

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ



ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»**

Όνομ/νο: ΓΚΟΡΟ ΕΛΠΙΔΑ

Εποπτεύων Καθ.: ΚΙΕΚΚΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

2018

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ....	7
1.1 Ανατομία του γυναικείου γεννητικού συστήματος	7
1.2 Φυσιολογία του γυναικείου γεννητικού συστήματος.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	15
2.1 Ορισμός του καρκίνου της μήτρας.....	15
2.2 Επιδημιολογία	17
2.3 Αιτιολογία	19
2.4 Παθοφυσιολογία.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : CA ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ	21
3.1 Κλινική εικόνα	21
3.2 Διαγνωστική προσέγγιση (εργαστηριακά, ακτινοθεραπεία, υπέρηχοι)	21
3.3 Στάδια CA τραχήλου της μήτρας.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΘΕΡΑΠΕΙΑ	27
4.1 Χειρουργική αντιμετώπιση	27
4.2 Χημειοθεραπεία.....	28
4.3 Ακτινοθεραπεία	29
4.4 Εναλλακτικές θεραπείες	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	33
5.1 Ενημέρωση γυναικείου πληθυσμού για τον καρκίνο της μήτρας.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	42
6.1 Νοσηλευτική Φροντίδα στις διαγνωστικές εξετάσεις	42
6.2 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.....	43
6.3 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	48
7.1 Νοσηλευτική διεργασία	48
7.2 Περιστατικά.....	48
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	55

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πτυχιακή εργασία που ακολούθη πραγματοποιείται τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Αρχικά αναλύουμε την ανατομία του γυναικείου συστήματος. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ορίζεται ο παθολογικός και ο ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός των καρκινικών κύτταρων τα οποία χωρίζονται σε καλοήθης και κακοήθης και σύμφωνα με αυτά χαρακτηρίζεται ο καρκίνος. Ο ιός των ανθρωπινών θηλωμάτων είναι από της ποιο συχνές αίτιες για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Όπως όλα τα είδη καρκίνων έτσι και αυτός έχει γενικά και ειδικά συμπτώματα , και το πιο σημαντικό είναι η έγκαιρη διάγνωση που επιτυγχάνεται από μια σειρά εξετάσεων η οποία πιο σημαντική είναι το τεστ ΠΑΠ. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι αντιμετωπισημος της περισσότερες φορές , η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι χειρουργική ,χημειοθεραπευτική και ακτινοβολίες κ.α. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καταλυτικός όσο για την καθοδήγηση του ασθενή όσο και την ενημέρωση του για της ιατρικές παρεμβάσεις . Τέλος η ψυχολογία του ασθενή είναι ένα σημαντικό και εξειδικευμένο κομμάτι που ο νοσηλευτής οφείλει να ιεραρχήσει στα καθήκοντα του διότι είναι ένα από τα πιο σημαντικά για την θεραπεία του ασθενεί σε κάθε φάση που ο ασθενείς καλείτε να αντιμετωπίσει για παράδειγμα αντιμετωπίσει ενός χειρουργού , αντιμετωπίσει κάποιας επιπλοκής ,κ.α.

Λέξεις Κλειδιά: καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, νοσηλευτής, πρόληψη, ενημέρωση, αποκατάσταση, προεγχειρητική φροντίδα, μετεγχειρητική φροντίδα.

ABSTRACT

The thesis which follows addresses the issue of cervical cancer and nursing interventions. Initially, we analyse the anatomy of the female system. According to the international health organisation, cervical cancer is defined as the pathological and uncontrollable multiplication of cancerous cells which in turn are separated into benign and malignant .HPV (human papilloma virus)is probably the most frequent cause of cervical cancer . Just like all types of cancer , this one also exhibits general and particular symptoms . It is of utmost importance that a battery of diagnostic tests be run so as to reach diagnosis as early as possible . Most effective test in this series is the PAP test . Cervical cancer is treatable in most cases via invasive surgery , chemootherapy , radiation and so on . The nurse's role is instrumental not only in

counselling the patient but also in informing them as regards all medical interventions . Finally, the patient's psychology is of great value and a very particular field which the nurse must prioritise in their list of duties . This is because , every time a patient is called upon to deal with a doctor's approach , an implication or any other such issues they must be psychologically ready and strong so that thier therapy may be completed successfully ..

Key words: *cervical cancer, nurse, prevention, information, rehabilitation, preoperative care, postoperative care.*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αφορά την εξελικτική ανάπτυξη κακοηθών κυττάρων στους τραχηλικούς ιστούς της μήτρας. Συνήθως, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παρουσιάζεται μακροχρόνια από δυσπλασία, δηλαδή με βάση την εξέλιξη ιστολογικών μεταβολών στα τραχηλικά κύτταρα του τραχήλου η οποία οδηγεί στην εμφάνιση μη φυσιολογικών κυττάρων στους τραχηλικούς ιστούς (Διαμαντής, 2009).

Προοδευτικά, τα καρκινικά κύτταρα αρχίζουν να αυξάνονται και να εξαπλώνονται σε μεγαλύτερο βάθος διήθησης μέσα στον τράχηλο και στις περιβάλλουσες ανατομικές δομές. Οι συχνότερες μορφές είναι ο επιθηλιακός καρκίνος αποτελώντας το 90% των περιπτώσεων ο οποίος αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου και το αδενοκαρκίνωμα αποτελώντας το υπόλοιπο 10% των περιπτώσεων ο οποίος παρουσιάζεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού, στον ενδοτράχηλο (Alves, Alves, & Lunet, 2010, Cooper, Polonec, & Gelb, 2011).

Το νοσηλευτικό προσωπικό για να ανταπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με καρκίνο της μήτρας χρειάζεται επιστημονική κατάρτιση, αγάπη για τους ασθενείς, αίσθημα ευθύνης, προσωπική προσπάθεια, χρόνο και ενδιαφέρον για την βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη. Τέλος, ο σημαντικότερος ρόλος του νοσηλευτή εστιάζεται στην ψυχολογική υποστήριξη και επανένταξη του ασθενή (Ιατράκης, 2010).

Η παρούσα πτυχιακή εργασία απαρτίζεται από επτά (7) κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αφορά τα ανατομικά και φυσιολογικά χαρακτηριστικά του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται γενικά στοιχεία σχετικά με τις νεοπλασίες της μήτρας. Το τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζει την διαδικασία της διάγνωσης της νόσου του καρκίνου της μήτρας. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η θεραπεία της νόσου. Το πέμπτο κεφάλαιο αναλύει την ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού για τον καρκίνο της μήτρας. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο νοσηλευτικός ρόλος στις διαγνωστικές εξετάσεις καθώς και την φροντίδα που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία και σε ακτινοθεραπεία. Το έβδομο κεφάλαιο αφορά το ειδικό μέρος

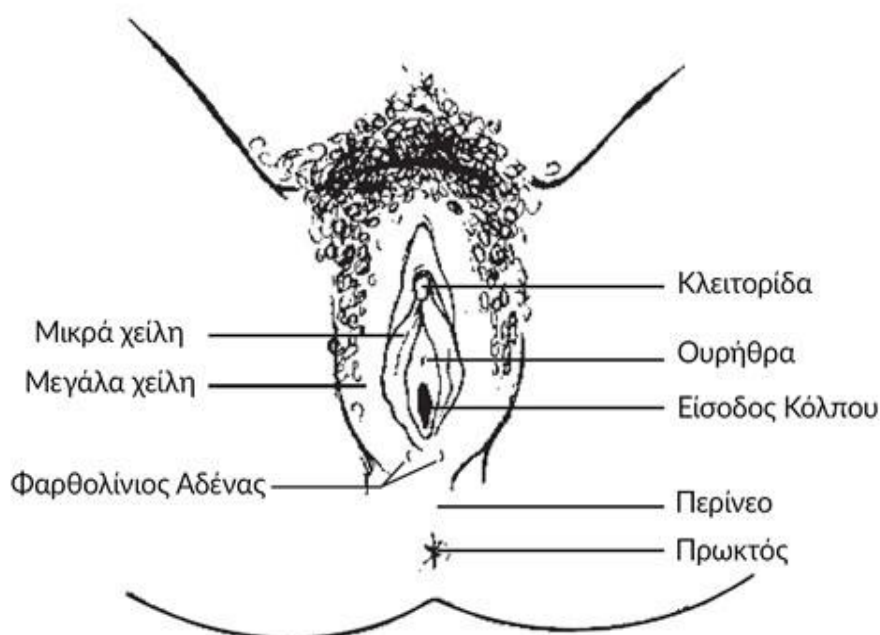
της παρούσας εργασίας αναπτύσσοντας δύο (2) περιστατικά μέσω της μεθόδου της νοσηλευτικής διεργασίας. Τέλος, παρατίθενται συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1.1 Ανατομία του γυναικείου γεννητικού συστήματος

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα εξωτερικά και τα εσωτερικά γεννητικά όργανα. Το εφηβαίο ή όπως αλλιώς ονομάζεται το «όρος της Αφροδίτης», τα μικρά και τα μεγάλα χείλη, η κλειτορίδα, ο πρόδρομος του κόλπου καθώς και οι βολβοί του προδρόμου απαρτίζουν τα εξωτερικά γεννητικά όργανα (Εικόνα 1) (Snell, 2011).

Εικόνα 1: Έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας.



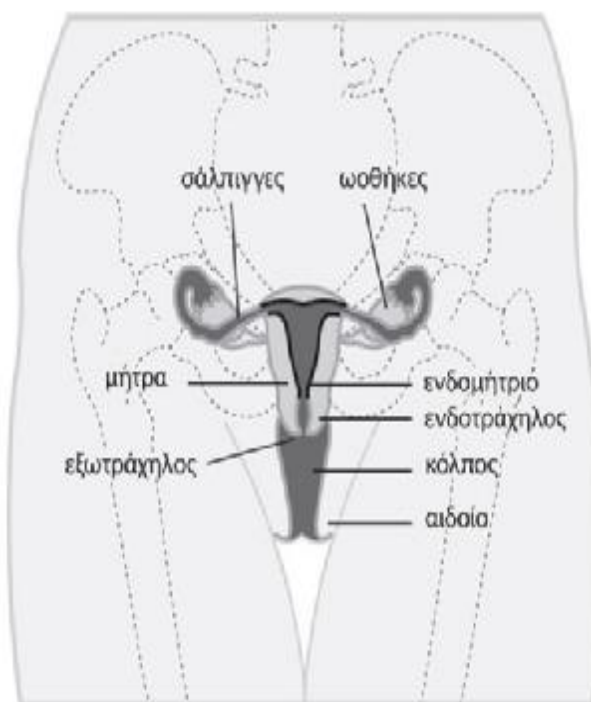
Το εφηβαίο είναι η σαρκώδης στρογγυλεμένη επιφάνεια η οποία βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση. Το δέρμα του εφηβαίου έχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες. Το σημείο που ενώνονται τα οστά της λεκάνης λέγεται ηβική σύμφυση (Frick, Leonhardt, & Starck, 2014).

Ο πρόδρομος του κόλπου είναι ο χώρος ανάμεσα στα μικρά χείλη έως την είσοδο του κόλπου και την ουρήθρα. Το οπίσθιο μέρος του προδρόμου, έως το χαλινό των μικρών χειλέων, ονομάζεται σκαφοειδής βόθρος όπου καταλήγουν οι

βαρθολίνειοι αδένες, δύο μικροί αδένες με στόμια πλάγια του παρθενικού υμένα. Οι πόροι έχουν μήκος δύο εκατοστών και καλύπτονται από κυλινδρικό επιθήλιο. Οι βολβοί του προδόμου σχηματίζονται από στυτικό ιστό, και βρίσκονται εκατέρωθεν της εισόδου του κόλπου. Η κλειτορίδα είναι όργανο ομόλογο του ανδρικού πέους με ουσιαστική διαφορά, το διαχωρισμό της από την ουρήθρα. Περιέχει σηραγγώδη σώματα και αποτελείται από δύο σκέλη, που σχηματίζουν το σώμα της μετά την ένωση τους. Το ελεύθερο μέρος είναι η βάλανος της κλειτορίδας που καλύπτεται από την πόσθη (Snell, 2011).

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι ο κόλπος, η μήτρα, η σάλπιγγα και οι ωθήκες, μαζί με τους στηρικτικούς συνδέσμους τους (Εικόνα 2) (Snell, 2011).

Εικόνα 2: Έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας.



Ο κόλπος είναι σωλήνας από ινώδη και ελαστικό ιστό που συνδέει τον πρόδομο του με τον τράχηλο της μήτρας. Η τοπογραφική θέση είναι όπισθεν της ουρήθρας και του τριγώνου της ουροδόχου κύστεως και έμπροσθεν του εντέρου. Το πρόσθιο τοίχωμα έχει μήκος έξι έως οκτώ εκατοστών, ενώ το οπίσθιο είναι μακρύτερο κατά ένα έως δύο εκατοστά, σχηματίζοντας τον πρόσθιο και οπίσθιο κολπικό θόλο. Ο πρόσθιος κολπικός θόλος συνορεύει άνωθεν και εκ των έσω με την

κυστεομητρική πτυχή, αναδίπλωση του τοιχωματικού περιτοναίου. Ο οπίσθιος κοιλικός θόλος έρχεται άμεσα σε επαφή με τον οπίσθιο δουγλάσειο χώρο, όπου καταλήγει το χαμηλότερο σημείο του τοιχωματικού περιτοναίου. Στα πλάγια του κόλπου βρίσκονται οι ανελκτήρες του πρωκτού και η πυελική περιτονία. Ο βλεννογόνος αποτελείται από το χόριο, ινώδη ιστό, φτωχό σε αδένια, και το επιθήλιο, πολύστιβο πλακώδες. Επίσης τα κύτταρα της επιπλοκής στιβάδας υπό την επίδραση των οιστρογόνων, εμπλουτίζονται με γλυκογόνο. Η άφθονη χλωρίδα (κολποβακτηρίδια του Doderlein) συντηρεί την καθαρότητα του κόλπου με όξινο pH, αυτό επιτυγχάνεται μετά τη διάσπαση του γλυκογόνου σε γαλακτικό οξύ από τα κολποβακτηρίδια. Η αιμάτωση του κόλπου προέρχεται από τις μητροκολπικές αρτηρίες (κλάδους μητριάων), μεσαίες κοιλικές (κλάδοι της κάτω κυστικής), κάτω κοιλικές (κλάδοι των αιμορροϊδικών αρτηριών). Το φλεβικό αίμα καταλήγει στην έσω λαγόνιο φλέβα. Τα λεμφαγγεία του κόλπου παροχετεύουν τη λέμφο σε τρεις ομάδες λεμφαδένων τους έσω και τους έξω λαγόνιους λεμφαδένες και τους επιπολής βουβονικούς λεμφαδένες. Η νεύρωση του κόλπου προέρχεται από τα κοιλικά πλέγματα και πυελικά σπλαγγικά νεύρα, το κατώτερο τμήμα του κόλπου νευρώνεται από το αιδοϊκό νεύρο (τρίτο και τέταρτο ιερό κλάδο) (Snell, 2011).

