρητική ισχαιμία, έμφραγμα και υποξαιμία.³⁵

5.1.3.2.1. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με πόνο

Ο τελικός στόχος είναι η ανακούφιση από τον πόνο. Αν αυτό δεν καταστεί δυνατόν τότε η νοσηλευτική φροντίδας προσαρμόζεται στον έλεγχο του πόνου. Οι

απαιτούμενες ενέργειες περιλαμβάνουν την χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και χρησιμοποίηση επικουρικών μέτρων όπως τοποθέτηση σώματος σε σωστή θέση ή μαλάξεις. Επιπλέον γίνεται αξιολόγηση πόνου, τεκμηριώνεται η εντόπιση, η ένταση, η διάρκεια και οι παράγοντες επιβάρυνσης ή ανακούφισης. Η νοσηλευτική φροντίδα επίσης περιλαμβάνει την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας και την εκπαίδευση του ασθενούς και του οικογενειακού περιβάλλοντος με την αντιμετώπιση λανθασμένων απόψεων για τον πόνο.²⁷



Εικ.22: Κλίμακα βαθμομέτρησης πόνου.

5.2. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις πέρα από αυτές ενός βασικού νοσηλευτή. Απαιτούνται αρκετά έτη σπουδών και εμπειρίας για τον χαρακτηρισμό νοσηλευτή ογκολογίας, γίνεται επομένως σαφές πως δεν υπάρχουν συγκεκριμένες προδιαγραφές ή κριτήρια για να αποδοθεί αυτός ο χαρακτηρισμός.

Συχνά διασφαλίζεται μια κεντρική γραμμή ή εμφυτευμένη γραμμή για την χορήγηση της χημειοθεραπείας για αρκετές εβδομάδες ή και μήνες. Ο νοσηλευτής φροντίζει την κεντρική γραμμή και το σημείο εισαγωγής σύμφωνα με το πρωτόκολλο τους εκάστοτε νοσοκομείου. Κατά την διάρκεια όλης της φάσης χρησιμοποιείται αυστηρά άσηπτη τεχνική.

Πολλά αντινεοπλασματικά φάρμακα είναι τοξικά, τα οποία εάν διαφύγουν εκτός της φλέβας στην οποία χορηγούνται, μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή τοπική βλάβη. Για τον λόγο αυτό η χορήγηση θα πρέπει να γίνεται σε φλέβες με καλή αιματηρή ροή. Σε περίπτωση εξαγγείωσης απαιτείται άμεση διακοπή της έγχυσης και αναζήτηση συμβουλευτικής από τον φαρμακοποιό, το εγχειρίδιο του φαρμάκου και τον ιατρό.

Καθότι τα περισσότερα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αποβάλλονται με τα σωματικά υγρά κρίνεται αναγκαία η μέριμνα διαπίστωσης ενδεχόμενης εγκυμοσύνης. Ο νοσηλευτής αποκλείει αυτό το ενδεχόμενο και έπειτα προχωρά στην ενδεδειγμένη θεραπεία καθώς τα περισσότερα από αυτά τα φάρμακα είναι τερατογόνα.²⁷

5.2.1.Νοσηλευτικοί σκοποί

Οι νοσηλευτικοί σκοποί κατά την χημειοθεραπεία περιλαμβάνουν την προετοιμασία του ασθενούς τόσο σε οργανικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να μπορεί να αξιολογήσει το βαθμό των παρενεργειών, τη διάρκεια τους, το χρόνο εμφάνισης τους και τη σοβαρότητα τους.

- Αποτελεσματική χορήγηση φαρμάκων για αποφυγή τραυματισμών ή δυσφορίας.
- Πρόληψη πιθανών επιπλοκών και σχεδιασμός νοσηλευτικού πλάνου για την ελαχιστοποίηση και ανακούφιση τους.
- Συμμετοχή των ασθενών στον προγραμματισμό, την εκτέλεση και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας αυτών των παρεμβάσεων. Ενθάρρυνση έκφρασης των συναισθημάτων του.
- Παρότρυνση οικογένειας και φίλων στην συμμετοχή σχεδιασμού του πλάνου θεραπείας που χορηγείται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι.
- Εντόπιση πραγματικών ή ενδεχομένων προβλημάτων και παραπομπή του ασθενούς στην κατάλληλη διεπιστημονική ομάδα για την αναζήτηση λύσης.
- Καλλιέργεια δυνατότητας στους ασθενείς να συνεχίσουν την καθημερινές του συνήθειες κατά την διάρκεια λήψης της θεραπείας τους.²⁹

5.2.2Εκπαίδευση ασθενούς πριν τη χημειοθεραπεία

- Παροχή απαραίτητων πληροφοριών στον ασθενή την οικογένεια ή τους φίλους, σχετικά με την χημειοθεραπεία και τις αναμενόμενες επιπτώσεις της. Επανάληψη και ενίσχυση πληροφοριών όπου κρίνεται αναγκαίο, με την απάντηση ερωτήσεων και την διασαφήνιση παρεξηγήσεων.
- Παροχή επαρκούς χρόνου στον ασθενή για να αποδεχθεί την έννοια της χημειοθεραπείας και της γενικότερης κατάστασης του, παρέχοντας ερεθίσματα έκφρασης σκέψης και ιδεών του ασθενούς.
- Εκτίμηση της θέλησης και της ετοιμότητας για μάθηση.
- Παρότρυνση αντίληψης τεχνικών που θα χρησιμοποιηθούν κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας.
- Εφαρμογή άσηπτων τεχνικών και μεθόδων για την χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.²⁸

5.2.3.Εκπαίδευση ασθενούς κατά τη διάρκεια και το πέρας της χημειοθεραπείας

- Διασαφήνιση πλάνου χορήγησης φαρμάκων.
- Γνωστοποίηση ονομάτων και δράσεων των φαρμάκων που θα πάρει ο ασθενής στο σπίτι.
- Ενημέρωση του ασθενή για τις δραστηριότητες του κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.
- Ενημέρωση του ασθενή για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας.
- Ανασκόπηση του προγράμματος και της συχνότητας των διαγνωστικών εξετάσεων που θα υποβάλλεται ο ασθενής.²⁸

5.2.4.Παρενέργειες και νοσηλευτική ευθύνη

Όπως αναφέραμε η χημειοθεραπεία είναι συστηματική αγωγή η οποία μπορεί να προκαλέσει διάφορες παρενέργειες σε όλο το σώμα. Το πλήθος των παρενεργειών σχετίζονται με το είδος του φαρμάκου, ή των συνδυασμό των φαρμάκων αυτών, την δόση, το πρόγραμμα χορήγησης και την οδό χορήγησης. Πιθανότατα όμως ο σημαντικότερος όλων των παραγόντων είναι η αντίδραση του κάθε ασθενούς απέναντι στην χημειοθεραπεία, η οποία εξαρτάται από την οργανική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς στην φάση της χορήγησης.²⁹

Οι πιο συχνές παρενέργειες της χημειοθεραπείας και οι επιπλοκές που απαιτούν φροντίδα είναι: Ναυτία και έμετος, καταβολή και αδυναμία, αλωπεκία, στοματίτιδα, γαστρίτιδα, κολίτιδα, δερματικά εξανθήματα, αλλεργικές αντιδράσεις, λευκοπενία, πυρετός, αναιμία, θρομβοπενία και αιματώματα.²⁷

