



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (ΣΕΥΠ)
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΠΕΤΣΙΝΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΣΚΙΝΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΓΚΟΛΦΙΝΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2015

*“The use of clinical judgement in the provision of care
to enable people to improve, maintain, or recover health,
to cope with health problems and to achieve
the best possible quality of life whatever their
disease or disability until death”.*

The Royal College of Nursing (2003)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά, τον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Γκολφινόπουλο, για την καθοδήγηση, την υποστήριξη που μας προσέφερε και την ευγενική του ανταπόκριση στις απορίες μας.

Τέλος, οφείλουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μας, για την ηθική και οικονομική υποστήριξη που μας παρείχαν κατά τη διάρκεια των σπουδών, αλλά και κατά την διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΛΙΣΤΑ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	10
SUMMARY.....	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα	14
1.1.1 Το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης	15
1.1.2 Τα μεγάλα και μικρά χείλη του αιδοίου	15
1.1.3 Η κλειτορίδα	19
1.1.4 Ο πρόδρομος του κόλπου	20
1.1.5 Οι βαρθολίνειοι αδένες	20
1.1.6 Οι βολβοί του προδρόμου του κόλπου	21
1.1.7 Οι παραουρηθρικοί αδένες	21
1.1.8 Ο παρθενικός υμένας	21
1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα	22
1.2.1 Ο κόλπος	22
1.2.2 Η μήτρα	22
1.2.3 Οι σάλπιγγες	25
1.2.4 Οι ωothήκες	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ31

2.1. Μορφές καρκίνου	31
2.2. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	33
2.2.1. Γενικά στοιχεία	33
2.2.2. Δομή του ιού HPV	35
2.2.3. Προ-καρκινικές συνθήκες	37
2.3. Αιτίες ανάπτυξης	39
2.4 Συμπτωματολογία	45
2.5. Σταδιοποίηση	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ55

4.1. Προληπτικός πληθυσμιακός έλεγχος (τεστ Παπανικολάου)	55
4.1.1 Αξιολόγηση του τεστ Παπανικολάου	59
4.2. Μέθοδος κολποσκόπησης	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ65

5.1. Θεραπείες για τη διατήρηση της γονιμότητας	66
5.1.1. Κρυοχειρουργική θεραπεία	66
5.1.2. Χειρουργική με Laser CO2	66
5.1.3. Καυτηριασμός με διαθερμία	67

5.2. Χειρουργικές επεμβάσεις	67
5.2.1. Απλή υστερεκτομή	68
5.2.2. Ριζική υστερεκτομή	69
5.3. Ακτινοθεραπεία	70
5.4. Χημειοθεραπεία	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ
.....73

6.1. Εμβολιασμός	75
6.2. Τεστ Παπανικολάου	79
6.3. Ενημέρωση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ
.....83

7.1. Η έννοια της φροντίδας στη νοσηλευτική	83
7.2 Η νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας	90
7.2.1. Σημασία λήψης ιστορικού του ασθενή	92
7.2.2. Εκπαίδευση νοσηλευτών	92
7.2.3. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών	95
7.2.4. Νοσηλευτική Διεργασία.....	107

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	109
----------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	111
--------------------	-----

ΛΙΣΤΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1 :: Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας	14
Εικόνα 2 : Πιθανοί τύποι καρκίνου του αιδοίου	17
Εικόνα 3 : Ο τράχηλος της μήτρας	24
Εικόνα 4 : Η σάλπιγγα	26
Εικόνα 5 : Η ωθήκη	28
Εικόνα 6 : Ο ιός HPV	36
Εικόνα 7 : Η εξέλιξη των παθολογικών κυττάρων	39
Εικόνα 8 : Σταδιοποίηση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	48
Εικόνα 9 : Καρκίνοι από HPV	50
Εικόνα 10: Θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως ...	52
Εικόνα 11: Θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στην Ευρώπη	52
Εικόνα 12 : Λήψη κολποτραχηλικού επιχρίσματος - Τεστ Παπανικολάου	58
Εικόνα 13 : Απεικόνιση κολποσκόπησης και αποτελεσμάτων	61
Εικόνα 14': Μέθοδος κολποσκόπησης	62
Εικόνα 15 : Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	63
Εικόνα 16 : Χειρουργική ανατομική της ριζικής υστερεκτομής	69
Εικόνα 17: Τα συστατικά της καλής φροντίδας σύμφωνα με τον Keith, N.(2003)	101

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) έχει κάνει την εμφάνιση του, εδώ και περίπου 30 χρόνια. Θεωρείται ως ο αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, καθώς ευθύνεται για το 90% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Στα πρώιμα στάδια καρκίνου του τραχήλου υπάρχει διαθέσιμη αποτελεσματική θεραπεία. Η κρυοθεραπεία, η θεραπεία με laser, η ακτινοθεραπεία και άλλες μέθοδοι εμφανίζονται να είναι αποτελεσματικές σε κάποιο βαθμό, για τις βλάβες που εντοπίζονται. Στην ουσία, πραγματοποιείται αφαίρεση του νοσούντος ιστού που αφορά κύτταρα που φιλοξενούν τον HPV.

Επιπλέον, εδώ και μερικά χρόνια, είναι διαθέσιμα προληπτικά εμβόλια, τα οποία εμποδίζουν την είσοδο του ιού στον τράχηλο, ενώ παράλληλα γίνονται αρκετές προσπάθειες για την ανάπτυξη θεραπευτικών εμβολίων, που θα μπορούσαν να θεραπεύσουν τους ασθενείς με HPV λοίμωξη. Τα προφυλακτικά εμβόλια HPV, περιέχουν δομές που προσδίδουν αντιγονικότητα στον ιό και προφυλάσσουν από τους υποτύπους οι οποίοι σχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, τον 16 και 18.

Έτσι, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, είναι δυνατό να προληφθεί αλλά και να θεραπευτεί, αρκεί να ανιχνευθεί εγκαίρως. Η θνησιμότητα λόγω καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, στις μέρες μας κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα, παρά το γεγονός ότι μπορεί να ιαθεί, κυρίως λόγω της μη έγκαιρης και έγκυρης διάγνωσης του.

Επομένως, καθοριστικής σημασίας για την ανίχνευση του είναι η τακτική εξέταση της γυναίκας μέσω του τεστ Παπανικολάου, αλλά και η ενημέρωσή της σχετικά με την επικινδυνότητα της νόσου. Ο εμβολιασμός και οι προφυλάξεις κατά τη σεξουαλική επαφή, αποτελούν επίσης σημαντικούς τρόπους πρόληψης. Παρ' όλα αυτά, σε σχέση με παλαιότερα, σήμερα, χάρη στα προγράμματα

ανίχνευσης και θεραπείας των καταστάσεων εκείνων που μπορούν να οδηγήσουν σε καρκίνο, η θνησιμότητα έχει μειωθεί σημαντικά.

Όσον αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς, ένα σχέδιο περιγραφής της νοσηλευτικής φροντίδας που πρέπει να παρέχεται σε ένα άτομο ή μία οικογένεια είναι αναγκαίο για την ηθική υποστήριξη του ασθενούς και του στενού του περιβάλλοντος από τη στιγμή της διάγνωσης της ασθένειας. Το εν λόγω σχέδιο αποτελεί ένα σύνολο δράσεων το οποίο το νοσηλευτικό προσωπικό θα εφαρμόσει για την υποστήριξη τους. Η δημιουργία του σχεδίου έχει ως στόχο να καθοδηγήσει τον ειδικό σχετικά με τη συνεχή παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και να τον βοηθήσει στην αξιολόγηση της εν λόγω περίθαλψης.

Η νοσηλευτική φροντίδα εξετάζεται ολιστικά και βασίζεται στην κλινική κρίση του νοσηλευτή, χρησιμοποιώντας τα στοιχεία αξιολόγησης που συλλέγονται από το ιστορικό του ασθενούς. Επιπλέον, επικεντρώνεται στις ειδικές ανάγκες του ασθενή και τα αποτελέσματα νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να είναι ρεαλιστικά για τον αποδέκτη αυτής. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις επικεντρώνονται στους αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου των προσδιορισμένων διαγνώσεων και αποτελούν μία σκόπιμη συστηματική διαδικασία η οποία σχετίζεται άμεσα με το μέλλον του ασθενούς.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία θα παρουσιασθεί αναλυτικά η νόσος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και η συμβολή της νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς.

Στο πρώτο κεφάλαιο, θα πραγματοποιηθεί μία εισαγωγή στο γενετικό σύστημα της γυναίκας, του οποίου η λειτουργία είναι πιθανό να επηρεαστεί σε περίπτωση που το άτομο νοσήσει από καρκίνο του τραχήλου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, θα παρουσιασθεί η νόσος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αναλυτικά, καθώς και του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων, ο οποίος ευθύνεται για την πλειοψηφία των περιπτώσεων καρκίνου στον τράχηλο.

Στο τρίτο κεφάλαιο, θα μελετηθούν επιστημονικές έρευνες σχετικά με την έκταση του φαινομένου του καρκίνου του τραχήλου παγκοσμίως, αλλά και ειδικότερα στην Ευρώπη και τη χώρα μας. Οι επιδημιολογικές μελέτες που αναλύονται, αφορούν στοιχεία σχετικά με τη διάδοση του καρκίνου και της θνησιμότητας στην οποία δύναται να οδηγήσει.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, θα ασχοληθούμε με τους τρόπους διάγνωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, μέσω του τεστ Παπανικολάου και της κολποσκόπησης.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, θα αναλυθούν οι τρόποι αντιμετώπισης της νόσου, τόσο για άτομα νεαρής ηλικίας, όσο και για μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες. Έτσι, οι μέθοδοι θεραπείας, θα διακριθούν, σε εκείνες που προτιμώνται για τη διατήρηση της γονιμότητας της γυναίκας και σε εκείνες που χρησιμοποιούνται προκειμένου να εξαλειφτεί ή να καταπολεμηθεί επαρκώς ο καρκίνος.

Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο, θα παρουσιασθούν οι τρόποι πρόληψης γύρω από τον καρκίνο του τραχήλου, οι οποίοι διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, την πρωτογενή και τη δευτερογενή πρόληψη.

Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο θα παρουσιασθεί ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Θα δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και τους τρόπους ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς από τη στιγμή της διάγνωσης της ασθένειας αλλά και κατά τη διάρκεια αυτής.

SUMMARY

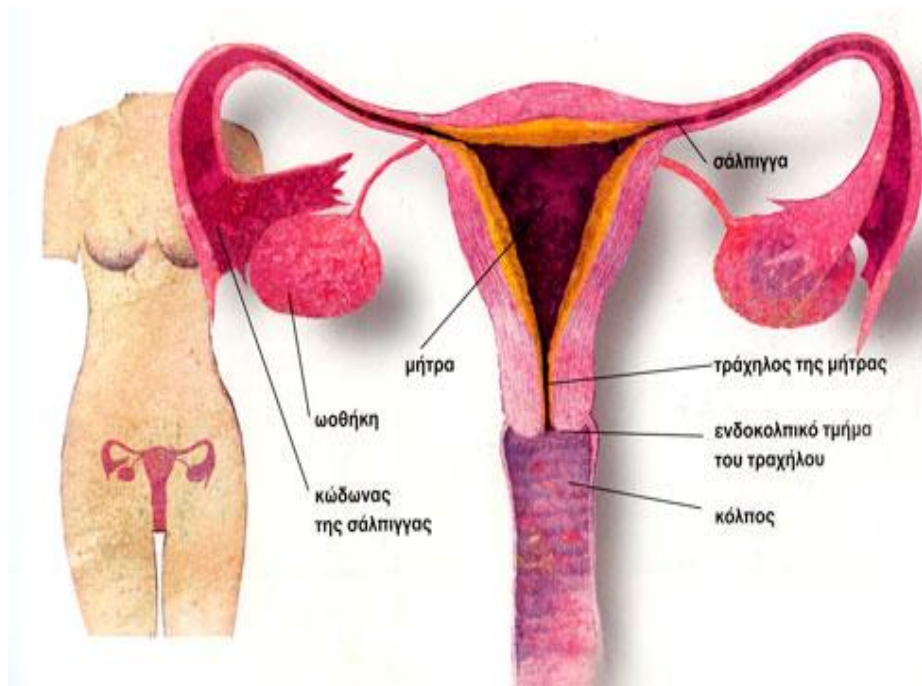
This project presents in detail the disease of the cervical cancer and the nursing care role in cervical cancer patients. The first chapter is an introduction to the genetic system of the woman, whose function is likely to be affected if a woman has cervical cancer. The second chapter presents the disease of cervical cancer in detail. It also refers to the human papillomavirus, which is responsible for most cases of cervical cancer. In the third chapter, we study the extent of the problem of cervical cancer worldwide and particularly in Europe and in Greece. The fourth chapter analyses the ways of diagnosing cervical cancer through Pap smear and colposcopy. In the fifth chapter, we analyze the treatment options for cervical cancer both for young and older women. We distinguish the treatment methods in those preferred for maintaining woman's fertility and those used to eliminate or adequately combat cancer. In the sixth chapter, we present the ways to prevent cervical cancer, which are divided into two categories, primary and secondary prevention. Finally, in the seventh chapter is presented the nurse's role in supporting patients with cancer of the cervix. Particular attention is paid to the concept of nursing care and the methods of psychological support at the time of diagnosis and during the disease.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό ή αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από ένα σύνολο οργάνων, που η συντονισμένη λειτουργία τους αποβλέπει κυρίως στην εξυπηρέτηση της αναπαραγωγής. Έτσι, ως γεννητικά όργανα ορίζονται τα μέρη του σώματος που συντάσσουν το σύστημα αναπαραγωγής του οργανισμού. Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά ανάλογα με τη θέση στο σώμα, σύμφωνα δηλαδή με το αν έρχονται σε επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον ή όχι. Ακόμη, χωρίζονται μεταξύ τους από την παρεμβολή του παρθενικού υμένα ή από τα υπολείμμάτα του, τα μύρτα. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούνται από το αιδοίο, ενώ τα εσωτερικά απαρτίζονται από τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωθήκες (Αντσακλής, 2008).

Το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα αποτελείται από μια σειρά οργάνων που βρίσκεται κατά κύριο λόγο στο εσωτερικό του σώματος και γύρω από την πυελική περιοχή που συμβάλλει στην αναπαραγωγική διαδικασία. Το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα περιλαμβάνει τρία κύρια μέρη: το κόλπο, τη μήτρα και τις ωθήκες. Όσον αφορά τα στήθη, αυτά εμπλέκονται κατά την ανατροφή των παιδιών στο στάδιο της αναπαραγωγής, αλλά στις περισσότερες ταξινομήσεις, δεν θεωρούνται μέρος του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος.



Εικόνα 1 :: Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας

Πηγή: http://epathological.blogspot.gr/p/blog-page_4568.html

1.1. Εξωτερικά γεννητικά όργανα

Το σύνολο των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της γυναίκας αποτελεί το αιδοίο, το οποίο έχει τριγωνικό σχήμα. Η βάση του αιδοίου αντιστοιχεί στην ηβική πτυχή, οι πλευρές του στις αιδοιομηρικές πτυχές και η κορυφή στο περίνεο. Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κόλπου, τους βαρθολινείους αδένες, τους βολβούς του προδόμου, το έξω στόμιο της ουρήθρας, τους παραουρηθρικούς αδένες και τον παρθενικό υμένα (Αντσακλής, 2008).

1.1.1. Το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης

Το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης είναι μια υποστρόγγυλη τριγωνική περιοχή, που η βάση της αντιστοιχεί στην ηβική αύλακα ή πτυχή και η κορυφή της προς τα κάτω καταλήγει στα μεγάλα χείλη του αιδοίου (Αντσακλής, 2008). Το εφηβαίο αποτελείται από μία ποσότητα ινολιπώδη ιστού, σύμφωνα με την πάχυνση της γυναίκας, η οποία καλύπτει, τους κλάδους των ηβικών οστών. Όταν η γυναίκα φτάσει στην ήβη, το δέρμα που καλύπτει το εφηβαίο, εμφανίζει τρίχωμα. Επιπλέον, το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες (Προκοπάκης, 2014).

Το μέγεθος του εφηβαίου ποικίλει ανάλογα με το επίπεδο της ορμόνης και του σωματικού λίπους (New Oxford American Dictionary, 2011). Μετά την εφηβεία καλύπτεται με ηβική τρίχα και διευρυμένη. Σε ανθρώπινα θηλυκά, τα εφηβαίο σχηματίζει το πρόσθιο τμήμα του αιδοίου. Διαιρεί εντός του μεγάλων χειλιών σε κάθε πλευρά του αυλακιού, που είναι γνωστή ως η σχισμή του αιδοίου, που περιβάλλει τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, την ουρήθρα, το κολπικό άνοιγμα και άλλες δομές του προθαλάμου του αιδοίου (Basavanthappa, 2006). Ο λιπώδης ιστός από το εφηβαίο είναι ευαίσθητος στα οιστρογόνα, προκαλώντας ένα ξεχωριστό ανάχωμα που θα σχηματίσει με την έναρξη της εφηβείας (Myers & John, 2011). Αυτό ωθεί το πρόσθιο τμήμα των μεγάλων χειλιών έξω και μακριά από το ηβικό οστό.

1.1.2. Τα μεγάλα και μικρά χείλη του αιδοίου

Τα χείλη του αιδοίου είναι ανατομικές δομές που αποτελούν μέρος των γυναικείων γεννητικών οργάνων και αποτελούν τα κύρια ορατά εξωτερικά τμήματα του αιδοίου. Στη γυναίκα υπάρχουν δύο ζεύγη χειλέων, το εξωτερικό χείλος του αιδοίου ή μεγάλα χείλη τα οποία είναι μεγαλύτερα και πιο λιπαρά και

τα μικρά χείλη τα οποία είναι πτυχές του δέρματος μεταξύ του εξωτερικού χείλους. Τα χείλη έχουν σκοπό την προστασία της κλειτορίδας και των ανοιγμάτων του κόλπου και της ουρήθρας. Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου είναι δύο δερματικές υποστρόγγυλες πτυχές που αποτελούνται από δέρμα, λιπώδη και συνδετικό ιστό και μερικές δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Το δέρμα τους είναι πλούσιο σε σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Στη μετάπτωσή τους στο εφήβαιο προς τα εμπρός και στο περίνεο προς τα πίσω, σχηματίζουν μεταξύ τους τον πρόσθιο και οπίσθιο σύνδεσμό τους (Moore et al., 2010).

Τα μικρά χείλη του αιδοίου είναι δύο δερματικές πτυχές που βρίσκονται ανάμεσα στα μεγάλα χείλη και συνήθως καλύπτονται από αυτά. Προς τα πάνω αποσχίζονται σε δύο μέρη, που συνενώνονται με τα αντίστοιχα τμήματα της αντίθετης πλευράς και σχηματίζουν την πρόσθη και το χαλινό της κλειτορίδας. Τα μικρά χείλη αποτελούνται από ινώδη συνδετικό ιστό και ελαστικές ίνες, ενώ το δέρμα τους είναι πολύ λεπτό και έχει μόνο σμηγματογόνους αδένες (Αντσακλής, 2008).

Τα καρκινώματα του αιδοίου είναι σπάνια και αποτελούν το 3%- 5% των νεοπλασμάτων του γεννητικού συστήματος. Η πλειονότητα των περιπτώσεων αφορά μετεμμηνοπαυσιακές λευκές γυναίκες μεταξύ 65- 75 ετών , με μέση ηλικία ασθενών τα 62 έτη, με εξαίρεση τα σαρκώματα.

Πρόσφατα έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει μία τάση να εμφανίζεται σε μικρότερες ηλικίες ακόμη και κάτω των 40 ετών σε ποσοστό 15%, το δε 90% των πρωτοπαθών περιπτώσεων αφορούν διηθητικό καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων (Φωτίου, 2009). Πράγματι, σε αναδρομική μελέτη που βασίστηκε στα στοιχεία της περιόδου 1970-1998, όπως αυτά καταγράφηκαν από την BCCA (British Columbia Cancer Agency), 5% όλων των διηθητικών εκ πλακωδών κυττάρων καρκινωμάτων του αιδοίου εμφανίστηκαν σε γυναίκες μεταξύ 17 και 39 χρονών (μέση ηλικία 33 έτη), με την επίπτωση εμφάνισης σε νέες γυναίκες να αυξάνει τα τελευταία χρόνια (Al- Ghamdi A. et al., 2002).

Ένας αξιολογήσιμος αιτιολογικός παράγοντας θεωρείται ο ιός HPV ο οποίος έχει απομονωθεί στο 70-80% των in situ νεοπλασιών του αιδοίου αλλά μόνο στο 10-50% διαπιστώνεται η παρουσία του στο σύνολο των διηθητικών καρκινωμάτων του αιδοίου (Φωτίου, 2009). Βάσει των ανωτέρω, θεωρούμε ότι υφίστανται δύο διαφορετικοί τύποι καρκίνου του αιδοίου με διαφορετικά κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά ανάλογα με το αν υπάρχει συσχέτιση με τον ιό του HPV.