Συνεπακόλουθα, η μήτρα είναι κοίλο, μυώδες όργανο, σχήματος αχλαδιού. Προς την περιτοναϊκή κοιλότητα επικοινωνεί στο άνω μέρος της με τα δύο σαλπινγικά στόμια, ενώ με το κάτω μέρος της, τον ισθμό, επικοινωνεί με τον τραχηλικό σωλήνα και την κοιλότητα του κόλπου. Η μήτρα αποτελείται από τέσσερα μέρη, τον πυθμένα, το σώμα της μήτρας, τον ισθμό καθώς και τον τράχηλο. Το όριο του πυθμένα και του σώματος ορίζεται από τα στόμια εκατέρωθεν των σαλπίγγων. Η τριγωνική κοιλότητα μήκους έξι εκατοστών καταλήγει στον ισθμό και ακολούθως στον ενδοτράχηλο. Ο τράχηλος της μήτρας είναι το ουραίο μέρος της μήτρας, κυλινδρικού σχήματος και έχει μοίρα υπερκολπική και ενδοκολπική. Η αγγείωση στην μήτρα παρέχεται από τη μητριάια αρτηρία και κλάδους της ωοθηκικής αρτηρίας. Τα λεμφαγγεία της μήτρας πορεύονται επιφανειακά κάτω από το περιτόναιο και στο βάθος του μυομητρίου καταλήγουν σε πέντε ομάδες λεμφαδένων. Η νεύρωση της μήτρας είναι κινητική και αισθητική, οι κινητικές ίνες προέρχονται από τα ανώτερα συμπαθητικά θωρακικά γάγγλια, πορεύονται με το αορτικό πλέγμα και το κοιλιακό γάγγλιο. Τέλος, οι αισθητικές ίνες βρίσκονται στα συμπαθητικά και

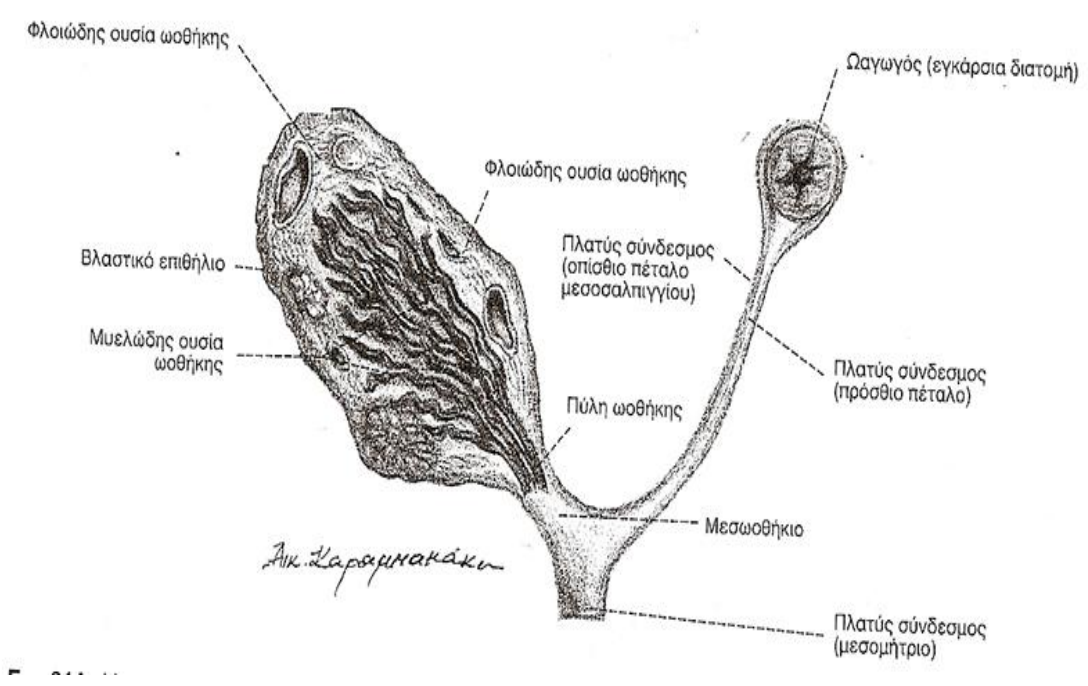
παρασυμπαθητικά πλέγματα που συνδέονται με το δεύτερο, τρίτο και τέταρτο ιερό νεύρο. (Frick, Leonhardt, & Starck, 2014).

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί είναι δύο μυϊκοί σωλήνες που εξέρχονται της μήτρας στο κέρασ της, με το μητρικό στόμιο, έχουν μήκος δέκα έως δώδεκα εκατοστών, πορεύονται στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου και καταλήγουν στο ελεύθερο στόμιο, κωδωνικό ή κοιλιακό (Frick, Leonhardt, & Starck, 2014).

Οι δύο γυναικείες γονάδες ονομάζονται ωοθήκες, είναι τοποθετημένες στη μικρή πύελο, δεξιά και αριστερά, στο ωοθηκικό βοθρίο. Το έδαφος του βοθρίου σχηματίζεται από την περιτονία του ψοίτη μυός, κεντρικά αφορίζεται από την αποφραχθείσα ομφαλική αρτηρία και περιφερικά από τον ουρητήρα και την έσω λαγόνιο αρτηρία. Οι ωοθήκες έχουν σχήμα αμυγδαλοειδές, μήκος τριών εκατοστών, πλάτος ενάμιση εκατοστό και, πάχος ένα εκατοστό (Snell, 2011).

Η ωοθήκη στην εξωτερική επιφάνεια της καλύπτεται από το βλαστικό ή καλυπτήριο επιθήλιο και στο εσωτερικό της συνίσταται από δύο ευδιάκριτες περιοχές, τη φλοιώδη και τη μυελώδη μοίρα (ουσία), μέσα στις οποίες εκτείνεται το συνδετικό στρώμα της ωοθήκης (Εικόνα 3) (Snell, 2011).

Εικόνα 3: Κατασκευή της ωοθήκης.



Ουσιαστικά, η επιφάνεια της ωοθήκης είναι λεία κατά την γέννηση του κοριτσιού, έως την ήβη. Αργότερα, παρατηρούνται διάφορα οζίδια και ουλές, συνέπεια ωρίμανσης και ωοθυλακιορρηξιών. Η αιμάτωση της ωοθήκης προέρχεται από τις ωοθηκικές αρτηρίες, που είναι κλάδοι της κοιλιακής αορτής. Τα λεμφαγγεία πορεύονται προς τους πλάγιους αορτικούς και παραορτικούς λεμφαδένες. Τα νεύρα προέρχονται από το ωοθηκικό συμπαθητικό πλέγμα (Snell, 2011).

1.2 Φυσιολογία του γυναικείου γεννητικού συστήματος

Το ορμονικό σύστημα της γυναίκας περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες ορμονών, την υποθαλαμική εκλυτική ορμόνη (LHRH), τις ορμόνες της πρόσθιας υπόφυσης, καθώς και τις ορμόνες των ωοθηκών δηλαδή τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη, που εκκρίνονται από τις ωοθήκες με την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών της αδενούποφουσης. Μετά των υποθάλαμο και την υπόφυση, τρίτος βασικός παράγοντας που παίρνει μέρος στην παραγωγική λειτουργία της γυναίκας, είναι οι ωοθήκες. Οι ωοθήκες σχηματίζονται από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα, από μεσοενεφρικές καταβολές και από περιοχή του περιτοναϊκού επιθηλίου. Η λειτουργία των ωοθηκών είναι περιορισμένη, δηλαδή αρχίζει με την ήβη και τελειώνει με την εμμηνόπαυση και η δράση τους είναι κυκλική, εκτός από την περίοδο της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας. Οι ωοθήκες παράγουν ωάρια (ωογένεση) και ορμόνες (Κρεατσάς, 2008).

Η καταβολή των γεννητικών κυττάρων της γυναίκας γίνεται στην εμβρυική ζωή, όταν η περιοχή του μεσεγχύματος, στην οποία θα διπλασιαστούν οι ωοθήκες αποικίζεται από 1.000 έως 2.000 αρχέγονα γεννητικά κύτταρα (τέταρτη έως έκτη εβδομάδα) τα οποία ονομάζονται ωογόνα. Τα ωογόνα, με συνεχείς μιτωτικές διαιρέσεις, φτάνουν στα 5.000.000 έως 7.000.000 τον πέμπτο μήνα (εικοστή εβδομάδα). Από την εικοστή εβδομάδα μέχρι και την γέννηση πολλά από τα ωογόνα εκφυλλίζονται και τελικά την στιγμή της γέννησης, είναι 2.000.000. Πριν ολοκληρωθεί ο πολλαπλασιασμός τους, μερικά από τα ωογόνα αυξάνουν σε μέγεθος, αρχίζουν την μειωτική διαίρεση και ονομάζονται ωάρια ή ωοκύτταρα. Η πρώτη φάση της μειωτικής διαίρεσης διακόπτεται με την γέννηση στο στάδιο της πρόφασης και συνεχίζει αργότερα, στην αναπαραγωγική ηλικία, στις μέρες της ωοθυλακιορρηξίας. Στην ωοθυλακιορρηξία σχηματίζονται δύο άνισα θυγατρικά κύτταρα που περιέχουν

απλοειδή, δηλαδή μισό αριθμό χρωμοσωμάτων. Το μεγαλύτερο από τα δύο κύτταρα ονομάζεται ωοκύτταρο δεύτερης τάξης και το μικρότερο πρώτο πολικό σωμάτιο. Το ωοκύτταρο δεύτερης τάξης, διαιρείται ξανά σε δεύτερη μειωτική διαίρεση, που ουσιαστικά είναι μειωτική διαίρεση ενός κύτταρου με απλοειδή αριθμό χρωμοσωμάτων και σχηματίζεται ένα μεγαλύτερο ώριμο ωάριο (Κρεατσάς, 2008).

Η συμπλήρωση της δεύτερης διαίρεσης του ωαρίου γίνεται μέσα στην σάλπιγγα στις πρώτες εικοσιτέσσερις ώρες από την ωοθηλακιορρηξία και όταν αυτό ανταμώσει το σπερματοζωάριο. Αν δεν συμβεί γονιμοποίηση, τότε εκφυλλίζεται προτού διαιρεθεί. Μετά την δεύτερη μειωτική διαίρεση, ο ώριμος πυρήνας του ωαρίου λέγεται θηλυκός προπυρήνας. Αυτός έχει διπλοειδή αριθμό χρωμοσωμάτων και αποτελεί τον ζυγωτή. Ο ωοθηκικός κύκλος της γυναίκας ρυθμίζεται από την λειτουργία του υποθαλάμου, της υπόφυσης και των ωοθηκών (Κρεατσάς, 2008).

Από την εμβρυική ζωή της γυναίκας στην ωοθήκη βρίσκονται τα άωρα ωοθυλάκια, τα οποία φτάνουν περίπου στις 150.000. Τα κάθε ωοθυλάκιο αποτελείται από ένα ωάριο που περιβάλλεται από επιθηλιακά κύτταρα και λέγεται πρωτογενές. Η έκκριση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) έχει ως αποτέλεσμα την μεταμόρφωση των ωοθυλακίων. Το ωοθυλάκιο με μια σειρά αλλαγές μετατρέπεται σε ώριμο ωοθυλάκιο που λέγεται γρααφιανό. Συνήθως σε ένα κύκλο ωριμάζει ένα ωοθυλάκιο. Μόλις αυτό ωριμάσει βγαίνει από μέσα το ωάριο. Αυτό ονομάζεται ωοθυλακιορρηξία. Συμβαίνει περιοδικά δεκατέσσερις ημέρες πριν από την πρώτη ημέρα της επόμενης εμμηνόρρυσιας. Σε όλη την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας μεταβάλλονται σε γρααφιανά 400 έως 500 πρωτογενή ωοθυλάκια. Κατά την διάρκεια του ωοθυλακικού κύκλου οι ορμόνες της ωοθήκης (οιστρογόνα και προγεστερόνη) επηρεάζουν την απελευθέρωση των γοναδοτροπινών από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης (Κρεατσάς, 2008).

Ο κύκλος της περιόδου είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των ορμονών των ωοθηκών και του ενδομητρίου της μήτρας. Φυσιολογικά η περίοδος διακόπτεται μόνο από την εγκυμοσύνη ή από κάποια σοβαρή ασθένεια. Ο ωοθηκικός κύκλος μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις φάσεις που η καθεμία χαρακτηρίζεται από ορμονικές αλλαγές των ωοθηκών και αλλαγές της μήτρας (Κρεατσάς, 2008).

Όσον αφορά τον γεννητικό κύκλο, αυτός αφορά το διάστημα από την αρχή της μίας περιόδου μέχρι την αρχή της επόμενης. Ο γεννητικός κύκλος χωρίζεται σε δύο

φάσεις την παραγωγική φάση και την εκκριτική φάση. Η ωθηλακιορρηξία γίνεται στην μέση περίπου του γεννητικού κύκλου σε σταθερό κύκλο εικοσιοκτώ ημερών. Εάν δεν γίνει ωθηλακιορρηξία, τότε έχουμε μόνο παραγωγική φάση σε όλη την διάρκεια του κύκλου γιατί δεν δημιουργείται το ωχρό σωματίο. Το ωχρό σωματίο είναι υπεύθυνο για την παραγωγή της προγεστερόνης και των οιστρογόνων. Η παραγωγή της προγεστερόνης είναι υπεύθυνη για τα χαρακτηριστικά της εκκριτικής φάσης του γεννητικού κύκλου. Επομένως στην περίπτωση που δεν συμβεί ωθηλακιορρηξία ο κύκλος λέγεται μονοφασικός (Κρεατσάς, 2008).

Η παραγωγική φάση ρυθμίζεται από τα οιστρογόνα και αρχίζει με την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Τα οιστρογόνα προκαλούν στο ενδομήτριο υπεραιμία, υπερπλασία και υπερτροφία. Συνεπακόλουθα, η εκκριτική φάση ρυθμίζεται από την προγεστερόνη και αρχίζει μετά την ωθηλακιορρηξία. Η προγεστερόνη δρα στο ενδομήτριο και δημιουργεί το γλυκογόνο. Αυτό χρησιμοποιείται ως πρώτη τροφή του εμβρύου σε περίπτωση εγκυμοσύνης. Στην περίπτωση όμως που δεν πραγματοποιηθεί γονιμοποίηση, τότε η έκκριση της προγεστερόνης μειώνεται σταδιακά και μετά από δύο εβδομάδες (από την αρχή της εκκριτικής φάσης) το προετοιμασμένο ενδομήτριο πέφτει με τη μορφή αιμορραγίας. Αυτή η αιμορραγία ονομάζεται έμμηνος ρύση και εμφανίζεται κατά σταθερά χρονικά διαστήματα, συνήθως κάθε 28 ημέρες. Η πρώτη ημέρα της εμμήνου ρύσεως αποτελεί την πρώτη ημέρα του νέου κύκλου, ο οποίος αρχίζει με την παραγωγική φάση (Κρεατσάς, 2008).

Στη διάρκεια μιας κανονικής εμμηνορρυσίας χάνονται περίπου 35ml ορώδους υγρού. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, το υγρό της εμμηνορρυσίας δεν πήζει λόγω του γεγονότος ότι μαζί με το νεκρωτικό υλικό του ενδομητρίου απελευθερώνεται και μια ινωδολυσίνη. Μέσα σε τρεις έως επτά ημέρες από την έναρξη της εμμηνορρυσίας η αιμορραγία σταματά, γιατί σε αυτό το διάστημα έχει ολοκληρωθεί η αναγέννηση του επιθηλίου του ενδομητρίου (Κρεατσάς, 2008).

Όταν η γυναίκα φτάσει στην ηλικία, κατά μέσον όρο, των σαράντα έως πενήντα ετών, οι γενετήσιοι κύκλοι βαθμιαία γίνονται ακανόνιστοι και πολλοί από αυτούς δεν συνοδεύονται από ωορρηξία. Μετά από λίγους μήνες ως λίγα χρόνια οι κύκλοι σταματούν οριστικά, αυτή η διακοπή ονομάζεται εμμηνόπαυση. Αίτιο της εμμηνόπαυσης είναι η εξάντληση των ωοθηκών. Με άλλα λόγια, στη διάρκεια της αναπαραγωγικής περιόδου της γυναίκας με κάθε γενετήσιο κύκλο πολλά πρωτογενή

ωοθυλάκια εξελίσσονται σε κυστικά και τελικά όλα σχεδόν τα ωάρια είτε εκφυλίζονται είτε βγαίνουν από τις ωοθήκες με την ωορρηξία (Κρεατσάς, 2008).

Έτσι σε ηλικία σαράντα πέντε περίπου ετών έχουν απομείνει ελάχιστα πρωτογενή ωοθυλάκια για να διεγερθούν, ενώ και η παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες ελαττώνεται καθώς ο αριθμός των πρωτογενών ωοθυλακίων πλησιάζει στο μηδέν. Για ελάχιστο διάστημα μετά την εμμηνόπαυση εξακολουθούν να παράγονται οιστρογόνα σε ποσότητες μικρότερες από τις κρίσιμες, αλλά σε λίγα χρόνια όταν μετατραπούν σε άτρητα και τα τελευταία πρωτογενή ωοθυλάκια που έχουν απομείνει, η παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες σχεδόν μηδενίζεται (Κρεατσάς, 2008).