5.2.4.1.Ναυτία – Έμετος

Ενα από τα πιο σημαντικά προβλήματα που βιώνει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, αλλά και μετά, είναι η ναυτία και ο εμετός. Σημαντικό ρόλο για αυτά τα δύο παίζει η φαρμακευτική αγωγή του ασθενή. Επίσης πιο ερέθισμα προκαλεί τον εμετό όπως δηλαδή: βήχας, πόνος, οσμή κάποιου φαγητού, ο φόβος του νοσοκομείου, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Αξιολογείται το επίπεδο επικοινωνίας του ασθενή, η αγωνιά, το άγχος, η σύγχυση, η διέγερση. Επίσης το χρώμα, η σύσταση και ο χρόνος διάρκειας του εμετού. Ενα ακόμα σημαντικό πρόβλημα σε αρκετά μεγάλο αριθμό ασθενών είναι ο ψυχογενής εμετός ο οποίος υποτιμάται γιατί δεν γίνεται λεπτομερή αξιολόγηση των συμπτωμάτων.⁴⁰

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή:

1. Για την αντιεμετική αγωγή, τη δοσολογία και τη σημασία της.
2. Παρότρυνση του ασθενή να πίνει πολλά υγρά, χυμούς και συμπληρωματικά λευκώματα.
3. Η κένωση του εντέρου πολύ πιθανόν να επηρεάζει το αίσθημα της ναυτίας.
4. Καθημερινή καταγραφή των προσληφθέντων τροφών κι των αριθμών των εμετών.
5. Έλεγχο του ασθενή σε συχνά τακτικά διαστήματα για: πόνο, κόπωση, υπερκαλιαιμία, ανορεξία, νεφρική ανεπάρκεια, σακχαρώδη διαβήτη, ηπατοπάθεια και στοματίτιδα.
6. Ελαφρά γεύματα και αποφυγή καρυκευμάτων.
7. Αντιεμετική κάλυψη προ φαγητού.
8. Μικρά και συχνά γεύματα και παρότρυνση του ασθενή να φάει τα αγαπημένα του φαγητά.⁴⁰

5.2.4.2.Ανορεξία

Η ανορεξία είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα και παρουσιάζεται αρχικά ως αποστροφή προς το κρέας και οδηγεί σε απώλεια βάρους, μαζί με άλλους παράγοντες που είναι η αδυναμία κατάποσης, πόνος στο λαιμό και στο στόμα, έλκη στο στομάχι, χαλασμένα δόντια.

Η διδασκαλία του ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει τις εξής συμβουλές:

- Μικρά και συχνά γεύματα.
- Γεύματα τα οποία πρέπει να περιέχουν πρωτεΐνες υψηλής αξίας και να είναι σχετικά υδαρή.
- Να προτιμούν συχνά τα γαλακτοκομικά, αυγά, ψάρια και το κρέας με σκοπό την περαιτέρω πρόσληψη θερμίδων.
- Καθημερινά να πίνουν τουλάχιστον 8 ποτήρια νερό για την αποφυγή αφυδάτωσης.³²

5.2.4.3.Διάρροια

Ένα σημαντικό κομμάτι της εκπαίδευσης του ασθενή είναι η κένωση του εντέρου. Εκπαιδεύεται να γνωρίζει γρηγορά τα συμπτώματα της διάρροιας (ποσότητα,

συχνότητα, σύσταση, κοιλιακά άλγη). Η αντιμετώπιση στοχεύει στον έλεγχο της διάρροιας με αποτέλεσμα την μείωση της δραστηριότητας του εντέρου. Ο ασθενής πρέπει να προσέχει την διατροφή του εντάσσοντας κάποιες συνήθειες στην καθημερινότητα του.

Οι οδηγίες που δίνονται είναι οι εξής :

1. Αποφυγή τροφών πλουσίων σε ίνες που παράγουν αέρια.
2. Αποφυγή πικάντικων τροφών.
3. Επαρκή ξεκούραση
4. Αποφυγή καπνίσματος
5. Τροφή και υγρά σε θερμοκρασία δωματίου.
6. Αποφυγή υπερβολικά ζεστών ή κρύων τροφών καθώς κινητοποιούν το έντερο.⁴⁰

5.2.4.4.Δυσκοιλιότητα

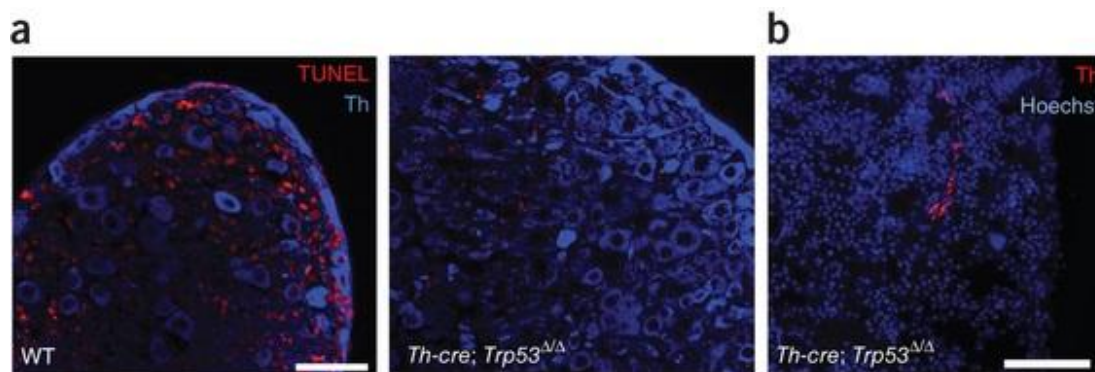
Ορισμένα κυτταροστατικά φάρμακα ιδίως σε ηλικιωμένα άτομα προκαλούν δυσκοιλιότητα, κοιλιακά άλγη ακόμα και ειλεό. Δυσκοιλιότητα ακόμα προκαλούν κάποια φάρμακα όπως τα αντιεμετικά, τα αναλγητικά και τα οπιούχα λόγω το ότι μειώνουν την κινητικότητα του εντέρου.

Ο νοσηλευτής πρέπει να παροτρύνει τον ασθενή:

1. Να λαμβάνει μαλακές τροφές με κυτταρίνη καθώς και άφθονα υγρά.
2. Να τον διδάξει να λαμβάνει τα ηπατικά φάρμακα έπειτα από ιατρική οδηγία.
3. Να παρακολουθεί τη λειτουργία του εντέρου του.⁴⁰

5.2.4.5.Αναιμία

Ως αναιμία ορίζεται η ελάττωση των κυκλοφορόντων ερυθροκυττάρων, αποτελεί συχνή εκδήλωση πρωτοπαθών διαταραχών του μυελού των οστών. Οποιαδήποτε κατάσταση η οποία μπορεί να δημιουργήσει μειωμένη παραγωγή ή αυξημένη καταστροφή ή απώλεια των ερυθροκυττάρων μπορεί να καταλήξει σε αναιμία εφόσον ο μυελός των οστών δεν είναι σε θέση να αντιρροπήσει τον ρυθμό απώλειας των ερυθροκυττάρων. Κατά την χημειοθεραπεία αναιμία μπορεί να προκληθεί εξαιτίας της δράσης των φαρμάκων στο αίμα προκαλώντας αιμόλυση ή εξαιτίας της σταδιακής καταστροφής του μυελού των οστών. Ένοχες για την καταστροφή αυτή αναφέρονται η σισπλατίνη και η χλωραμφενικόλη. Η αναιμία εμφανίζεται σε ποσοστό 25% σε ασθενείς με καρκίνο.³⁰



Εικ.23: Με κόκκινο χρώμα φαίνεται η νέκρωση του μυελού των οστών.