Όπως φαίνεται και από την παρακάτω εικόνα, ο σχετιζόμενος με τον ιό HPV τύπος I τείνει να εμφανίζεται σε νεαρότερες ηλικίες (35- 65) και συχνά σχετίζεται με πλακώδη νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας και γενικότερα με νεοπλασίες του κατώτερου γενετικού σωλήνα , αλλά έχει καλύτερη πρόγνωση από τον τύπο II που δεν συσχετίζεται με τον ιό HPV (Φωτίου, 2009). Ο τύπος II αφορά σχεδόν τα 2/3 όλων των διηθητικών εκ πλακωδών κυττάρων καρκινωμάτων του αιδοίου, ενώ ο τύπος I αφορά το 1/3 αυτών (Demiralay et al., 2012).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Πιθανοί τύποι καρκίνου του αιδοίου		
	Τύπος I	Τύπος II
Ηλικία	Σχετικά νεότερες (35-65)	Ηλικιωμένες (55-85)
Ιστορικό κονδυλωμάτων	Συχνό	Σπάνιο
Ιστορικό σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων	Συχνό	Σπάνιο
Προϋπάρχουσα βλάβη	VIN I/II in situ	Φλεγμονή αιδοίου Εκφραστικός Πτεκίν Υπερπλασία "Ακυπία" αιδοίου
Πρόσθετοι παράγοντες	Ηλικία Ανοσολογική κατάσταση Ενσωμάτωση του ιού HPV	Γονιδιακή μετάλλαξη
Παθολογανατομική εικόνα	Σαν ενδοεπιθηλιακό με κύτταρα σαν τα βασικόβασαίοι ή με χαμηλή διαφοροποίηση	Κερατινοποιημένο Καθά διαφοροποιημένο
Νεοπλασία στον τραχήλο	Σχετίζεται συχνά	Σπάνια
Κάπνισμα	Σχετίζεται συχνά	Σπάνια
Παρουσία HPV-DNA	Συχνά (>60%)	Σπάνια (<15%)
Μεταλλάξη p53	Σπανιότερα	Συχνότερα

Από Σιμτ 1992, τροποποιημένος

Εικόνα 2 : Πιθανοί τύποι καρκίνου του αιδοίου

Πηγή : Φωτίου, Σ. (2009), Γυναικολογική Ογκολογία, εκδόσεις Πασχαλίδη.

Σε συμφωνία με τα ανωτέρω, η Διεθνής Εταιρεία για την μελέτη των νοσημάτων του αιδοίου (International Society of the Study of Vulvar Disease-ISSVD), τροποποίησε την κλασσική ταξινόμηση της ενδοεπιθηλιακής δυσπλασίας (VIN), βάσει των βιολογικών χαρακτηριστικών της. Η κατανόηση της VIN νέας ορολογίας, μας δίνει την δυνατότητα να ξεκαθαρίσουμε και να διακρίνουμε τις ξεχωριστές «οδούς» εξέλιξης σε διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα (SCC), πράγμα σημαντικό για να διακρίνουμε τους παράγοντες κινδύνου σε κάθε οδό και κατά συνέπεια, να επιτύχουμε πιο έγκαιρα διάγνωση της νόσου. Σύμφωνα με την κλασσική ταξινόμηση των ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών (VIN: αιδοϊκή ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία) υπήρχε η VIN 1 (ήπια δυσπλασία), η VIN 2 (μέτρια δυσπλασία) και η VIN 3 (σοβαρού βαθμού).

Στην νέα ταξινόμηση του 2004 από την ISSVD, η VIN 1 εγκαταλείφτηκε ως ορολογία, γιατί δεν διαπιστώθηκε ότι αποτελεί αιτία για διηθητικό καρκίνωμα του αιδοίου. Υπάρχουν πλέον δύο τύποι : ο συνήθης τύπος VIN (usual type) και ο διαφοροποιημένος (differentiated type). Ο συνήθης τύπος σχετίζεται με τον ιό HPV και έχει τη δυνατότητα να εξελιχθεί σε πλακώδες καρκίνωμα του αιδοίου (SCC). Περιλαμβάνει τους τύπους: κονδυλωματώδες (warty), βασικοκυτταροειδές (basaloid) και μικτό (mixed). Οι παράγοντες κινδύνου για τον συνήθη τύπο είναι η ηλικία, το κάπνισμα, το ιστορικό HPV, το ιστορικό περιπρωκτικού, κολπικού και τραχηλικού (μήτρας) καρκινώματος και η ανοσοκαταστολή (Saunders et al, 2008).

Η αποδεδειγμένη καθαρή συσχέτιση του συνήθη τύπου VIN με το διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα του αιδοίου καθιστά επιτακτική την παρακολούθηση και σωστή θεραπεία, σε αναγνώριση ύπαρξης της δυσπλασίας. Ο διαφοροποιημένος τύπος αναλογεί μόνο στο 6-10% όλων των περιπτώσεων VIN, εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες και δεν συσχετίζεται με τον ιό HPV. Οδηγεί σε διηθητικό καρκίνωμα σε ποσοστό 9% των γυναικών που δεν έχουν λάβει θεραπεία και σε ποσοστό 3,3% των γυναικών που έχουν λάβει θεραπεία για την δυσπλασία (Saunders et al, 2008). Πολλές φορές ο διαφοροποιημένος τύπος συνυπάρχει με το διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα σε μία βλάβη του

αιδοίου και γι' αυτό θεωρείται η πιο κοινή πρόδρομη μορφή διηθητικού καρκινώματος καθώς και παράγοντας υψηλού κινδύνου για εξέλιξη σε διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα (Hart, 2001).

1.1.3. Η κλειτορίδα

Η κλειτορίδα είναι ένα γυναικείο όργανο που υπάρχει στα θηλαστικά, στις στρουθοκαμήλους και σε περιορισμένο αριθμό άλλων ζώων. Αξίζει να σημειωθεί, ότι μερικά ζώα ουρούν μέσα από την κλειτορίδα, όπως συμβαίνει με την ύαινα η οποία έχει μια ιδιαίτερα ανεπτυγμένη κλειτορίδα και ουρεί τους συντρόφους της ενώ παράλληλα γεννά μέσω του οργάνου. Κάποια άλλα σαρκοφάγα ζώα ή ειδικότερα τα θηλαστικά, έχουν επίσης μία ανεπτυγμένη κλειτορίδα (Roughgarden, 2004).

Η κλειτορίδα αποτελείται από δύο σηραγγώδη σώματα, που αρχίζουν από τους ηβοϊσχιακούς κλάδους των ηβικών οστών και ονομάζονται σκέλη. Το δεξιό και αριστερό σκέλος, στην πορεία τους, προς τα εμπρός και πάνω συνενώνονται στη μέση γραμμή και σχηματίζουν το σώμα της κλειτορίδας που καταλήγει σε μια πάχυνση, τη βάλανο. Το σώμα της κλειτορίδας έχει μήκος 3-4 cm και περιβάλλεται από περιτονία, που προς τα πάνω προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης. Ραχιαία, η κλειτορίδα περιβάλλεται από την πόσθη, ενώ στην κάτω επιφάνεια της και κατά τη μέση γραμμή βρίσκεται ο χαλινός της (Αντσακλής, 2008).

Η κλειτορίδα είναι μία ερωτογενής ζώνη και αποτελεί την κύρια ανατομική πηγή της ανθρώπινης γυναικείας σεξουαλικής απόλαυσης (Rodgers, 2003). Στους ανθρώπους και σε άλλα θηλαστικά, αναπτύσσεται από μια απόφυση στο έμβρυο, η οποία ονομάζεται γεννητικό φύμα και αναπτύσσεται είτε μέσα σε ένα πέος είτε σε μία κλειτορίδα, ανάλογα με την παρουσία ή την απουσία της

πρωτεΐνης TDF, η οποία είναι κωδικοποιημένη από ένα μόνο γονίδιο στο χρωμόσωμα Υ. Η κλειτορίδα είναι μια σύνθετη δομή, και το μέγεθος και η ευαισθησία της μπορεί να ποικίλει. Η κεφαλή της ανθρώπινης κλειτορίδας υπολογίζεται ότι έχει περισσότερες από 8000 αισθητήριες νευρικές απολήξεις (Carroll & Janell, 2012)

1.1.4. Ο πρόδρομος του κόλπου

Ο πρόδρομος του κόλπου είναι η περιοχή του αιδοίου που ορίζεται μεταξύ των μικρών χειλέων του και εκτείνεται προς τα πάνω ως το χαλινό της κλειτορίδας και προς τα κάτω ως το χαλινό των μικρών χειλέων. Στην άνω περιοχή του προδόμου εκβάλλει το έξω στόμιο της ουρήθρας, που περιβάλλεται από τους παραουρηθρικούς αδένες, ενώ οι εκφορητικοί πόροι των βαρθολινείων αδένων εκβάλλουν στην εσωτερική επιφάνεια των μικρών χειλέων (Αντσακλής, 2008) .

1.1.5. Οι βαρθολίνειοι αδένες

Οι βαρθολίνειοι αδένες έχουν μέγεθος και σχήμα φασολιού και βρίσκονται δεξιά και αριστερά από το σκαφοειδή βόθρο, στο βάθος του συνδετικού ιστού. Παράγουν βλέννη, που εκκρίνεται στον πρόδρομο του κόλπου, με τον εκφορητικό τους πόρο, ο οποίος καταλήγει στην εσωτερική επιφάνεια των μικρών χειλέων, δίπλα στον παρθενικό υμένα (Αντσακλής, 2008) .

1.1.6. Οι βολβοί του προδρόμου του κόλπου

Οι βολβοί του προδρόμου του κόλπου έχουν σχήμα σταγόνας με το οξύ άκρο προς τα πάνω. Λίγο πιο πάνω από την ουρήθρα ενώνονται μεταξύ τους και εξαφανίζονται βαθμιαία κάτω από την κλειτορίδα. Το μεσαίο τμήμα των βολβών περιβάλλει εξωτερικά τον πρόδρομο και το κατώτερο τμήμα του πλαγίου τοιχώματος του κόλπου. Το υποστρόγγυλο κατώτερο τμήμα τους φτάνει λίγο πιο κάτω από το επίπεδο του σκαφοειδούς βόθρου και βρίσκεται σε στενή επαφή με τους Bartholinείους αδένες (Αντσακλής, 2008).

1.1.7. Οι παραουρηθρικοί αδένες

Οι παραουρηθρικοί αδένες είναι πολυάριθμες κρύπτες, που βρίσκονται συνήθως στην περιοχή που ορίζεται από την κλειτορίδα και το έξω στόμιο της ουρήθρας ή γύρω από την ουρήθρα. Οι δύο μεγαλύτεροι από τους αδένες αυτούς ονομάζονται αδένες του Skene (Αντσακλής, 2008).

1.1.8. Ο παρθενικός υμένας

Ο παρθενικός υμένας είναι μια πτυχή από συνδετικό ιστό, που καλύπτεται στην κοιλική της επιφάνεια από πολύστιβο πλακώδες και στην αιδοϊκή από κυλινδρικό επιθήλιο. Ο παρθενικός υμένας εμφανίζει ποικιλία, όσον αφορά το πάχος, την ελαστικότητα και τον αριθμό, το σχήμα και το μέγεθος των τρημάτων του (Αντσακλής, 2008).

1.2. Εσωτερικά γεννητικά όργανα

1.2.1. Ο κόλπος

Ο κόλπος είναι ένα σωληνόμορφο όργανο μήκους 9-11cm. Η είσοδος του βρίσκεται στον πρόδρομο και καλύπτεται από τον παρθενικό υμένα, ενώ προς τα πάνω προσφύεται στον τράχηλο της μήτρας και σχηματίζει με την ενδοκολπική του μοίρα μια κυκλική αύλακα, που ονομάζεται θόλος. Ο θόλος αυτός χωρίζεται σε πρόσθιο, οπίσθιο και δύο πλάγιους.

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από επιθήλιο και μυϊκό χιτώνα. Το επιθήλιο του κόλπου είναι πολύστιβο πλακώδες και το πάχος του εξαρτάται άμεσα από την επίδραση των ωοθηκικών στεροειδών ορμονών. Η αναγέννηση του κολπικού επιθηλίου γίνεται από τη βασική στοιβάδα. Κατά τη γενετησιακή ηλικία διακρίνουμε 5 ζώνες στο κολπικό επιθήλιο, που κατά σειρά ωρίμανσης, από το βάθος προς την επιφάνεια είναι: η βασική, η παραβασική, η ενδιάμεση, η βαθιά επιφανειακή και η εντελώς επιφανειακή. Το επιθήλιο του κόλπου δεν έχει αδένες και η παρουσία των κολπικών υγρών οφείλεται στις εκκρίσεις του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου και του ενδομητρίου (Αντσακλής, 2008).

1.2.2. Η μήτρα

Η μήτρα είναι το κύριο γυναικείο αναπαραγωγικό όργανο της γυναίκας. Παρέχει μηχανική προστασία, θρεπτική υποστήριξη, πραγματοποιεί την απομάκρυνση των αποβλήτων για το αναπτυσσόμενο έμβρυο (εβδομάδα 1 έως 8) και φιλοξενεί το κύημα μέχρι τον τοκετό.

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυϊκό όργανο με σχήμα αχλαδιού, ελαφρά αποπλατυσμένο από εμπρός προς τα πίσω και έχει μήκος 6-8cm, πάχος 2,5-3cm, πλάτος 4-5cm και βάρος 42-70g. Στην κύηση, κάτω από διάφορες ορμονικές επιδράσεις, έχει την ικανότητα να μεγαλώνει σε μεγάλο βαθμό. Κύρια λειτουργία της μήτρας, είναι να δεχτεί ένα γονιμοποιημένο ωάριο το οποίο εμφυτεύεται στο ενδομήτριο και να του παρέχει την τροφή που προέρχεται από τα αιμοφόρα αγγεία τα οποία με τη σειρά τους αναπτύσσονται αποκλειστικά για αυτό το σκοπό. Η μήτρα περιέχει τρεις ανασταλτικούς συνδέσμους που βοηθούν στη σταθεροποίηση της θέσης της περιορίζοντας το εύρος κίνησης.

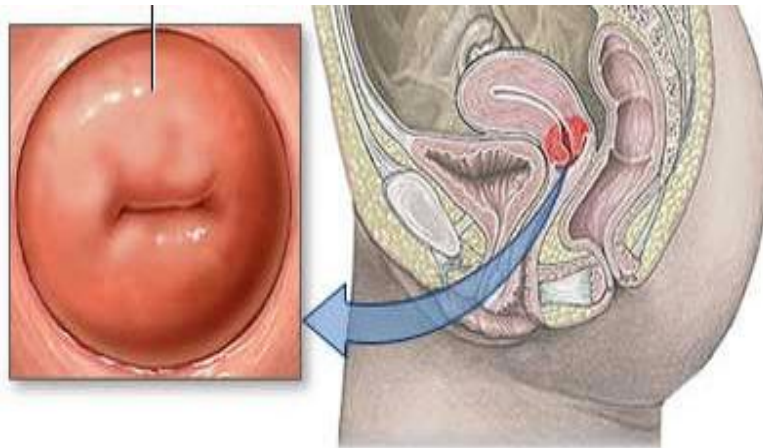
Η μήτρα χωρίζεται επομένως σε τρία τμήματα: α) το ανώτερο, που ονομάζεται πυθμένας, β) το μεσαίο, που ονομάζεται σώμα, και γ) το κατώτερο, που ονομάζεται τράχηλος.

Ο πυθμένας της μήτρας προς τα δεξιά και αριστερά καταλήγει σε μια γωνία που ονομάζεται κέρας. Σε κάθε κέρας βρίσκονται, κατά σειρά από εμπρός προς τα πίσω, η αρχή του στρογγυλού συνδέσμου της μήτρας, το μητρικό άκρο του ωαγωγού και ο σύνδεσμος της ωοθήκης.

Το σώμα της μήτρας έχει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια και δύο χείλη, αριστερό και δεξιό. Το σώμα και ο πυθμένας της μήτρας περικλείουν την ενδομητρική κοιλότητα, που έχει σχήμα τριγωνικό με τη βάση προς τον πυθμένα και την κορυφή προς τον τράχηλο. Στην περιοχή όπου ενώνεται το σώμα με τον τράχηλο της μήτρας, δηλαδή στον ισθμό, σχηματίζεται μια γωνία 90° ανοιχτή προς τα εμπρός (Αντσακλής, 2008).

Ο τράχηλος της μήτρας έχει κυλινδρική μορφολογία και χωρίζεται από την πρόσφυση του κόλπου σε δύο ίσα περίπου μέρη, το ενδοκολπικό και το υπερκολπικό. Το μήκος του τραχήλου αντιστοιχεί στο 1/3 ολόκληρου του μήκους της μήτρας. Περικλείει μια ατρακτόμορφη κοιλότητα, την ενδοτραχηλική, που αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια της ενδομητρικής. Η ενδοτραχηλική κοιλότητα έχει δύο στόμια, το εσωτερικό προς τα πάνω και το εξωτερικό προς τα

κάτω, δηλαδή στον κόλπο. Στην άτοκη γυναίκα, η ενδοτραχηλική κοιλότητα έχει μήκος 3 cm και διάμετρο 0,7 cm περίπου, ενώ σε γυναίκες που έχουν γεννήσει είναι μεγαλύτερη. Το εξωτερικό στόμιο είναι κυκλικό στις άτοκες, ενώ στις γυναίκες που γέννησαν είναι οριζόντιο (Αντσακλής, 2008).



Εικόνα 3 : Ο τράχηλος της μήτρας

Πηγή: <http://www.femme.gr/femme-traxhlos-mhtra.htm>

Το τοίχωμα του πυθμένα και του σώματος της μήτρας έχει πάχος 0,8 cm περίπου και αποτελείται από τρεις χιτώνες: α) τον ορογόνο από έξω, δηλαδή το περιτόναιο, β) το μυϊκό στη μέση και γ) το βλεννογόνο ή ενδομήτριο εσωτερικά.

Ο ορογόνος καλύπτει όλη τη μήτρα, εκτός από τα πλάγια χείλη της, την πρόσθια επιφάνεια του υπερκολπικού τμήματος του τραχήλου και το ενδοκολπικό του τμήμα. Κάτω από τον ορογόνο υπάρχει συνδετικός ιστός, που τον χωρίζει από το μυϊκό χιτώνα.

Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από ατρακτόμορφες λείες μυϊκές ίνες μήκους 5 μm, που διακρίνονται σε τρία στρώματα: το εξωτερικό, το μεσαίο και το εσωτερικό. Το εξωτερικό στρώμα αποτελείται από μακρές ίνες, που πορεύονται

κάθετα και εγκάρσια από τον πυθμένα στον τράχηλο, ενώ το μεσαίο στρώμα αποτελείται από εγκάρσιες αγκυλωτές ίνες, που περιβάλλουν τα αγγεία, και βρίσκεται μόνο στο σώμα της μήτρας. Το εσωτερικό στρώμα αποτελείται από λοξές και κυκλικές ίνες και περιορίζεται μόνο στα 2/3 του ανώτερου τμήματος του σώματος της μήτρας. Το στρώμα αυτό περιέχει τους βηματοδότες, που ρυθμίζουν τη συσταλτική λειτουργία της μήτρας.

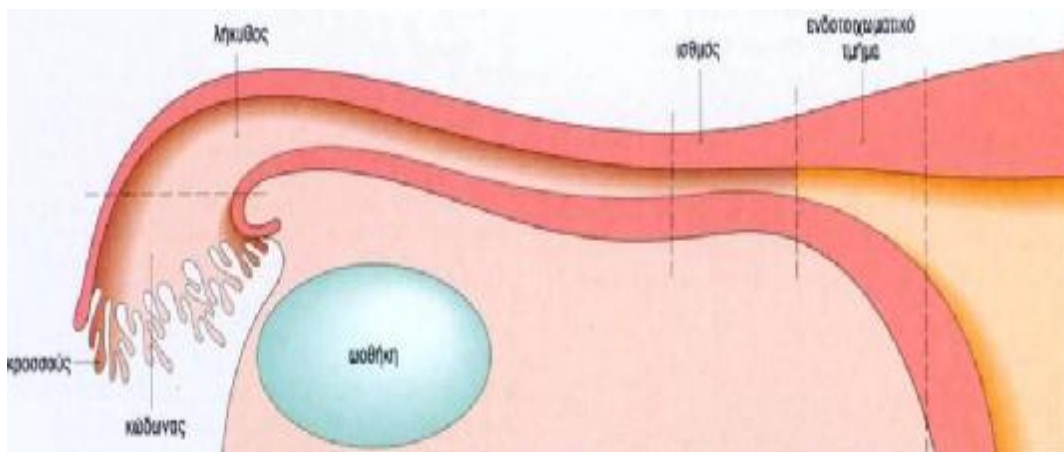
Ο βλεννογόνος της μήτρας ή ενδομήτριο, καλύπτει το εσωτερικό όλης της ενδομητρικής κοιλότητας και έρχεται σε άμεση επαφή με το μυομήτριο, χωρίς την παρεμβολή υποβλεννογονίου ιστού. Το ενδομήτριο αποτελείται από επιθήλιο, αδένες και στρώμα. Το επιθήλιο αποτελείται από μια στιβάδα και είναι υψηλό κυλινδρικό με εκκριτική δραστηριότητα, ενώ το στρώμα αποτελείται από αγγεία, με συνδετικό ιστό και βρίσκεται κάτω από το επιθήλιο (Αντσακλής, 2008).