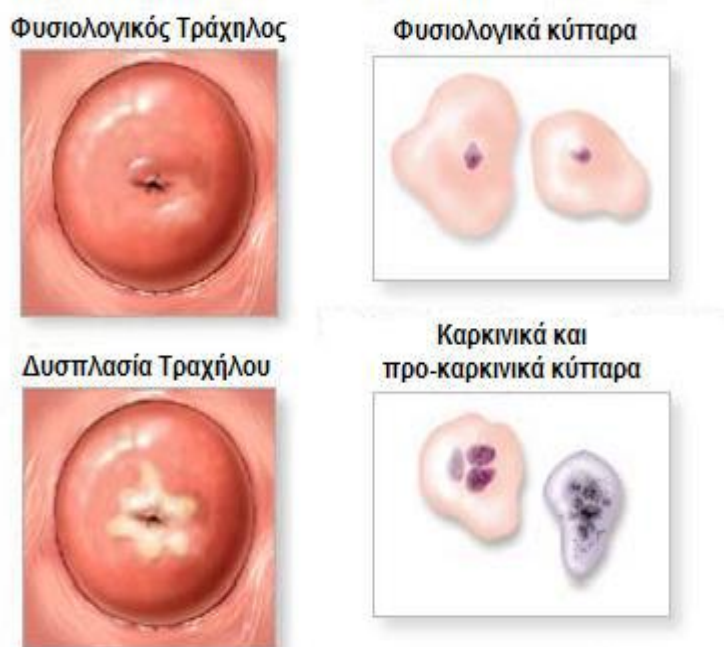
Τέλος, η γονιμότητα της γυναίκας αφορά την γόνιμη περίοδο κάθε γενετήσιου κύκλου. Πιο αναλυτικά, μετά την έξοδο του από την ωοθήκη το ωάριο διατηρείται ζωντανό και ικανό να γονιμοποιηθεί πιθανόν όχι για περισσότερες από εικοσιτέσσερις ώρες. Για να πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση θα πρέπει σύντομα μετά από την ωορρηξία να υπάρξουν διαθέσιμα σπερματοζώαρια, λόγω του γεγονότος ότι ελάχιστα σπερματοζώαρια είναι εφικτό να διατηρήσουν τη ζωτικότητα τους μέσα στο γεννητικό σωλήνα της γυναίκας μέχρι εβδομήντα δύο ώρες ενώ τα περισσότερα δεν αντέχουν περισσότερο από είκοσι τέσσερις ώρες. Συνεπώς, για να υπάρξει γονιμοποίηση, η συνουσία θα πρέπει να γίνεται στο διάστημα μιας μέρας πριν και μιας μέρας μετά την ωορρηξία (Κρεατσάς, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

2.1 Ορισμός του καρκίνου της μήτρας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, 2014), ο παθολογικός και ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός των κυττάρων που λαμβάνει χώρα στη ζώνη μετάπλασης του τραχήλου της μήτρας, ονομάζεται καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Ο κυριότερος λόγος που προκαλείται αυτή η κακοήθης αλλαγή των κυττάρων του τραχήλου της μήτρας είναι η ενσωμάτωση του γονιδιώματος του ιού HPV στον πυρήνα αυτών των κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά καθίστανται με αυτόν τον τρόπο καρκινικά και αντί να πεθάνουν στο συνήθη χρόνο που αποπίπτουν τα φυσιολογικά κύτταρα, πολλαπλασιάζονται ταχύτατα και συσσωρεύονται σε ένα σημείο, με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκου (Εικόνα 4) (Διαμαντής, 2009).

Εικόνα_4: Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.



Όσον αναφορά τους καλοήθεις όγκους του τραχήλου της μήτρας αυτοί είναι οι πολύποδες και τα ινομύωματα. Οι πολύποδες εξορμούν από τον ενδοτραχηλικό αυλό και καλυπτόμενους από κυλινδρικό επιθήλιο. Μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί ή να προκαλέσουν άτυπη αιμόρροια από τον κόλπο, ενίοτε μετά από σεξουαλική επαφή. Τα ινομύωματα συνήθως είναι μισχωτά, με μίσχο άλλοτε άλλου πάχους, είναι δε δυνατή η συστροφή τους, κατάσταση η οποία οδηγεί συχνά σε νέκρωση του ινομύωματος. Σε περίπτωση κατά την οποία το ινομύωμα του τραχήλου προωθείται αυτόματα δια μέσου του τραχηλικού αυλού στον κόλπο παρατηρείται άλγος στο υπογάστριο, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της εμμηνορρυσίας. Συχνή είναι και η εμφάνιση άτυπων αιμορραγιών από τον κόλπο. Τα ινομύωματα χαρακτηρίζονται και κατηγοριοποιούνται ανάλογα με το μέγεθος και κυρίως την εντόπισή τους στο τοίχωμα της μήτρας. Ανάλογα με τη θέση τους στη μήτρα, τα ινομύωματα διακρίνονται σε υποορογόνια, υποβλεννογόνια και ενδοτοιχωματικά. Τα υποορογόνια ινομύωματα εντοπίζονται κάτω από τον ορογόνο χιτώνα, στην εξωτερική επιφάνεια της μήτρας. Εάν το μέγεθος τους αυξηθεί, μπορεί να γίνουν μισχωτά δηλαδή συνδέονται με τη μήτρα με ένα παχύ ή λεπτό μίσχο. Τα ενδοτοιχωματικά ινομύωματα εντοπίζονται μέσα στο μυϊκό τοίχωμα της μήτρας. Συνήθως καθώς αυξάνονται επεκτείνονται προς τον ορογόνο χιτώνα στην πρόσθια ή στην οπίσθια επιφάνεια της μήτρας ή στο πλάγιο τοίχωμα της μήτρας, οπότε και επιφέρουν διαφορετικά συμπτώματα αλλά και αντιμετωπίζονται διαφορετικά. Τα υποβλεννογόνια είναι αυτά που συνήθως δημιουργούν τα περισσότερα προβλήματα. Αυτά εντοπίζονται κάτω από το ενδομήτριο, μέσα στην κοιλότητα της μήτρας (Διαμαντής, 2009).

Στις ωοθήκες μπορούν να δημιουργηθούν διαφόρων ειδών κύστεις, οι οποίες είναι συνήθως σάκοι γεμάτοι με υγρό. Το μέγεθος τους ποικίλει από λίγα χιλιοστά μέχρι μερικά εκατοστά. Πρόκειται για ένα σχετικά συχνό φαινόμενο για τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας στις οποίες οι πιο συχνές είναι οι κύστεις ωοθυλακίου και οι κύστεις ωχρού σωματίου. Στις νεαρότερες ηλικίες συχνές είναι οι ορώδεις κύστεις, οι βλεννώδεις, τα ενδομητρίωματα και οι δερμοειδείς κύστεις. Οι πιο πολλές κύστεις των ωοθηκών είναι ακίνδυνες και εξαφανίζονται από μόνες τους. Συχνά είναι καλοήθεις (μη καρκινικές) και δεν προκαλούν συμπτώματα. Ο πιο σοβαρός κίνδυνος που ενέχουν (αλλά είναι σπάνιος) είναι να συστραφούν ή να σπάσουν, γεγονός που γίνεται αντιληπτό από τον έντονο πόνο που προκαλούν -η κύστη συστρέφεται γύρω από το μίσχο της διακόπτοντας την παροχή αίματος στην ωοθήκη. Οι κύστεις που

αναπτύσσονται μετά την εμμηνόπαυση είναι κάπως πιθανότερο να είναι ένδειξη καρκίνου των ωοθηκών για αυτό και σε αυτή την περίπτωση χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση (Διαμαντής, 2009).

Τέλος, η κακοήθεια του ενδομητρίου εκδηλώνεται σε ηλικίες άνω των 50 ετών και δε θεωρείται ιδιαίτερα επιθετικός καθώς σπάνια εμφανίζονται μεταστάσεις. Πολλοί είναι οι παράγοντες κινδύνου στους οποίους έχουν καταλήξει οι ειδικοί ότι οφείλεται η εμφάνιση του καρκίνου του ενδομητρίου στις γυναίκες. Ένας από τους βασικούς είναι η έκθεση του οργανισμού της γυναίκας σε οιστρογόνα. Επίσης, ορισμένα φάρμακα έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση της κακοήθειας αυτής στο ενδομήτριο. Εκτός αυτών μία από της βασικής αιτίες θεωρείται και η παχυσαρκία εξαιτίας της οποίας είναι πιθανό να εκδηλωθεί καρκίνος του ενδομητρίου. Όπως και στις άλλες μορφές καρκίνου και στον καρκίνο του ενδομητρίου βασικό ρόλο παίζει και η κληρονομικότητα, καθώς η κακοήθεια μπορεί να μεταφερθεί λόγω οικογενειακού ιστορικού από γενιά σε γενιά. Εμφανίζεται επίσης συχνά σε γυναίκες που έχουν πρόβλημα υπέρτασης, διαβήτη ή αντιμετωπίζουν καρδιολογικά προβλήματα (Διαμαντής, 2009).

2.2 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος πιο κοινός καρκίνος και η τρίτη σημαντικότερη αιτία θνησιμότητας από καρκίνο σε όλο τον κόσμο, μεταξύ των γυναικών. Ευθύνεται για περίπου για το 12% όλων των καρκίνων στις γυναίκες. Κάθε χρόνο, 493.000 νέες περιπτώσεις εμφανίζονται και περίπου 274.000 γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Alves, Alves, & Lunet, 2010).

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι πιο συχνός στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Έτσι οι διάφορες μετρήσεις δείχνουν ότι περιοχές όπως η Νότια Αφρική, η Νότια Αμερική και η Νότια Κεντρική Ασία έχουν τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης, με πάνω από 25 ανά 100.000 γυναίκες. Τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης αναφέρθηκαν στην Αϊτή (64 στις 100.000 γυναίκες), στο Λεσότο (46 ανά 100.000 γυναίκες) και στη Βολιβία (42 ανά 100.000 γυναίκες). Στην Ευρώπη, η Φινλανδία ανέφερε το χαμηλότερο ποσοστό εμφάνισης (6,2 ανά 100.000 γυναίκες) που ακολουθείται από τη

Μάλτα (7,1 ανά 100.000 γυναίκες) και την Ιρλανδία (8,4 ανά 100.000 γυναίκες) (Frumovitz, 2014).

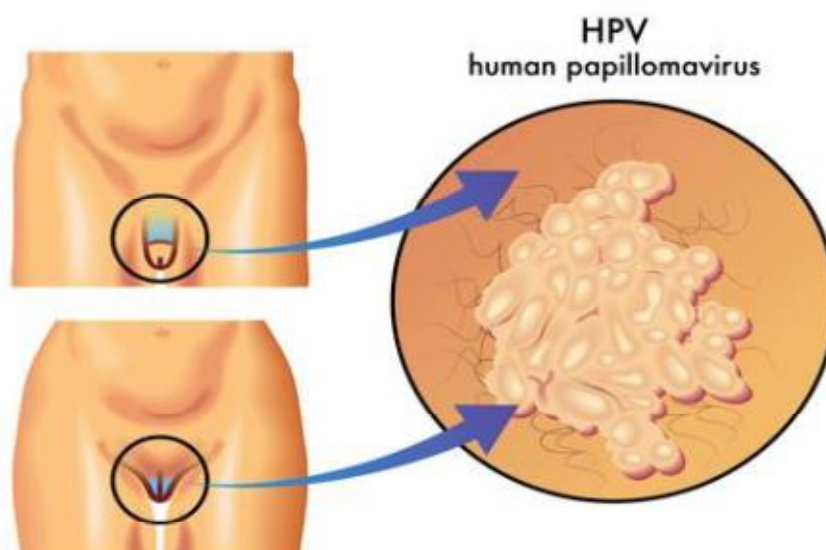
Οι τάσεις εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας επηρεάζονται σαφώς επηρεάζονται από την πρακτική του προσυμπτωματικού ελέγχου. Έτσι για παράδειγμα στις σκανδιναβικές χώρες, τα τυποποιημένα ποσοστά επίπτωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχουν δείξει μια πτωτική τάση από τη δεκαετία του 1960, επιδεικνύοντας μια μείωση από 21,2 ανά 100.000 το 1966 σε 7,6 ανά 100.000 γυναίκες το ο 2006. Από την άλλη πλευρά, κάποιες υποσαχάριες Αφρικανικές περιοχές σημείωσαν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου (Alves, Alves, & Lunet, 2010).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, λιγότερο από το 50% των γυναικών που πλήττονται από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας επιβιώνουν περισσότερο από 5 χρόνια, ενώ στις ανεπτυγμένες χώρες, η 5ετής επιβίωση είναι περίπου 66%. Περίπου το 80% όλων των περιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των θανάτων που οφείλονται σε αυτόν, συμβαίνουν στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας αναφέρονται στο Λεσότο (38 ανά 100.000 γυναίκες), στην Αϊτή (35 ανά 100.000 γυναίκες) και στην Τανζανία (33 ανά 100.000 γυναίκες). Μια πτωτική τάση στη θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σαφώς παρατηρείται, στις ανεπτυγμένες χώρες, όπου κυρίως αναπτύσσονται προγράμματα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρατηρήθηκε κατά τα έτη 2003 - 2011, μια σταδιακή μείωση στο ποσοστό θνησιμότητας, το οποίο μειώθηκε από 3,4 ανά 100.000 γυναίκες το 2003, σε 2,8 ανά 100.000 γυναίκες, το 2001. Αντίθετα στη Νότια Αφρική, για παράδειγμα, το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας αυξήθηκε από 9,9 ανά 100.000 γυναίκες κατά το 2013, στο 13,3 ανά 100.000 γυναίκες το 2014 (Frumovitz, 2014).

2.3 Αιτιολογία

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus - HPV) έχει καταδειχθεί ότι είναι ο αιτιολογικός παράγοντας στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Εικόνα 5). Η εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου εξαρτάται από την επικράτηση του HPV στον πληθυσμό μαζί με άλλους συμπαράγοντες, όπως η σεξουαλική δραστηριότητα και η κύηση σε νεαρή ηλικία, το κάπνισμα, η ανοσοποιητική επάρκεια, ο τύπος και η διάρκεια χρήσης αντισυλληπτικών, η διατροφή και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (Διαμαντής, 2009).

Εικόνα_5: Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων ως κύριος αιτιολογικός παράγοντας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.



Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται, επίσης, η ανοσοκαταστολή, η μικρή ηλικία της πρώτης συνουσίας, (διπλάσιος κίνδυνος σε ηλικίες <18 έτη), οι πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι, ο «υψηλού κινδύνου» σεξουαλικός σύντροφος, ο τοκετός σε μικρή ηλικία, το κάπνισμα (ή η έκθεση σε περιβάλλον καπνιστών), το ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων (όπως για παράδειγμα χλαμύδια, έρπητας γεννητικών οργάνων), το ιστορικό αιδοϊκής ή κολπικής ενδοεπιθηλιακής βλάβης ή καρκίνου, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η μη λευκή φυλή. Ιδιαίτερο ρόλο φαίνεται να παίζει η συνολική έκθεση στο κάπνισμα, με τις συστηματικές καπνίστριες να έχουν υπερδιπλασιο κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου (Διαμαντής, 2009).

2.4 Παθοφυσιολογία

Η τραχηλική νεοπλασία προέρχεται συχνότερα από το πλακώδες επιθήλιο και μάλιστα από το πλακώδες μεταπλασθέν κυλινδρικό επιθήλιο. Τα καρκινώματα εκ πλακώδους επιθηλίου αποτελούν το 75% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και ξεκινούν μέσα στα επίπεδα λεπτά πλακώδη κύτταρα. Τα αδενοκαρκινώματα και τα αδеноπλακώδη καρκινώματα ευθύνονται για το 20% των διηθητικών καρκινωμάτων. Τα αδενοκαρκινώματα προκύπτουν από τα αδενικά κύτταρα του ενδοτραχήλου, ενώ τα αδеноπλακώδη αποτελούνται από μικτά κακοήθη πλακώδη επιθηλιακά και αδενικά στοιχεία και, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, είναι γνωστό ότι έχουν χειρότερη πρόγνωση από τα πλακώδη και τα αδενοκαρκινώματα. Τέλος ακολουθούν τα μικροκυτταρικά νευροενδοκρινή καρκινώματα με ποσοστό μικρότερο του 5%. Όπως οι πλακώδεις αλλοιώσεις, έτσι και οι αδενικές σχετίζονται με την HPV λοίμωξη, η οποία θα αναλυθεί εκτενέστερα ακολούθως. Οι παραπάνω κακοήθειες φαίνεται να προέρχονται από προκαρκινικές αλλοιώσεις (CIS). Η νόσος θα εξελιχθεί από την προκαρκινική της μορφή, εάν αφηθεί δίχως θεραπεία, σε διηθητική όπως φαίνεται σε κάθετες επιδημιολογικές μελέτες (Grce, & Davies, 2008).