Διδασκαλία ασθενούς

Για την μέγιστη επίτευξη, συνεργασίας ασθενούς με νοσηλεύτη και αντιμετώπισης αναιμίας, ο ασθενής θα πρέπει να είναι ενήμερος για:

- Την πιθανότητα εμφάνισης αναιμίας ως αποτέλεσμα της θεραπείας για τον καρκίνο.
- Τα πιθανά συμπτώματα-σημεία την νόσου ώστε να είναι σε θέση να τα αναγνωρίσει όταν εμφανιστούν. Τα φυσικά ευρήματα της αναιμίας είναι η ωχρότητα η οποία εμφανίζεται στις παλάμες, στο στόμα, στα νύχια και στο εσωτερικό του ματιού. Επίσης είναι τα καρδιαγγειακά προβλήματα που περιλαμβάνουν αύξηση του καρδιακού ρυθμού και αύξηση του όγκου παλμού και τα περιφερικά οιδήματα.
- Για τις τροφές και τις διατροφικές συνήθειες που αυξάνουν την πρόσληψη και απορρόφηση του σιδήρου.²⁹

5.2.4.6. Λοιμώξεις

Ενημερώνουμε τον ασθενή να αποφεύγει δραστηριότητες που μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο των λοιμώξεων ιδιαίτερα την περίοδο της έντονης ανοσοκαταστολής. Κάποιες από αυτές είναι:

- Επαφή με παιδιά που πιθανόν να φέρουν κάποια λοίμωξη
- Συνωστισμό με πολλά άτομα σε κλειστό χώρο
- Να εκπαιδύσουμε το ασθενή ώστε να αναγνωρίζει κάποια από τα συμπτώματα της λοίμωξης όπως πυρετό, ταχυσφυγμία, ρίγος, αναπνευστική δυσχέρεια. Συχνουρία η καυσαλγία κατά την ούρηση, δύσσομα και θολά ούρα. Αίσθημα θερμότητας, πόνου, παρουσία οιδήματος η ερυθρότητας.²⁹

Η ενημέρωση του ασθενή πρέπει να γίνεται με στόχο να καλύψουμε το θέμα των θεραπειών και των παρενεργειών όσο πιο σφαιρικά γίνεται.⁴⁰

5.3.Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει την προετοιμασία πριν τη θεραπεία, την παροχή πληροφοριών σχετικά με τη θεραπεία και την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων εκβάσεων. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκτιμά και να πραγματοποιεί κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε πραγματικά ή πιθανά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής ή η οικογένειά του και τα οποία έχουν σχέση με την ασθένεια, τη θεραπεία ή την περίοδο παρακολούθησης. Σήμερα ο νοσηλευτής αποτελεί μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, και δρα είτε μόνος του, είτε αλληλεπιδρά με αυτήν την ομάδα προκειμένου να παρέχει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα, αλλά και προκειμένου να υπάρξει το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα για τον ασθενή.²⁸

5.3.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και εστιάζεται στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς στην εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας, στην υποστήριξη και συμβουλευτική, στη φροντίδα του ασθενούς αλλά και στην έρευνα. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι περισσότερες από αυτές τις παρενέργειες μπορεί να καταβάλλουν υπερβολικά τους ασθενείς και να έχουν επίπτωση στην ποιότητα της ζωής τους.²⁹

Αρχικά η εκτίμηση του ασθενούς περιλαμβάνει :

- Λήψη νοσηλευτικού ιστορικού.
- Έλεγχος ύπαρξης συνοδών συμπτωμάτων και γενικότερα της κατάστασης του ασθενούς όταν εισέρχεται στο νοσοκομείο για πραγματοποίηση εξετάσεων.
- Εκτίμηση εμφάνισης μακροχρόνιων παρενεργειών όταν η ασθενής εισέρχεται για παρακολούθηση μετά το τέλος της θεραπείας.⁴¹

Η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας περιλαμβάνει:

- Παροχή πληροφοριών που σχετίζονται με την ίδια την ασθένεια, τους στόχους της ακτινοθεραπείας καθώς και για τις διαγνωστικές εξετάσεις.
- Επίσης ενημέρωση της ασθενούς για όλη τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας, για το μηχάνημα του εξομοιωτή, με το οποίο γίνεται η μίμηση της θεραπείας πριν αυτή αρχίσει και καθορίζονται η κατεύθυνση της δέσμης και τα πεδία της θεραπείας.
- Για τη χορήγηση της ακτινοθεραπείας, για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που πρόκειται να εμφανιστούν, καθώς και για την αντιμετώπισή τους.⁴²

Η υποστήριξη και συμβουλευτική περιλαμβάνει:

- Την εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του ασθενούς.
- Τη διαπίστωση της ύπαρξης προηγούμενων υποστηρικτικών μηχανισμών καθώς και την εκτίμηση του οικογενειακού, εργασιακού και κοινωνικού περιβάλλοντος.
- Πραγματοποιείται ενεργός ακρόαση και στη συνέχεια παραπομπή σε κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο εάν χρειαστεί ⁴²

Η φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει:

- Κυρίως εστιάζεται στην αντιμετώπιση των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας.
- Πραγματοποίηση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας.
- Τη χορήγηση των απαραίτητων φαρμάκων πριν ή κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας.
- Αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας όπως αλλεργικές αντιδράσεις, επιληψία ή απώλεια συνείδησης. ⁴¹

5.3.2. Παρενέργειες της ακτινοθεραπείας

Διακρίνονται σε οξείες και σε χρόνιες ή όψιμες παρενέργειες, ανάλογα με το χρόνο εμφάνισής τους. Οι οξείες παρενέργειες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας, ενώ οι χρόνιες παρενέργειες εμφανίζονται μήνες, έως και χρόνια μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας. Οι περισσότερες χρόνιες παρενέργειες σχετίζονται με τη συνολική δόση και είναι αποτέλεσμα αγγειακής βλάβης ή βλάβης του ινώδους ιστού. ⁴³

Οι πιο συχνές οξείες παρενέργειες είναι:

- Κόπωση
- Αντιδράσεις του δέρματος
- Προβλήματα από το γαστρεντερικό σωλήνα (ναυτία, εμετός, διάρροια)
- Βλενογονίτιδα στόματος (ξηροστομία)
- Σεξουαλική δυσλειτουργία. ^{42,43}

Κάποιες από τις χρόνιες παρενέργειες είναι:

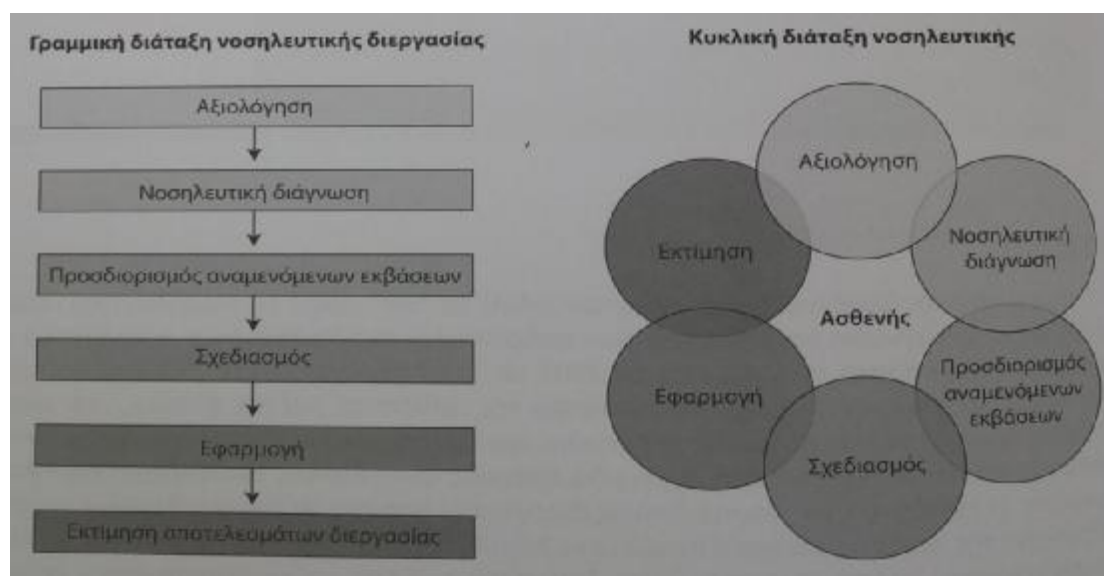
- Ινώσεις ιστών ή δέρματος
- Νεκρώσεις ιστών
- Συρίγγια (ορθοκυστικά, κυστεοκολπικά)
- Χρόνια περικαρδίτιδα

- Χρόνια ακτινική κυστίτιδα και τα δευτερογενή νεοπλάσματα. ^{41,43}

Κεφάλαιο 6

Νοσηλευτική Διεργασία

Η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας παρέχει το βασικό θεμέλιο για τις δεξιότητες της κριτικής σκέψης έτσι ώστε να λειτουργήσει ο νοσηλευτής με αποτελεσματικό και ασφαλή τρόπο. Η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας στην κλινική πρακτική προάγει την συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών και βελτιώνει την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Είναι μια επιστημονική μέθοδος κατά την οποία προσδιορίζεται το πρόβλημα, συλλέγονται τα δεδομένα, διατυπώνεται η υπόθεση, οργανώνεται το σχέδιο δράσης, ελέγχεται η υπόθεση, ερμηνεύονται τα αποτελέσματα και τέλος, ολοκληρώνεται η διαδικασία μέσω της εκτίμησης των αποτελεσμάτων. Μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας και με την τοποθέτηση του ασθενούς στο κέντρο του κύκλου, οι νοσηλευτές όχι μόνο αντιμετωπίζουν το πρόβλημα αλλά διαχειρίζονται και τις εμπειρίες που έχει βιώσει ο ασθενής σε σχέση με το επίπεδο της υγείας του.



Εικ.24: Διάταξη νοσηλευτικής διεργασίας.

Η νοσηλευτική διεργασία έγινε ευρέως αποδεκτή την δεκαετία του 80. Και η νοσηλευτική διάγνωση συμπεριλήφθηκε από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών το 1973, ως ξεχωριστό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας αποτελούμενο από 5 στάδια. Ακολούθως, ο Νοσηλευτικός σύνδεσμος των ΗΠΑ το 1991 δημιούργησε τα 6 στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας που ισχύουν μέχρι και σήμερα. Τα στάδια αυτά είναι τα εξής:

1. Αξιολόγηση: Είναι η συστηματική συλλογή των δεδομένων του ασθενούς.
2. Νοσηλευτική Διάγνωση: Αποτελεί το σαφή προσδιορισμό των δυνατοτήτων και των προβλημάτων του ασθενούς.

3. Προσδιορισμός αναμενόμενων εκβάσεων: Ορίζεται ως η διατύπωση και καταγραφή μετρήσιμων, ρεαλιστικών και επικεντρωμένων στον ασθενή σκοπών.
4. Σχεδιασμός: Περιλαμβάνει την ανάπτυξη ολιστικού εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας, το οποίο καθορίζει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
5. Εφαρμογή: Περιέχει την εκτέλεση του σχεδίου φροντίδας βάσει συγκεκριμένων νοσηλευτικών πράξεων, σύμφωνα με τις επιλεγμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
6. Εκτίμηση: Συνίσταται στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του σχεδίου φροντίδας σε σχέση με την επίτευξη των σκοπών που έχουν τεθεί.³¹

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ «ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ»

ΤΟΜΕΑΣ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

ΘΑΛΑΜΟΣ: 2B

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 11/7/2015

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Χ

ΠΑΤΕΡΑ: Χ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 23/4/1961

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: Χ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ΟΙΚΙΑΚΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΕΓΓΑΜΗ

ΘΡΗΣΚΕΙΑ: ΧΡΙΣΤΙΑΝΗ ΟΡΘΟΔΟΞΟΣ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ CA ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Η ασθενής εισήλθε στο νοσοκομείο στις 10/5/2015 για έλεγχο της υγείας της οπού παρουσίασε ακράτεια ούρων μικτού τύπου και μεταεμνοπαυσιακή μητρορραγία. Από την γυναικολογική εξέταση που ακολούθησε διαπιστώθηκε σκληρυμένο πρόσθιο χείλος τραχήλου και επιπεδωμένο οπίσθιο χείλος. Στις 19/6/15 από το αποτέλεσμα τις ιστολογικής εξέτασης διαπιστώθηκε Ca εκ του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας με συνυπάρχουσες εστίες νέκρωσης. Ακολούθησαν ουρηθροκυστεοσκόπηση και ορθοσιγμοειδοσκόπηση που κατέδειξαν βλεννογόνο κύστης χωρίς παθολογία ή επέκταση νόσου και απουσία αίματος ή μάζας αντίστοιχα. Αποφασίστηκε ριζική υστερεκτομή.