1.2.3. Οι σάλπιγγες

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί είναι δύο σωλήνες, που αρχίζουν από τα κέρατα της μήτρας και φτάνουν στα πλάγια τοιχώματα της μικρής (ελάσσονος) πυέλου. Έχουν μήκος περίπου 12cm. Στο μητρικό τους άκρο είναι πολύ στενοί και στη συνέχεια πλαταίνουν βαθμιαία μέχρι το ελεύθερο άκρο τους, που εφάπτεται με τις ωοθήκες. Από περιγραφική άποψη διακρίνεται το διάμεσο, το ισθμικό, το ληκυθικό και το κωδωνικό τμήμα, καθώς επίσης και δύο στόμια, το μητρικό και το κωδωνικό. Το κωδωνικό τμήμα καταλήγει σε 10-15 κροσσούς, που είναι ελεύθεροι, εκτός από έναν, το μεγαλύτερο, που βρίσκεται σε επαφή με την ωοθήκη και ονομάζεται ωοθηκικός κροσσός ή ίδιος σύνδεσμος του ωαγωγού (Καρπάθιος, 1999).

Το ωάριο εισέρχεται στη σάλπιγγα. Εκεί ταξιδεύει προς τη μήτρα και ωθείται κατά μήκος από τις κινήσεις των κροσσών με σκοπό την εσωτερική

επένδυση των σωλήνων. Το ταξίδι αυτό διαρκεί κάποιες ώρες ή ημέρες. Στην περίπτωση που το ωάριο γονιμοποιηθεί στη σάλπιγγα, τότε εμφυτεύεται κανονικά στο ενδομήτριο και όταν φτάσει τη μήτρα, σηματοδοτεί την έναρξη της εγκυμοσύνης.



Εικόνα 4 : Η σάλπιγγα

Πηγή: <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=679>

Το τοίχωμα του αγωγού αποτελείται από ορογόνο, μυϊκό χιτώνα και βλεννογόνο. Ο ορογόνος καλύπτει τις σάλπιγγες από τα εμπρός, πάνω και πίσω, ενώ η κάτω επιφάνεια αντιστοιχεί στην πρόσφυση του μεσοσαλπιγγίου και μένει ακάλυπτη. Το μυϊκό τοίχωμα των σαλπίγγων σχηματίζεται από λείες μυϊκές ίνες, που σχηματίζουν δύο στιβάδες, την εξωτερική από μακρές και την εσωτερική από κυκλικές ίνες. Στο διάμεσο ή ενδοτοχικό τμήμα της σάλπιγγας, ο μυϊκός χιτώνας σχηματίζεται από ένα πλέγμα λείων μυϊκών ινών, που προέρχονται από το μυομήτριο. Ο βλεννογόνος των σαλπίγγων ή ενδοσαλπίγγιο αποτελείται από ένα στρώμα επιθηλίου, που χωρίζεται από το μυϊκό τοίχωμα με την παρεμβολή χορίου (Καρπάθιος, 1999).

1.2.4. Οι ωοθήκες

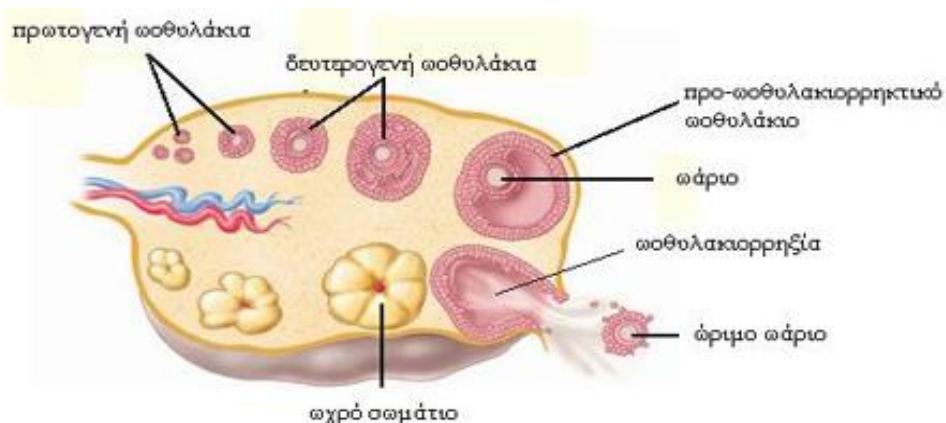
Οι ωοθήκες είναι όργανα ελεύθερα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα σε κακοήθεις όγκους να υπάρχει ταχεία λεμφαδενική διασπορά σε οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Με βάση την ανωτέρω διαπίστωση αλλά και λαμβάνοντας υπόψη την απουσία χαρακτηριστικών συμπτωμάτων και την καθυστερημένη διάγνωση της νόσου, οι κακοήθεις όγκοι των ωοθηκών παρουσιάζουν υψηλή θνησιμότητα με σχεδόν το 65% αυτών να διαγιγνώσκεται σε προχωρημένα στάδια.(Στ III / Στ IV). Παγκοσμίως, ο καρκίνος των ωοθηκών εμφανίζει θνησιμότητα σε ποσοστό 4.3%, ενώ για την Ελλάδα πιστεύεται ότι εμφανίζονται 12-14 νέες περιπτώσεις /100.000 γυναίκες το χρόνο (Φωτίου, 2009).

Οι ωοθήκες είναι δύο αμυγδαλωτοί σχηματισμοί, που κρέμονται από το οπίσθιο πέταλο του πλατύ συνδέσμου της μήτρας, από μια πτυχή του, το μεσοωοθήκιο. Έχουν μήκος 3 cm, πλάτος 1,5-3 cm, πάχος 0,5-1,5 cm και βάρος 7-14 g. Παρομοιάζονται ως «αποθήκες του γεννητικού υλικού», δηλαδή των ωαρίων, και αποτελούνται από έξω προς τα μέσα, από τον ινώδη χιτώνα, με μονόστοιβο κυβικό επιθήλιο στην επιφάνειά του, τη φλοιώδη και τη μυελώδη ουσία (Μπόντης, 2007) .

Η φλοιώδης ουσία περιέχει το ωοθηκικό παρέγχυμα, που στα κορίτσια κατά τη γέννηση υπολογίζεται ότι αποτελείται από 1.000.000 ωοκύτταρα. Από αυτά τα ωοκύτταρα, το 99% χρησιμοποιούνται μέχρι την εμμηνόπαυση, μετά από την οποία εξακολουθούν να υπάρχουν 5.000-10.000 από αυτά. Ο αριθμός τους όμως μπορεί να κυμαίνεται και να εξαντληθεί πολύ νωρίτερα. Τα ωοκύτταρα ή ωάρια περιβάλλονται αρχικά από μια στιβάδα κυττάρων συνδετικής προέλευσης και ο σχηματισμός αυτός ονομάζεται πρωτογενές ωοθυλάκιο. Όταν αρχίζουν να ωριμάζουν τα πρωτογενή ωοθυλάκια, αποκτούν, μέσα από την προηγούμενη στιβάδα μια νέα στιβάδα από κοκκώδη κύτταρα και τότε ονομάζονται δευτερογενή. Αυτά, σε πιο προχωρημένο στάδιο, αποκτούν περισσότερες

στιβάδεσης κυττάρων και κοιλότητα, έτσι που να παρουσιάζουν χαρακτηριστική ανάπτυξη και τότε λέγονται τριτογενή ωοθυλάκια. Τελικά, σε ένα επόμενο στάδιο εξέλιξης, που μπορεί να διαρκέσει μερικές ημέρες ή και ώρες καμιά φορά, σχηματίζονται τα ώριμα ωοθυλάκια. Στη φλοιώδη στιβάδα βρίσκονται ωοθυλάκια σε διάφορα στάδια ωρίμανσης και τα υπολείμματα ενός ή περισσότερων ραγέντων ή όχι ωοθυλακίων σε διάφορα στάδια εξέλιξης, δηλαδή ωχρο σωματίο, ώριμα άτρητα ωοθυλάκια και λευκά σωματία (Μπόντης, 2007).

Η μυελώδης στιβάδα αποτελείται από συνδετικό υπόστρωμα, πλούσιο σε αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία και νεύρα. Στις πύλες των ωοθηκών, δηλαδή στα σημεία όπου εισέρχονται τα αγγεία και τα νεύρα των ωοθηκών, υπάρχουν διάσπαρτοι κυτταρικοί σχηματισμοί, που αποτελούνται από κύτταρα αντίστοιχα των κυττάρων του Leydig, τα οποία βρίσκονται στους όρχεις.



Εικόνα 5 : Η ωοθήκη

Πηγή: <http://www.zougla.gr/gonimotita/article/ginekia-gonimotita>

Με την έναρξη της εφηβείας και κατά μέσο όρο κάθε 28 μέρες ένα από τα ωοθυλάκια των ωοθηκών ωριμάζει, ενώ ταυτόχρονα το ωοκύτταρο Α΄ τάξης που περιέχει, εξελίσσεται σε ωοκύτταρο Β΄ τάξης. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στη

δράση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης της αδενούπόφυσης και γίνεται εναλλάξ στις ωοθήκες, με αποτέλεσμα η κάθε ωοθήκη να παράγει ένα ωκύτταρο Β΄ τάξης κάθε 56 μέρες περίπου. Σε ορισμένες περιπτώσεις και λόγω κληρονομικής προδιάθεσης, είναι δυνατόν να γίνεται ταυτόχρονη παραγωγή δύο ωοκυττάρων Β΄ τάξης, ένα από κάθε ωοθήκη.

Με τη ρήξη του ωοθυλακίου, λόγω της δράσης της ωχρινοτρόπου ορμόνης της αδενούπόφυσης, το ωκύτταρο Β΄ τάξης ελευθερώνεται στην είσοδο του ωαγωγού, ενώ βρίσκεται στο στάδιο της μετάφασης της δεύτερης μειωτικής διαίρεσης (Μπόντης, 2007).

Οι ωοθήκες όπως και τα υπόλοιπα εσωτερικά όργανα είναι πιθανό να νοσήσουν. Οι σύγχρονες απόψεις για τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο και που επιδρούν στον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου ωοθήκης συνοψίζονται στους εξής:

- Κληρονομικότητα (Σύνδρομο HBOC και Σύνδρομο HNPCC)
- Καθυστερημένη εμμηνόπαυση
- Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης(ιδιαίτερα η χορήγηση οιστρογόνων μόνο)
- Στειρότητα

Αξιοσημείωτο είναι ότι σε φορείς των μεταλλάξεων των γονιδίων BRCA1 (χρωμόσωμα 17) και BRCA2 (χρωμόσωμα 13), στο Κληρονομικό Σύνδρομο Καρκίνου Μαστού- Ωοθηκών (HBOC), ο δια βίου κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου ωοθηκών είναι 40-60% (BRCA1) και 16-27% (BRCA2) αντίστοιχα. Αντίστοιχα, οι παράγοντες που ελαττώνουν τον κίνδυνο είναι οι παρακάτω :

- Αντισυλληπτική αγωγή
- Τεκνοποίηση
- Υστερεκτομή
- Απολίνωση των σαλπίγγων

- Θηλασμός
- Λήψη ΜΣΑΦ (ακεταμινοφαίνη/ φενρετινίδη) (Φωτίου, 2009)

Ο συχνότερος καρκίνος των ωοθηκών είναι ο επιθηλιακός τύπος με 85-90% των περιπτώσεων. Τα κυτταρικά χαρακτηριστικά του προσομοιάζουν με το επιθήλιο ενός από τα γεννητικά όργανα. Έτσι οι τύποι επιθηλιακού όγκου ωοθηκών είναι οι εξής:

- Ορώδεις (είναι οι συχνότεροι 75-80%, το επιθήλιο τους προσομοιάζει με αυτό της σάλπιγγας)
- Βλενώδεις (το επιθήλιο τους προσομοιάζει αυτό του ενδοτραχήλου)
- Ενδομητριοειδείς (το επιθήλιο τους προσομοιάζει αυτό του ενδομητρίου)
- Διαυγοκυτταρικοί (είναι οι πιο επιθετικοί επιθηλιακοί όγκοι)
- Όγκοι Brenner
- Αδιαφοροποίητα καρκινώματα
- Καρκινοσαρκώματα και μικτοί μεσοδερματικοί όγκοι (Φωτίου, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

2.1. Μορφές καρκίνου

Ο καρκίνος ξεκινά από ένα κύτταρο το οποίο πολλαπλασιάζεται χωρίς έλεγχο. Ο τράχηλος είναι όργανο που αποτελείται από πολλούς τύπους κυττάρων, τα οποία διαιρούνται για να παράγουν περισσότερα κύτταρα όταν τα χρειάζεται το σώμα, επιτελώντας τη φυσιολογική τους λειτουργία. Στην περίπτωση όπου τα κύτταρα διαιρούνται και όταν αυτό δεν είναι αναγκαίο για τον οργανισμό, σχηματίζεται μια μάζα ιστού. Η εν λόγω μάζα του επί πλέον ιστού, αποκαλείται ανάπτυξη όγκου και μπορεί να είναι καλοήθης η κακοήθης.

Αναλυτικότερα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι καλοήθεις όγκοι, σχηματίζονται από πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα εξαιτίας κάποιου ερεθισμού, ο οποίος εάν πάψει να υφίσταται, η νεοπλασία διακόπτεται και ο όγκος δεν αναπτύσσεται, επομένως δε δημιουργεί προβλήματα σε υγιείς ιστούς, ούτε προκαλεί το σχηματισμό νέων όγκων σε άλλα σημεία του σώματος, δηλαδή δεν παρουσιάζει μεταστάσεις. Έτσι, είναι γεγονός ότι οι καλοήθεις όγκοι δεν προκαλούν σοβαρά προβλήματα στον ασθενή, παρά μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις και είναι δυνατό να αντιμετωπισθούν. Οι καλοήθεις όγκοι είναι εκείνοι οι οποίοι τις περισσότερες φορές, μπορούν να αφαιρεθούν από τον οργανισμό και συνήθως, δεν υποτροπιάζουν, επομένως και δεν αποτελούν καρκίνο. Επιπλέον, οι καλοήθεις όγκοι, δεν επεκτείνονται στον ανθρώπινο οργανισμό και επομένως, δεν είναι σε θέση να απειλήσουν τη ζωή του ατόμου.

Αντίθετα, οι κακοήθεις όγκοι είναι εκείνοι οι οποίοι αποκαλούνται και καρκίνοι. Οι κακοήθεις όγκοι, αν και δημιουργούνται με τρόπο ανάλογο με τους καλοήθεις, λειτουργούν διαφορετικά, καθώς τα πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα φέρουν μια παθολογία που προκαλεί τη συνεχή αύξησή τους. Συχνά χρησιμοποιείται ο όρος νεοπλασία, που σημαίνει ότι ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων που λαμβάνει χώρα, καταλήγει σε σχηματισμό νέων ιστών, ακόμη και στην περίπτωση που ο αρχικός όγκος αφαιρεθεί από το σώμα, σχηματίζοντας κατ' αυτό τον τρόπο, ένα καινούργιο κύτταρο στη θέση του.

Έτσι, συντελείται η μετάσταση, δηλαδή οι εν λόγω όγκοι, επιδρούν καταστροφικά στους γύρω ιστούς, στους οποίους εισβάλλουν και έχουν έτσι τη δυνατότητα να σχηματίσουν νέους όγκους και σε άλλα σημεία του σώματος, όταν τα καρκινικά κύτταρα, αφού αποσπαστούν από τον πρωτογενή όγκο, μετακινούνται μέσω του αίματος ή της λέμφου στο υπόλοιπο σώμα. Οι κακοήθεις όγκοι, οι οποίοι χαρακτηρίζονται, ανάλογα με το είδος τους, ως καρκινώματα ή σαρκώματα, είναι εν δυνάμει θανατηφόροι, ειδικά αν δεν διαγνωστούν έγκαιρα. Τα καρκινικά κύτταρα σε αυτή την περίπτωση, έχουν τη δυνατότητα να διεισδύσουν και να προσβάλουν τους ιστούς ή τα όργανα που βρίσκονται κοντά στον όγκο. Ακόμη, τα κύτταρα αυτά, είναι πιθανό να διαφύγουν από έναν κακοήγη όγκο και να εισέλθουν στο λεμφικό σύστημα. Έτσι, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, είναι πιθανό να επεκταθεί σε άλλα σημεία του σώματος, (π.χ. λεμφαδένες, ορθό, ουροδόχο κύστη, οστά, πνεύμονες) και να πραγματοποιηθεί αυτό που ονομάζουμε «μετάσταση»

Όταν, λοιπόν, παρατηρείται σε έναν οργανισμό η ανάπτυξη παθολογικών κυττάρων που προκαλούν το σχηματισμό κακοήθων όγκων, τότε αναφερόμαστε σε αυτόν ως καρκινοπαθή. Μια επισήμανση, ωστόσο, είναι απαραίτητη: δεν σχηματίζουν όλα τα είδη καρκίνου όγκους. Σημαντικό παράδειγμα η λευχαιμία, ένας τύπος καρκίνου του αίματος κατά τον οποίο τα καρκινικά κύτταρα μετακινούνται διαρκώς στο σώμα μέσω του κυκλοφοριακού συστήματος. Συνεπώς, βασικό κριτήριο για τη διάγνωση καρκίνου δεν είναι η ύπαρξη

κακοήθων όγκων, αλλά το είδος της παθογένειας που προκαλεί τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων.

Ο καρκίνος, μπορεί να προκληθεί από τις μεταλλάξεις των γονιδίων, που φυσιολογικά ελέγχουν τη διαίρεση και τον θάνατο των κυττάρων, αλλά ο τρόπος με τον οποίο το κύτταρο μετασχηματίζεται σε καρκινικό, δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη. Συνήθως, για το μετασχηματισμό του κυττάρου σε καρκινικό, ευθύνεται είτε η έκθεση του ατόμου σε επιβαρυντικούς παράγοντες, είτε η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης, όπου συνήθως οι διαταραχές έχουν κληρονομηθεί από τους γονείς. Ασφαλώς η ύπαρξη προδιάθεσης, δε σημαίνει απαραίτητα και την παρουσίαση της ασθένειας στον απόγονο, αλλά ο κίνδυνος παραμένει πάντοτε υπαρκτός. Μερικοί επιβαρυντικοί παράγοντες, μπορούν να θεωρηθούν το κάπνισμα, η κακή διατροφή και η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία του ηλίου. Επιπλέον, ιογενείς λοιμώξεις όπως ο ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων - HPV, ο ιός ηπατίτιδας Β - HBV, ο ιός ηπατίτιδας C – HCV, ο ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας – HIV κ.α., αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου. Έτσι, όπως διαπιστώνεται οι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση της νόσου ποικίλουν και εξαρτώνται από το ίδιο το άτομο –όπως το κάπνισμα, αλλά και από εξωτερικούς παράγοντες –όπως η υπεριώδης ακτινοβολία. Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου παγκοσμίως, είναι η χρήση καπνού που ευθύνεται για το 20% των θανάτων από καρκίνο, καθώς και η κατανάλωση αλκοόλ και η υποκατανάλωση φρούτων και λαχανικών, που ευθύνεται για το 5% του συνόλου των θανάτων (Φωτεινάς, 2014).

2.2 Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

2.2.1. Γενικά στοιχεία

Ο τράχηλος, αποτελεί το κατώτερο τμήμα της μήτρας, η οποία με τη σειρά της βρίσκεται στο χαμηλότερο σημείο της κοιλιάς, μεταξύ ουροδόχου

κύστης και ορθού. Έτσι, ο τράχηλος σχηματίζει ένα σωλήνα, που εκβάλλει μέσα στον κόλπο, ο οποίος οδηγεί στο εξωτερικό περιβάλλον. Ο τράχηλος ενώνεται με το άνω άκρο του κόλπου και περίπου το μισό του μήκος είναι ορατό με γυμνό μάτι, ενώ το υπόλοιπο βρίσκεται πάνω από τον κόλπο. Ο κόλπος έχει ένα παχύ στρώμα έξω τον τράχηλο, το οποίο είναι το άνοιγμα από όπου αναδύεται το έμβρυο κατά την γέννηση.

Ο καρκίνος του τραχήλου ονομάζεται και τραχηλικός καρκίνος. Το όνομά του οφείλεται στη θέση του σώματος που αρχίζει η εμφάνιση του καρκίνου. Ακόμη, οι καρκίνοι του τραχήλου ονομάζονται και από τον τύπο του κυττάρου από το οποίο ξεκινούν. Έτσι, οι περισσότεροι τραχηλικοί καρκίνοι προέρχονται από πλακώδη κύτταρα, τα οποία είναι λεπτά, επίπεδα και σχηματίζουν την επιφάνεια (επιθήλιο) του τραχήλου. Όταν ο καρκίνος κάνει μετάσταση σε κάποιο άλλο μέρος του σώματος, ο νέος όγκος περιέχει ανώμαλα κύτταρα του ίδιου είδους και έχει το ίδιο όνομα με τον πρωτοπαθή όγκο. Η νόσος αυτή, ονομάζεται μεταστατικός τραχηλικός καρκίνος.

Ο καρκίνος του τραχήλου, αποτελεί μία νόσο, η οποία χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη κακοηθών κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας. Η εν λόγω μορφή καρκίνου, αναπτύσσεται στον οργανισμό, τις περισσότερες φορές, μετά από ένα μακρό χρονικό διάστημα εξέλιξης των ιστολογικών μεταβολών στα κύτταρα του τραχήλου, που είναι γνωστές ως δυσπλασία. Οι μεταβολές αυτές στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας, έχουν συνέπεια την εμφάνιση μη φυσιολογικών κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου. Έτσι, τα καρκινικά κύτταρα αυξάνονται προοδευτικά και εξαπλώνονται στον τράχηλο, διεισδύοντας ολοένα και βαθύτερα, καθώς και στις περιβάλλουσες ανατομικές δομές.