Η φυσική ιστορία της ανάπτυξης του όγκου βασίζεται στην εξέλιξη μιας μικροσκοπικής διήθησης του στρώματος και επιφανειακής επέκτασης της βλάβης. Η σχηματιζόμενη μάζα κυττάρων διηθεί τοπικά το υποκείμενο στρώμα και στη συνέχεια τους παραμητρικούς και παρατραχηλικούς ιστούς. Σε προχωρημένη μορφή παρατηρείται διήθηση των παρακείμενων οργάνων, της ουροδόχου κύστης, του εντέρου και μεθίσταται σε επιχώριους πνευλικούς λεμφαδένες. Η διασπορά των καρκινικών κυττάρων μέσω του κυκλοφορικού συστήματος συμβαίνει συνήθως σε πιο προχωρημένη μορφή της νόσου και αφορά στους πνεύμονες, στα οστά ή στα ενδοκοιλιακά όργανα. Από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα παρατηρείται αύξηση της συχνότητας των αδενοκαρκινωμάτων και ιδιαίτερα μεταξύ γυναικών νεαρής ηλικίας (≤ 35 ετών). Το παραπάνω γεγονός αντικατοπτρίζει μια απόλυτη αύξηση της συχνότητας της νόσου και όχι σχετική, λόγω μείωσης της συχνότητας των πλακωδών καρκινωμάτων ως απόρροια του αποτελεσματικού πληθυσμιακού ελέγχου. Η λοίμωξη από HPV αποτελεί την πιθανότερη αιτία αυτής της αύξησης της εμφάνισης των αδενοκαρκινωμάτων (Grce, & Davies, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΣΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.1 Κλινική εικόνα

Η νόσος έχει ειδικά και γενικά συμπτώματα όπως άλλωστε κάθε κακοήθεια. Εκ των ειδικών συμπτωμάτων της νόσου είναι η ανώμαλη κολπική αιμόρροια-συνήθως μικρή η οποία εμφανίζεται συχνά μετά τη σεξουαλική επαφή. Σε άλλες περιπτώσεις ως αρχικό σύμπτωμα εκδηλώνεται υδαρής κολπική υπερέκκριση που περιέχει και αίμα. Όταν το νεόπλασμα παρουσιάζει νέκρωση ή μόλυνση, οι κολπικές εκκρίσεις είναι δύσοσμες. Η αιμόρροια μπορεί να γίνει αντιληπτή ως αύξηση της ποσότητας του αίματος στην περίοδο (μηνορραγία) ή ως διαλείπουσα αιμόρροια ανάμεσα στις περιόδους. Σε ασθενείς μετά την εμμηνόπαυση, ιδιαίτερα σε εκείνες που δεν είναι σεξουαλικά δραστήριες, η αιμόρροια μπορεί να εκδηλωθεί καθυστερημένα και μόνο όταν ο όγκος έχει αναπτυχθεί σημαντικά. Τα επεισόδια ανώμαλης αιμόρροιας, αραιά καταρχήν, γίνονται συχνότερες με την αύξηση του μεγέθους του όγκου. Όταν η νόσος επεκταθεί, εμφανίζονται και άλλα συμπτώματα ανάλογα με τη θέση και τη βαρύτητα των μεταστάσεων. Ο πόνος στην οσφύ, την πύελο ή το μηρό συχνά υποδηλώνει απόφραξη του σύστοιχου ουρητήρα, ή λεμφαδενική προσβολή στα πλάγια της πυέλου ή προσβολή νεύρων αντίστοιχα. Αιματουρία ή δυσουρία και προβλήματα αφόδευσης μπορούν να εκδηλωθούν ως αποτέλεσμα προσβολής της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού. Σε σπάνιες περιπτώσεις προχωρημένης νόσου λεμφαδενικές διογκώσεις μπορεί να εμφανιστούν στην αριστερή υπερκλείδιο ή στη βουβωνική περιοχή, ή να προκαλέσουν οίδημα του ενός ή και των δύο κάτω άκρων λόγω λεμφικής στάσης ή πίεσης των λαγόνιων φλεβών. Τέλος, στα γενικά συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνονται ανορεξία, αδυναμία, αναιμία, κακουχία και απώλεια βάρους (Palmer, & Gillespie, 2010).

3.2 Διαγνωστική προσέγγιση (εργαστηριακά, ακτινοθεραπεία, υπέρηχοι)

Όπως σε όλα τα είδη καρκίνων, έτσι και στην περίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η έγκαιρη διάγνωση είναι πολύ σημαντική καθώς, όσο

νωρίτερα αντιληφθούν τυχόν τραχηλικές αλλοιώσεις, τόσο πιο αποτελεσματικά μπορεί να αντιμετωπιστούν. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με ειδικές εξετάσεις, οι οποίες μπορούν να ανιχνεύσουν την ύπαρξη ή όχι του ιού (Frumovitz, 2014).

Οπτική εξέταση:

Στην εξέταση αυτή, οι τραχηλικές αλλοιώσεις επισημαίνονται με ασετικό οξύ και με ιώδιο Lugol. Ασετικό οξύ εφαρμόζεται στον τράχηλο με τη βοήθεια βαμβακιού στην άκρη ενός ειδικού εργαλείου και μετά από ένα λεπτό ο τράχηλος φωτίζεται με μια λάμπα των 100 W. Με την εξέταση αυτή, ο γιατρός μπορεί να διαγνώσει αν υπάρχει μεταπλασία, τραχηλίτιδα, κυστίτιδα, κονδύλωμα, CIN 1, CIN 2, CIN 3 νεοπλασία ή καρκίνος κ.α. Αν εμποτιστεί ο τράχηλος με το ιώδιο Lugol, μπορεί να διαγνωστεί αν ο τράχηλος είναι φυσιολογικός, μη φυσιολογικός ή πιθανόν καρκινικός. Το ιώδιο Lugol εμποτίζει το φυσιολογικό επιθήλιο γιατί είναι πλούσιο σε γλυκογόνο. Έτσι, αν το επιθήλιο είναι χρωματισμένο είναι υγιές ενώ αν δεν είναι, το επιθήλιο είναι μη φυσιολογικό (Frumovitz, 2014).

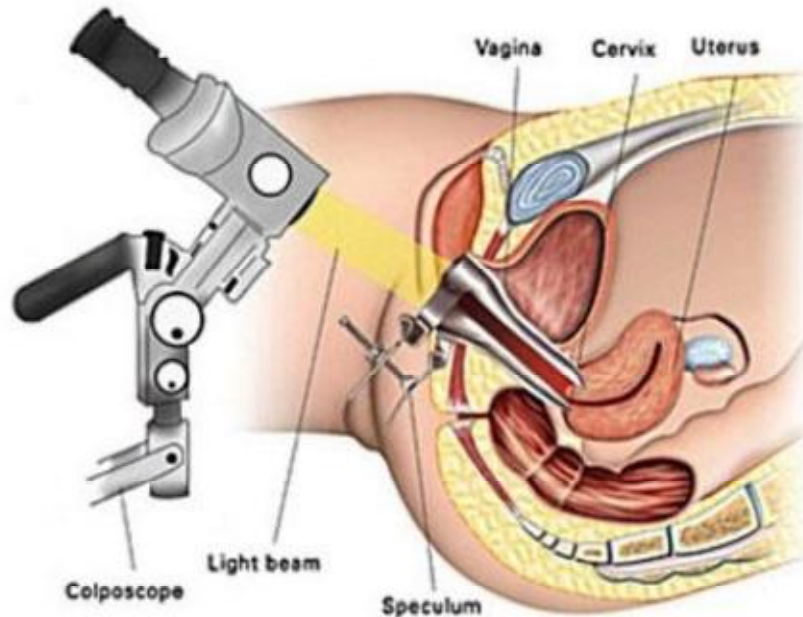
Εικόνα_6: Κολποσκοπικός έλεγχος του τραχήλου.



Βιοψία μέσω κολποσκόπησης:

Με την βοήθεια του κολποσκοπίου, ο εκάστοτε γιατρός μπορεί να προσδιορίσει τυχόν ανώμαλες περιοχές στο τραχηλικό επιθήλιο, να εντοπίσει τα όρια τους καθώς και περιοχές «στόχους» για βιοψία, να πραγματοποιήσει βιοψία για ιστολογική εξέταση και να σχηματίσει διάγνωση για την καλύτερη θεραπεία (Εικόνα 6) (Frumovitz, 2014).

Εικόνα _7: Κολποσκόπηση.



Τεστ Παπ:

Το τεστ Παπανικολάου, γνωστό και ως τεστ Παπ, είναι μια ιατρική εξέταση κατά την οποία λαμβάνεται δείγμα κυττάρων από τον τράχηλο της μήτρας, δηλαδή το τμήμα της που εκτείνεται από το άκρο της μήτρας έως τον κόλπο. Πρόκειται για μια πολύ σημαντική εξέταση η οποία στην ουσία θεωρείται προληπτική για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Και αυτό, διότι μπορεί να διαγνώσει εγκαίρως προκαρκινικές καταστάσεις, δηλαδή αλλοιώσεις στα κύτταρα, οι οποίες να μην έχουν γίνει ακόμα καρκίνος, αλλά μπορεί να μεταπέσουν σε καρκίνο εάν δεν αντιμετωπιστούν με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (Frumovitz, 2014).

HPV DNA test:

Το HPV DNA test είναι μια νέα, αυτοματοποιημένη εξέταση της μοριακής κυτταρολογίας που έρχεται να αντικαταστήσει το συμβατικό τεστ Παπ, καθώς είναι πιο ευαίσθητη και πιο αξιόπιστη αυτό. Αυτό συμβαίνει διότι τα κύτταρα που θα ληφθούν από την απόξεση θα εξεταστούν γενετικά, ώστε να ανιχνευθεί το DNA του HPV που πιθανόν να έχει μολύνει τον τράχηλο και, ταυτόχρονα, θα ταυτοποιηθεί ο τύπος του. Η διαδικασία της εξέτασης είναι ακριβώς ίδια με αυτήν του τεστ Παπ.

Αξίζει να σημειωθεί πως ο συνδυασμός του με το τεστ Παπ μπορεί να αγγίξει και το 100% αξιοπιστίας. Παρόλα' αυτά, η εξέταση αυτή δε χρησιμοποιείται μόνο για προληπτικό έλεγχο, αλλά και ως βοηθητικό μέσο της κυτταρολογίας ως μέθοδος παρακολούθησης έπειτα από θεραπεία, ώστε να αποφευχθεί το ενδεχόμενο υποτροπής (Frumovitz, 2014).

3.3 Στάδια CA τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας πιστεύεται ότι προκαλείται από πρόδρομες μορφές που ονομάζονται τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) ή πλακώδεις ενδοεπιθηλιακές βλάβες (SIL – Squamous Intraepithelial Lesions). Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να τονισθεί ότι ενώ όλα τα διηθητικά καρκινώματα εκ πλακώδους επιθηλίου ξεκινούν από CIN, δεν εξελίσσονται όλα σε διηθητικό καρκίνο, ενώ δύναται να παραμένουν αμετάβλητα ή ακόμα και να υποχωρήσουν. Η CIN είναι δυνατόν να ανιχνευθεί κυτταρολογικά αρκετό καιρό πριν γίνει αντιληπτή, μακροσκοπικά, οποιαδήποτε ανωμαλία. Ο τακτικός έλεγχος των γυναικών αυτών αποκάλυψε ότι τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες, προηγούνται επί πολλά έτη και ορισμένες φορές επί δεκαετίες, της ανάπτυξης εμφανούς καρκίνου. Παρόλα αυτά όπως προαναφέρθηκε, μόνο τμήμα των αλλοιώσεων αυτών εξελίσσονται σε διηθητικό καρκίνωμα (Palmer, & Gillespie, 2010).

Οι CIN μπορεί να αρχίσουν ως χαμηλού βαθμού και να εξελιχθούν σε υψηλού βαθμού ή μπορεί να ξεκινήσουν εξ αρχής ως υψηλού βαθμού, γεγονός που εξαρτάται από την εντόπιση της λοίμωξης από τον HPV, τον τύπο του HPV αλλά και άλλων παραγόντων που συμμετέχουν. Σύμφωνα με τα ιστολογικά ευρήματα, οι προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις ταξινομούνται ως εξής (Palmer, & Gillespie, 2010):

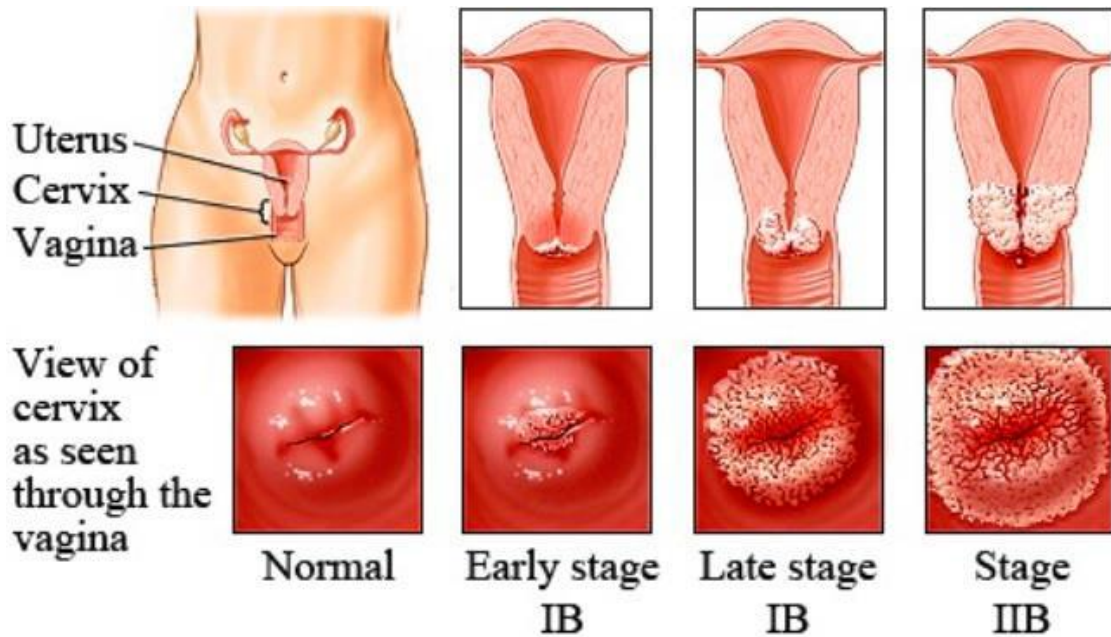
CIN I: Ήπια δυσπλασία.

CIN II: Μέτρια δυσπλασία.

CIN III: Σοβαρή δυσπλασία και καρκίνωμα in situ.

Παρ' όλα αυτά, σε κυτταρολογικά επιχρίσματα, σύμφωνα με το τρέχον σύστημα της Bethesda, οι προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις διακρίνονται σε δύο μόνο ομάδες: χαμηλού και υψηλού βαθμού SIL. Οι χαμηλού βαθμού βλάβες αντιστοιχούν σε CIN I ή επίπεδο κονδύλωμα και οι υψηλού βαθμού βλάβες σε CIN II ή CIN III. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχει δυνατότητα εξέλιξης από χαμηλότερο σε υψηλότερο βαθμό (Εικόνα 8) (Palmer, & Gillespie, 2010).

Εικόνα _8: Σχηματική σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.



Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι κλινική και πραγματοποιείται κατά κανόνα με την ασθενή σε γενική νάρκωση για πιο αξιόπιστη εκτίμηση. Η σταδιοποίηση, δηλαδή ο καθορισμός του κλινικού σταδίου νόσου δεν αλλάζει μεταγενέστερα ανεξαρτήτως ευρημάτων. Οι κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται στον καθορισμό του σταδίου της νόσου, εκτός από την κλινική εκτίμηση, είναι ο ακτινολογικός έλεγχος ρουτίνας, αξονική τομογραφία, η κολποσκόπηση, η ενδοφλέβιος πυελογραφία, κυστεοσκόπηση και η πρωκτοσιγμοειδοσκόπηση. Εξετάσεις όπως η λεμφαγγειογραφία, μαγνητική τομογραφία, υστεροσκόπηση και τελευταία το PET-Scan εφαρμόζονται σε πιο εξατομικευμένη βάση, επειδή η διαθεσιμότητα τους από κέντρο σε κέντρο διαφέρει (Grce, & Davies, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.1 Χειρουργική αντιμετώπιση

Σε γενικές γραμμές, ο καρκίνος του τραχήλου πρέπει να αντιμετωπίζεται με χειρουργική επέμβαση, με ακτινοθεραπεία και με χημειοραδιοθεραπεία, σημειώνοντας ότι κάθε μορφή θεραπείας περιέχει συγκεκριμένους κινδύνους και συνδέεται με βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη νοσηρότητα. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες του σύγχρονου κόσμου είναι πιο πιθανό να καθυστερήσουν τον τοκετό και την τεκνοποίηση και ως εκ τούτου μπορεί να προκύψουν ανησυχίες για τη γονιμότητα, στο πρώιμο στάδιο της νόσου. Για το λόγο αυτό πρέπει η χειρουργική αντιμετώπιση να λαμβάνει υπόψη τη διατήρηση της γονιμότητας σε αυτό τον πληθυσμό (Saslow, et al. 2012).