Στις 11/7/2015 έγινε εισαγωγή της ασθενούς στην χειρουργική κλινική για να κάνει το προγραμματισμένο χειρουργείο υστερεκτομής. Στο ιστορικό της μαθαίνουμε ότι είναι ετερόζυγο άτομο με β' Μεσογειακή Αναιμία και ότι αναφέρεται αλλεργία στο erythrocín. Τα ζωτικά της σημεία κυμαίνονταν, αρτηριακή πίεση: 123/72 mm/Hg, σφίξεις: 82/λεπτό, αναπνοές: 13/λεπτό και θερμοκρασία 36,8 °C. Κατά την εισαγωγή της παρουσίασε άριστο κινητικό και διανοητικό επίπεδο. Η ασθενής υπεβλήθη σε επιτυχή επέμβαση υστερεκτομής την 3^η ημέρα της νοσηλείας της. Το θεραπευτικό της σχήμα με την έξοδο της ασθενούς από το χειρουργείο περιλάμβανε: N/S 0,9% 1000ml από το αριστερό χέρι, φέρει ουροκαθετήρα, αντλία αναλγησίας ελεγχόμενη από την ασθενή η οποία περιέχει μορφίνη και επικάλυμμα στην τομή της κοιλιάς. Τα ζωτικά της σημεία μετά το χειρουργείο είναι: αρτηριακή πίεση: 137/80 mm/Hg, σφίξεις: 86/λεπτό, αναπνοές: 16 και θερμοκρασία 36,8 °C. Η διαίτά της περιλάμβανε υδρική διατροφή την πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα και πολτοποιημένη τις υπόλοιπες. Η ασθενή αποχώρησε από την κλινική στις 31/7/2015 αφού πριν της είχαν δοθεί οι απαραίτητες ιατρικές οδηγίες από τον θεράπον ιατρό και άδεια εξόδου.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1.Προεγχειρητική προετοιμασία.	1.Σωματική τόνωση μια ημέρα πριν το χειρουργείο και καθαριότητα της ασθενούς.	<p>1.Θα χορηγηθεί διαιτολόγιο πλούσιο σε βιταμίνες και υδατάνθρακες και πτωχό σε λίπη.</p> <p>2.Θα εξασφαλιστεί παρεντερική χορήγηση υγρών.</p> <p>3.Καθαρισμός σώματος και εντερικού σωλήνα.</p>	<p>1.Χορηγήθηκε η κατάλληλη τροφή και 8-12 ώρες πριν το χειρουργείο δεν έλαβε τίποτα από το στόμα για την πρόληψη εισρόφησης και εντερικού μετεωρισμού.</p> <p>2.Δόθηκε ενδοφλέβια Dextrose 5% 1x1 για 6 ημέρες με 100ml/h.</p> <p>3.Έγινε λουτρό καθαριότητας μια ημέρα και καθαρισμός εντέρου με υποκλυσμό 6 ώρες πριν το χειρουργείο</p>	<p>1.Επιτεύχθηκε επαρκής θρέψη της ασθενούς και η ασθενής δεν έλαβε τροφή ή υγρά από το στόμα. Η ασθενής δεν εμφάνισε επιπλοκές.</p> <p>2.Επαρκής παρεντερική χορήγηση υγρών ασθενούς.</p> <p>3.Το σώμα της ασθενούς καθαρίστηκε και υπήρξε ικανοποιητική κένωση εντέρου.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>2. Η γάζα της τομής παρουσιάζει αιμορραγία.</p>	<p>1. Να εντοπιστεί το ακριβές σημείο και η ποσότητα της απώλειας αίματος.</p> <p>2. Να μειωθεί αρχικά και έπειτα να αντιμετωπιστεί η αιμορραγία.</p>	<p>1. Μέτρηση αρτηριακής πίεσης κάθε 1 ώρα.</p> <p>2. Αποκάλυψη και εκτίμηση τραύματος.</p> <p>3. Αλλαγή τραύματος.</p> <p>3. Αξιολόγηση ποσότητας και ποιότητας αιμορραγίας.</p>	<p>1. Η πίεση της ασθενούς μετρούνταν κάθε μια ώρα με την χρήση ηλεκτρονικού πιεσόμετρου.</p> <p>2. Έγινε αποκάλυψη και εκτίμηση του τραύματος.</p> <p>3. Έγινε αλλαγή τραύματος με άσηπτη τεχνική, χρησιμοποιώντας αποστειρωμένες γάζες εμποτισμένες με bedadine και στην συνέχεια κάλυψη με γάζες και περίδεση ασκώντας πίεση στην τομή.</p> <p>4. Έγινε αξιολόγηση της αιμορραγίας.</p>	<p>1. Η ασθενής δεν παρουσίασε σημεία αιμοδυναμικής αστάθειας. Με αρτηριακή πίεση σταθερά 130/75.</p> <p>2. Η εκτίμηση τραύματος κατέδειξε αιμορραγία σε όλο το εύρος της τομής και η αξιολόγηση, παρουσία αίματος μαζί με εκχυμώσεις.</p> <p>3. Η αιμορραγία περιορίστηκε και την 3^η μετεγχειρητική ημέρα εξαλείφθηκε.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Λοίμωξη	<p>1. Να εντοπιστεί το είδος και το σημείο της λοίμωξης.</p> <p>2. Να ανακουφιστεί η ασθενής από την λοίμωξη.</p> <p>3. Να απαλλαγεί όσο το δυνατόν συντομότερα από την λοίμωξη.</p>	<p>1. Έλεγχος της τομής για σημεία λοίμωξης ως πιθανό σημείο εισόδου του μικροβίου.</p> <p>2. Λήψη εργαστηριακών εξετάσεων (καλλιέργεια αίματος) για τον προσδιορισμό του μικροβίου.</p> <p>3. Χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p>	<p>1. Ελέγχθηκε το σημείο της τομής.</p> <p>2. Έγινε προετοιμασία λήψης καλλιέργειας αίματος με αποστειρωμένες γάζες εμποτισμένες με οινόπνευμα-bedadine και φιαλίδια + και - gram .</p> <p>3. Χορηγήθηκε vancomycin 1,5gr 1X3 διαλυμένη σε 100gr N/S 0,9% με 30ml/h.</p>	<p>1. Στο σημείο της τομής παρατηρήθηκε πρασινωπό πύον που αποτελεί ένδειξη λοίμωξης από ψευδομονάδα.</p> <p>2. Το αποτέλεσμα των εξετάσεων επιβεβαίωσαν την λοίμωξη της ασθενούς από Pseudomonas aeruginosa.</p> <p>3. Η ασθενής ανακουφίστηκε από την λοίμωξη.</p> <p>4. Η λοίμωξη αντιμετωπίστηκε επιτυχώς.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Πυρετός 38,7C ⁰ .	<p>1. Να ανακουφιστεί η ασθενής από το αίσθημα κόπωσης και ζάλης.</p> <p>2. Να αναχαιτιστεί η περαιτέρω αύξηση του πυρετού.</p> <p>3. Να επανέλθει η θερμοκρασία σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>1. Μέτρηση θερμοκρασίας ασθενούς κάθε 1 ώρα.</p> <p>2. Πραγματοποίηση λουτρού επι κλίνης.</p> <p>3. Τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων.</p> <p>4. Χορήγηση ψυχρών ορών.</p> <p>5. Χορήγηση αντιπυρετικής αγωγής.</p>	<p>1. Έγινε μέτρηση θερμοκρασίας με την χρήση θερμομέτρου κάθε 1 ώρα.</p> <p>2. Πραγματοποιήθηκε λουτρό επι κλίνης με κρύο Τοποθετήθηκαν νερό.</p> <p>3. κομπρέσες στο μέτωπο και παγοκύστες στην μασχालαία περιοχή.</p> <p>4. Χορηγήθηκε L/R 1000ml IV με 80ml/h από το ψυγείο θερμοκρασίας 3C⁰.</p> <p>5. Χορηγήθηκε 1gr Paracetamol IV με 100ml/h εφάπαξ.</p>	<p>1. Ο πυρετός σταμάτησε την ανοδική του πορεία.</p> <p>2. Η ασθενής ανακουφίστηκε από τα σημεία του πυρετού.</p> <p>3. Ο πυρετός υποχώρησε στους 36,1C⁰.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
5. Άλγος στην κοιλιακή περιοχή	<p>1. Να ανακουφιστεί η ασθενής από το αίσθημα του άλγους.</p> <p>2. Να διευκρινιστεί το ακριβές σημείο του άλγους και η ένταση του.</p> <p>3. Ενίσχυση χαλάρωσης για αύξηση ανοχής πόνου.</p> <p>4. Να απαλλαγεί η ασθενής από το άλγος όσο το δυνατόν συντομότερα.</p>	<p>1. Αξιολόγηση σημείου και κλίμακας πόνου.</p> <p>2. Επίτευξη ήρεμου περιβάλλοντος.</p> <p>3. Αξιολόγηση παραγόντων που επιτείνουν ή μειώνουν τον πόνο.</p> <p>4. Διδασκαλία ασθενούς σχετικά με την χρήση της αντλίας.</p> <p>5. Χορήγηση αναλγητικών εφάπαξ επι έντονου πόνου.</p>	<p>1. Έγινε αξιολόγηση θέσης, τύπου και ποιότητας πόνου κάθε με την χρήση κλίμακας βαθμολόγησης πόνου.</p> <p>2. Χαμηλώθηκε ο φωτισμός του θαλάμου, έγινε ανύψωση του κορμού και εντριβή της ασθενούς, απομακρύνθηκαν οι συνοδοί.</p> <p>3. Δόθηκαν οι απαραίτητες πληροφορίες για την χρήση της αντλίας.</p> <p>4. Χορηγήθηκε Paracetamol 1gr IV.</p>	<p>1. Ο πόνος βαθμολογείται μεταξύ 8-9 σύμφωνα με την χρήση κλίμακας πόνου, εντοπίζεται τοπικά στο σημείο της τομής και χαρακτηρίζεται ως έντονος.</p> <p>2. Η ασθενής κοιμόταν για αρκετή ώρα με άνεση και δεν εξέφραζε δυσφορία.</p> <p>3. Η ασθενής έμαθε πώς να χρησιμοποιεί την αντλία.</p> <p>4. Η ασθενής ανακουφίστηκε από το αίσθημα του άλγους.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
6.Απόφραξη ουροκαθετήρα	Η παροχέτευση της ουροδόχου κύστης θα καταστεί ξανά λειτουργική.	1.Έλεγχος θέσης ουροκαθετήρα, βατότητας και συνδέσεων. 2.Εκτίμηση ουροσυλέκτη.	1.Εγινε πλύση ουροκαθετήρα με την χρήση σύριγγας 60ml, επίσης ελέγχθηκε το cuff και όλες οι συνδέσεις. 2.Εγινε εκτίμηση του ουροσυλέκτη.	1.Ο ουροκαθετήρας μετά την πλύση έδωσε ούρα και άρχισε η κένωση της ουροδόχου κύστης. 2.Ο ουροσυλέκτης είχε 700cc ούρα και δεν κρίθηκε απαραίτητη η αλλαγή του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
7.Θλίψη σχετιζόμενη με την απώλεια οργάνων αναπαραγωγής.	<p>1.Η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα της.</p> <p>2.Να χρησιμοποιήσει συστήματα υποστήριξης.</p> <p>3.Να συμμετέχει στην ατομική της φροντίδα.</p>	<p>1.Δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης και παροχή ευκαιριών για συζήτηση.</p> <p>2.Παροχή πληροφοριών σχετικά με συμβουλευτικές υπηρεσίες.</p> <p>3.Ενδυνάμωση αυτοπεποίθησης.</p>	<p>1.Δημιουργήθηκε ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης απαντώντας σε ερωτήσεις με ευθύτητα και ειλικρίνεια.</p> <p>2.Δόθηκαν τα τηλέφωνα και οι διευθύνσεις των συμβουλευτικών υπηρεσιών.</p> <p>3.Παροχή συμβουλών και παρηγορητικής συζήτησης.</p>	<p>1.Η ασθενής άρχισε να παρουσιάζει πρόοδο στην διαδικασία αντιμετώπισης θλίψης.</p> <p>2.Χρησιμοποίησε τις υποστηρικτικές δομές.</p> <p>3.Η αυτοπεποίθηση της ασθενούς τονώθηκε και παρουσίασε προθυμία.</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»