Ο επιθηλιακός καρκίνος αποτελεί την συχνότερη μορφή, καθώς εμφανίζεται στο 90% των περιπτώσεων και αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου. Το αδενοκαρκίνωμα, εμφανίζεται αντίθετα μόνο στο 10% των

περιπτώσεων, όπου παρουσιάζεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού, τον ενδοτράχηλο

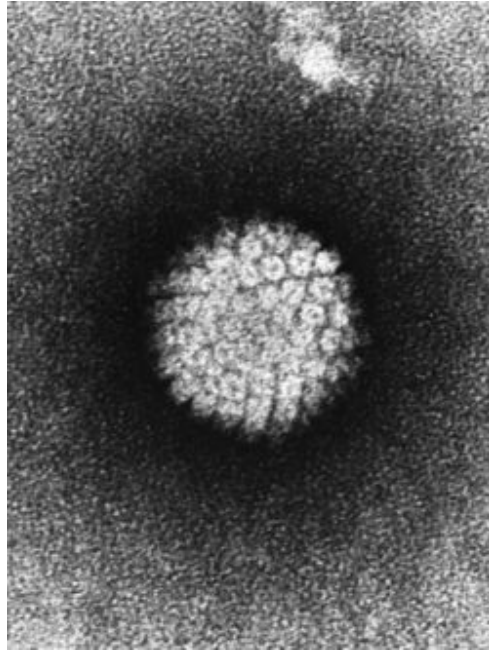
(<http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/typesofcancer/cervicalcancer/> πρόσβαση 22-08-13)

2.2.2. Δομή του ιού HPV

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (human papillomaviruses-HPV) αποτελείται από κυκλικό, δίκλωνο DNA μήκους 8 kb περίπου, το οποίο περιβάλλεται από εικοσαεδρικό πρωτεϊνικό καψίδιο με 72 καψομερίδια. Ακόμη, ο ιός HPV δε διαθέτει περίβλημα, επομένως είναι ανθεκτικός στις υψηλές αλλά και στις χαμηλές θερμοκρασίες (Schlegel & Howley, 1988). Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι μία από τις πιο κοινές αιτίες σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, καθώς οι περισσότεροι τύποι του HPV που έχουν εντοπιστεί έχει διαπιστωθεί ότι μπορεί να μεταδοθούν μέσω της σεξουαλικής επαφής. Ακόμη, διάφοροι τύποι του HPV μπορούν να προκαλέσουν κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων, δηλαδή την πιο αναγνωρίσιμη μόλυνση του HPV (Pitts & Clarke, 2002).

Η τυποποίηση του ιού HPV, στηρίζεται στις διαφορές του γονιδιώματος του, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την αναγνώριση 100 περίπου διαφορετικών τύπων του ιού. Όπως υποστηρίχθηκε από τους Arends et al. (1990): «μέχρι σήμερα εθεωρούντο ως νέοι τύποι HPV εκείνοι που με σταυρωτή υβριδοποίηση σε υγρή φάση παρουσίαζαν μικρότερη από 50% ομολογία του γονιδιώματος με τους υπάρχοντες τύπους». Η θέση αυτή όμως, καταρρίφθηκε σύντομα, καθώς οι επιστήμονες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι: «για να αναγνωρισθεί ένας τύπος ως νέος, θα πρέπει να κλωνοποιηθεί όλο το γονιδίωμα του και η αλληλουχία ορισμένων περιοχών (E6, L1 και URR) του τελευταίου να εμφανίζει μικρότερη του

90% ομολογία με τους γνωστούς τύπους». Έτσι, οι τύποι HPV, είναι εφικτό να διακριθούν σε υπό-τύπους, με βάση αυτές τις διαφορές που παρατηρούνται στην συμπεριφορά των τελευταίων κατά την ηλεκτροφόρηση, μετά από διάσπαση του γονιδιώματος με περιοριστικά ένζυμα.



Εικόνα 3 : Ο ιός HPV

Πηγή : <http://el.wikipedia.org/wiki/HPV>

Ακόμη, τα γονίδια των ιών HPV διακρίνονται σε πρώιμα και όψιμα ανάλογως τη χρονική στιγμή που εμφανίζονται κατά την εισβολή των ιών στα κύτταρα στόχους. Τα πρώιμα γονίδια είναι 6-8 (E1-E8), εκφράζονται αμέσως μετά την είσοδο του HPV στα κύτταρα και κωδικοποιούν πρωτεΐνες απαραίτητες για την αντιγραφή του DNA των ιών και για την εξαλλαγή των κυττάρων.

Τα όψιμα γονίδια από την άλλη, είναι δύο (L1 και L2) και κωδικοποιούν δομικές πρωτεΐνες του καψιδίου, ενώ εκφράζονται στα τελικά στάδια του κύκλου του ιού. Πριν από τα γονίδια E6 και E7, υπάρχει περιοχή με νουκλεοτιδικές αλληλουχίες οι οποίες ρυθμίζουν τη μεταγραφή και την έναρξη αντιγραφής του DNA. Η περιοχή αυτή ονομάζεται ανοδικός ρυθμιστής ανάγνωσης.

Πλέον είναι πολύ καλά εδραιωμένα τα στοιχεία σχετικά με την αιτιώδη σχέση μεταξύ της λοίμωξης με ορισμένους τύπους του HPV και την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Έχουν προσδιοριστεί από μοριακές μελέτες οι μηχανισμοί με τους οποίους οι τύποι υψηλού κινδύνου του ιού HPV συμβάλλουν στην καρκινογένεση. Παράλληλα επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ο HPV μπορεί να ανακτηθεί σε περισσότερο από το 95% όλων των όγκων του τραχήλου της μήτρας. Σύμφωνα με παλαιότερες μελέτες, για υψηλού κινδύνου τύπους του HPV τα ποσοστά επικράτησης είναι περίπου 8-12% σε γυναίκες ηλικίας 18-24 ετών και 2-5% σε γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών. Ωστόσο, η μόλυνση σε νεαρές γυναίκες μπορεί να είναι παροδική, ενώ οι λοιμώξεις παραμένουν σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς είναι πιο σταθερές και συνδέονται στενότερα με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Pitts & Clarke, 2002).

2.2.3. Προ-καρκινικές συνθήκες

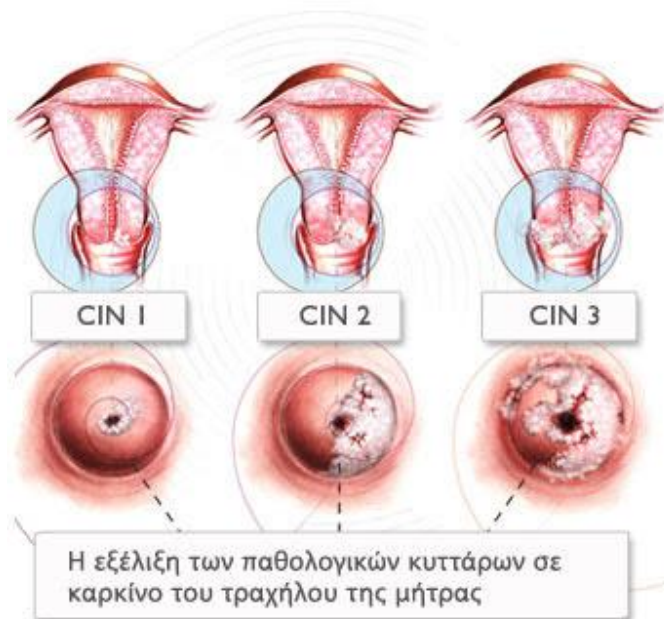
Συχνά οι προκαρκινικές αλλοιώσεις ξεκινούν από το επιθήλιο, δηλαδή την επιφάνεια του τραχήλου από μη φυσιολογικά κύτταρα. Ασφαλώς, αυτό δε σημαίνει ότι τα εν λόγω κύτταρα είναι καρκινικά, όμως οι αλλοιώσεις που παρουσιάζονται στα κύτταρα του τραχήλου, αποτελούν σύμφωνα με τους ειδικούς, το πρώτο βήμα για την έναρξη μιας σειράς αλλοιώσεων βραδείας εξέλιξης, που μπορεί να καταλήξουν σε καρκίνο. Έτσι, το προκαρκινικό στάδιο,

είναι πιθανό μετά από χρόνια να οδηγήσει σε καρκίνο και στην προκειμένη περίπτωση, αυτόν του τραχήλου της μήτρας.

Ένας από τους όρους που χρησιμοποιούνται για την αναφορά στις αλλοιώσεις αυτές των κυττάρων στην επιφάνεια του τραχήλου, είναι η «πλακώδης ενδοεπιθηλιακή βλάβη». Οι αλλοιώσεις σ' αυτά τα κύτταρα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες.

Οι χαμηλού βαθμού αλλοιώσεις, αφορούν τις πρώιμες αλλοιώσεις στο μέγεθος, μορφή και αριθμό κυττάρων, που σχηματίζουν την επιφάνεια του τραχήλου. Μερικές από τις βλάβες χαμηλού βαθμού θεραπεύονται μόνες τους, ενώ άλλες, μπορεί να επεκταθούν και να εξελιχθούν σε μεγαλύτερες αλλοιώσεις, σχηματίζοντας μια βλάβη υψηλού βαθμού. Οι προκαρκινικές αλλοιώσεις χαμηλού βαθμού, χαρακτηρίζονται και ως ελαφρά δυσπλασία η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία 1 (CIN 1), ενώ εμφανίζονται τις περισσότερες φορές σε γυναίκες 25 έως 35 ετών.

Οι υψηλού βαθμού αλλοιώσεις αφορούν την παρουσία μεγάλου αριθμού προκαρκινικών κυττάρων που δεν είναι πλέον φυσιολογικά. Οι προκαρκινικές αυτές αλλοιώσεις, περιλαμβάνουν τα κύτταρα της επιφάνειας του τραχήλου, τα οποία δε θα μετατραπούν σε καρκινικά και έτσι, δε θα διεισδύσουν σε βαθύτερες στιβάδες του τραχήλου για πολύ καιρό. Επιπλέον, οι βλάβες υψηλού βαθμού χαρακτηρίζονται από μέτρια ή σοβαρή δυσπλασία, CIN 2 ή CIN 3. Παρουσιάζονται συχνότερα στις γυναίκες ηλικίας 30 έως 40 ετών, αλλά και σε άλλες ηλικίες. Στην περίπτωση που τα ανώμαλα κύτταρα διεισδύσουν βαθύτερα στον τράχηλο ή σε άλλους ιστούς και όργανα, τότε η ασθένεια ονομάζεται τραχηλικός καρκίνος η διηθητικός τραχηλικός καρκίνος.



Εικόνα 4 : Η εξέλιξη των παθολογικών κυττάρων

Πηγή : <http://www.ypervasinews.gr/news/?p=48348>

2.3. Αιτίες ανάπτυξης

Η μόλυνση στον ανθρώπινο οργανισμό, προέρχεται από τον θηλωματοϊό (HPV), ο οποίος είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου. Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων, ή Human Papilloma Virus ή HPV, όπως είναι ευρύτερα γνωστός, αποτελεί μια πιθανή αιτία για την εμφάνιση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν 100 τύποι του ιού HPV. Η μόλυνση του τραχήλου από τον θηλωματοϊό (HPV) είναι η συχνότερη αιτία για την εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου. Σε κάθε περίπτωση, ασφαλώς, δεν είναι βέβαιο ότι θα αναπτυχθεί καρκίνος του τραχήλου στις γυναίκες οι οποίες έχουν μολυνθεί από τον HPV. Είναι αναγκαίο, οι γυναίκες να παρακολουθούνται τακτικά με Τεστ Παπανικολάου, έτσι ώστε να είναι δυνατή η ανίχνευση κυττάρων που έχουν προσβληθεί από τον ιό HPV ή άλλων παθολογικών κυττάρων στον τράχηλο, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου. Ακόμη, υπάρχουν οι εξής παράγοντες κινδύνου :

- Έναρξη σεξουαλικής επαφής σε νεαρή ηλικία:

Οι γυναίκες οι οποίες ξεκίνησαν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα σε μια νεαρή ηλικία και παράλληλα, είχαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν αυτό το είδος καρκίνου.

- Μεγάλος αριθμός ερωτικών συντρόφων:

Οι πολλοί ερωτικοί σύντροφοι στην σεξουαλική ζωή της γυναίκας, αυξάνουν αισθητά τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου. Ο καρκίνος αυτού του είδους, είναι σπάνιος στις παρθένες και έτσι, υποστηρίζεται ότι ο αυξημένος κίνδυνος στις γυναίκες με πολλούς ερωτικούς συντρόφους και σε εκείνες που ξεκινούν σε νεαρή ηλικία τη σεξουαλική τους δραστηριότητα, σχετίζεται με την μόλυνση από τον ιό HPV.

- Κάπνισμα:

Κατά καιρούς έχει υποστηριχθεί ότι οι καρκινογόνες ουσίες που εμπεριέχονται στον καπνό είναι δυνατό να επιφέρουν μεταβολές στο γενετικό υλικό των κυττάρων, μεταξύ των οποίων και αυτά του τραχήλου της μήτρας, με συνέπεια τα κύτταρα να μη λειτουργούν φυσιολογικά. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κυτταρικές ανωμαλίες που φαίνονται στο τεστ Παπ και οι οποίες μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο. Μάλιστα, πέρα από το ενεργητικό κάπνισμα, πλέον και το παθητικό φαίνεται να αυξάνει την ευαλωτότητα μιας γυναίκας για την εμφάνιση τραχηλικού καρκίνου.

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια που δημοσιεύτηκε από το αμερικανικό περιοδικό γυναικολογίας *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, και στην οποία συμμετείχαν 4.400 γυναίκες, η πιθανότητα ενός μη φυσιολογικού τεστ Παπανικολάου σε γυναίκες που είχαν εκτεθεί σε παθητικό κάπνισμα ήταν σημαντικά μεγαλύτερη (έως και 70%) σε σχέση με γυναίκες που δεν ήταν παθητικές καπνίστριες. Ένα μη φυσιολογικό τεστ Παπανικολάου δε σημαίνει απαραίτητα ότι μια γυναίκα πάσχει από καρκίνο του τραχήλου, ωστόσο η ίδια φαίνεται να έχει ισχυρή προδιάθεση για την ανάπτυξη της νόσου. Συνεπώς η προαναφερθείσα έρευνα αποδεικνύει πως το παθητικό κάπνισμα μπορεί να καταστήσει μια γυναίκα πιο ευάλωτη στην εμφάνιση ανωμαλιών στον τραχηλικό ιστό και τελικά καρκινικών όγκων. Το νέο αυτό εύρημα συμβαδίζει με αυτά προηγούμενων ερευνών που υποστήριξαν πως οι τοξικές ουσίες που μεταφέρει ο καπνός, στον καπνιστή ή τον παθητικό καπνιστή μπορούν να εντοπιστούν στον ιστό του τραχήλου (Ward et al., 2011).

- Χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων:

Κατά καιρούς, πληθώρα μελετών έχει επιχειρήσει να ερευνήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτική αγωγή. Η εξαγωγή συμπερασμάτων είναι δυσχερής λόγω της ύπαρξης μεγάλης ποικιλίας αντισυλληπτικών σκευασμάτων αλλά και λόγω της συχνά διακοπτόμενης χρήσης τους. Ωστόσο, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τη Διεθνή Υπηρεσία Έρευνας Καρκίνου (2002), η παρατεταμένη χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης τραχηλικού καρκίνου σε γυναίκες που έχουν ήδη μολυνθεί από έναν από τους HPV ιούς υψηλού κινδύνου (HPV 16 ή 18). Μάλιστα, σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, γυναίκες που είχαν χρησιμοποιήσει αντισυλληπτικά χάπια για 5-9 χρόνια είχαν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα, από τις γυναίκες που δεν τα χρησιμοποιούσαν, να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι γυναίκες που είχαν χρησιμοποιήσει τα χάπια αυτά περισσότερο από 10 χρόνια είχαν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο. Αυτός ο κίνδυνος φάνηκε να είναι ανεξάρτητος από την ηλικία της πρώτης χρήσης ή το χρονικό διάστημα από την πρώτη /τελευταία χρήση.

Σε μία άλλη μελέτη που περιελάμβανε 889 γυναίκες που απεβίωσαν από την νόσο, Vessey et al (2003), βρέθηκε ότι αν και τα ορμονικά σκευάσματα που λαμβάνονται από το στόμα αυξάνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ελάττωνουν τον κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών. Τα άλλα αντισυλληπτικά μέτρα, όπως το προφυλακτικό και οι ενδομητρικές αντισυλληπτικές συσκευές δε φαίνεται να επηρεάζουν την ανάπτυξη ή την εξέλιξη του καρκίνου.

- Ανοσοποιητικό σύστημα:

Η θεωρία ότι η ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος μπορεί να αποτελέσει έναν από τους πιο σημαντικούς φυσικούς τρόπους ελέγχου της ανάπτυξης καρκίνου βασίζεται στο γεγονός ότι πρώιμες μορφές τραχηλικού καρκίνου, όπως η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN) εμφανίζονται συχνότερα σε δέκτες μοσχευμάτων, σε καρκινοπαθείς και οροθετικές HIV γυναίκες. Αυτό συμβαίνει διότι αυτές οι ομάδες γυναικών έχουν μειωμένη ανοσολογική αντίδραση των Τ - λεμφοκυττάρων η οποία επιδρά στην ικανότητα τους να παρουσιάσουν επαρκή ανοσολογική απάντηση εναντίων των ξένων αντιγόνων των καρκινικών κυττάρων. Έτσι ο οργανισμός των γυναικών αυτών καθίσταται ανίκανος να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα ή να περιορίσει τον αριθμό τους (American Cancer Society (ACS), 2014).

- Μικροβιακοί παράγοντες:

Πέραν από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων, που συνιστά τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, μια ποικιλία από μικροοργανισμούς έχει κατά καιρούς ενοχοποιηθεί ότι εμπλέκεται στην διαδικασία της καρκινογένεσης. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται η τριχομονάδα του κόλπου, ο έρπης των γεννητικών οργάνων και τα χλαμύδια (American Cancer Society (ACS), 2014).

- Τεστ Παπανικολάου:

Εξίσου βαρύνουσας σημασίας, είναι το Τεστ Παπανικολάου, καθώς οι γυναίκες που δεν έκαναν ποτέ τεστ Παπανικολάου ή δεν έκαναν τόσο

συχνά όσο θα έπρεπε, διατρέχουν ψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνου του τραχήλου.

<http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/typesofcancer/cervicalcancer/>

(πρόσβαση 22-08-13)

- Δίαιτα φτωχή σε φρούτα και λαχανικά (American Cancer Society (ACS), 2014).
- Παχυσαρκία (American Cancer Society (ACS), 2014).
- Πολυτοκία:

Έχει υποστηριχθεί ότι γυναίκες που είχαν τρεις ή περισσότερους τοκετούς τελειόμηνων νεογνών έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η αιτία σύνδεσης του τραχηλικού καρκίνου με την πολυτοκία, ωστόσο, δεν είναι γνωστή. Κανείς δεν ξέρει πραγματικά γιατί αυτό είναι αλήθεια. Οι ορμονικές αλλαγές που επέρχονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν θεωρηθεί από κάποιους ύποπτες για την αύξηση της ευαλωτότητας των πολύτοκων στην μόλυνση από τον ιό HPV και την ανάπτυξη τραχηλικού καρκίνου (American Cancer Society (ACS), 2014).

- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του τραχήλου:

Σύμφωνα με έρευνες, οι γυναίκες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή έχει προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχουν 2 έως 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν τη νόσο σε σχέση με γυναίκες χωρίς οικογενειακό ιστορικό της νόσου (Frumovitz, 2013).

- Διαιθυλοστιλβεστρόλη:

Πρόκειται για ένα φάρμακο ορμονικής προέλευσης που συνήθιζε να χορηγείται στο παρελθόν σε εγκύους για την πρόληψη των αποβολών. Παρατηρήθηκε ότι γυναίκες των οποίων οι μητέρες έλαβαν το φάρμακο ούσες έγκυες σε αυτές είχαν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν συγκεκριμένους σπάνιους τύπους αδενοκαρκινωμάτων του κόλπου αλλά και του τραχήλου της μήτρας. Αυτός ο τύπος καρκίνου, μάλιστα, είναι εξαιρετικά σπάνιος σε γυναίκες που δεν έχουν εκτεθεί στο φάρμακο. Μια στις 1.000 γυναίκες των οποίων οι μητέρες έλαβαν το φάρμακο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους σε αυτές θα αναπτύξει καρκίνο, δηλαδή το 99,9% των γυναικών αυτών δε θα εμφανίσει τη νόσο. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του κόλπου είναι μεγαλύτερος από αυτόν του τραχήλου, ενώ ο κίνδυνος πολλαπλασιάζεται στην περίπτωση που οι μητέρες έλαβαν το φάρμακο κατά τη διάρκεια των 16 πρώτων εβδομάδων της εγκυμοσύνης τους. Η μέση ηλικία των γυναικών που διαγιγνώσκονται με καρκίνο που σχετίζεται με τη λήψη διαιθυλοστιλβεστρόλης είναι τα 19 χρόνια (American Cancer Society (ACS), 2014).