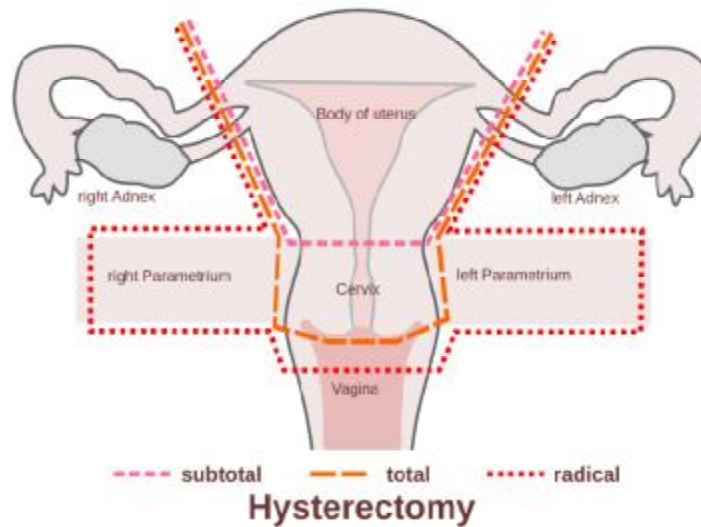
Με βάση το στάδιο της νόσου η χειρουργική θεραπεία που προτείνεται ακολουθεί τους εξής κανόνες (Εικόνα 9) (Saslow, et al. 2012):

Στάδιο IA1: Σε βάθος διήθησης <3 mm (με αυστηρά παθολογοανατομικά κριτήρια), η πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων είναι πολύ μικρή και επομένως στις περιπτώσεις αυτές, η κωνοειδής εκτομή είναι αρκετή, ιδιαίτερα στην αναπαραγωγική ηλικία.

Στάδιο IA2: Σε βάθος διήθησης 3 έως 5 mm, η πιθανότητα λεμφαδενικής μετάστασης είναι >3% και για αυτό εφαρμόζονται ριζικότερες χειρουργικές επεμβάσεις με πυελική λεμφαδενεκτομία, όπως είναι η ριζική τραχηλεκτομή ή η τροποποιημένη ριζική υστερεκτομή.

Στάδιο IB/IIA: Εδώ εφαρμόζεται ακόμα ριζικότερη χειρουργική επέμβαση, δηλαδή ριζική υστερεκτομία και εκτίμηση των παραορτικών λεμφαδένων.

Εικόνα _9: Τύποι υστερεκτομής.



Η ριζική υστερεκτομή καθώς και η πυελική λεμφαδενεκτομή είναι το πρότυπο χειρουργικής θεραπείας η οποία προσφέρεται στα προχωρημένα στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η διαδικασία της θεραπείας περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας, του τράχηλου, των παρατραχηλικών και παραμητρικών ιστών και μέρος του άνω κόλπου. Η ριζική υστερεκτομή μπορεί επίσης να πραγματοποιηθεί και λαπαροσκοπικά (Saslow, et al. 2012).

4.2 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιεί φαρμακευτικούς παράγοντες για να αναστείλει την αύξηση των καρκινικών κυττάρων, προκαλώντας είτε το θάνατο ή τη διακοπή της διαίρεσης των κυττάρων. Όταν η χημειοθεραπεία χορηγείται από το στόμα ή εγχέεται ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά, τα φάρμακα εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος προσεγγίζοντας τα καρκινικά κύτταρα σε όλη την έκταση του σώματος (συστηματική χημειοθεραπεία). Όταν οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες τοποθετούνται απευθείας στη σπονδυλική στήλη, σε μια κοιλότητα του σώματος όπως η κοιλία, ή σε ένα όργανο, επιδρούν κατά κύριο λόγο στα καρκινικά κύτταρα των συγκεκριμένων περιοχών. Ο τρόπος χορήγησης της χημειοθεραπείας εξαρτάται από τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου (Saslow, et al. 2012).

Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες ενεργούν σε διαφορετικές φάσεις αυτού του κύκλου. Αυτή η ενέργεια μπορεί να είναι ειδική σε μια φάση. Είναι δηλαδή ειδική του κυτταρικού κύκλου ή συμβαίνει σε οποιοδήποτε στιγμή κατά την διάρκεια του κύκλου, είναι δηλαδή μη ειδική του κυτταρικού κύκλου. Τα πρώτα κυτταροστατικά φάρμακα ήταν αλογονικοί παράγοντες οι οποίοι ενεργούν με το να συνδέουν μια ομάδα αλκυλίου (ρίζα) σε βάσεις στο DNA. Με αυτόν τον τρόπο αποτρέπουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Η μυστίνη, το πρώτο φάρμακο που παρήχθη προέρχεται από αέριο μουστάρδας που έχει χρησιμοποιηθεί στο Ά Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο πιο ευαίσθητος ιστός στη μυστίνη είναι ο μυελός των οστών, και αυτή η ενέργεια χρησιμοποιήθηκε στη θεραπεία αιματολογικών κακοηθειών όπως η λευχαιμία. Σήμερα υπάρχουν πιο πρόσφατα κυτταροτοξικά φάρμακα που βασίζονται στο σπάνιο μέταλλο πλατίνη και έχουν παρασκευασθεί. Επίσης η σισπλατίνη και τα ανάλογα της, όπως η καρβοπλατίνη έχουν αποδειχθεί πολύ δραστικά, όταν χρησιμοποιούνται μόνα τους είτε σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα για τη θεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου (Saslow, et al. 2012).

4.3 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι μια μέθοδος θεραπείας που χρησιμοποιεί υψηλής ενέργειας ακτίνες X ή άλλα είδη ακτινοβολίας για να θανατώσει τα καρκινικά κύτταρα. Υπάρχουν δύο μορφές ακτινοθεραπείας. Η εξωτερική ακτινοθεραπεία ή τηλεθεραπεία χρησιμοποιεί ένα μηχάνημα - πηγή που βρίσκεται έξω από το σώμα και εκπέμπει την ακτινοβολία προς τον καρκινικό ιστό. Η εσωτερική ακτινοθεραπεία ή βραχυθεραπεία χρησιμοποιεί μια ραδιενεργό ουσία ενσωματωμένη σε βελόνες, καλώδια, κεφαλές ή καθετήρες που τοποθετούνται απευθείας μέσα ή κοντά στην καρκινική εστία. Ο τρόπος ακτινοβολήσης εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο και το στάδιο του καρκίνου (Saslow, et al. 2012).

Η ακτινοθεραπεία είναι εφικτό να χρησιμοποιηθεί ως κύρια ή επικουρική θεραπεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ο συνδυασμός της εξωτερικής ακτινοθεραπείας και της βραχυθεραπείας θεωρείται ως αποτελεσματική θεραπεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η ακτινοθεραπεία πραγματοποιείται συνήθως σε δύο φάσεις. Κατά την διάρκεια της πρώτης φάσης, ολόκληρη η πύελος δέχεται

εξωτερική ακτινοβολία με σκοπό να ελαττωθεί το μέγεθος του όγκου, να ελεγχθεί η διασπορά της νόσου μέσα στην πύελο και τέλος να αποστειρωθούν οι περιοχικοί λεμφαδένες. Κατά την διάρκεια της δεύτερης φάσης, πραγματοποιείται βραχυθεραπεία η οποία περιλαμβάνει την εισαγωγή καθετήρα διά μέσου του τραχήλου προς την ενδομητρική κοιλότητα. Η ενδοκοιλιακή ακτινοβολία σκοπεύει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου στον τράχηλο καθώς και τους γύρω ιστούς (Saslow, et al. 2012).

Επιπρόσθετα, η ταυτόχρονη κυτταροτοξική χημειοθεραπεία με σισπλατίνη και με ακτινοβολία (χημειοακτινοθεραπεία) έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική στη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Saslow, et al. 2012).

Τα πλεονεκτήματα που έχει η ακτινοβολία υψηλής τάσεως είναι (Saslow, et al. 2012):

1. Δεν καταστρέφει το δέρμα.
2. Η δυνατότητα της να ακτινοβολεί σε ένα συγκεκριμένο βάθος στην πύελο με τη ελάχιστη βλάβη σε παρακείμενα υγιή όργανα ιστούς.
3. Δεν επηρεάζει άλλα όργανα.
4. Προκαλεί λιγότερη ναυτία λόγω ακτινοβολίας και έτσι είναι καλύτερα ανεκτή από την ασθενή.
5. Η έκθεση των κυττάρων και των ιστών σε ιονίζουσα ακτινοβολία, οδηγεί σε ορισμένες αποβολές. Οι μεταβολές αυτές επιδρούν στα φυσιολογικά και κακοήθη κύτταρα με διάφορους τρόπους μέσω:
 6. Μεταβολικών αλλαγών.
 7. Απώλεια της αναπαραγωγικής τους ικανότητας.
 8. Κυτταρικής μετατροπής.
 9. Επιτάχυνση της γήρανσης των κυττάρων.
 10. Μεταλλάξεων.
11. Οι μεταβολές που υφίστανται κάθε μεμονωμένο κύτταρο, μπορεί να είναι θανατηφόρες ή καταστροφικές αλλά μη άμεσα θανατηφόρες για το κύτταρο. Οι όγκοι είναι εξαιρετικά περίπλοκοι και ποικίλλουν σε δομή και έτσι ορισμένοι όγκοι έχουν καλύτερη ανταπόκριση στην ακτινοθεραπεία από άλλους. Κλινικά, η ακτινοθεραπεία αναφέρεται στην χονδρική μείωση του μεγέθους του όγκου.

4.4 Εναλλακτικές Θεραπείες

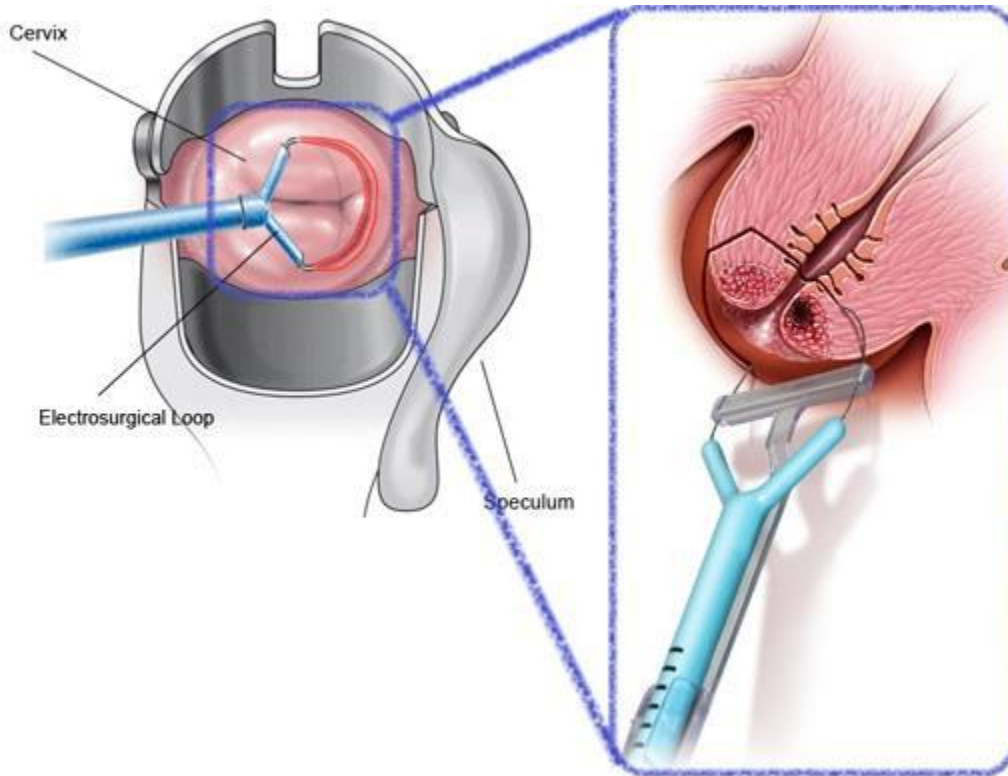
Η κωνοειδής εκτομή με laser CO₂ υπήρξε για πολλά χρόνια (μαζί με την εξάχνωση με laser CO₂), κύρια μέθοδος θεραπείας των CIN (και πολύ περιορισμένα χρησιμοποιείται και σήμερα). Η μέθοδος πλεονεκτεί διότι εφαρμόζεται σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου με τοπική αναισθησία, αφαιρεί με ακρίβεια την περιοχή που έχει επιλεγεί, έχει μικρό ποσοστό επιπλοκών, παρέχει ιστό για ιστολογική εξέταση (για να ελεγχθεί αν υπάρχει μικροδιήθηση) και η επούλωση του ελλείμματος του τραχηλικού ιστού είναι γρήγορη (σε περίπου ένα μήνα). Μειονεκτήματα της μεθόδου είναι ο ακριβός εξοπλισμός και η σχετικά μεγάλη διάρκεια της επέμβασης. Με κολποσκοπικό έλεγχο, η δέσμη των laser CO₂ χρησιμοποιείται σαν νυστέρι κάνοντας αρχικά κυκλωτή διατομή της βάσης του κώνου που πρόκειται να αφαιρεθεί. Ο κώνος, που σχηματίζεται προοδευτικά, συλλαμβάνεται με ειδικά εργαλεία και έλκεται προς διάφορες κατευθύνσεις, ενώ η δέσμη πέφτει κυκλωτερώς προοδευτικά σε βαθύτερα στρώματα, μέχρι την αφαίρεση του κώνου. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι ~95% (Διαμαντής, 2009).

Η αγκύλη διαθερμίας (Large Loop Excision of the Transformation Zone-LLETZ) μπορεί συνήθως να εφαρμοστεί σε συνθήκες ιατρείου (Εικόνα 10). Η εξαίρεση της ζώνης μετάπλασης γίνεται με αγκύλη από λεπτό ανοξείδωτο σύρμα. Η αγκύλη έχει διαφορετικά μεγέθη, ανάλογα με το μέγεθος της περιοχής που θα αφαιρέσει, και συνδέεται με μηχανήμα διαθερμίας διά μέσου πλαστικής λαβής που φέρει διακόπτη ενεργοποίησης. Η επίδραση του ηλεκτρισμού στον ιστό εξαρτάται από τη συγκέντρωση των ηλεκτρονίων (μέγεθος του σύρματος), την ισχύ (watts) και την περιεκτικότητα του ιστού σε νερό. Η μέθοδος επιτυγχάνει διατομή και αιμόσταση (με μικρή απώλεια αίματος). Η LLETZ χαρακτηρίζεται από την απλότητα εκμάθησης και εφαρμογής της, την ταχύτητα εκτέλεσης και τον φτηνό εξοπλισμό της (Διαμαντής, 2009).

Πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι επίσης ότι μπορεί να εφαρμοστεί στην πρώτη επίσκεψη, αμέσως μετά τον κολποσκοπικό έλεγχο της ασθενούς, ότι ο τραχηλικός ιστός αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση, ενώ η επούλωση είναι ικανοποιητική. Σε πολλά κέντρα, η μέθοδος έχει αντικαταστήσει εδώ και αρκετά χρόνια τα laser CO₂ (ή γίνεται παράλληλη εφαρμογή σε βλάβες διαφόρων εντοπίσεων). Η μέθοδος λόγω της απλότητας εφαρμογής της κατηγορήθηκε ότι

χρησιμοποιείται «ευρέως» σε πολλές περιπτώσεις όπου θα ήταν αρκετή η απλή παρακολούθηση (Διαμαντής, 2009).