ΤΟΜΕΑΣ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ: ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ

ΘΑΛΑΜΟΣ: Α2

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 29/2/2015

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Χ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: Χ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 3/7/1962

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: Χ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΗ

ΘΡΗΣΚΕΙΑ: ΧΡΙΣΤΙΑΝΗ ΟΡΘΟΔΟΞΟΣ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ CA ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Η ασθενής εισήλθε στο νοσοκομείο στις 17/9/2014 έπειτα από προληπτικό έλεγχο Test Pap ο οποίος βγήκε θετικός για κακοήθεια επι του αδενικού επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας με συμμετοχή του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας. Από το ατομικό της ιστορικό μαθαίνουμε ότι έχει πραγματοποιήσει έναν φυσιολογικό τοκετό, ότι δεν έχει παρουσιάσει κάποια αλλεργία και ότι καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα. Επιπλέον αναφέρει την ύπαρξη πολλών ερωτικών συντρόφων. Η CT κάτω κοιλίας/οπισθοπεριτοναίου κατέδειξαν αυξημένες διαστάσεις και ανομοιογενής δομή του τραχήλου εντός του οποίου υπάρχει αλλοίωση με ανομοιογενή πρόσληψη σκιαγραφικού. Στις 14/10/2014 πραγματοποιήθηκε κωνοειδής εκτομή και εστάλησαν τμήματα του τραχήλου προς επείγουσα παθολοανατομική εξέταση. Έπειτα από την συγκατάθεση της στις 16/12/2014 πραγματοποιήθηκε ριζική υστερεκτομή και πυελικός λεμφαδενικός καθαρισμός. Στις 13/3/2015 το ογκολογικό συμβούλιο το μαιευτικής και γυναικολογικής κλινικής του πανεπιστημίου Πατρών αποφάσισε με βάση το στάδιο της νόσου (IIIc 1) ότι η ασθενής χρήζει μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας.