2.4 Συμπτωματολογία

Η συμπτωματολογία στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σχετίζεται άμεσα με το στάδιο της νόσου. Στα αρχικά στάδια η νόσος ενδέχεται να μη δώσει συμπτώματα, γεγονός που ευνοεί την εξάπλωσή της, χωρίς να γίνεται αντιληπτή από την ασθενή μέχρι να φτάσει σε προχωρημένα στάδια. Με τη εξέλιξη της νόσου μπορεί να παρατηρηθεί ανεξήγητη κολπική αιμόρροια, παρουσία αυξημένης ποσότητας κολπικών υγρών, υπερηβικό άλγος, δυσχέρεια στην

ούρηση, συχνουρία, οίδημα κάτω άκρων και πόνος στην οσφύ. Σε περίπτωση δε, που η νόσος γίνει μεταστατική μπορεί να προκαλέσει συστηματικά συμπτώματα όπως ανορεξία, απώλεια βάρους, ανεξήγητη κόπωση, οσφυαλγία, άλγος και οίδημα στα κάτω άκρα, βαριά κολπική αιμορραγία ή ακράτεια ούρων (Αντσακλής, 2008).

2.5. Σταδιοποίηση

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία Μαιευτικής και Γυναικολογίας (FIGO) έχει προχωρήσει στη αναλυτική σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, στην οποία βασίζεται η κλινική διάγνωση του ασθενούς καθώς και καθορίζεται ο αποτελεσματικότερος τρόπος θεραπείας του. Το 1994, σε συνέδριο της FIGO, πραγματοποιήθηκαν μερικές μεταβολές στη σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, οι οποίες αφορούν μόνο τα πρώιμα στάδια της νόσου.

Αναλυτικότερα, τα στάδια 0 και I, αποτελούν τα προκλινικά στάδια, στα οποία ο προληπτικός έλεγχος και η κολποσκόπηση επαρκούν για τη διάγνωση. Τα εν λόγω στάδια δεν παρουσιάζουν συμπτώματα και επιπλέον ο καρκίνος δεν εντοπίζεται με γυμνό μάτι. Αντιθέτως, τα στάδια II, III, IV, παρουσιάζουν τις περισσότερες φορές συμπτώματα, και αποτελούν τη διηθητική φάση της νόσου.

Κατά το στάδιο 0, ο καρκίνος ονομάζεται και *in situ* ή ενδοεπιθηλιακός ή μη διηθητικός, καθώς βρίσκεται μόνο στο επιφανειακό στρώμα των κυττάρων γύρω από τον τράχηλο και δεν εισβάλλει στους ιστούς του τραχήλου. Στο στάδιο I, ο καρκίνος εντοπίζεται μόνο στον τράχηλο. Όπως βλέπουμε στον παρακάτω πίνακα, το στάδιο I αποτελείται από τα στάδια IA και IB, τα οποία αφορούν την έκταση του καρκίνου. Έτσι, το στάδιο IA αφορά καρκίνο μικρής έκτασης στον τράχηλο και το βάθος διήθησης δεν ξεπερνά τα 5 χιλιοστά, ενώ η έκταση σε

πλάτος τα 7 χιλιοστά. Στη φάση αυτή είναι ορατός μόνο με μικροσκόπιο. Στο στάδιο IB, ο καρκίνος βρίσκεται μέσα στον τράχηλο και είναι ορατός ή με μικροσκόπιο (με διείσδυση σε βάθος μεγαλύτερο από 5 χιλιοστά ή σε πλάτος μεγαλύτερο από 7 χιλιοστά), ή χωρίς μικροσκόπιο με μέγεθος κλινικής βλάβης πάνω από 4 εκατοστά. Στο στάδιο II, ο καρκίνος πλέον έχει εξαπλωθεί και έξω από τον τράχηλο, αλλά δεν έχει οδηγηθεί στο τοίχωμα της πυέλου. Στα υποστάδια IIA και IIB, μελετάται η επέκταση του καρκίνου στους γύρω ιστούς. Έτσι, στο στάδιο IIA ο καρκίνος έχει προχωρήσει στα ανώτερα 2/3 του κόλπου, αλλά όχι στους ιστούς γύρω από την μήτρα, ενώ στο στάδιο IIB, ο καρκίνος έχει προχωρήσει στα ανώτερα 2/3 του κόλπου με διήθηση και των παραμητρίων. Στη συνέχεια, προχωρώντας στο στάδιο III ο καρκίνος έχει διηθήσει το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου και είναι πολύ πιθανό να επεκταθεί στην πύελο και στους γειτονικούς λεμφαδένες. Η διαίρεση του σταδίου αυτού γίνεται στο στάδιο IIIA κατά το οποίο τα καρκινικά κύτταρα έχουν εξαπλωθεί στο κατώτερο τριτημόριο του κόλπου, αλλά όχι στο πυελικό τοίχωμα και στο στάδιο IIIB στο οποίο το πυελικό τοίχωμα διηθείται και το μέγεθος του όγκου έχει αυξηθεί αρκετά, ώστε να πιέζει τους ουρητήρες ή να τους καθιστά μη λειτουργικούς. Τέλος, στο στάδιο IV ο καρκίνος πλέον έχει επεκταθεί και σε άλλα μέρη του σώματος, όπως στην ουροδόχο κύστη, δημιουργώντας μετάσταση. Η διαίρεση του σταδίου γίνεται στα στάδια IVA και IVB, όπου αφορούν τις εν λόγω διηθήσεις του καρκίνου. Στο στάδιο IVA, το άτομο έχει προσβληθεί στην κύστη ή/και στο τοίχωμα του ορθού, με θετικούς λεμφαδένες της πυέλου. Στο στάδιο IVB, ο καρκίνος βρίσκεται και πέραν της πυέλου και των πυελικών λεμφαδένων σε πιο απομακρυσμένα μέρη του σώματος, όπως κοιλία, ήπαρ, πνεύμονες κ.α. <http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/typesofcancer/cervicalcancer/> (πρόσβαση 22-08-13)

Stage	FIGO: Description
0	Preinvasive carcinoma (CIN3 or carcinoma <i>in situ</i>)
I	Cervical carcinoma confined to uterus (extension to corpus disregarded)
Ia	Invasive carcinoma diagnosed only by microscopy
Ia1	Stromal invasion <3mm depth and <7mm horizontal spread
Ia2	Stromal invasion >3mm but >5mm and <7mm horizontal spread
IB	Clinically visible lesion confined to cervix or microscopic lesion >1A2
IB1	Clinically visible lesion <4cm in greatest dimension
IB2	Clinically visible lesion >4cm in greatest dimension
II	Tumour invades beyond uterus but not to pelvic wall or lower third of vagina
IIA	Without parametrial invasion
IIB	With parametrial invasion

III	Tumour extends to pelvic wall and/or involves lower third of vagina and /or causes hydronephrosis or non functioning kidney
IIIA	Tumour involves lower third of vagina but no extension to pelvic wall
IIIB	Tumour extends to pelvic wall and /or causes hydronephrosis or non functioning kidney
IVA	Tumour invades mucosa of bladder or rectum and / or extends beyond true pelvis
IVB	Distant metastasis

Εικόνα 8 : Σταδιοποίηση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Πηγή: <http://www.news-medical.net/health/Cervical-Cancer-Diagnosis.aspx>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, αποτελεί τον δεύτερο σε συχνότητα καρκίνο που εμφανίζεται στις γυναίκες, ηλικίας 33 - 45 ετών, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα (International Agency for Research on Cancer (IARC), 2008). Αποτελεί τον τρίτο σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνο στις γυναίκες αλλά και την τέταρτη αιτία θανάτου γυναικολογικού καρκίνου παγκοσμίως <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=1265> (πρόσβαση 22-11-13).

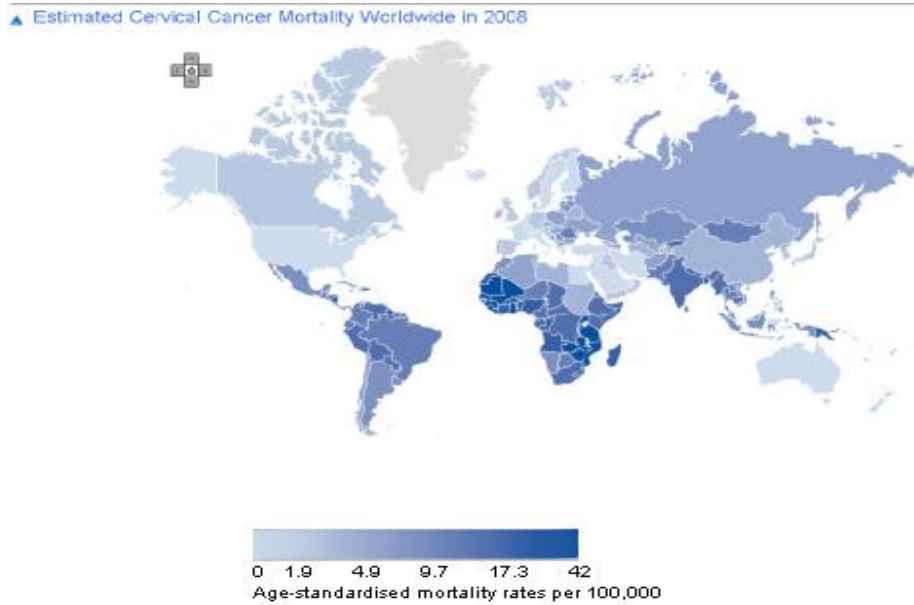


Εικόνα 9 : Καρκίνοι από HPV

Πηγή : <http://el.wikipedia.org/wiki/HPV>

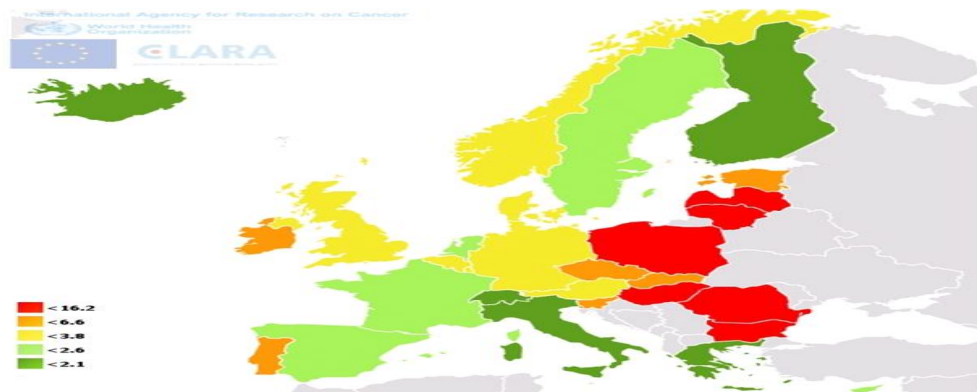
Ο καρκίνος του τραχήλου είναι ένας από τους πιο κοινούς καρκίνους των γυναικών σε πολλές χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου. Στο Ηνωμένο Βασίλειο ειδικότερα, κατετάγη ενδέκατος για τις γυναίκες. Επίσημα στοιχεία που εξέτασαν προ δεκαετίας τη διάδοση της ασθένειας στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν ότι περίπου 3000 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο (CancerStats, 2005). Έτσι, παρά το γεγονός ότι επιπτώσεις και θνησιμότητα έχουν μειωθεί από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, η νόσος εξακολουθεί να προκαλεί μέχρι και πριν πάνω από μία δεκαετία 1123 θανάτους (CancerStats, 2004) .

Επιπλέον, αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου παγκοσμίως, μετά τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του πνεύμονα. Σήμερα, υπολογίζεται στην Ευρώπη ότι καθημερινά περίπου 40 γυναίκες πεθαίνουν από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ παγκοσμίως τα ποσοστά είναι ακόμη υψηλότερα, καθώς σύμφωνα με έρευνες μία γυναίκα κάθε δύο λεπτά οδηγείται στο θάνατο, παρά την εντατική ενημέρωση και τη σύσταση για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο που υφίσταται (Pisani et al., 2005). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με μελέτες, έχει υπολογισθεί ότι κάθε χρόνο πεθαίνουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας περίπου 270.000 γυναίκες παγκοσμίως. Στην Ευρώπη, κάθε χρόνο εμφανίζονται 60.000 νέα περιστατικά γυναικών που πάσχουν από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στην Ευρώπη, από τα οποία έχει υπολογισθεί 30.000 οδηγούνται στο θάνατο (Munoz και συν., 2004). Επιπλέον, όσον αφορά το στάδιο της διάγνωσης της νόσου, στην Ευρώπη, έχει υπολογισθεί ότι περίπου 550.000 γυναίκες ετησίως, εμφανίζουν χαμηλού βαθμού προκαρκινικές τραχηλικές αλλοιώσεις (CIN1), ενώ περίπου 160.000 γυναίκες, υψηλού βαθμού προκαρκινικές αλλοιώσεις (CIN 2/3) (Castellsague, 2007).



Εικόνα 10: Θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως

Πηγή: (International Agency for Research on Cancer (IARC), 2008)



Εικόνα 11: Θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στην Ευρώπη

Πηγή: (International Agency for Research on Cancer (IARC), 2008)

Ακόμη, στην Ελλάδα, υπολογίζονται περίπου 600 περιστατικά ετησίως, από τα οποία τα 250 οδηγούνται στο θάνατο (Munoz, et al., 2004). Στη χώρα μας παρά το γεγονός ότι μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει ένα οργανωμένο δίκτυο καταγραφής των επιδημιολογικών δεδομένων του καρκίνου, τα δεδομένα της Βάσης Δεδομένων Υγείας του ΟΟΣΑ (OECD Health Data), μας υποδεικνύουν ότι για την πενταετία 2000-2005, 9,3/100.000 γυναίκες νόσησαν και 1,8/100.000 γυναίκες, οδηγήθηκαν στο θάνατο (International Agency for Research on Cancer (IARC), 2008).

Αναλυτικά, ο ΟΟΣΑ επισημαίνει, ότι η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ό,τι στις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2007). Επιπλέον, κατατάσσει την Ελλάδα, στη 19^η θέση το έτος 2004, σχετικά με τη θνησιμότητα στους άνδρες και στην 23^η για τη θνησιμότητα στις γυναίκες. Θα πρέπει όμως να επισημανθεί, ότι η ευνοϊκή θέση που λαμβάνει η χώρα μας ανάμεσα στις 34 χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ, οφείλεται στην έλλειψη διαγνώσεων, και εθνικού αρχείου νεοπλασιών, αλλά και σε σφάλματα κατά την ταξινόμηση.

Κατά τη διάρκεια των ετών 1980 – 2004 παρατηρήθηκε παρά ταύτα, σταθερή αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, ενώ για την επταετία 2000-2007, έρευνες έδειξαν ότι η θνησιμότητα μειώθηκε συγκριτικά με την τετραετία 1980 – 1984 κατά 30,5%, γεγονός που οφείλεται και στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας με την πάροδο του χρόνου (Εθνικό Σχέδιο Δράσης (ΕΣΔ), 2011).

Σύμφωνα με την International Federation of Gynecologists – Obstetricians (FIGO), η πενταετής επιβίωση της γυναίκας που βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι χαμηλή. Συγκεκριμένα τα ποσοστά που δίδονται είναι 33,3% - 38,7% στο 3^ο στάδιο και 9,4% - 17,1% στο 4^ο στάδιο (International Agency for Research on Cancer (IARC), 2008).

Ως συχνότερη μορφή διηθητικού τραχηλικού καρκινώματος, θεωρείται ότι είναι τα πλακώδη καρκινώματα, που εμφανίζονται στο 75 - 90% των περιπτώσεων, σε αντίθεση με τα αδenoκαρκινώματα που εμφανίζονται στο 15 - 20% και στα οποία τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση. Λιγότερο συχνοί τύποι, θεωρούνται τα αδenoπλακώδη καρκινώματα, τα νευροενδοκρινικά, το ελαχίστης αποκλίσεως αδenoκαρκίνωμα και το καρκίνωμα των μεσονεφρικών πόρων (<http://www2.keelpno.gr/blog/?p=1265> (πρόσβαση 22-11-13)).

Όσον αφορά τον κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκινώματος, έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες που στηρίζονται στην ταξινόμηση των HPV ιών σε υψηλής, μέτριας και χαμηλής επικινδυνότητας. Οι υψηλής επικινδυνότητας ιοί, οι οποίοι είναι καρκινογόνοι αφορούν στους τύπους 16, 18, 31, 45, 33, 52, 58 και 35 και προκαλούν με την ενσωμάτωση τους στο DNA του ξενιστή, πληθώρα μοριακών διαταραχών οι οποίες οδηγούν σε νεοπλασματική εκτροπή του κυττάρου. Συγκεκριμένα, πρόκειται για μία αναχαίτιση της δράσης των ογκοκατασταλτικών γονιδίων p53 και Rb, που οδηγεί στη μείωση του φυσιολογικού κυτταρικού θανάτου, σε ακύρωση της διακοπής του κυτταρικού κύκλου και τέλος σε μη ελεγχόμενο κυτταρικό πολλαπλασιασμό (Kawana et al., 2012).

Ακόμη, οι Munoz et. al υποστήριξαν σε επιδημιολογική τους μελέτη, ότι υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση της νόσου με ορισμένους τύπους του ιού HPV (16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) (Muñoz et al., 2003). Η μελέτη αυτή, ήταν η αιτία για την έναρξη παρασκευής εμβολίων με σκοπό την καταπολέμηση των ογκογόνων HPV υποτύπων 16 και 18, αλλά και την προφύλαξη από την μόλυνση του ιού. Έτσι, η καθοριστικής σημασίας αυτή μελέτη, οδήγησε στη δημιουργία εμβολίου, με κύριο στόχο, τη μείωση περιστατικών με υψηλόβαθμη προκαρκινική αλλοίωση (δυσπλασία), παρά το γεγονός σε αυτό στάδιο, η δυνατότητα ίασης φτάνει το 100%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι εξαιρετικά σημαντική η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση του. Έτσι, όσο νωρίτερα κατορθώσουν να εντοπιστούν οι τραχηλικές αλλοιώσεις, τόσο ευκολότερη καθίσταται η αντιμετώπιση της νόσου, προτού αναπτυχθεί σε περαιτέρω στάδιο.

4.1. Προληπτικός πληθυσμιακός έλεγχος (τεστ Παπανικολάου)

Ο προληπτικός πληθυσμιακός έλεγχος, αφορά την εξέταση με τεστ Παπανικολάου και χαρακτηρίζεται κατά κύριο λόγο ως προληπτικός, γι' αυτό το λόγο και η σημαντικότητα του θα αναλυθεί και στο κεφάλαιο 6.

Το τεστ Παπανικολάου εφαρμόστηκε από τον ιατρό Γεώργιο Παπανικολάου, έναν Αμερικανό ανατόμο Ελληνικής καταγωγής, ο οποίος ερευνούσε την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών στο επιθήλιο του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Το 1926 ανέφερε ότι καρκινικά κύτταρα μπορούσαν να παρατηρηθούν μέσα στις κολπικές εκκρίσεις από γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Παπανικολάου 1928). Το 1944 δημοσίευσε το άρθρο << Διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από το κολπικό επίχρισμα>> (Παπανικολάου & Traut 1943). 30 Οι παρατηρήσεις του σύντομα επιβεβαιώθηκαν και από άλλους (Ayre, 1944, Meigetal 1945). (Phillip J. Diasaia, William T. Creasman, 2002).

Πρόκειται για μία απλή και εύκολη εξέταση που πραγματοποιείται από το γυναικολόγο και την οποία η γυναίκα θα πρέπει να πραγματοποιεί ετησίως, μετά το 20ο έτος της ηλικίας της, ειδικότερα εφόσον η σεξουαλική ζωή της είναι ενεργή. Η γυναικολογική εξέταση, αποκαλείται και ως μέθοδος «μικροσκοπικής εξέτασης» και τα τελευταία χρόνια, χρησιμοποιεί τη μέθοδο screening, μία μέθοδο γενικού ελέγχου, η οποία αποσκοπεί στον έγκαιρο εντοπισμό του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, έτσι ώστε να ανιχνευθεί σε στάδια θεραπεύσιμα (Crum, Abbott, & Quade, 2003).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο εν λόγω γυναικολογικός έλεγχος, είναι σε θέση να προλαμβάνει σημαντικά την εξέλιξη της νόσου σε καρκίνο, ενώ σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, έχει οδηγήσει σε σημαντική μείωση της θνησιμότητας παγκοσμίως (International Agency for Research on Cancer (IARC), 2008).

Κατά τη διεξαγωγή ενός τεστ Παπανικολάου, ο γιατρός λαμβάνει κύτταρα από την επιφάνεια του τραχήλου και από το τμήμα που συνδέει τον τράχηλο με το σώμα της μήτρας μέσω μιας μικρής σπάτουλας και με ένα μαλακό βουρτσάκι. Το κολπικό επίχρισμα που λαμβάνεται διατηρείται, στη συνέχεια, σε ένα πλακάκι προκειμένου να πραγματοποιηθεί εξέταση από κυτταρολόγο. Η γυναίκα θα πρέπει να αποφύγει τις κολπικές πλύσεις και τη σεξουαλική επαφή για διάστημα τουλάχιστον 24 ως 48 ωρών πριν την εξέταση και δεν θα πρέπει να έχει εμμηνορροσία, καθώς η παρουσία αίματος στο τεστ Παπανικολάου καθιστά αδύνατη την εξέταση των κυττάρων. Με το τεστ Παπαπανικολάου πραγματοποιείται λήψη κυττάρων από τον κόλπο, τον τράχηλο και τον ενδοτράχηλο. Τα κύτταρα αυτά επιστρώνονται σε πλάκες και, αφού το παρασκεύασμα μονιμοποιηθεί, αποστέλεται στον κυτταρολόγο.