Εικόνα_10: Εκτομή της ύποπτης περιοχής με αγκύλη διαθερμίας.



Τέλος, η διαχείριση των ασθενών με νόσο στάδιο IVB αποσκοπεί στον έλεγχο των συμπτωμάτων και του πόνου. Αν και η θεραπεία με σισπλατίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μια προσπάθεια να ανακουφίσει τα συμπτώματα ή να παρατείνει την επιβίωση, τα ποσοστά ανταπόκρισης είναι γενικά φτωχά. Σε γυναίκες με μεταστατική νόσο, η εντοπισμένη ακτινοθεραπεία έχει ρόλο στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, ιδίως όταν συνδέονται με οστικές ή ακόμα και με εγκεφαλικές μεταστάσεις (Saslow, et al. 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

5.1 Ενημέρωση γυναικείου πληθυσμού για τον καρκίνο της μήτρας

Η εξέταση Παπανικολάου αποτελεί την πιο παραδεκτή και επιτυχή μέθοδο προληπτικού ελέγχου κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Στη χώρα μας, δεν εφαρμόζεται ολοκληρωμένο πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου κατά του τραχηλικού καρκίνου, με αποτέλεσμα τα στοιχεία που υπάρχουν να είναι ελλιπή (Διαμαντής, 2009).

Η Ελλάδα είναι από τις πρώτες χώρες που εφαρμόστηκε η εξέταση κατά Παπανικολάου. Παρ' όλα αυτά δεν γνωρίζουμε την αποτελεσματικότητα της, λόγω έλλειψης στοιχείων. Εκείνο που είναι γνωστό όμως, είναι το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που είχαν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, δεν είχαν κάνει ποτέ την εξέταση κατά Παπανικολάου, γεγονός που αποδεικνύει την αποτυχία του οργανωτικού πλαισίου, με το οποίο εφαρμόζεται η πρόληψη στη χώρα μας. Στην ουσία, η πρόληψη έχει ευκαιριακό χαρακτήρα, δεδομένου ότι οι γυναίκες που εξετάζονται, προσέρχονται αυθόρμητα. Ο αριθμός των γυναικών που εξετάζονται ετησίως είναι αδύνατο να προσδιοριστεί με σαφήνεια, αφενός διότι οι πληροφορίες από το δημόσιο τομέα είναι ανεπαρκείς και αφετέρου ο ιδιωτικός τομέας δεν παρέχει τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε (Διαμαντής, 2009).

Οι Tiro et al. (2007) πραγματοποίησαν έρευνα αξιολόγησης των γνώσεων των γυναικών για την σχέση μεταξύ του ιού HPV με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε 3,076 γυναίκες, ηλικίας 18 έως 75 το 2005. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι λιγότερο από το 50 % γνώριζε ότι ο ιός ευθύνεται για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η γνώση ότι ο HPV είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενος ιός και προκαλεί καρκίνο κατέγραψε μεγαλύτερα ποσοστά. Παράγοντες που συσχετίστηκαν με την γνώση για τον συγκεκριμένο θέμα ήταν το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία, οι πληροφορίες από διάφορες πηγές ενημέρωσης, η εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας, κ.α. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες στην Αμερική δεν είχαν αρκετή γνώση

για τον HPV. Οι στρατηγικές για την ακριβή και σωστή πληροφόρηση, τους τρόπους πρόληψης, τις μεθόδους διάγνωσης για την θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κρίθηκαν απαραίτητες (Tiro, et al., 2007).

Οι Klug, et al. (2005) διεξήγαγαν έρευνα στην Μπίλεφελντ της Γερμανίας με σκοπό την αντίληψη σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου, του μαστού και κυρίως τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Δόθηκε ερωτηματολόγιο σε 1500 άτομα ηλικίας 25 έως 75, εκ των οποίων αναλύθηκαν τα 532. Το 69,9% ήταν πληροφορημένοι για τους κινδύνους από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η ίδια έρευνα έδειξε ελλιπή πληροφόρηση για τον HPV ενώ μόνο το 3,2% γνώριζε ότι ο HPV ευθύνεται για την εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Klug, Hetzer, & Blettner, 2005).

Οι Friedman και Sheppard (2007) προσπάθησαν να διερευνήσουν τις γνώσεις του πληθυσμού σχετικά με τον HPV στην Αμερική. Δημιουργήθηκαν 35 ομάδες, ανάλογα με το φύλο, την φυλή/εθνικότητα και την αστική/αγροτική περιοχή. Οι γνώσεις ήταν σε χαμηλό επίπεδο σχετικά με τον ιό σε όλες τις ομάδες και αυτό θεωρήθηκε εμπόδιο για την συμμετοχή του πληθυσμού σε ένα μελλοντικό εμβολιασμό έναντι του ιού. Ωστόσο, ενώ η έρευνα αποτέλεσε κίνητρο για την πληροφόρηση του κοινού, δημιούργησε φόβο και άγχος. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι χρειάζεται προσοχή στην προσέγγιση του κοινού ως προς την ενημέρωση και το εμβολιασμό έναντι του HPV (Friedman, & Sheppard, 2007).

Σύμφωνα με τους Blomberg et al (2008), ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί τον δεύτερο συχνότερο καρκίνο που οδηγεί στον θάνατο μεγάλο αριθμό γυναικών. Στην Σουηδία το Cervical cancer screening (CCS) παρουσιάζει μεγάλες διαφορές καθώς εκεί εφαρμόζεται ένα διαφορετικό σύστημα από τις άλλες χώρες. Οι γυναίκες ηλικίας 23 έως 50 ειδοποιούνται κάθε τρία χρόνια με επιστολή - πρόσκληση να προσέλθουν στο ραντεβού για να κάνουν Τεστ Παπανικολάου. Σε γυναίκες ηλικίας 51 έως 60 η ειδοποίηση πραγματοποιείται κάθε πέντε χρόνια. Στην Στοκχόλμη η εξέταση είναι δωρεάν και η λήψη γίνεται από μαίες. Στις γυναίκες που δεν προσέρχονται στο προγραμματισμένο ραντεβού στέλνεται νέα ειδοποίηση σε τρεις μήνες. Παρ' όλα αυτά πολλές γυναίκες δεν προσέρχονται στο συγκεκριμένο ραντεβού. Στην συγκεκριμένη μελέτη γίνεται προσπάθεια να αναλυθεί γιατί οι γυναίκες, παρά τα πλεονεκτήματα που προσφέρει το Σουηδικό σύστημα δεν

προσέρχονται για να πραγματοποιήσουν την συγκεκριμένη εξέταση. Βρέθηκε λοιπόν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης των γυναικών στο πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου, προηγούμενη αρνητική εμπειρία στο σύστημα φροντίδας υγείας, η άποψή τους ότι μπορούν να καταλάβουν τις αλλαγές που γίνονται στο σώμα τους καθώς και ότι δεν διατρέχουν κίνδυνο να προσβληθούν από τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Επίσης, αναφέρθηκαν και κάποιες απόψεις σχετιζόμενες με πολιτικά και κοινωνικά θέματα (Blomberg, et al., 2008).

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία από τους Oscarsson, et al (2008), οι γυναίκες που δεν προσήλθαν την τελευταία πενταετία να κάνουν τεστ Παπανικολάου δήλωσαν ότι δεν χρειαζόταν να πραγματοποιήσουν την συγκεκριμένη εξέταση γιατί ένιωθαν υγιείς, δεν διέτρεχαν κάποιο κίνδυνο, δεν ένιωθαν άνετα με την γυναικολογική εξέταση, είχαν άλλες προτεραιότητες στη καθημερινότητά τους, ένιωθαν ανησυχία για το αποτέλεσμα και τέλος δεν ένιωθαν εμπιστοσύνη για το σύστημα υγείας. Γενικά, οι γυναίκες είχαν θετική άποψη στο πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ωστόσο θεωρούσαν ότι είχαν άλλα πιο σοβαρά πράγματα να κάνουν στην ζωή τους. Στο συγκεκριμένο λοιπόν άρθρο προτείνεται η διεξαγωγή μιας ουσιαστικής συζήτησης ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και γυναίκες ώστε να καταλάβουν οι δεύτερες τη σημασία του προληπτικού ελέγχου (Oscarsson, Wijma, & Benzein, 2008).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες σε έρευνα των Hawkins et al. (2011) σε 2,991 γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω, με σκοπό να αξιολογηθούν οι λόγοι της ευαισθητοποίησης σχετικά με την προηγούμενη λήψη- εξέτασης καθώς και της γνώσης των γυναικών για τη σημασία του τεστ-Παπανικολάου από το 96,7% των γυναικών, οι οποίες είχαν ακούσει για τη συγκεκριμένη εξέταση, το 93 % την είχε πραγματοποιήσει. Οι γυναίκες που παρουσίαζαν χαμηλά ποσοστά ήταν ηλικίας 18-34 και κυρίως χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Το 80% γνώριζε ότι η εξέταση πραγματοποιείται μέσα στα πλαίσια του προγράμματος προληπτικού ελέγχου του καρκίνου της μήτρας, ωστόσο το 63,3% απάντησε πως συμβάλλει στη διάγνωση του καρκίνου του κόλπου. Το 44,9% απάντησε πως πραγματοποιείται με σκοπό να διαγνώσει σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Η έρευνα λοιπόν αυτή απέδειξε ότι υψηλό ποσοστό των γυναικών γνωρίζει για το τεστ Παπανικολάου ωστόσο υπήρχαν παρανοήσεις σχετικά με τον σκοπό του (Hawkins, et al., 2011).

Σύμφωνα με τους Blake et al (2015), περίπου 80 εκατομμύρια άνθρωποι στις Η.Π.Α. έχουν μολυνθεί με κάποια μορφή του ιού HPV που οδηγεί στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Γυναίκες που ζούνε σε αγροτικές περιοχές έναντι των αστικών περιοχών, Αφρικο-αμερικανίδες και Ισπανίδες γυναίκες αποδείχτηκε ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας έναντι των μη Ισπανόφωνων λευκών γυναικών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 68% των Αμερικάνων γνώριζαν για τον ιό HPV και το εμβόλιο. Τα άτομα που ζούσαν στις αγροτικές περιοχές δεν γνώριζαν όμως ότι μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Επίσης, μόνο το 5% γνώριζε ότι μπορεί να ιαθεί. Τα συμπεράσματα δείχνουν ότι χρειάζεται να καλυφθούν τα κενά γνώσης για τον ιό και το εμβόλιο ώστε να αποτελέσει αυτό κίνητρο για τον εμβολιασμό του πληθυσμού (Blake, et al., 2015).

Οι Dodd, et al. (2013) πραγματοποίησαν έρευνα προκειμένου να μετρήσουν την γνώση σε 1,473 άτομα, άνδρες και γυναίκες για το HPV testing σε τρεις χώρες, Αμερική, Αυστραλία και Ηνωμένο Βασίλειο. Το 50% του δείγματος είχε ακούσει για το τεστ HPV, ενώ τα άτομα στην Αμερική ήταν πιο ευαισθητοποιημένα για το HPV τεστ έναντι των ατόμων στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Αυστραλία. Οι διαφορές είναι μικρές ωστόσο η έρευνα απέδειξε ότι οι γυναίκες είχαν πληρέστερη πληροφόρηση έναντι των ανδρών από τις απαντήσεις που δόθηκαν. Συμπερασματικά η έρευνα έδειξε ότι μεγάλος αριθμός πληθυσμού είχε ακούσει για το τεστ ωστόσο η γνώση ήταν ελλιπής. Πληρέστερη πληροφόρηση για το τον ιό HPV και τεστ θα μειώσει τις ψυχολογικές επιπτώσεις που σχετίζονται με το HPV testing. Επίσης κρίθηκε απαραίτητη η ευαισθητοποίηση των ανδρών πάνω στο συγκεκριμένο θέμα (Dodd, et al., 2013).

Σκοπός της έρευνας των Waller et al (2009) ήταν να διερευνήσουν τα εμπόδια για την συμμετοχή των γυναικών στα προγράμματα προληπτικού ελέγχου στην Αγγλία. Πραγματοποιήθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις σε 580 γυναίκες ηλικίας 26 έως 64 χρόνων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 85% προσέρχονταν με συνέπεια στο ραντεβού τους για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης εξέτασης ενώ το υπόλοιπο 15% καθυστερούσε. Το 2,6% δεν είχε κάνει ποτέ τεστ Παπανικολάου. Το μεγαλύτερο σε ποσοστά εμπόδιο θεωρήθηκε η αμηχανία μετά η αναβολή, ακολουθεί η αίσθηση του πόνου κατά την εξέταση, και τέλος το αποτέλεσμα της εξέτασης (ποσοστό 12%) (Waller, et al., 2009).

Οι McCaffery και Irwig (2005) μελέτησαν τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των γυναικών της Αυστραλίας σχετικά με τον HPV. Πραγματοποίησαν προσωπικές συνεντεύξεις σε 19 γυναίκες στις οποίες έγινε διάγνωση του ιού HPV. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες χρειαζόταν σε μεγαλύτερο βαθμό πληροφόρηση για διαφορετικούς τύπους του ιού, τον τρόπο που μεταδίδεται ο ιός, την πρόληψη και τον κίνδυνο για την εμφάνιση του καρκίνου. Αναφέρθηκε αβεβαιότητα αντίληψης σχετικά με τον ιό. Επίσης παρουσιάστηκαν ζητήματα ως προς τον τρόπο πληροφόρησης του αποτελέσματος από τον κλινικό γιατρό. Η ενημέρωση για το αποτέλεσμα της εξέτασης μέσω επιστολής είχε άμεση σχέση με την ανησυχία. συμπεραίνουν λοιπόν ότι οι γυναίκες χρειάζονταν υψηλής ποιότητας ενημέρωση σχετικά με τον ιό HPV πριν τη διεξαγωγή της εξέτασης και όχι εκ των υστέρων. Επίσης ο ρόλος του κλινικού γιατρού στην πληροφόρηση της διάγνωσης είναι υψίστης σημασίας. Κρίνεται απαραίτητη η αναθεώρηση της στρατηγικής απέναντι στο θέμα του προγράμματος για την πρόληψη του καρκίνου της μήτρας και περισσότερη πληροφόρηση για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (McCaffery, & Irwig, 2005)

Οι Donati, et al. (2011) μελέτησαν τη γνώση, στάση και πρακτική στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου στην Ιταλία, το 2008, σε 667 γυναίκες ηλικίας 18 έως 26. Τα αποτελέσματα έδειξαν φτωγή γνώση και εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με τον ιό. Ωστόσο η γνώση για το τεστ Παπανικολάου και για τον καρκίνο της μήτρας ήταν σε μεγαλύτερα επίπεδα. Θεωρούν σημαντικό, ότι η γνώση για την πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου είναι απαραίτητη και πρέπει να ακολουθούνται στρατηγικές για την ενίσχυση προς αυτό το σημείο. Τέλος επισημαίνουν τη σωστή και σε μεγάλο βαθμό μετάδοση πληροφοριών καθώς και την καθοδήγηση των επαγγελματιών υγείας (Donati, et al., 2011).

Έρευνα των Anhang Price et al (2011) ανέλυσε τα αποτελέσματα για τη χρήση των εμβολίων ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων μεταξύ των νεαρών ενηλίκων γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες, το έτος 2008, σε γυναίκες ηλικίας 18 έως 26 ετών. Το 11,7% απάντησε ότι έλαβε την πρώτη δόση του εμβολίου μέχρι το τέλος του 2008. Το 39,6 που δεν είχε εμβολιαστεί έδειξε θετική στάση για να λάβει το εμβόλιο. Παράγοντες για τον μη εμβολιασμό ήταν η άποψη ότι δεν το χρειαζόταν, δεν είχαν γνώση επί του θέματος, δεν ένιωθαν ασφάλεια για να εμβολιαστούν και τέλος ότι

δεν είχαν σεξουαλική ζωή. Η ερευνητική ομάδα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η κάλυψη με τον εμβολιασμό είναι σε χαμηλό βαθμό και ειδικά στις ανασφάλιστες ομάδες. Επομένως κρίνεται απαραίτητη η δημόσια χρηματοδότηση για προγράμματα φροντίδας για τον εμβολιασμό ειδικά στην ομάδα ανασφάλιστων γυναικών καθώς διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της συγκεκριμένης νόσου (Anhang Price, et al., 2011).