Στις 29/2/2015 έγινε η εισαγωγή της ασθενούς έπειτα από προγραμματισμένο ραντεβού για την λήψη της χημειοθεραπείας. Τα ζωτικά της σημεία είναι: αρτηριακή πίεση: 104/70 mm/Hg, σφίξεις: 71/λεπτό, αναπνοές: 15/λεπτό και θερμοκρασία: 36,3 C⁰. Ακολουθεί θεραπεία 1^{ης} γραμμής και το θεραπευτικό της σχήμα πριν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα περιλαμβάνει: 500ml N/S 1X1 ενδοφλεβίως, 40mg omeprazole 1X1 IV bolus και Fenistil amp 4ml 2x1 διαλυμένη σε 250cc N/S 0,9. Ακολουθούν κατά σειρά Platamine 110 mg IV, Paclitaxel 120mg IV και Avastin 400mg IV διαλυμένα το κάθε ένα σε 500cc N/S 0,9 με προβλεπόμενη έγχυση σε 3 ώρες. Τέλος ακολουθεί η έγχυση Lasix 2X1 IV.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΧΗΜΕΟΘΕΡΑΠΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Απώλεια βάρους	<p>1. Σταθεροποίηση βάρους.</p> <p>2. Αύξηση σωματικού βάρους της ασθενούς εντός φυσιολογικών ορίων (ηλικία, ύψος).</p> <p>3. Αύξηση σωματικής δύναμης.</p>	<p>1. Χορήγηση τροφών πλούσιων σε πρωτεΐνες.</p> <p>2. Χορήγηση υγρών τροφών.</p> <p>3. Διδασκαλία ασθενούς σχετικά με την διατροφή της.</p>	<p>1. Χορηγήθηκε γεύμα κρέατος που είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες.</p> <p>2. Χορηγήθηκαν χυμοί και γαλακτοκομικά προϊόντα.</p> <p>3. Εγινε προτροπή για κατανάλωση συχνών και μικρών γευμάτων τύπου σνακ, μεγαλύτερης ποσότητας ροφημάτων και τροφίμων στο πρωινό γεύμα, λήψη μικρής ποσότητας υγρών κατά την διάρκεια των γευμάτων.</p>	<p>1. Επιτεύχθηκε επαρκής θρέψη της ασθενούς και διαπιστώθηκε αύξηση του βάρους της από 47 σε 53 κιλά.</p> <p>2. Η ενεργητικότητα της ασθενούς αυξήθηκε.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2.Ναυτία	<p>1.Ανακούφιση από το αίσθημα της ναυτίας.</p> <p>2.Εξάληψη αισθήματος ναυτίας.</p>	<p>1.Χορήγηση αντιεμετικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>2.Επίτευξη ήσυχου περιβάλλοντος και ηρεμίας-εξάλειψη δυσάρεστων θεαμάτων και οσμών.</p> <p>3.Διδασκαλία ασθενούς για την διατροφή πριν την χημειοθεραπεία.</p>	<p>1.Χορηγήθηκε 1 amp Primperan διαλυμένη σε 100ml N/S 0,9% ενδοφλεβίως.</p> <p>2.Χαμηλώθηκε ο φωτισμός, κλείστηκαν οι κουρτίνες του θαλάμου και απομακρυνθήκαν οι συνοδοί.</p> <p>3. Ενημέρωση για την αποφυγή λήψης τροφής 1-2 ώρες πριν την χημειοθεραπεία, αποφυγή κατανάλωσης πολύ κρύων ή ζεστών τροφίμων και υγρών, κατανάλωση μικρών και πολλών γευμάτων.</p>	<p>1. Η αίσθηση ναυτίας υποχώρησε.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Δυσκοιλιότητα	<p>1. Ανακούφιση από το αίσθημα της δυσφορίας.</p> <p>2. Κένωση του εντέρου.</p>	<p>1. Χορήγηση καθαρτικών.</p> <p>2. Υποκλεισμός.</p> <p>3. Διδασκαλία ασθενούς για την διατροφή και την καθημερινή δραστηριότητα.</p>	<p>1. Χορηγήθηκαν 300cc Duphalac από το στόμα.</p> <p>2. Πραγματοποιήθηκε υποκλυσμός με 2 κλύσματα Fleet enema.</p> <p>3. Έγινε ενημέρωση της ασθενούς για την κατανάλωση τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες όπως όσπρια, προϊόντα ολικής άλεσης, φρούτων και λαχανικών. Επιπλέον έγινε προτροπή για αύξηση της καθημερινής δραστηριότητας.</p>	<p>1. Πραγματοποιήθηκε άμεση κένωση του εντέρου. Επιπλέον βελτιώθηκε ο περισταλτισμός του εντέρου και πλέον η ασθενής ενεργείται κάθε 2-3 ημέρες.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Άγχος χημειοθεραπείας.	<p>1.Βελτίωση διάθεσης της ασθενούς.</p> <p>2.Ενημέρωση σχετικά με τον τρόπο χορήγησης και τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας.</p>	<p>1. Δημιουργία ευκαιριών για συζήτηση και έκφραση συναισθημάτων της ασθενούς.</p> <p>2. Ξενάγηση της ασθενούς στον χώρο. Παρουσίαση αντλίας χορήγησης φαρμάκων.</p> <p>3. Απαρίθμηση παρενεργειών αρχικά των οξέων και έπειτα των χρόνιων.</p>	<p>1.Απαρίθμηση παρενεργειών και παρηγορητική υποστήριξη για την απώλεια μαλλιών, η ασθενής ενημερώθηκε πως μετά το τέλος της θεραπείας η τριχοφυΐα επανέρχεται.</p> <p>2.Η ασθενής ρωτήθηκε για τα θέματα που την απασχολούν και δόθηκαν συμβουλές.</p>	<p>1. Η διάθεση της βελτιώθηκε και πλέον είναι σε θέση να ξεκινά μόνη της συζήτηση για τα θέματα που την απασχολούν.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
5. Στοματίτιδα	<p>1. Ανακούφιση από τα συμπτώματα.</p> <p>2. Πρόληψη της λοίμωξης.</p>	<p>1. Χορήγηση αναλγητικών επι έντονου πόνου.</p> <p>2. Επίτευξη καθαριότητας στοματικής κοιλότητας.</p> <p>3. Διδασκαλία για την βελτίωση στοματική υγιεινής.</p>	<p>1. Δόθηκαν peros 500mg paracetamol.</p> <p>2. Έγινε πλύση στοματικής κοιλότητας και τοποθετήθηκε γέλη dactarin τοπικά.</p> <p>3. Η ασθενής ενημερώθηκε για την χρήση φθοριούχου οδοντόκρεμας, μαλακής οδοντόβουρτσας η οποία θα πρέπει να αντικαθιστάτε κάθε 3 μήνες.</p>	<p>1. Η στοματίτιδα υποχώρησε και πλέον εμφανίζεται σπανιότερα.</p>

Συμπεράσματα

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένα χρόνια νόσημα, το οποίο μπορεί να προσβάλλει γυναίκες όλων των ηλικιών μετά την ωρίμανση του γεννητικού τους συστήματος αλλάζοντας οριστικά την καθημερινότητά τους. Η πρόωμη και έντονη σεξουαλική ζωή αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες εκδήλωσης της νόσου, κυρίως λόγω της συσχέτισης της με την μόλυνση από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Ωστόσο ερευνητές κατάφεραν να δημιουργήσουν το εμβόλιο έναντι του ιού το οποίο παρουσιάζεται από τα μέσα ως το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Βέβαια για να αντλήσουμε ασφαλή συμπεράσματα θα πρέπει να περάσουν περισσότερα χρόνια συστηματικής έρευνας καθώς η μακροχρόνιας επιπτώσεις του, αν υπάρχουν, δεν μας είναι γνωστές. Μπορεί να προκαλέσει ανεπανόρθωτες βλάβες στην γονιμότητα μιας γυναίκας και να οδηγήσει ακόμη και στον θάνατο.

Για την θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι απαραίτητη η άμεση χορήγηση αγωγής. Για την επιτυχή έκβαση όμως της θεραπείας σπουδαίο ρόλο παίζει η πρόωμη διάγνωση. Περιστατικά που διαγιγνώσκονται σε αρχικό στάδιο παρουσιάζουν καλή ανταπόκριση στην θεραπεία σε αντίθεση με τις περιπτώσεις τελευταίου σταδίου.

Επιπλέον με κάθε νέο περιστατικό που διαγιγνώσκεται, κυρίως μέσω της εξέτασης τεστ Παπ., επιβαρύνεται σημαντικά τόσο σε οικονομικό όσο και ιατρονοσηλευτικό επίπεδο ο κρατικός μηχανισμός. Το κόστος των χημικοθεραπευτικών φαρμάκων είναι τεράστιο, το ίδιο και των υπόλοιπων μέσων θεραπείας. Η γυναίκα με καρκίνο τραχήλου της μήτρας χρειάζεται συχνή παρακολούθηση και πολλές μέρες νοσηλείας σε περίπτωση χειρουργικής αντιμετώπισης. Ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας χρειάζεται συχνός έλεγχος για την έγκαιρη ανίχνευση υποτροπής ή επανεμφάνισης του καρκίνου.

Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει εξειδικευμένες γνώσεις πάνω σε θέματα γυναικολογίας και ογκολογίας, αλλά και εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων, από την ίδια την ασθενή, ώστε να συνεργάζεται και να διατηρεί το σχήμα της θεραπείας του και να αποφεύγει ή να μετριάξει την ένταση των οξέων και χρόνιων επιπλοκών, πριν γίνουν σοβαρές, ώστε να υπάρχει κίνδυνος για την ζωή του. Κατά συνέπεια, η διαρκής ενημέρωση και η εκπαίδευση των νοσηλευτών στη σύγχρονη φροντίδα είναι πολύ σημαντική και επιβεβλημένη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μανώλης Ε. Βασική κλινική ανατομία, Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης. Αθήνα 2011, σελ.105.
2. Βλάσης Κ., Κανάρης Χ., Νούσιος Γ., Δεμέστιχα Θ., Σγάτζος Μ. Εγχειρίδιο περιγραφικής ανατομικής. Εσωτερικά όργανα, Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης. Αθήνα 2009, σελ.87-89.
3. Παρασκευάς Γ. Ανατομία του ανθρώπου, Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη 2008, σελ.125-127.
4. Φίσκα Α. Grant's Ανατομία. Έγχρωμος Άτλας, Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης. Αθήνα 2012, σελ.75-76.
5. Κουτσιλιέρης Μ. Ιατρική Φυσιολογία, Κυτταρική Και Μοριακή Προσέγγιση, Τόμος ΙΙΙ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2006, Σελ.1505.
6. Ευαγγέλου Α.(επιμ.), Καλφακάκου Β.(επιμ.) Εγχειρίδιο Ιατρικής Φυσιολογίας. Δέκατη Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε. Αθήνα 2004. Σελ.81.
7. Ευαγγέλου Α., Φυσιολογία Του Ανθρώπου. Πέμπτη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2009. Σελ.978-979.
8. Barrett K., Barman S., Boitano S., Brooks H. Ganog's Ιατρική Φυσιολογία, Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Λευκωσία 2011. Σελ.478.
9. Λαγός Δ. Φυσιολογία. Τέταρτη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος Αθήνα 2013. σελ.531.
10. Βαρσαμίδης Κ. Φυσιολογία Του Ανθρώπου, Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη 2006. σελ.147-148.
11. Πλέσσας Σ. Φυσιολογία Του Ανθρώπου, Εκδόσεις ΦΑΡΜΑΚΟΝ Τύπος. Αθήνα 2010. Σελ.649.
12. Αναστασόπουλος Δ., Ανωγειανάκης Γ., Κουτσιλιέρης Μ., Χαραλαμπίδης Κ. Εγχειρίδιο Φυσιολογίας. Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης Αθήνα 2010.
14. Κουμαντάκης Ε., Μαιευτική και Γυναικολογία, Τόμος 2. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Αθήνα 2008. Σελ. 184.
15. Παπαδημητρίου Α., Γυναικολογία Γνωρίζω-Προλαμβάνω-Αντιμετωπίζω. Εκδόσεις Καύκας Αθήνα 2006. Σελ. 137.
16. Δημητρίου Θ., Σκανδαλάκης Π. Κλινική Ανατομία, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Λευκωσία 2013. Σελ. 444-445.
17. Φωτίου Σ. Γυναικολογική ογκολογία. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2009 Σελ. 161-162, 159-160, 178.

18. Thomas E. Andreoli. Cecil Βασική Παθολογία, Πέμπτη έκδοση, Β 'τόμος. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 2010. Σελ. 763.
19. Σκόπα Χ. Master Medicine, Γενική και συστηματική παθολογική Ανατομική. Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε. Αθήνα 2010. Σελ. 225.
20. Γεωργίου Κ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, Τόμος Ι. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2009. Σελ. 318.
21. Αντσακλής Α. Μαιευτική & Γυναικολογία, Β' Έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε. Αθήνα 2011. Σελ. 740, 743-745.
22. Ross M., Wojciech P. Ιστολογία Με Έγχρωμο Άτλαντα. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 2013. Σελ. 795-796.
23. Αντωνακόπουλος Γ. Ιστολογία, Τρίτη Έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε. Αθήνα 2011. Σελ. 525.
24. Δρεβελέγκας Α. Κλινική Ακτινολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας. Αθήνα 2012. Σελ. 344, 344-345.
25. Casciato D., Territo M. Κλινική Ογκολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 2012 Σελ. 268-269.
26. Μπαρμπουνάκη- Κωνσταντάκου Ε. Χημειοθεραπεία. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2004. Σελ. 32-33.
27. Dewit S. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Έννοιες και Πρακτική, Τόμος Ι. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Λευκωσία 2009. Σελ. 127-130, 199-200, 245-246.
28. Μπαλτόπουλος Γ. Βασικές, Ανώτερες και Εξειδικευμένες Νοσηλευτικές Δεξιότητες. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2013. Σελ. 607.633.
29. Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. Νοσηλευτική Ογκολογία, Το Πλαίσιο Φροντίδας. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2006. Σελ. 202-203, 209-211, 256-257.
30. Ρούσσος Χ. Νοσολογία, Φυσιοπαθολογία-Διάγνωση-Θεραπεία. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2002. Σελ. 1216, 1229.
31. Ζυγά Σ. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα 2010. Σελ. 115-117.
32. Pamela L. Κλινικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες και Νοσηλευτική Διεργασία. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2012 σελ. 315-316, 333.
33. Ανδρουλάκης Γ. Περιεγχειρητική Φροντίδα. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2001. Σελ. 3-4, 192.
34. Dewit S. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Έννοιες και Πρακτική, Τόμος ΙΙ. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2009. Σελ. 1329-1331, 1336.

35. Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β. Χειρουργική Παθολογία, 4^η έκδοση. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2011. Σελ. 49-52.
36. Frank H. Netter, M.D. Άτλας Βασικών Ιατρικών Επιστημών, 3^η Έκδοση, Τόμος Ι. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2004. Σελ. 359.
37. Richard L. Drake, Wayne Vogl, Adam W.M. Mitchell, Gray's Ανατομία, Τόμος 2. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2007. Σελ. 411.
38. Αγοραστός Θ., Βαβίλης Δ., Μπόντης Δ., Ιωάννης Ν. Λοίμωξη από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων. Εκδόσεις World Studio Press, Θεσσαλονίκη 2008. Σελ. 103-104.
39. Frank H. Netter, Παθολογία Βασικές Αρχές. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Αθήνα 2009. Σελ.656-657.
40. Ζυγά Σ., Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη, Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 2013. Σελ. 207-208, 252.
41. Γομπάκη Π., Γομπάκη Κ. Αρχές Ακτινοθεραπευτική ογκολογίας, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2013. Σελ.78
42. Τσέκερης Π. Αρχές Ακτινοβολίας-Ακτινοθεραπείας, Εκδόσεις Εφύρα, Ιωάννινα 2006. Σελ. 196-198
43. Μπαρμπούνη Κωνσταντάκου Ε. Ακτινοθεραπεία, Β Έκδοση, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2006. Σελίδα 112-115.
44. Μπασιάρης Χ., Γώγος Χ. Λοιμώδη Νοσήματα, Μικροβιολογία και Αντιμετώπιση, Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε., Αθήνα 2008. Σελίδα 413.
45. Γιαμαρέλλου Ε. Λοιμώξεις και Αντιμικροβιακή Χημειοθεραπεία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης., Αθήνα 2009. Σελίδα 1009-1010.
46. Κάρλος Χ., Σουρτζή Π. Υγιεινή και Ασφάλεια στη Χημειοθεραπεία, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2006. Σελίδα 68.