Ο κυτταρολόγος αφού πραγματοποιήσει ειδική χρώση των κυττάρων τα παρατηρεί στο μικροσκόπιο και περιγράφει τα χαρακτηριστικά τους επισημαίνοντας αν είναι φυσιολογικά ή εμφανίζουν αλλοιώσεις όπως οι προκαρκινικές αλλοιώσεις. Η διαδικασία αυτή στοχεύει στον εντοπισμό πιθανών μεταβολών στα κύτταρα που δεν αποδίδονται σε ορμονικές αλλαγές ή στην

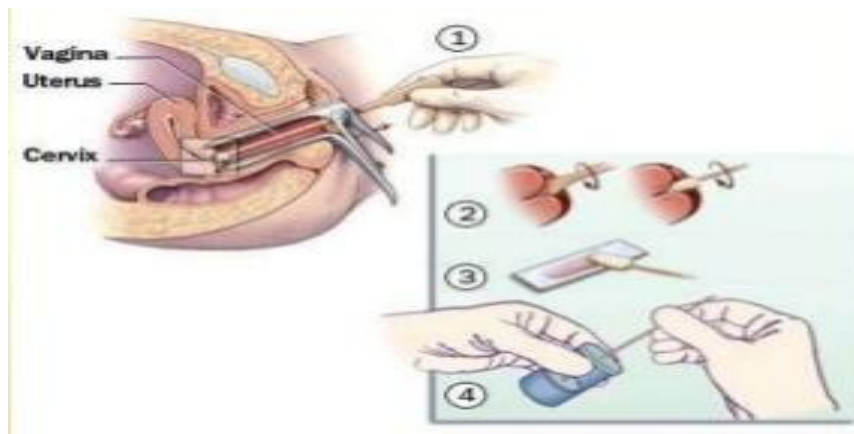
ηλικία, αλλά σε πιθανά παθολογικά αίτια. Η εξέταση αποκαλύπτει κακοήθειες ή προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας. Ένα θετικό αποτέλεσμα στο τεστ Παπανικολάου υποδηλώνει την ύπαρξη κάποιου προβλήματος που απαιτεί περαιτέρω έλεγχο ώστε να τεθεί η τελική διάγνωση (Μιχαλάς 2008).

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί πως το τεστ Παπανικολάου δεν είναι διαγνωστικό και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για να αποκλείσει ενδεχόμενο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Στην περίπτωση παρουσίας ύποπτης συμπτωματολογίας, που πιθανώς υποκρύπτει την ανάπτυξη καρκίνου, απαραίτητη είναι η βιοψία.

Εκτός από τις προκακοήθειες και κακοήθειες αλλαγές, ο κυτταρολόγος μπορεί να βρει και άλλες, τοπικές καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα όπως οι ιογενείς λοιμώξεις, ο απλός έρπης και τα κονδυλώματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατό να ανευρεθεί παρουσία μυκήτων ή άλλων κολπικών μικροβίων. Ο γιατρός θα συστήσει, τότε, καλλιέργεια κολπικού υγρού που θα αποκαλύψει το μικρόβιο εκείνο το οποίο μολύνει τον κόλπο, η και την ενδεδειγμένηθεραπεία.

Συγχρόνως με τη λήψη κολποτραχηλικού επιχρίσματος, ο γυναικολόγος πραγματοποιεί μια επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου. Με την επισκόπηση ελέγχει την εικόνα του εξωτραχήλου, τη μορφή του έξω τραχηλικού στομίου, την ύπαρξη έκκρισης βλέννης ή άλλου υγρού από τον ενδοτράχηλο, καθώς και την ύπαρξη όγκων, πολυπόδων, θηλωμάτων, τραυμάτων, συμφύσεων. Το επιθήλιο του ενδοτραχήλου είναι μονόστοιβο κυλινδρικό, ενώ του εξωτραχήλου πολύστοιβο πλακώδες. Η μετάπτωση του ενός επιθηλίου στο άλλο παρατηρείται συνήθως στην περιοχή του έξω τραχηλικού στομίου, συχνά όμως το κυλινδρικό επιθήλιο επεκτείνεται στον εξωτράχηλο, παρουσιαζόμενο ως ερυθρά μικροθηλωματώδης ευαίσθητη περιοχή. Η περιοχή αυτή αναφέρεται ως εκτοπία (παλαιότερα εκτρόπιο) και η παρουσία της αποτελεί φυσιολογικό φαινόμενο. Ο λόγος για τον οποίο παρατηρείται εκτοπία σε ορισμένες γυναίκες, και μάλιστα σε έκταση η οποία μερικές φορές καταλαμβάνει σχεδόν ολόκληρη

την επιφάνεια του εξωτραχήλου, ενώ σε άλλες της ίδιας ηλικίας δεν παρατηρείται, δεν είναι γνωστός. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων το κυλινδρικό επιθήλιο της εκτοπίας υφίσταται με την πάροδο του χρόνου την λεγόμενη πλακώδη μεταπλασία, δηλαδή η στοιβάδα των κυλινδρικών κυττάρων αντικαθίσταται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο, αρχικά "άωρο", αργότερα δε "ώριμο". Η περιοχή η οποία περιλαμβάνει το επιθήλιο που υφίσταται την διαδικασία της μετάπλασης αναφέρεται ως ζώνη μετασχηματισμού ή ζώνη μετάπτωσης ή ζώνη μετάπλασης. Η περιοχή αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία διότι από αυτήν κατά κανόνα εξορμώντας οι αλλοιώσεις της κακοήθους εξαλλαγής του τραχηλικού επιθηλίου. Κατά την κύηση ή κατά την λήψη αντισυλληπτικών δισκίων το κυλινδρικό επιθήλιο επεκτείνεται περισσότερο προς την περιφέρεια του τραχήλου, ενώ κατά την διάρκεια του κλιμακτηρίου και της μετεμμηνοπαυσιακής ζωής ή ζώνη μετάπτωσης μετακινείται βαθμιαίως προς τον ενδοτραχηλικό αυλό. Οι περιγραφείσες καταστάσεις (εκτοπία, πλακώδης μεταπλασία) πρέπει να θεωρούνται ως φυσιολογικά φαινόμενα και ως εκ τούτου δεν απαιτείται θεραπεία (Μιχαλάς 2008)



Εικόνα 12 : Λήψη κολποτραχηλικού επιχρίσματος - Τεστ Παπανικολάου

4.1.1 Αξιολόγηση τεστ Παπανικολάου

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εξέτασης κατά Παπανικολάου πραγματοποιείται συνήθως με την κατηγοριοποίηση κατά Bethesda. Το σύστημα αυτό δημιουργήθηκε το 1988 και από τότε έχει αναπροσαρμοστεί 2 φορές, το 1991 και το 2001.

Με βάση την κατηγοριοποίηση κατά Bethesda, το αποτέλεσμα του τεστ Παπανικολάου θα ανήκει σε μια από τις ακόλουθες κατηγορίες:

- Αρνητικό για ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση ή κακοήθεια
- Επιθηλιακές ανωμαλίες κυττάρων
- Άλλα κακοήθη νεοπλασμάτα

1. Αρνητικό:

Αυτό σημαίνει ότι ο τράχηλος είναι υγιής. Σύσταση για επανάληψη της εξέτασης στα πλαίσια του προληπτικού ελέγχου σε ένα έτος.

2. Τραχηλίτιδα (κολπίτιδα):

Το τεστ είναι αρνητικό για κακοήθεια. Ωστόσο υπάρχει μόλυνση που προκαλεί μια διαφοροποίηση στα κύτταρα. Πρέπει να γίνει μια καλλιέργεια για να ανευρεθεί η αιτία της μόλυνσης και να δοθεί η ανάλογη θεραπεία. Ο γιατρός θα καθορίσει τότε πρέπει να γίνει το επόμενο τεστ.

3. ASCUS («άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιόριστου σημασίας»):

Πρόκειται για απροσδιόριστα κύτταρα, που δεν είναι δυσπλαστικά ή φυσιολογικά. Σε αυτή την περίπτωση τίθεται υποψία για μόλυνση από τον ιό των ανθρωπίνων

θηλωμάτων (HPV- Human Papilloma Virus). Πραγματοποιείται, ακολούθως κολποσκόπηση, που θα αναδείξει το σημείο από το οποίο προέρχονται τα άτυπα κύτταρα, καθώς και ταυτοποίηση του ιού (DNA-HPV), για να ανιχνευτεί η ύπαρξη και ο τύπος του.

4. LG-SIL (χαμηλού βαθμού δυσπλασία):

Ελαφρά δυσπλασία, σημαίνει ότι υπάρχει μόλυνση από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Σε αυτή την περίπτωση πρέπει να ακολουθήσει κολποσκόπηση και ταυτοποίηση του ιού (DNA-HPV). Το αποτέλεσμα θα καθορίσει το επόμενο τεστ.

5. HG-SIL (υψηλού βαθμού δυσπλασία):

Μεγάλου βαθμού κυτταρική δυσπλασία. Χρειάζεται σίγουρα περαιτέρω έλεγχος με κολποσκόπηση και θεραπεία. Δεν έχει αναπτυχθεί ακόμα καρκίνος αλλά αν η γυναίκα αφεθεί χωρίς θεραπεία, ο κίνδυνος εμφάνισης τραχηλικού καρκίνου είναι αυξημένος.

6. Καρκίνος

Εάν το Test Pap ανιχνεύσει καρκινικά κύτταρα, η θεραπεία πρέπει να είναι άμεση και αποτελεσματική. Όσο πιο έγκαιρα ξεκινήσει η θεραπεία, τόσο καλύτερα αναμένεται να είναι τα αποτελέσματα. Σε κάθε περίπτωση απαιτείται επανάληψη της εξέτασης προκειμένου να επιβεβαιωθεί το αποτέλεσμα (Nies & McEwen 2001).

4.2. Μέθοδος κολποσκόπησης

Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, περιλαμβάνει τη μέθοδο της βιοψίας που πραγματοποιείται μέσω της κολποσκόπησης (Denny & Wright, 2005). Η κολποσκόπηση αποτελεί μια πιο αναλυτική μέθοδο, που διαρκεί λίγο περισσότερο από το τεστ Παπανικολάου. Χρησιμοποιείται για τον έλεγχο ανωμάτων περιοχών του τραχήλου. Αναλυτικότερα, ο γυναικολόγος, εμποτίζει με ένα όξινο διάλυμα τον τράχηλο και στη συνέχεια, χρησιμοποιεί ένα όργανο όμοιο με μικροσκόπιο, το κολποσκόπιο, ώστε να μπορέσει να παρατηρήσει αποκλειστικά τον τράχηλο. Στη συνέχεια, καλύπτει τον τράχηλο με ένα ιωδιούχο διάλυμα (μέθοδος Schiller Test). Τα κύτταρα που είναι υγιή, χρωματίζονται με καφέ χρώμα, ενώ τα ανώμαλα κύτταρα λαμβάνουν άσπρο ή κίτρινο χρώμα. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι στην περίπτωση που δεν υπάρχουν κονδυλωματώδεις αλλοιώσεις, η εμφάνιση του προβληματικού επιθηλίου, είναι δύσκολο να διαγνωστεί (Denny & Wright, 2005).

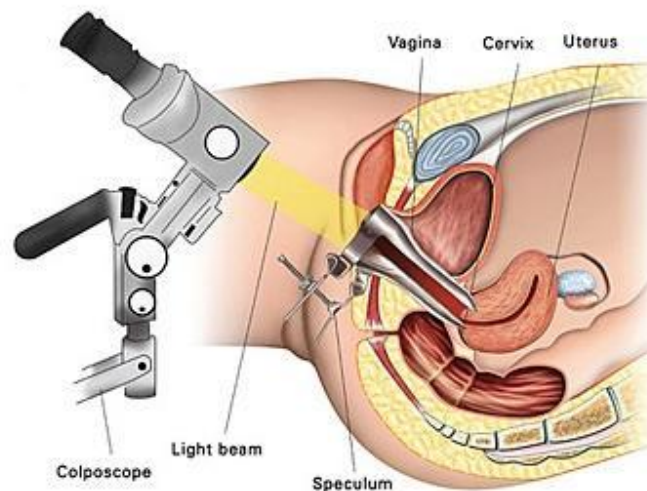


Εικόνα 5 : Απεικόνιση κολποσκόπησης και αποτελεσμάτων

Πηγή : <http://www.drkondilis.gr/el/content/27-kolposkopese>

Ο ιατρός που πραγματοποιεί την εξέταση, μπορεί να διακρίνει με βάση το μέγεθος, τον τύπο και το βαθμό των αλλοιώσεων που εντοπίζονται, αν απαιτείται να ακολουθήσει θεραπεία ο ασθενής, σε περίπτωση που οι αλλοιώσεις αφορούν πιθανή δυσπλασία. Ασφαλώς, οι πιθανές αλλοιώσεις που θα εμφανιστούν δεν συνεπάγονται και την αναγκαιότητα χειρουργικής επέμβασης και είναι πολύ πιθανό να μπορούν να αντιμετωπισθούν με κρυοπηξία ή θεραπεία με λέιζερ, ώστε να ανασταλεί η εξέλιξη της νόσου (Denny & Wright, 2005).

Όσον αφορά τη βιοψία που ενδεχομένως απαιτείται να πραγματοποιηθεί, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι πραγματοποιείται μέσω της κολποσκόπησης και αφορά τη λήψη μικροσκοπικού δείγματος του ιστού, από τις ύποπτες περιοχές. Η βιοψία τελείται με τη χρήση τοπικού αναισθητικού και το υλικό που λαμβάνεται, αποστέλλεται στο ειδικό ιστολογικό εργαστήριο, ώστε να εξετασθεί. Μετά τη βιοψία, είναι πιθανό ο ασθενής να παρουσιάσει μικρή κολπική αιμορραγία, για 2 - 3 μέρες, ενώ παράλληλα συνιστάται σεξουαλική αποχή για μία εβδομάδα (<http://www.gynfert.gr/docs/leaflets/print.php?lang=el&id=colposcopy> (πρόσβαση 25-11-13))



Εικόνα 6: Μέθοδος κολποσκόπησης



Εικόνα 7 : Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Πηγή: http://epathological.blogspot.gr/2012/05/blog-post_3943.html

Η έρευνα των Pitts & Clarke σχετικά με τη γνώση των γυναικών για τον τραχήλο της μήτρας και τη μέθοδο της κολποσκόπησης έδειξε ότι η ενημέρωση των γυναικών ήταν αρκετά καλή. Παρ' όλα αυτά, διαπιστώθηκε ότι υπήρχε μια έντονη τάση σε περισσότερο από το 25% των ερωτηθέντων να υποτιμούν το ποσοστό των πιθανοτήτων που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν μια κολποσκόπηση (Pitts & Clarke, 2002).

Οι εκτιμήσεις για το ποσοστό των γυναικών που δεν επιθυμούν να προβούν στην κολποσκόπηση ποικίλλει ευρέως, μεταξύ περίπου 12% - 50% και 42% - 47% ανάλογα με τον πληθυσμό ασθενών και το περιβάλλον που διαβιούν. Υπάρχουν δύο πιθανές εξηγήσεις αυτής της μη-συμμόρφωσης των ασθενών. Η πρώτη εξήγηση, εστιάζει στο γεγονός ότι η συμμόρφωση τους σχετίζεται με την αντίληψη του ασθενούς για τη σοβαρότητα της διαταραχή του. Έτσι, πολλές γυναίκες μπορεί να μην εξεταστούν ή να μη λάβουν υπόψη τους το μη

φυσιολογικό τεστ Παπανικολάου ως αρκετά σοβαρό, ώστε να ακολουθήσουν τις συμβουλές του ιατρού για την υγεία τους.

Κατά μία άλλη άποψη, οι γυναίκες μπορεί να είναι πολύ καταβεβλημένες ψυχολογικά για να παρακολουθήσουν την υγεία τους. Η άποψη αυτή, προέρχεται από μελέτες που εξετάζουν τις αντιλήψεις των γυναικών και τις αντιδράσεις τους σε ένα μη φυσιολογικό αποτέλεσμα. Ειδικότερα, αναφέρεται ότι πολλές γυναίκες πιστεύουν ότι έχουν καρκίνο και ο φόβος τους για τον καρκίνο παραμένει σε υψηλά επίπεδα με αποτέλεσμα να αποφεύγουν να εξεταστούν. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες που δεν κάνουν εξέταση κολποσκόπησης δείχνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και μεγαλύτερα προβλήματα στις καθημερινές δραστηριότητες τους από τις γυναίκες που παρακολουθούν την υγεία τους τακτικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από την έκταση της νόσου. Όπως είδαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η έκταση του καρκίνου διαπιστώνεται μέσω της σταδιοποίησης του. Επιπλέον, η μέθοδος της θεραπείας, εξαρτάται και από την επιθυμία του ατόμου να διατηρήσει την αναπαραγωγική του λειτουργία. Οι μέθοδοι θεραπείας που προτείνονται, εξαρτώνται επομένως από τα αποτελέσματα του τεστ Παπανικολάου, το οποίο θα εμφανίσει αν υπάρχει δυσπλασία ή αν ο όγκος περιορίζεται στον επιθηλιακό ιστό. Τότε, η εμπλεκόμενη περιοχή του τραχήλου μπορεί να αφαιρεθεί με κωνοειδή εκτομή, ηλεκτρικό καυτηριασμό, κρυοχειρουργική ή χειρουργική με LASER, ώστε να διατηρηθεί η αναπαραγωγική λειτουργία. Θα πρέπει να επισημανθεί, ότι είναι εξαιρετικά πιθανό ο γιατρός να συστήσει τη χρήση περισσότερων από μία θεραπευτικών μεθόδων, προκειμένου να επέλθει η αποκατάσταση της υγείας της γυναίκας.

Αρχικά, θα πρέπει να τονιστεί ότι η βιοψία είναι απαραίτητη πριν από την εφαρμογή θεραπείας καθώς μπορεί να διαγνώσει από πολύ νωρίς καρκίνους του τραχήλου της μήτρας. Ωστόσο, χρειάζεται μεγάλη προσοχή για να εξασφαλιστεί ότι όλα τα καρκινικά κύτταρα απομακρύνονται και αυτό επιτυγχάνεται αφού τα όρια του ιστού που έχει αφαιρεθεί εξεταστούν προσεκτικά.

5.1. Θεραπείες για τη διατήρηση της γονιμότητας

5.1.1. Κρυοχειρουργική θεραπεία

Η κρυοχειρουργική, αποτελεί μία μορφή θεραπείας που εκτελείται με όργανο, το οποίο παγώνει και καταστρέφει τα ανώμαλα κύτταρα. Η θεραπεία αποσκοπεί στην καταστροφή του τραχηλικού επιθηλίου, πράγμα το οποίο επιτυγχάνεται με υψηλή ψύξη και εφαρμόζεται στο στάδιο I του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Με αυτή τη μορφή θεραπείας, η κολπική έκκριση της γυναίκας, συχνά είναι πιθανό να επιμένει μέχρι και για έξι εβδομάδες μετά τη διαδικασία. Η διαδικασία είναι σύντομη, γι' αυτό και μπορεί να γίνει σε εξωτερικά ιατρεία, είναι σχετικά ανώδυνη και επιτρέπει στη γυναίκα να επιστρέψει άμεσα στις καθημερινές της δραστηριότητες, στις οποίες όμως θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική ώστε να μην υπάρξει κάποια μόλυνση (Μακρής, 2003).

5.1.2. Χειρουργική με Laser CO2

Η μέθοδος της χειρουργικής με Laser CO2, αποτελεί μία εξίσου αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου και του κόλπου. Είναι σε θέση να εξασφαλίζει στον ασθενή ακρίβεια στην αφαίρεση ιστού, μικρότερο τραύμα, μικρότερη πιθανότητα λοίμωξης, δεν δημιουργεί ουλή, δεν απαιτεί γενική αναισθησία, παρέχει ικανή διεγχειρητική αιμόσταση και ελαχιστοποίηση της μεταστατικής διασποράς διεγχειρητικά, καθώς προκαλεί απόφραξη των μικρών αιμοφόρων αγγείων και των λεμφαγγείων. Ένα άλλο πλεονέκτημα της μεθόδου, είναι το γεγονός ότι προσφέρει ανεμπόδιστη την έκθεση της βλάβης σε μέγεθυσή. Εξίσου σημαντικό, είναι το γεγονός ότι η

χρήση της εν λόγω μεθόδου, δεν εμποδίζει τον ασθενή να προβεί σε νέα θεραπευτική επιλογή, στην περίπτωση που παρουσιάσει τοπική υποτροπή ή δεύτερο πρωτοπαθή όγκο στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου (Ambrosch et al., 2001).

5.1.3. Καυτηριασμός με διαθερμία

Ο καυτηριασμός με διαθερμία, αποτελεί μία εξίσου με το Laser, καταστροφική μέθοδο για το ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων, που χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο σε γυναίκες νεαρής ηλικίας, προκειμένου να διατηρήσουν τη γονιμότητα τους. Έτσι, η εκτομή με ηλεκτροδιαθερμία μπορεί να πραγματοποιηθεί ομοίως με την κρυοπηξία και σε εξωτερικά ιατρεία, και αποσκοπεί στην αφαίρεση μη φυσιολογικών περιοχών του τραχήλου της μήτρας. Αυτό, επιτυγχάνεται με τη χρήση ενός λεπτού θερμαινόμενου καλωδίου και η θεραπεία πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία (Munoz et al., 2004).