Οι Cooper et al. (2011) θέλησαν να μελετήσουν τη γνώση των γυναικών της Αμερικής για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε δεκαπέντε ομάδες ηλικίας 40-60 ετών στο Μαϊάμι, στη Νέα Υόρκη και το Λος Άντζελες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών είχαν ακούσει για τον καρκίνο του τραχήλου και διάφορων άλλων μορφών καρκίνου του γυναικολογικού συστήματος, δεν γνώριζαν όμως για τον καρκίνο του κόλπου και του αιδοίου. Είχαν γνώση για την ετήσια συμμετοχή τους στο πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου και ότι οι γυναίκες που είχαν παθολογικό αποτέλεσμα ήταν απαραίτητο να πραγματοποιούν την εξέταση σε τακτά χρονικά διαστήματα. Κάποιες απάντησαν ότι η εξέταση στην πυελική περιοχή μπορεί να συμβάλλει στη διάγνωση κάποιων μορφών καρκίνου, του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Επίσης, μερικές γνώριζαν ότι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ωστόσο δεν είχαν σαφή εικόνα για τους παράγοντες κινδύνου. Τέλος υπήρχε γενικότερη άγνοια για τα συμπτώματα του γυναικολογικού καρκίνου. Πηγή πληροφόρησης ήταν διάφορες πηγές, συμπεριλαμβανομένου και των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Cooper, Polonec, & Gelb, 2011).

Σκοπός των Montgomery et al. (2010) ήταν να διερευνήσουν τη γνώση 149 γυναικών, ηλικίας 40 έως 70 ετών για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ένα τρίτο των ερωτηθέντων είχε εσφαλμένη γνώμη ως προς τον HPV και τους κινδύνους που οδηγούν στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, σε ποσοστό 75%. Επίσης ενώ γνώριζαν ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί σοβαρό ζήτημα σχετικά με την υγεία των γυναικών, ωστόσο δεν έδειξαν ευαισθησία επί του θέματος. Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι πρέπει να υπάρξει ενημέρωση και ευαισθητοποίηση στην ηλικιακή ομάδα 40 ετών και άνω και να δημιουργηθεί ένα ειδικό πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου για την ηλικιακή αυτή ομάδα γυναικών (Montgomery, et al., 2010).

Οι Holcomb et al (2004) μελέτησαν τη γνώση και συμπεριφορά των 289 ενηλίκων σχετικά με τον ιό HPV. Τα αποτελέσματα έδειξαν χαμηλά ποσοστά ως προς τη γνώση για τον HPV. Οι γυναίκες είχαν καλύτερες γνώσεις και ειδικότερα οι έγγαμες ενήλικες. Υπήρξε επίσης καθορισμός της συσχέτισης με το μορφωτικό επίπεδο και την ηλικία. Επίσης, η ίδια έρευνα έδειξε θετική την γνώση ως προς την αντιμετώπιση της νόσου και τη χρήση του προφυλακτικού ωστόσο δεν υπήρξαν διευκρινήσεις σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου. Τέλος επισημάνθηκε ότι η ενημέρωση σε θέματα για τον ιό HPV πρέπει να γίνεται πριν την έναρξη της σεξουαλικής ζωής, δηλαδή στις νεαρές ηλικίες (Holcomb, et al., 2004)

Οι Thomsen et al. (2016) διερεύνησαν την ευαισθητοποίηση των γυναικών 18 έως 45 ετών (μετά την είσοδο του εμβολίου) από την Δανία, Σουηδία, Νορβηγία το 2011 - 2012 συγκριτικά με το 2004 - 2005. Σε όλες τις χώρες τα ποσοστά ευαισθητοποίησης στα παραπάνω ζητήματα παρουσίασαν αύξηση. Ειδικότερα στην Δανία το ποσοστό ανερχόταν στο 75,8%, στη Σουηδία στο 74,8% και στην Νορβηγία στο 62,4%. Η μεγαλύτερη διαφορά παρουσιάστηκε σε γυναίκες νεαρής ηλικίας 18 και 19 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν αύξηση της ευαισθητοποίησης μετά την είσοδο του εμβολίου. Ωστόσο ένα ποσοστό 24 - 38% αποδείχτηκε ότι δεν είχε ακούσει ποτέ για τον ιό HPV. Κρίθηκε επομένως αναγκαίο να γίνουν εκ νέου εντατικές προσπάθειες για ενημέρωση του κοινού για το συγκεκριμένο θέμα (Thomsen, et al., 2016).

Σύμφωνα με τους Pitts και Clarke (2002), σε έρευνα 400 γυναικών που εργαζόταν ως υπάλληλοι γραφείου σε ένα βρετανικό Πανεπιστήμιο καταγράφηκαν ικανοποιητικά αποτελέσματα ως προς την έγκαιρη διάγνωση και τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου. Παρατηρήθηκαν όμως χαμηλά ποσοστά στη γνώση των παραγόντων κινδύνου και τον ιό HPV. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες γνώριζαν για την κολποσκόπηση ως εξέταση για τη διάγνωση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας, όχι όμως ότι συμβάλλει στην ανίχνευση του HPV. Οι ερευνητές επομένως κρίνουν απαραίτητη την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών της περιοχής για τα συγκεκριμένα ζητήματα και ότι θα πρέπει η Βρετανία να σχεδιάσει εκ νέου το πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου για το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, συμπεριλαμβάνοντας και το HPV τεστ (Pitts, & Clarke, 2002).

Οι στόχοι της ερευνητικής ομάδας των Agorastos et al (2014) ήταν να αξιολογήσουν τις συνέπειες του ιού HPV στην Ελλάδα, να καθορίσουν τον ιό HPV υψηλού κινδύνου, καθώς και να διερευνηθεί η συμμετοχή των Ελληνίδων γυναικών σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου. Ο αριθμός γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 5,379 κατά την περίοδο Οκτώβριο του 2005 έως τον Ιανουάριο 2011. Από την συγκεκριμένη έρευνα προέκυψε μείωση ποσοστών στην πρωτογενή πρόληψη. Στη δευτερογενή πρόληψη μόνο το 30,3% των γυναικών πραγματοποιούσαν την εξέταση κάθε χρόνο για περισσότερα από 5 χρόνια. Η γνώση για τον HPV φάνηκε να σχετίζεται με διάφορα δημογραφικά στοιχεία όπως ηλικία, εκπαίδευση, τόπος κατοικίας, επάγγελμα και εισόδημα (Agorastos, et al., 2014)

Σε έρευνα που διενεργήθηκε στην κλινική και τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείου της Περιφέρειας Πελοποννήσου έλαβαν μέρος 300 γυναίκες με σκοπό τη διερεύνηση των γνώσεων σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου της μήτρας. Η ηλικία των γυναικών ήταν 18 έως 65 ετών. Η μελέτη έδειξε ότι το 49,1% πραγματοποιούσε την εξέταση ετησίως ενώ το υπόλοιπο περιστασιακά. Το 44,4% δεν έκανε την εξέταση λόγω αμέλειας και το 33,3% λόγω ντροπής. Το 56% δεν γνώριζε τον ιό HPV και το 56,3% για το πώς μεταδίδεται. Συμπερασματικά οι γνώσεις του πληθυσμού παρουσίαζαν κενά. Κρίθηκε λοιπόν αναγκαία η ενημέρωση καθώς και η υιοθέτηση οργανωμένων προγραμμάτων προ-συμπτωματικού ελέγχου (Χαραμή, και συν., 2014).

Ακόμη, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας, την χρονική περίοδο Απρίλιος - Μάιος του 2007, προσπάθησαν να καταγράψουν τα ποσοστά συμμετοχής 214 γυναικών (20 έως 64 ετών) στον προ-συμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου τραχήλου μήτρας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 57,9% είχαν κάνει την συγκεκριμένη εξέταση σε κάποια φάση της ζωής τους ενώ το 33,6% εξετάστηκε για πρώτη φορά. Το 13,6% δεν ήξεραν ποτέ πρέπει να αρχίσει να εξετάζεται η γυναίκα με το τεστ Παπανικολάου. Το 22,4% των συμμετεχόντων δεν είχε γνώση μέχρι ποτέ πρέπει να διενεργείται η συγκεκριμένη εξέταση. Τέλος το 32,6% πληροφορήθηκε για την συγκεκριμένη εξέταση από τα μέσα ενημέρωσης από μέλη, φίλους και την οικογένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πρέπει να γίνουν προσπάθειες για την αύξηση των ποσοστών στον τομέα της δευτερογενούς πρόληψης και κυρίως για την πιο ενεργό συμμετοχή των γυναικών οι οποίες είναι μεγαλύτερης ηλικίας, για γυναίκες οι οποίες βρίσκονται εκτός εργασιακής απασχόλησης και

συνταξιούχες καθώς και για αυτές οι οποίες διαμένουν σε αγροτικές περιοχές (Χαραμής, και συν., 2014).

Από τις παραπάνω μελέτες συμπεραίνουμε ότι υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά σχετικά με την αντίληψη των γυναικών για τον καρκίνο του τραχήλου στις διάφορες χώρες. Αυτό που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι πρέπει να εφαρμοστούν οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στην ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με αυτόν. Όσον αφορά τον ιό HPV υπάρχει γνώση, αλλά όχι σε μεγάλο βαθμό. Κρίνεται επίσης αναγκαία η πληροφόρηση για την πρόληψη από τον ιό και κυρίως η αύξηση των ποσοστών εμβολιασμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 °: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

6.1 Νοσηλευτική Φροντίδα στις διαγνωστικές εξετάσεις

Ο νοσηλευτής έχει κάποια ιδιαίτερα καθήκοντα σε κάθε διαγνωστική εξέταση για την προετοιμασία του αρρώστου. Στη γυναικολογική εξέταση, η οποία είναι η πρώτη εξέταση στην οποία η ασθενής έρχεται σε επαφή με τον ιατρό, θα πρέπει ο νοσηλευτής να κάνει την ασθενή να νιώσει άνετα, να είναι ήρεμη και χαλαρή για να μπορέσει να συνεργαστεί με τον ιατρό. Στη συνέχεια ο νοσηλευτής επεξηγεί στην ασθενή όλη τη διαδικασία και την τοποθετεί σε γυναικολογική θέση έτσι ώστε να ξεκινήσει η εξέταση. Κατά την κολποκυτταρολογική εξέταση (Pap test) ο νοσηλευτής εξασφαλίζει κατάλληλο φωτισμό και τοποθετεί την ασθενή σε θέση λιθοτόμος ή θέση Sims ή θέση γόνατα-θώρακος. Στη συνέχεια προετοιμάζει το σύνολο του εξοπλισμού πριν από την έναρξη της διαδικασίας, ελέγχει την ημερομηνία λήξης στο φιαλίδιο συλλογής ώστε να μην χρησιμοποιηθεί ληγμένο φιαλίδιο, συμπληρώνει τα στοιχεία κατά την οποία βοηθάει τον ιατρό. Αν τα αποτελέσματα της κολποκυτταρολογική εξέτασης (Pap test) δεν είναι καλά χρειάζεται να γίνει κολποσκόπηση. Για αυτό ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή για αποφυγή συνουσίας ή κολπικής πλύσης για 24 ώρες πριν από τη λήψη επιχρισμάτων για κυτταρολογικές εξετάσεις, αλλά και για την κένωση της ουροδόχου κύστης. Αν έχουν πραγματοποιηθεί όλα αυτά τότε ο ιατρός με τη βοήθεια του νοσηλευτή προχωράει στην εξέταση. Στο τέλος της εξέτασης καθαρίζει τα γεννητικά όργανα της ασθενούς με ένα χαρτοβάμβακο και διευκρινίζει τις ιατρικές οδηγίες λύνοντας έτσι τις απορίες της ασθενούς.

Η επόμενη εξέταση που οδηγεί μετά την κολποσκόπηση είναι η βιοψία του τραχήλου, στην οποία εξακολουθεί να είναι πολύ σημαντική η άνεση, η ηρεμία και η χαλάρωση της ασθενούς έτσι ώστε να μπορεί να συμμετέχει. Καταρχήν ο νοσηλευτής επεξηγεί τη διαδικασία στην ασθενή και την τοποθετεί σε γυναικολογική θέση. Στη βιοψία απουσιάζει η αναισθησία, γιατί ο τράχηλος δεν έχει υποδοχείς πόνου. Φροντίζουμε να υπάρχει ο κατάλληλος φωτισμός και τον ιατρό κατά την εξέταση δίνοντας του τα κατάλληλα εργαλεία, άλλα και δίνοντας οδηγίες στην ασθενή. Σε περίπτωση αιμορραγίας γίνεται ραφή και επιπωματισμός. Ο πωματισμός παραμένει στη θέση του για 12-24 ώρες και σε σοβαρή αιμορραγία ενημερώνουμε την ασθενή

ότι πρέπει να ειδοποιήσει τον ιατρό. Όσον αφορά την υστεροσκόπηση, είναι λίγο πιο περίπλοκη διαδικασία και χρειάζεται οπωσδήποτε η συνεργασία της ασθενούς, η οποία θα προέλθει αν καταφέρει ο νοσηλευτής να την κάνει να νιώσει άνετα. Έτσι όπως και στις υπόλοιπες εξετάσεις επεξηγούμε τη διαδικασία στην ασθενή και την τοποθετούμε σε γυναικολογική θέση. Αργότερα της χορηγούμε ηρεμιστικό και καθορίζουμε το περίνεο και τον κόλπο. Μετά καλύπτουμε τα γεννητικά όργανα με αποστειρωμένα τετράγωνα και κάνουμε τοπική αναισθησία στον τράχηλο. Σταθεροποιούμε τον τράχηλο με μητρολαβίδα και εισάγουμε ποσότητα αέρα στη τραχηλική κοιλότητα προς διάταση πριν την εισαγωγή του ενδοσκοπίου. Στη συνέχεια ακολουθούμε τις ιατρικές εντολές και βοηθάμε κατά την εξέταση. Μια ακόμα διαγνωστική εξέταση είναι η λαπαροσκόπηση στην οποία επεξηγούμε και πάλι τη διαδικασία στην ασθενή και την τοποθετούμε σε θέση Trendelenburg για 2 ώρες περίπου όπου θα διαρκέσει η εξέταση. Ελέγχουμε και παίρνουμε τα ζωτικά σημεία, στη συνέχεια καθετηριάζουμε την κύστη και παρέχουμε ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή. Στη συνέχεια ακολουθεί η προνάρκωση και μετά η γενική νάρκωση κατά τις οποίες ο νοσηλευτής ελέγχει για αιμορραγία αλλά και την έγκαιρη ανίχνευση επιπλοκών (περιτονίτιδα, διάτρηση εντέρου κ.τ.λ.). Ενημερώνουμε την ασθενή για αίσθημα πληρότητας και σπασμωδικούς πόνους στο δεξιό ώμο, λόγω ερεθισμού του φρενικού νεύρου από την εισαγωγή αερίου κατά την εξέταση και χορηγούμε αναλγητικά και διατροφή σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες (Ιατράκης, 2010).

6.2 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία

Όλα σχεδόν τα χημικοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων, προκαλούν ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλπο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα (Ιατράκης, 2010).

Τα προβλήματα του αρρώστου είναι (Αθανάτου, 2010):

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμετοί, διάρροια).
4. Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών, δυνητική (εμετοί, διάρροια).
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής τους σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).

Σκοποί της φροντίδας (Αθανάτου, 2010):

1. Η μεγάλη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.
3. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπιση τους.

Παρέμβαση (Αθανάτου, 2010):

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.

10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
11. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

6.3 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστο της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής. Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζετε ακτινοθεραπεία αναφέρεται: (1) στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία, (2) στην προετοιμασία και τη βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία, (3) στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και (4) στη ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά τη θεραπεία (Λαβδανίτη, & Ζυγά, 2012).

Παρέμβαση (Αθανάτου, 2010):

1. Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
2. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρηση του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.
3. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.

4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπιση τους όταν εκδηλωθούν.

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται, σε γενικές γραμμές, ως εξής:

1. *Ναυτία και έμετοι*

- a. Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική συνταγή.

- β. Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.

- γ. Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.

- δ. Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου.

2. *Αντιδράσεις από το δέρμα*

- a. Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση

- β. Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα.

- γ. Απαρχή συμβουλές στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα, να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη.

- δ. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.

- ε. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέι και γαζών Lanett wax.