5.2. Χειρουργικές επεμβάσεις

Η υστερεκτομή, αποτελεί χειρουργική θεραπεία που πραγματοποιείται σε περιπτώσεις, όπου ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέραν του τραχήλου στους παρακείμενους ιστούς. Η υστερεκτομή διακρίνεται σε απλή και σε ριζική και συνίσταται μόνο σε περιπτώσεις που τα κολποσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα, οδηγούν σε διάγνωση διηθητικής εξεργασίας. Όταν συμβαίνει αυτό, είναι επιτακτική η ανάγκη επιθετικής αντιμετώπισης του ιού, πράγμα το οποίο είναι εφικτό μέσω της υστερεκτομής, αφού προσδιοριστούν τα όρια της αλλοίωσης. Η

δραστική αυτή επέμβαση, είναι αναπόφευκτη για περιπτώσεις ασθενών που διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο ή σε περίπτωση που υπάρχουν και άλλα γυναικολογικά προβλήματα, όπως η πρόπτωση μήτρας. Είναι γεγονός όμως, ότι ακόμη και μετά τη εν λόγω χειρουργική επέμβαση, ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται υπό συνεχή και τακτική παρακολούθηση από το γυναικολόγο, με κολποσκοπική και κυτταρολογική εκτίμηση του κολοβώματος του κόλπου.

Η υστερεκτομή επομένως, είναι η αφαίρεση της μήτρας μέσω χειρουργικής επέμβασης. Υπάρχουν δύο είδη υστερεκτομής: Η πρώτη συνιστά την ολική υστερεκτομή, στην οποία αφαιρείται η μήτρα συμπεριλαμβανομένου του τραχήλου της μήτρας. Η δεύτερη, αποτελεί την υστερεκτομή στην οποία αφαιρούνται η μήτρα, ο τράχηλος, οι σύνδεσμοι στήριξης και το άνω τμήμα του κόλπου. Οι ωοθήκες συνήθως δεν απομακρύνονται στις γυναίκες που εξακολουθούν να έχουν περίοδο. Για αμφότερους τους τύπους υστερεκτομής θα χρειαστεί γενική αναισθησία.

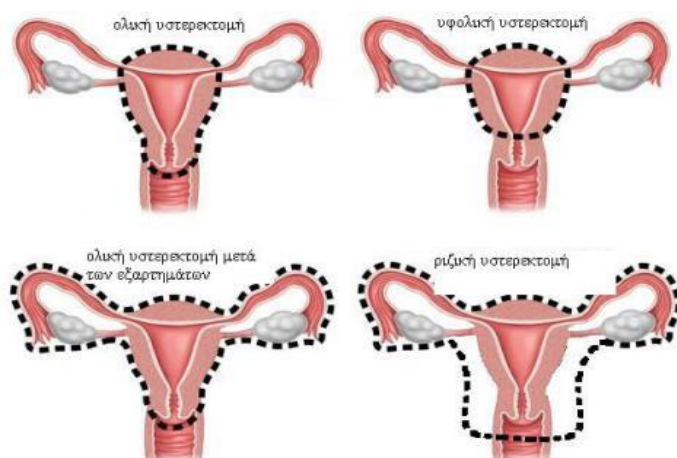
5.2.1. Απλή υστερεκτομή

Η απλή υστερεκτομή χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς στο στάδιο Ia1 και περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας και του τραχήλου, με αποτέλεσμα ο κόλπος να παραμένει ανέπαφος και η συνουσία είναι δυνατή. Σε αυτή την περίπτωση όμως, είναι προφανές ότι η γυναίκα δεν έχει πλέον τη δυνατότητα να τεκνοποιήσει. Παρ' όλα αυτά, συνεχίζει να έχει έκκριση οιστρογόνων και η εμμηνόπαυση επέρχεται φυσιολογικά. Η διαδικασία που ακολουθείται για την τέλεση της απλής υστερεκτομής, είναι η δημιουργία τομής του ηβοτραχηλικού συνδέσμου με απώθηση των ουρητήρων, ώστε να μπορεί να αφαιρεθεί όλος ο τραχηλικός ιστός. Ακόμη, η απλή υστερεκτομή, προτείνεται σε περιπτώσεις καρκίνου *in situ*, δηλαδή με ευρεία κωνοειδή εκτομή, σε περιπτώσεις με αρχόμενη διήθηση του στρώματος, εάν έχει προηγηθεί προεγχειρητική

ακτινοθεραπεία σε αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου ή εάν υπάρχει βαρελοειδής τράχηλος. Στη συνέχεια, προτείνεται η τοποθέτηση ουρητηρικού καθετήρα που δίνει τη δυνατότητα να απολινωθούν οι μητριαίες αρτηρίες έσω του ουρητήρα, χωρίς να διανοιχτεί το κανάλι του.

5.2.2. Ριζική υστερεκτομή

Η ριζική υστερεκτομή, πραγματοποιείται από το στάδιο Ia2 και το Ia1, εφ' όσον έχουν διηθηθεί τα αγγεία και οι λεμφαδένες. Στην περίπτωση που συνίσταται ριζική υστερεκτομή, η γυναίκα και πάλι δεν είναι σε θέση να τεκνοποιήσει, όμως σε αυτή την περίπτωση πραγματοποιείται ολική αφαίρεση της μήτρας με τα εξαρτήματά της, αφαίρεση του άνω ημίσεως του κόλπου, του παραμητρικού λίπους, του συνδετικού ιστού μαζί με τα λεμφογάγγλια, καθώς και του παρακολπικού, παρακυστικού και παραορθικού ιστού (Butler-Manuel, Buttery, Hern, Polak, & Barton, 2000). Έτσι, κατά τη ριζική υστερεκτομή, η εκτομή του κυρίου και του ιερομητρικού συνδέσμου, πραγματοποιείται στο πυελικό έδαφος. Η μητριαία από την άλλη, απολινώνεται από την έσω λαγόνιο, στην έκφυσή της και ο ουρητήρας απελευθερώνεται από το μεγαλύτερο μέρος του ηβοκυστικού (Rose, 2001).



Εικόνα 8 :
Χειρουργική ανατομική της
ριζικής υστερεκτομής

Πηγή:
http://www.iatrikionline.gr/EL_M_1-2004/5.htm

5.3. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία, αποτελεί μία μέθοδο που συνίσταται στα στάδια IIb, IIIa, IIIb και IV. Η εν λόγω μέθοδος, αφορά την ενδοκολπική, ενδοτραχηλική και ακτινοβόληση και την ακτινοβόληση των εξωπυελικών λεμφαδένων. Η ακτινοθεραπεία συνίσταται πολλές φορές συμπληρωματικά μετά την ολοκλήρωση μιας χειρουργικής επέμβασης (Zheng et al., 2004).

Στα στάδια Ib και IIa, ειδικότερα, το μέγεθος και η επέκταση της νόσου στους πυελικούς λεμφαδένες, κυρίως της κοινής λαγονίου, αποτελούν παράγοντες κίνδυνου υποτροπών. Γι' αυτό το λόγο προτείνεται η ασθενής να ακολουθεί συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. Παρ' όλα αυτά, η ασθενής και πάλι μπορεί να συνεχίζει να νοσεί και η κατάστασή της να μην είναι δυνατό να βελτιωθεί, όμως αυτό δεν είναι κάτι για το οποίο ευθύνεται η μέθοδος της ακτινοθεραπείας αλλά το στάδιο της νόσου. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, συνιστάται κυρίως μετά από χειρουργική επέμβαση στα στάδια Ia2 έως IIa, σχεδόν για όλες τις ασθενείς και ειδικότερα εκείνες με εκτομή που τείνει να εξελιχθεί σε καρκίνο ή περισσότερους από δυο θετικούς πυελικούς λεμφαδένες ή ακόμη και ένδειξη για μικροσκοπική διήθηση του παραμητρίου (Zheng et al., 2004).

Θα πρέπει να επισημανθεί, ότι η ακτινοθεραπεία διακρίνεται σε εξωτερική και εσωτερική. Η πρώτη, πραγματοποιείται με μηχάνημα που εκπέμπει ακτινοβολία προς τον καρκινικό ιστό, προκειμένου να τον εξουδετερώσει ή να τον περιορίσει. Η δεύτερη, γίνεται μέσω μίας ραδιενεργούς ουσίας, μέσω βελόνων, καλώδιων, κεφαλών ή καθετήρων, τα οποία τοποθετούνται απευθείας μέσα ή κοντά στην καρκινική εστία. Ο τρόπος ακτινοβόλησης εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο και το στάδιο του καρκίνου <http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/typesofcancer/cervicalcancer/> (πρόσβαση 29-11-13).

Η ακτινοθεραπεία πριν τη χειρουργική επέμβαση, πολλές φορές, αυξάνει τον κίνδυνο των επιπλοκών. Αυτό συμβαίνει καθώς η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία συνιστάται πολλές φορές στο στάδιο Ib2 και ακολουθείται από χειρουργική επέμβαση. Έτσι, είναι πολύ πιθανό η ακτινοθεραπεία να έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συριγγίων, τα οποία αφορούν στην ουροδόχο κύστη, τους ουρητήρες, το ορθοσιγμοειδές και το λεπτό έντερο. Ακόμη, μπορεί να προκαλέσει κυστίτιδες, πρωκτίτιδα, σιγμοειδίτιδα ή αποφρακτικό ειλεό. Αυτό φυσικά δεν αναιρεί τα θετικά αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει, ακόμη και αν χρησιμοποιηθεί κατά μόνας (Zheng et al., 2004).

5.4. Χημειοθεραπεία

Μία άλλη μέθοδος αντιμετώπισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι η χημειοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία είναι μια μέθοδος θεραπείας του καρκίνου, που χρησιμοποιεί φάρμακα προκειμένου να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα. Η παρούσα μέθοδος, που εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια, είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί πριν ή μετά από μία χειρουργική επέμβαση, αλλά και σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία.

Πριν από τη χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία πραγματοποιείται με σκοπό να μειώσει το μέγεθος του όγκου, ειδικότερα σε ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο Ib και άνω, ώστε ακόμη και αν κλινική εικόνα ενός ασθενούς, προϋποθέτει ότι δεν επιδέχεται εγχείρηση, μετά τη χημειοθεραπεία, να είναι δυνατό να χειρουργηθεί. Η χημειοθεραπεία, σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες, μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής, καθώς και τη θνησιμότητα των ασθενών κατά πέντε έτη, όταν εφαρμόζεται συμπληρωματικά μετά από χειρουργική επέμβαση, κάτι το οποίο δε φαίνεται να ισχύει για τη συμπληρωματική ακτινοθεραπεία ή τη χειρουργική επέμβαση μόνη της.

Αντίστοιχα, φαίνεται ότι και στα στάδια III και IV, όπου η ακτινοθεραπεία έχει συνήθως τον πρώτο λόγο, εάν συνδυαστεί με χημειοθεραπεία, βελτιώνει σημαντικά τα αποτελέσματα.

Από την άλλη πλευρά, σε περιπτώσεις όπου μετά από ακτινοθεραπεία χωρίς χειρουργική επέμβαση, η νόσος υποτροπιάσει σε μικρό βαθμό και περιορισθεί στο κέντρο της πυέλου και χωρίς μεταστάσεις, η ριζική υστερεκτομή και η μερική κολποεκτομή, αρκούν για την αντιμετώπιση της. Εάν όμως, η υποτροπή είναι μεγαλύτερη, η χημειοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη βελτίωση του ασθενή.

Σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή που περιέχει η χημειοθεραπεία, θα πρέπει να αναφερθούμε στο γεγονός ότι ορισμένα από τα φάρμακα, δεν είναι αποτελεσματικά ως προς τη στόχευση των καρκινικών κυττάρων, με αποτέλεσμα να προκαλείται βλάβη σε υγιή κύτταρα. Έτσι, παρατηρούμε συχνά ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, να χάνουν τα μαλλιά τους ή να αντιμετωπίζουν άλλες παρενέργειες. Τα φάρμακα της χημειοθεραπείας, συνήθως χορηγούνται ενδοφλεβίως ή από το στόμα. Υπάρχουν διάφορες άλλες μέθοδοι χημειοθεραπείας, αλλά τα περισσότερα φάρμακα, όπως η σισπλατίνη, που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας χορηγούνται με αυτούς τους τρόπους (National Cancer Institute, 2011).

Η διάρκεια μίας χημειοθεραπείας, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Μερικές γυναίκες μπορούν να υποβληθούν σε εβδομαδιαία θεραπεία, ενώ λαμβάνουν παράλληλα, καθημερινά θεραπείες ακτινοβολίας. Άλλες γυναίκες, μπορεί να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία τακτικά για μήνες. Υπάρχει και η περίπτωση, μερικές γυναίκες να μην ανέχονται τη χημειοθεραπεία και έτσι, η θεραπεία θα πρέπει είτε να επιβραδυνθεί είτε να αλλάξει με κάποια άλλη θεραπεία (Fayed, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Τόσο η έγκαιρη διάγνωση, όσο και η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι καθοριστικής σημασίας για την αντιμετώπιση του. Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο, μέσω του τακτικού ελέγχου με τεστ Παπανικολάου και μέσω του εμβολιασμού.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος έχει περιγραφεί ως «μια δημόσια υπηρεσία υγείας στην οποία τα μέλη της είναι ένας ορισμένος πληθυσμός, ο οποίος δεν είναι απαραίτητο να αντιλαμβάνεται ότι βρίσκεται σε κίνδυνο ή έχει ήδη προσβληθεί από κάποια ασθένεια. Προσφέρει ένα τεστ με σκοπό να προσδιορίσει τα άτομα που είναι πιο πιθανό να βοηθηθούν από περαιτέρω εξετάσεις ή θεραπεία για να μειώσουν τον κίνδυνο της ασθένειας ή των επιπλοκών αυτής» (UK National Screening Committee, 2004). Ο στόχος του ελέγχου είναι η μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας από την εν λόγω ασθένεια, η ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου, η έγκαιρη ανίχνευση της ασθένειας ή μίας προκλινικής κατάστασης πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα προκειμένου να προληφθεί ή να αντιστραφεί η διαδικασία της νόσου. Η αξία των διαγνωστικών εξετάσεων εξαρτάται από την επιτυχία του προγράμματος στην προσέλκυση του πληθυσμού, από τον εντοπισμό και τη θεραπεία όσων κινδυνεύουν από μια συγκεκριμένη ασθένεια και από το βαθμό στον οποίο ελαχιστοποιούνται οι σχετικές δαπάνες της πολιτείας για το πρόγραμμα (Bankhead et al., 2003).

Δεδομένου ότι οι γυναίκες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι σημαντικό να εντοπιστούν τα αίτια της μη συμμετοχής τους στο προσυμπτωματικό έλεγχο. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ασθενών για την εξέταση μπορεί να οφείλονται και στις ίδιες τις υπηρεσίες υγείας ή να σχετίζονται με την κολποσκόπηση.

Μέχρι πριν κάποιες δεκαετίες, ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια για τις γυναίκες που συμμετέχουν στο πρόγραμμα ελέγχου του τραχήλου της μήτρας ήταν τα διοικητικά λάθη. Αν και πολλοί παθολόγοι πραγματοποιούσαν ευκαιριακούς ελέγχους στους ασθενείς, συχνά κατά τη διάρκεια της αντισύλληψης ή κατά τις μαιευτικές διαβουλεύσεις, πολλές γυναίκες αγνόησαν μετά την εμμηνόπαυση τους τον κίνδυνο.

Επιπλέον, οι λόγοι που οι γυναίκες δείχνουν να μην συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα ελέγχου του τραχήλου της μήτρας αφορούν και την έλλειψη γνώσης σχετικά με τις ενδείξεις του ελέγχου καθώς υποστηρίζουν ότι είναι περιττός ή δεν έχει κανένα όφελος ή θεωρούν ότι ο εαυτός τους δεν βρίσκεται σε κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Πολλές ομάδες των γυναικών όμως, μπορεί να αντιμετωπίσουν και άλλα ιδιαίτερα προβλήματα. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση είναι λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν σε μία εξέταση. Υπάρχουν μάλιστα κάποιες ενδείξεις ότι οι γυναίκες που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες, ιδίως της ασιατικής προέλευσης, είναι λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν. Τέλος, οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση είναι λιγότερο πιθανό να εξετάζονται τακτικά και η μη συμμετοχή τους μπορεί να είναι αποτέλεσμα της αβεβαιότητας ως προς το αν το τεστ Παπανικολάου είναι κατάλληλο για την ηλικία τους.

Υποστηρίζεται, ότι οι γυναίκες που είχαν μια καλή εμπειρία από τον προσυμπτωματικό έλεγχο τη μεταφέρουν και στους άλλους. Οι γυναίκες που είχαν μια κακή εμπειρία μιλούν επίσης ελεύθερα γι' αυτό. Το κίνητρο της γυναίκας να προβεί σε ένα τεστ Παπανικολάου επηρεάζεται επομένως από συγκεκριμένες

στάσεις, πεπτοιθήσεις και αντιλήψεις. Αυτές περιλαμβάνουν τις επιρροές από την οικογένειά της και τους φίλους της, την κατανόηση του τεστ και τα πιθανά αποτελέσματα αυτού. Η αγωνία και η αμηχανία για τον προσυμπτωματικό έλεγχο σχετίζεται με την ευαισθησία της γυναίκας για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και την κατανόηση της σημασία της ασθένειας (Cervical Check, 2008).

6.1. Εμβολιασμός

Η πρωτογενής πρόληψη, αποτελεί την πρώτη γραμμή άμυνας και πραγματοποιείται προτού η νόσος εμφανισθεί στον οργανισμό, με σκοπό την προφύλαξη του από εισβολή και ενεργοποίηση του ιού σε αυτόν. Ακόμη, αφορά την αποφυγή έκθεσης του ατόμου, σε συγκεκριμένους βλαπτικούς παράγοντες, αλλά και την ενημέρωση του για την επικινδυνότητα του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων και κατ' επέκταση την προστασία του.

Μετά από πολυετείς προσπάθειες, 15 περίπου ετών, σήμερα είναι γεγονός η ύπαρξη εμβολίου κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, του οποίου τα πρώτα αποτελέσματα εφαρμογής, είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Το εμβόλιο, αφορά όπως προαναφέραμε, τους τύπους 16 και 18 του ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV). Ο εμβολιασμός είναι εξαιρετικά σημαντικός και καθοριστικός για την πρόληψη της νόσου, καθώς μπορεί να προστατέψει έως και το 70% των περιστατικών που τείνουν στην εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε καμία περίπτωση ασφαλώς, δε θα πρέπει να αγνοείται ο προληπτικός έλεγχος στο γυναικολόγο, καθώς οι δύο μέθοδοι πρόληψης σε συνδυασμό, έχει αποδειχθεί ότι είναι σε θέση να μειώσουν τα κρούσματα ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, κατά 94%, συγκριτικά με την περίπτωση της μη παρέμβασης και πρόληψης της νόσου (Harper et al., 2006).

Τα δύο εμβόλια που διατίθενται σήμερα, είναι το διδύναμο και το τετραδύναμο, τα οποία έχουν σκοπό την προστασία του οργανισμού της γυναίκας, από τους πιο συχνούς ογκογόνους τύπους του ιού. Επιπλέον, το τετραδύναμο, προστατεύει και από τους συχνότερους τύπους που προκαλούν τα γεννητικά κονδυλώματα (Harper et al., 2006). Μάλιστα, υποστηρίζεται ότι ο τρόπος παρασκευής των δύο εμβολίων αποτελεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα. Τα εμβόλια, περιέχουν μόνο τις ανοσοδιεγερτικές επιφανειακές πρωτεΐνες L1 του καψιδίου του ιού, ενώ δεν περιέχουν καθόλου ιϊκό DNA, σχηματίζοντας κατ' αυτό τον τρόπο τα «ιόμορφα σωματίδια (VLP), τα οποία δεν είναι μολυσματικά και ογκογόνα, εξασφαλίζοντας έτσι την ασφαλή χρήση του εμβολίου (Modis, et al., 2002; Kawana et al., 2012).

Ο εμβολιασμός πραγματοποιείται σε τρεις δόσεις, όπου μετά την πρώτη δόση, οι επόμενες δύο δόσεις πραγματοποιούνται μέσα σε έξι μήνες. Ο εμβολιασμός, δίνει στο ανοσοποιητικό σύστημα, τη δυνατότητα να προετοιμαστεί, βοηθώντας να προληφθεί η λοίμωξη από ορισμένους ογκογόνους τύπους του ιού HPV και έτσι, ο οργανισμός είναι σε θέση να αντιμετωπίσει πιθανές λοιμώξεις από αυτούς του τύπους. Σε περίπτωση που η γυναίκα έχει ήδη μολυνθεί από κάποιον τύπο που καλύπτει ο εμβολιασμός, προστατεύεται μέσω του εμβολίου από τους υπόλοιπους τύπους στους οποίους δεν έχει εκτεθεί.