3. *Διάρροια*

- a. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

- β. Χορήγηση διαίτας με μικρό υπόλειμμα

4. *Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας*

- α. Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών
 - β. Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά)
 - γ. Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας της στοματικής κοιλότητας
 - δ. Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς.
5. Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών.
- α. Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς
 - β. Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες.
6. Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.
7. Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (αλωπεκία)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

7.1 Νοσηλευτική διεργασία

Η νοσηλευτική διεργασία είναι τρόπος σκέψης και δράσης που βασίζεται στην επιστημονική μεθοδολογία, η οποία χρησιμοποιείται από νοσηλευτές για την επίλυση προβλημάτων. Η νοσηλευτική διεργασία είναι ένα εργαλείο για τον προσδιορισμό των προβλημάτων των ασθενών και μια οργανωμένη μέθοδο για την ικανοποίηση των ανάγων τους. Χρησιμοποιείται από τους νοσηλευτές για την διασφάλιση της καλύτερης ποιότητας φροντίδας των ασθενών (Αθανάτου, 2010).

Η προσέγγιση μπορεί να χωριστεί σε πέντε στάδια (Αθανάτου, 2010):

1. Αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή.
2. Διάγνωση: ανάλυση των ευρημάτων.
3. Προγραμματισμός νοσηλείας: σχεδιασμός φροντίδας.
4. Εφαρμογή νοσηλείας: εκτέλεση φροντίδας.
5. Εκτίμηση αποτελεσμάτων.

7.2 Περιστατικά

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ «ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ»

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 11/2/2018

ΟΝΟΜ/ΝΟ: Χ

ΟΝΟΜ/ΝΟ ΠΑΤΕΡΑ: Χ

ΗΜΕΡ/ΝΑΙ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 23/4/1961

ΦΥΛΟ: ΘΥΛΗ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ΟΙΚΙΑΚΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΕΓΓΑΜΗ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ CA ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ:

Η ασθενής εισήλθε στο νοσοκομείο στις 9/1/2018 για έλεγχο της υγείας της αφού παρουσίασε ακράτεια ούρων μικτού τύπου και μεταεμνηνοπαυσιακή μητρορραγία. Από την γυναικολογική εξέταση που ακολούθησε διαπιστώθηκε σκληρυσμένο πρόσθιο χείλος τραχήλου και επιπεδωμένο οπίσθιο χείλος. Στις 19/1/2018 από τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης διαπιστώθηκε CA εκ του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας με συνυπάρχουσες εστίες νέκρωσης. Ακολούθησαν ουρηθροκυστεσκόπηση και ορθοσιγμοειδοσκόπηση που κατέδειξαν βλεννογόνο κύστης χωρίς παθολογία ή επέκταση νόσου και απουσία αίματος ή μάζας αντίστοιχα. Αποφασίστηκε ριζική υστερεκτομή.

Στις 11/2/2018 έγινε εισαγωγή της ασθενούς στην χειρουργική κλινική για να κάνει το προγραμματισμένο χειρουργείο υστερεκτομής. Τα ζωτικά της σημεία κυμαίνονταν, αρτηριακή πίεση: 123/72mm/Hg, σφίξεις: 82/λεπτό, αναπνοές: 13/λεπτό και θερμοκρασία: 36,8 °C. Κατά την εισαγωγή της παρουσίασε άριστο κινητικό και διανοητικό επίπεδο. Η ασθενής υποβλήθη σε επιτυχή επέμβαση υστερεκτομής την τρίτη ημέρα της νοσηλείας της.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Προεγχειρητική προετοιμασία	1. Σωματική τόνωση μια ημέρα πριν το χειρουργείο και καθαριότητα της ασθενούς.	1. Εξασφάλιση παρεντερικής χορήγησης υγρών. 2. Καθαρισμός σώματος και εντερικού σωλήνα.	1. Ενδοφλέβια χορήγηση Dextrose 5% 1x1 για 6 ημέρες με 100 ml/h. 2. Λουτρό καθαριότητας μια ημέρα και καθαρισμός εντέρου με	1. Επαρκής παρεντερική χορήγηση υγρών ασθενούς. 2. Το σώμα της ασθενούς καθαρίστηκε και υπήρξε κακοποιητική

			υποκλυσμό 6 ώρες πριν το χειρουργείο.	κένωση του εντέρου.
2. Απόφραξη ουροκαθετήρα.	1. Η παροχέτευση της ουροδόχου κύστης θα καταστεί ξανά λειτουργική.	1. Έλεγχος θέσης ουροκαθετήρα, βατότητας και συνδέσεων. 2. Εκτίμηση ουροσυλέκτη.	1. Έγινε πλύση ουροκαθετήρα με την χρήση σύριγγας 60 ml, επίσης ελέγχθηκα το cuff και όλες οι συνδέσεις. 2. Έγινε 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.
3. Θλίψη σχετιζόμενη με την απώλεια των οργάνων αναπαραγωγής.	1. Η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της. 2. Να χρησιμοποιήσει συστήματα υποστήριξης. 3. Να συμμετέχει στην ατομική της φροντίδα.	1. Δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης και παροχή ευκαιριών για συζήτηση. 2. Παροχή πληροφοριών σχετικά με συμβουλευτικές υπηρεσίες. 3. Ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης.	1. Δημιουργήθηκε ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης απαντώντας σε ερωτήσεις με ευθύτητα. 2. Δόθηκαν τα τηλέφωνα και οι διευθύνσεις των συμβουλευτικών υπηρεσιών. 3. Παροχή συμβουλών και παρηγορητικής συζήτησης.	1. Η ασθενής άρχισε να παρουσιάζει πρόοδο στην διαδικασία αντιμετώπισης της θλίψης. 2. Χρησιμοποίησε τις υποστηρικτικές δομές. 3. Η αυτοπεποίθησή της ασθενούς τονώθηκε.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 29/3/2018

ΟΝΟΜ/ΝΟ: Χ

ΟΝΟΜ/ΝΟ ΠΑΤΕΡΑ: Χ

ΗΜΕΡ/ΝΑΙ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 3/7/1962

ΦΥΛΟ: ΘΥΛΗ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΗ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ ΣΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ:

Η ασθενής εισήλθε στο νοσοκομείο στις 17/11/2017 έπειτα από προληπτικό έλεγχο Test Pap ο οποίος βγήκε θετικός για κακοήθεια επί του αδενικού επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας με συμμετοχή του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας. Η CT κάτω κοιλίας – οπισθοπεριτοναίου κατέδειξαν αυξημένες διαστάσεις και ανομοιογενής δομή του τραχήλου εντός του οποίου υπάρχει αλλοίωση με ανομοιογενή πρόσληψη σκιαγραφικού. Έπειτα από την συγκατάθεση της πραγματοποιήθηκε ριζική υστερεκτομή και πυελικός λεμφαδενικός καθαρισμός. Έπειτα από ογκολογικό συμβούλιο αποφασίστηκε με βάση το στάδιο της νόσου (IIIc 1) ότι η ασθενής χρήζει μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας.

Στις 29/3/2018 έγινε εισαγωγή της ασθενούς έπειτα από προγραμματισμένο ραντεβού για την λήψη της χημειοθεραπείας. Τα ζωτικά της σημεία κυμαίνονταν, αρτηριακή πίεση: 104/70mm/Hg, σφίξεις: 71/λεπτό, αναπνοές: 15/λεπτό και θερμοκρασία: 36,3^οC.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Απώλεια βάρους.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Σταθεροποίηση του βάρους. 2. Αύξηση σωματικής δύναμης. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση τροφών πλούσιων σε πρωτεΐνες. 2. Χορήγηση υγρών τροφών. 3. Διδασκαλία ασθενούς σχετικά με την διατροφή της. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήθηκε γεύμα κρέατος που είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες. 2. Χορηγήθηκαν χυμοί και γαλακτοκομικά προϊόντα. 	1. Επιτεύχθηκε επαρκής θρέψη της ασθενούς και διαπιστώθηκε αύξηση του βάρους της από 47 κιλά σε 53.
2. Ναυτία.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ανακούφιση από το αίσθημα της ναυτίας. 2. Εξάλειψη αισθήματος ναυτίας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση αντιεμετικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. 2. Διδασκαλία της ασθενούς για την διατροφή πριν και μετά την χημειοθεραπεία. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήθηκε 1 amp Primperan διαλυμένη σε 100 ml N/S 0,9% ενδοφλεβίως. 2. Ενημέρωση για την αποφυγή λήψης τροφής 1 – 2 ώρες πριν την χημειοθεραπεία, κατανάλωση πολλών και μικρών γευμάτων. 	1. Η αίσθηση της ναυτίας υποχώρησε.

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νόσος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αφορά την ανάπτυξη κακοήθων κύτταρων στους τραχηλικούς ιστούς της μήτρας. Ουσιαστικά, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος μετά τον καρκίνο μαστού στον γυναικείο πληθυσμό. Η έγκαιρη διάγνωση του αλλά και η πρόληψη περιλαμβάνει την πρωτογενή, δευτερογενή και μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων την τριτογενή πρόληψη, για αυτό το λόγο κρίνεται πολύ σημαντική η πρόληψη και η αγωγή υγείας, όπου οι αρμόδιοι φορείς υγείας δύναται να συμμετέχουν ενεργά με προγράμματα ενημέρωσης.

Το τεστ Παπανικολάου αποτελεί την πιο σπουδαία εξέταση που πρέπει να κάνουν οι γυναίκες καθώς είναι κατά 99% αξιόπιστη. Επίσης το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια σημαντική ανακάλυψη αν και βρίσκεται σε ερευνητικό στάδιο ακόμα, κατά πόσο είναι αξιόπιστο να γίνεται σε όλες της γυναίκες ως πρόληψη, ωστόσο τα αποτελέσματα και οι έρευνες είναι ενθαρρυντικές. Δυστυχώς όμως, πολλές γυναίκες δεν υποβάλλονται στις κατεξοχήν σχετικές εξετάσεις, λόγω διάφορων παραγόντων που υπάρχουν και επηρεάζουν την ζωή τους, όπως οικονομικά προβλήματα ή γυναίκες που ζουν σε τριτοκοσμικές χώρες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορούν να προλάβουν την νόσο του καρκίνου της μήτρας.

Τέλος, ο ρόλος του νοσηλευτή σε όλη αυτήν την διαδικασία είναι καθοριστικός. Η συμμετοχή του νοσηλευτή παίζει καθοριστικό ρόλο, ώστε να προαχθεί η πρόληψη και η ενημέρωση του ασθενούς. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που δημιουργεί όλες τις προϋποθέσεις που βοηθούν τον άρρωστο να εκφράζει τις σκέψεις του και επιπλέον να πρέπει να συνεργάζεται και να επιβλέπει την ψυχολογία του ασθενούς τόσο στην προεγχειρητική φροντίδα, όσο και στην μετεγχειρητική αποκατάσταση.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. Ελληνική

Αθανάτου Ε., (2010). *Κλινική Νοσηλευτική: Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες*, Εκδόσεις: Παρισιάνος, Αθήνα.

Διαμαντής Α., (2009). *Κονδυλώματα και καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Από τον Ιπποκράτη στο εμβόλιο*, Εκδόσεις: Καυκάς, Αθήνα.

Ιατράκης Γ., (2010). *Γυναικολογική Νοσηλευτική Φροντίδα*, Εκδόσεις: Δεσμός, Αθήνα.

Κρεατσάς Γ., (2008). *Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.

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

Χαραμή Ε., Τσιρώνη Μ., Πρεζεράκος Π., Αγοραστός Θ., & Ζυγά. Σ., (2014). Διερεύνηση γνώσεων γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(3): 342 – 335.

B. Ξενόγλωσση - Μεταφρασμένη

Agorastos T., Chatzistamatiou K., Zafrakas M., Siamanta V., Katsamagkas T. Constantinidis T.C., & Lampropoulos A.F., (2014) Epidemiology of HPV infection and current status of cervical cancer prevention in Greece: final results of the LYSISTRATA cross-sectional study, *European journal of cancer prevention*, 23(5): 425 - 431.

Alves C., Alves L., & Lunet N., (2010). Epidemiology of Cervical Cancer, *Arquivos de medica*, 24(6): 266 – 277.

Anhang Price R., Tiro J.A., Saraiya M., Meissner H., & Breen N., (2011). Use of human papillomavirus vaccines among young adult women in the United States: an analysis of the 2008 National Health Interview Survey, *Cancer*, 117(24): 5560 - 8.

Blake K.D., Ottenbacher A.J., Finney Rutten L.J., Grady M.A., Kobrin S.C., Jacobson R.M., & Hesse B.W., (2015). Predictors of human papillomavirus awareness and knowledge in 2013: gaps and opportunities for targeted communication strategies, *American journal of preventive medicine*, 48(4): 402 - 410.

Blomberg K., Ternestedt B.M., Törnberg S., & Tishelman C., (2008). How do women who choose not to participate in population-based cervical cancer screening reason about their decision? *Psycho-oncology*, 17(6): 561 - 569.

Cooper C.P., Polonec L., & Gelb C.A., (2011). Women's knowledge and awareness of gynecologic cancer: a multisite qualitative study in the United States, *Journal of women's health*, 20(4): 517 - 524.

Dodd R.H., McCaffery K.J., Marlow L.A., Ostini R., Zimet G.D., & Waller J., (2013). Knowledge of human papillomavirus (HPV) testing in the USA, the UK and Australia: an international survey. *Sexually Transmitted Infection*.

Donati S., Giambi C., Declich S., Salmaso S., Filia A., Ciofi degli Atti M.L., Alibrandi M.P., Brezzi S., Carozzi F., Collina N., Franchi D., Lattanzi A., Meda M., Minna M.C., Nannini R., Gallicchio G., & Bella A., (2011). Knowledge, attitude and practice in primary and secondary cervical cancer prevention among young adult Italian women, *Vaccine*, 29(46): 8373 - 80.

Frick H., Leonhardt H., & Starck D., (2014). *Ειδική Ανατομία, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιανού, Αθήνα*.

Friedman A.L., & Sheppard H., (2007). Exploring the knowledge, attitudes, beliefs, and communication preferences of the general public regarding HPV: findings from CDC focus group research and implications for practice, *Health education & behavior*, 34(3): 471 - 485.

Frumovitz M., (2014). Invasive cervical cancer: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and diagnosis, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 14: 677 - 686.

Gree M., & Davies P., (2008). Human papillomavirus testing for primary cervical cancer screening, *Expert Rev Mol Diagn.*, 8(5): 599 - 605.

Hawkins N.A., Cooper C.P., Saraiya M., Gelb C.A., & Polonec L., (2011). Why the Pap test? Awareness and use of the Pap test among women in the United States, *Journal of women's health*, 20(4): 511 - 525.

Holcomb B., Bailey J.M., Crawford K., & Ruffin M.T., (2004) Adults' knowledge and behaviors related to human papillomavirus infection, *The Journal of the American Board of Family Practice*, 17(1): 26 - 31.

Klug S.J., Hetzer M., & Blettner M., (2005). Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors, *European journal of public health*, 5(1): 70 - 77.

Montgomery K., Bloch J.R., Bhattacharya A., & Montgomery O., (2010). Human papillomavirus and cervical cancer knowledge, health beliefs, and preventative practices in older women. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, *JOGNN*, 39(3): 238 - 249.

McCaffery K., & Irwig L., (2005) Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening, *Journal of medical screening*, 12(3): 134 - 141.

Oscarsson M.G., Wijma B.E., & Benzein E.G., (2008). 'I do not need to... I do not want to... I do not give it priority...'--why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 11(1): 26 - 34.

Palmer J., & Gillespie A., (2010). Diagnosis and management of primary cervical carcinoma, *Trends in Urology Gynaecology & Sexual Health*, 4(2): 24 – 30.

Pitts M., & Clarke T., (2002). Human papillomavirus infections and risks of cervical cancer: what do women know? *Health education research*, 17(6): 706 - 714.

Saslow D., et al. (2012). American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer, *CA Cancer J Clin.*, 62(3): 147 – 172.

Snell R., (2011). *Κλινική Ανατομική*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα.

Thomsen L.T., Nygård M., Stensen S., Terning Hansen B., Arnheim Dahlström L., Liaw K.L., Munk C., & Kjaer S.K., (2016). Awareness of human papillomavirus after introduction of HPV vaccination, *European journal of cancer prevention*.

Tiro J.A., Meissner H.I., Kobrin S., & Chollette V., (2007). What do women in the U.S. know about human papillomavirus and cervical cancer? *Oncology*, 16 (2): 288 - 294.

Waller J., Bartoszek M., Marlow L., & Wardle J., (2009). Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey, *Journal of medical screening*, 16(4): 199 - 204.