Ο εμβολιασμός, καθίσταται αναγκαίος ως προληπτικός τρόπος για τη μη εκδήλωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθώς όπως είναι ήδη γνωστό, η λοίμωξη από τον ιό δεν μπορεί να θεραπευθεί. Σχετικά με την αποτελεσματικότητα του εμβολίου, αν και είναι γεγονός ότι λόγω της πρόσφατης σχετικά εμφάνισης του εμβολίου, η επιδημιολογική μείωση της επίπτωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, θα απαιτήσει αρκετά χρόνια. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι είναι ήδη αρκετά υψηλή, ομοίως με την ασφάλεια του εμβολίου, η οποία είναι τεκμηριωμένη από εκατομμύρια γυναίκες που έχουν εμβολιασθεί παγκοσμίως, αλλά και από την παρακολούθηση του εμβολιασμού από έγκυρους διεθνείς επιστημονικούς φορείς. Σήμερα, τεκμηριωμένες επιστημονικές μελέτες, υποστηρίζουν ότι ο εμβολιασμός παρέχει υψηλή προστασία (>90%) έναντι των

υψηλόβαθμων προκαρκινικών βλαβών του τραχήλου (HGSIL ή CIN 2-3), ενώ παράλληλα υποστηρίζουν ότι υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι η διάρκεια προστασίας των εμβολίων θα είναι ακόμα μακρύτερη στο άμεσο μέλλον (Harper et al., 2006; Cuzick, 2010).

Παρ' όλα αυτά, είναι γεγονός ότι τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου, αν και είναι σε θέση να εντοπίσουν παθολογικά και προκαρκινικά κύτταρα στον τράχηλο της μήτρας, δεν μπορούν να προλάβουν την αιτία των τραχηλικών αλλοιώσεων, δηλαδή την εμμένουσα λοίμωξη με ογκογόνους τύπους του HPV. Ακόμη, δεν είναι δυνατό να εντοπιστούν πάντα εγκαίρως όλες οι προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου ή τα περιστατικά καρκίνου μέσω της πρόληψης. Ο εμβολιασμός είναι γεγονός ότι δεν παρέχει πλήρη προστασία έναντι όλων των τύπων του ιού που προκαλούν καρκίνο. Συγκεκριμένα, προστατεύει από τους δύο ογκογόνους τύπους (16 και 18), που ευθύνονται για το 70-74% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και για τους οποίους έχει τη μέγιστη αποτελεσματικότητα (Harper et al., 2006).

Σε κάθε περίπτωση όμως, ο ετήσιος τακτικός έλεγχος της γυναίκας μέσω του τεστ Παπανικολάου, είναι αναγκαίος και αποδεδειγμένα καθοριστικός για την πρόληψη της εμφάνισης οποιασδήποτε μορφής γυναικολογικού καρκίνου, ειδικότερα αν λάβουμε υπόψη μας επιδημιολογικές μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι περίπου πέντε φορές μεγαλύτερος σε γυναίκες που δεν ελέγχονται τακτικά. Επίσης, η πρόληψη μέσω του εμβολιασμού, είναι δυνατό να μειώσει τα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, των προκαρκινικών αλλοιώσεων και την ανάγκη για θεραπεία. Το γεγονός αυτό, μειώνει σημαντικά το άγχος που είναι πιθανό να εγκυμονεί μία εξέταση μέσω του τεστ Παπανικολάου.

Ο εμβολιασμός απευθύνεται σε όλες τις γυναίκες, ανεξάρτητα από την έναρξη ή όχι των σεξουαλικών τους επαφών και συνιστάται σε κορίτσια ηλικίας 12-15 ετών, αλλά και σε νέες 15-26 ετών, εάν δεν έχουν εμβολιαστεί στη συνιστώμενη ηλικία. Αξίζει να σημειωθεί, ότι είναι δωρεάν για όλες τις ηλικίες και

στη χώρα μας, από το 2008, στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και το εμβόλιο καλύπτεται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία.

Μεταξύ 12 - 15 ετών, (αιχμή την ηλικία των 12 ετών) ο εμβολιασμός συνίσταται καθώς πρόκειται για μία ηλικιακή περίοδο, κατά την οποία έχει ολοκληρωθεί όλη η σειρά των εμβολίων του εθνικού προγράμματος εμβολιασμών και η ανταπόκριση στους εμβολιασμούς είναι η καλύτερη δυνατή. Οι έφηβες και νεαρές γυναίκες από 16 έως 26 ετών, που δεν έχουν εμβολιασθεί νωρίτερα, συνιστάται να εμβολιαστούν άμεσα, ώστε να προλάβουν τη μόλυνση από τους τύπους υψηλού κινδύνου του ιού, καθώς βρίσκονται στην ηλικιακή ζώνη αιχμής της λοίμωξης και κάθε σεξουαλική επαφή, είναι πιθανό να μεταδώσει κάποιον τύπο του ιού (Cuzick, 2010).

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, οι συχνότερες παρενέργειες των εμβολίων που έχουν παρατηρηθεί είναι ο πυρετός και αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης, όπως ερυθρότητα, πόνος και οίδημα. Το σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών εμβολίων (VAERS) του Αμερικάνικου Οργανισμού Φαρμάκων και τροφίμων (FDA) παρουσίασε το 2006, έναν κατάλογο αποτελούμενο από το σύνολο των ανεπιθύμητων ενεργειών των εμβολίων HPV, οι οποίες είναι η συγκοπή (55%), η ζάλη (41%), ο πυρετός (41%), το εξάνθημα (33%), η παραισθησία (32%), ο κνησμός (31%), ο πονοκέφαλος(19%), ο εμετός (1%), η μυαλγία (13%), η λεμφαδενοπάθεια (10%), η αρθραλγία(7%) και το σύνδρομο Guillain-Barre(1%). Επιπρόσθετα, τα εμβόλια HPV, υποστηρίχθηκε ότι ευθύνονταν για την εμφάνιση και πρόκληση 43 τερατογενέσεων και γονιδιακών βλαβών, γεγονός όμως το οποίο δεν έχει εκτιμηθεί πλήρως (FDA, 2006).

Κατά γενική ομολογία, για την ασφαλέστερη χρήση του εμβολίου και την προστασία του εμβολιαζόμενου, δεν πρέπει να χορηγούνται σε άτομα που μπορεί να είναι υπερευαίσθητα στη δραστική ουσία του εμβολίου ή σε κάποιο από τα συστατικά του και είναι πιθανό να εμφανίσουν αλλεργίες, σε άτομα τα οποία εμφανίζουν ενδείξεις αλλεργίας έπειτα από μία δόση εμβολίου, καθώς και

σε άτομα που εμφανίζουν υψηλό πυρετό, όπου σε αυτή την περίπτωση ο εμβολιασμός θα πρέπει να αναβάλλεται.

6.2. Τεστ Παπανικολάου

Ο εμβολιασμός, παρά τη βαρύνουσα σημασία δράση και σημαντικότητά του, δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να αντικαταστήσει τον έλεγχο του τραχήλου της μήτρας, μέσω του τεστ Παπανικολάου, το οποίο αποτελεί και τη δευτερογενή μέθοδο πρόληψης της νόσου. Ο προληπτικός έλεγχος μέσω του τεστ Παπανικολάου, δε θα πρέπει σε καμία περίπτωση να διακοπεί παρά τον εμβολιασμό της γυναίκας, αλλά αντίθετα να συνεχιστεί, καθώς συνεχίζει να ανιχνεύει την παρουσία προκαρκινικών τραχηλικών βλαβών που οφείλονται σε τύπους του HPV, οι οποίοι δεν καλύπτονται πλήρως από το εμβόλιο και είναι δυνατό να εντοπιστούν πριν εξελιχθούν σε διηθητικό καρκίνο.

Το τεστ Παπανικολάου, αποτελεί μία εξέταση η οποία καθιστά έγκαιρα δυνατή τη διάγνωση μίας προκαρκινικής τραχηλικής βλάβης, η οποία μπορεί να αντιμετωπισθεί μέσω χειρουργικής επέμβασης. Το τεστ Παπ, έχει αποδειχθεί ότι σε γυναίκες άνω των 25 ετών μειώνει σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, συγκεκριμένα κατά 80%. Στην περίπτωση όπου το τεστ είναι αρνητικό, η γυναίκα θα πρέπει να υποβάλλεται σε ετήσια εξέταση, η οποία θα πραγματοποιείται μεταξύ 10^{ης} και 20^{ης} ημέρας, από την πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνου ρύσης της. (Crum et al., 2003).

Οι γυναίκες άνω των 60 ετών, μπορούν να υποβάλλονται σε έλεγχο με τεστ Παπανικολάου κάθε 2 ή 3 χρόνια, εφόσον είχαν τρεις ή περισσότερες συνεχείς φορές υποβληθεί στο τεστ του οποίου τα αποτελέσματα, ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Ο λόγος που δε συνίσταται τακτικότερη εξέταση, είναι ότι

ελαττώνεται η συχνότητα των αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας μετά τη μέση ηλικία (Crum et al., 2003).

Τέλος, γυναίκες στις οποίες έχει πραγματοποιηθεί αφαίρεση μήτρας (υστερεκτομή), θα πρέπει να λαμβάνουν συγκεκριμένη ιατρική οδηγία για τη συχνότητα ελέγχου του κολπικού κολοβώματος μέσω τεστ Παπανικολάου. Ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου σε αυτές τις περιπτώσεις, για την ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου της μήτρας, είναι η δημιουργία φλεγμονής, που οφείλεται στους διάφορους τύπους του ιού (16, 18, 31, 33) του ανθρωπίνου θηλώματος (HPV), οι οποίοι εντοπίζονται με τη μέθοδο Μοριακής Βιολογίας (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία).

6.3. Ενημέρωση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) είναι γνωστό ότι είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου. Η πρόληψη για τη νόσο αυτή εκτός από την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη μέσω του εμβολιασμού και της ιατρικής εξέτασης του τεστ Παπανικολάου όμως, μπορεί να επέλθει σε σημαντικό βαθμό και μέσω της έγκαιρης ενημέρωσης των γυναικών.

Το ζήτημα της ενημέρωσης των γυναικών για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων μελετάται εδώ και χρόνια. Οι Pitts και Clarke (2002) σε μία μελέτη που πραγματοποίησαν εξέτασαν τις γνώσεις των γυναικών για τη δυσπλασία του τραχήλου και τον ιό HPV. Η εν λόγω έρευνα, πραγματοποιήθηκε στο σύνολο του γυναικείου εργατικού δυναμικού ενός μεσαίου μεγέθους βρετανικού πανεπιστημίου με τη χρήση ενός ερωτηματολόγιου σχετικά με τη γνώση για τον τράχηλο της μήτρας, τη θεραπεία και τις ανωμαλίες που μπορεί να προκαλέσει στον οργανισμό ο ιός HPV. Στην έρευνα συμμετείχαν 400 γυναίκες. Από την

έρευνα διαπιστώθηκε ότι η γνώση των συμμετεχόντων για τον τράχηλο της μήτρας και τις μεθόδους ανίχνευσης του καρκίνου και του ελέγχου ήταν καλές. Ωστόσο, οι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν ήταν γνωστές στις συμμετέχουσες. Η συνειδητοποίηση και η γνώση τους για τον ιό HPV ήταν πολύ περιορισμένη. Η εμπειρία του παρελθόντος από ένα μη φυσιολογικό τεστ Παπανικολάου και η κολποσκόπηση συσχετίστηκε σημαντικά με την καλή γνώση για τον τράχηλο της μήτρας, αλλά όχι με τη γνώση για τον ιό HPV. Οι ερευνητές στην συγκεκριμένη μελέτη, κατέληξαν ότι είναι απαραίτητο να βελτιωθεί η κατανόηση των γυναικών της περιοχής αυτής και τόνισαν την αναγκαιότητα να περιλαμβάνεται η εξέταση για τον ιό HPV στο εθνικό πρόγραμμα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (Pitts & Clarke, 2002).

Μία πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στον πληθυσμό της Ινδίας, τονίζει ιδιαίτερα ότι ο καρκίνος του τραχήλου έχει σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή της γυναίκας σε όλο τον κόσμο και ότι μία στις πέντε γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας βρίσκεται στην Ινδία. Ως εκ τούτου, οι στόχοι της παρούσας μελέτης ήταν να εντοπίσει αν η γνώση των γυναικών σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι επαρκής, να καθορίσει τις πρακτικές του προσυμπτωματικού ελέγχου και τους καθοριστικούς παράγοντες και να προσδιορίσει τους παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην μη εμφάνιση της νόσου.

Στην εν λόγω έρευνα συμμετείχαν γυναίκες με μέση ηλικία τα 34,5 έτη. Τα τρία τέταρτα του πληθυσμού (74,2%) αποδείχτηκε ότι γνώριζαν ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας θα μπορούσε να εντοπιστεί έγκαιρα από μια εξέταση. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων όμως (89,2%) δεν γνώριζαν κανέναν παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ειδικότερα, από τις 809 γυναίκες που μελετήθηκαν συνολικά, μόνο το 6,9% είχε υποβληθεί σε έλεγχο. Το ένα τρίτο του πληθυσμού παρ' όλα αυτά επιθυμούσε να υποβληθεί στη δοκιμασία ανίχνευσης και όπως υποστήριξε το γεγονός ότι δεν είχε γίνει οφείλονταν σε διάφορους παράγοντες. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με τη γνώση για την ασθένεια(51,4%), με το γεγονός ότι δεν είχαν

παρουσιάσει συμπτώματα, ότι δεν ήταν ενήμεροι για το τεστ Παπανικολάου, ότι δεν το έκριναν απαραίτητο, κ.α. Ακόμη, ο παράγοντας των οικονομικών πόρων (15,1%) ήταν εξίσου σημαντικός, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (10,2%) όπως η έλλειψη ενδιαφέροντος, ο φόβος της διαδικασίας κ.λ.π. Η έρευνα κατέληξε ότι οι ειδικές γνώσεις σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι ένα κρίσιμο στοιχείο για να προσδιοριστεί αν μια γυναίκα θα υποβληθεί σε τεστ Παπανικολάου, εκτός από την κατασκευή εγκαταστάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου που διατίθενται σε πρωτοβάθμια κέντρα υγείας. Έτσι, διάφοροι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα μιας γυναίκας που επιθυμεί να συμμετάσχει στα προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε αυτή τη μελέτη οι λόγοι για να μην συμμετάσχει στις διαδικασίες πρόληψης παρά την επιθυμία τους να το πράξουν ήταν κυρίως το γεγονός ότι δεν υπήρχε καμία ευαισθητοποίηση, καμία ασθένεια ή συμπτώματα, ότι δεν ήξεραν που θα πρέπει να απευθυνθούν ή ποτέ δεν το σκέφτηκαν και καμία άλλη γυναίκα δεν έπραξε αντίστοιχα ώστε να τις παρακινήσει. Έτσι, οι παράγοντες της γνώσης αντιπροσώπευαν το 50% και η έλλειψη γνώσεων σχετικά με την ασθένεια, η απουσία της έννοιας της προληπτικής συμπεριφοράς ήταν εξίσου σημαντικοί παράγοντες. Ως εκ τούτου οι μελετητές τόνισαν ότι στο πλαίσιο της εφαρμογής ενός επιτυχούς προγράμματος, είναι απαραίτητο να εντοπιστούν οι λόγοι που αποτρέπουν μια γυναίκα από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Aswathy et al., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

7.1. Η έννοια της φροντίδας στη νοσηλευτική

Παρά το γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος της νοσηλευτικής δεοντολογίας μπορεί να μοιάζει με την ιατρική δεοντολογία, υπάρχουν μερικοί παράγοντες που τη διαφοροποιούν. Σύμφωνα με την Brier - Mackie (2006) η εστίαση των νοσηλευτών είναι περισσότερο στη φροντίδα του ασθενή, παρά στη θεραπεία της ασθένειας (Breier - Mackie, 2006). Επιπλέον, η νοσηλευτική δεοντολογία τονίζει την ηθική της καθημερινής πρακτικής και όχι ηθικά διλήμματα (Storch, 2009). Η νοσηλευτική δεοντολογία επομένως, ανησυχεί περισσότερο για την παροχή φροντίδας στον ασθενή σε σχέση με ευρύτερες αρχές όπως η ευεργεσία και η δικαιοσύνη (Tschudin, 2003). Για παράδειγμα, η ανησυχία για την προώθηση της ευεργεσίας μπορεί να εκφράζεται στην παραδοσιακή ιατρική δεοντολογία, όπου ο επαγγελματίας υγείας παίρνει μια απόφαση που βασίζεται σε μια προοπτική που ενεργεί προς το συμφέρον του ασθενούς. Ωστόσο, υποστηρίζεται από μερικούς μελετητές, ότι αυτή η προσέγγιση λειτουργεί με επίκεντρο τις αξίες που αντλήθηκαν από τη νοσηλευτική δεοντολογία.

Η διάκριση αυτή, μπορεί να εξεταστεί από διαφορετικές θεωρητικές οπτικές γωνίες. Παρά την τάση προς πιο δεοντολογικά ζητήματα από κάποιους μελετητές, εξακολουθεί να υπάρχει ενδιαφέρον για την ηθική αρετή στη

νοσηλευτική δεοντολογία (Armstrong, 2007) και υποστήριξη στην έννοια μίας ηθικής της φροντίδας (Tschudin, 2003). Για πολλούς υποστηρικτές αυτής της άποψης, δίνεται έμφαση σε αφηρημένες αρχές και ως εκ τούτου, το γεγονός αυτό αντανακλά τις σχέσεις του ασθενή στη νοσηλευτική, με μεγαλύτερη ακρίβεια απ' ότι άλλες ηθικές απόψεις.

Η έννοια της φροντίδας στη νοσηλευτική, είναι ένα θέμα του οποίου η ανάλυση εκλείπει στην διεθνή βιβλιογραφία εξ αιτίας της πολυπλοκότητας της, αλλά και των ποικίλων προσεγγίσεων από τις οποίες είναι δυνατό να εξετασθεί. Έχει υποστηριχθεί, ότι αποτελεί τη βασικότερη νοσοκομειακή υπηρεσία, καθώς είναι εκείνη που σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση του ασθενούς. Όμως, παρά την καθοριστική σημασία της για τους νοσηλευτές, αλλά και τους ασθενείς, οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί γύρω από τον εν λόγω άξονα είναι σημαντικά περιορισμένες.

Από τη δεκαετία '70 και έπειτα, συντελείται μία σημαντική προσπάθεια στη εμπάθυνση και προσέγγιση του ζητήματος, η οποία αρχικά στράφηκε στις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την έννοια της φροντίδας. Γρήγορα όμως, οι μελετητές αντιλήφθηκαν ότι οι ασθενείς είναι εκείνοι που θα πρέπει να έχουν τον πρώτο λόγο και έτσι, από τη δεκαετία του '80, ξεκίνησε μία συστηματική μελέτη, ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για τη νοσηλευτική φροντίδα και παράλληλα αυτή να διαμορφωθεί κατά το βέλτιστο. Σήμερα, για την ορθή εκτέλεση του νοσηλευτικού έργου, είναι αναγκαία η ύπαρξη πρωτοκόλλων με τη μορφή εγχειριδίου διαδικασιών, τα οποία περιέχουν λεπτομερείς οδηγίες στο προσωπικό και εξειδικευμένες πράξεις.

Η νοσηλευτική φροντίδα, είναι γεγονός ότι παρέχεται στο άτομο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Η φροντίδα προς την εγκυμονούσα μητέρα και το έμβρυο, αποτελεί απόδειξη της ύπαρξης νοσηλευτικής φροντίδας στη ζωή μας από τη γέννηση της. Μέχρι και τη στιγμή του θανάτου του, το άτομο συνεχίζει όμως να δέχεται την απαραίτητη φροντίδα του νοσηλευτή, ακόμη και όταν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αδυνατούν πια να ανακουφίσουν τον ασθενή, ο

οποίος έχει πλέον την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης και βελτίωσης της ποιότητας της ζωής που του απομένει. Για τους ανωτέρω λόγους, είναι ξεκάθαρο ότι η νοσηλευτική φροντίδα εκφράζεται από το νοσηλευτή και η βάση της έγκειται στην ανθρώπινη επαφή. Ακόμη, θα πρέπει να τονισθεί, το γεγονός ότι ο ρόλος του νοσηλευτή, είναι καθοριστικός για την ανακούφιση και την υποστήριξη του ασθενούς, χωρίς βέβαια να παραμελούνται όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

Η νοσηλευτική, αποτελεί την κατ' εξοχήν επιστήμη της φροντίδας. Η καθολικότητα του όρου, την καθιστά ένα πανανθρώπινο συναίσθημα, το οποίο βιώνεται κατά τρόπο διαφορετικό από κάθε πολιτισμό (Κοτρώτσιου, 2008). Γι' αυτό το λόγο, η φροντίδα στη νοσηλευτική, έχει απασχολήσει πολλούς μελετητές κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Πολλοί, την περιγράφουν ως «ανθρώπινο γνώρισμα», «ηθική υποχρέωση», «διαπροσωπική σχέση» και «θεραπευτική παρέμβαση» που εκφράζονται από το νοσηλευτή μέσα από τις συμπεριφορές και τις δραστηριότητες του. Είναι γεγονός, ότι στη διεθνή νοσηλευτική βιβλιογραφία κοινά αποδεκτός ορισμός για την έννοια της φροντίδας δεν υφίσταται.

Παρ' όλα αυτά, η φροντίδα διαχωρίζεται σε τεχνική (λειτουργική) και σε συναισθηματική (διαπροσωπική). Η εννοιολογική προσέγγιση του όρου, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι ενέχει τη γενικότερη φιλοσοφία της Νοσηλευτικής επιστήμης και εστιάζεται στο σεβασμό των ανθρώπινων δικαιωμάτων, την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας, αλλά και την προώθηση του νοσηλευτικού έργου, προς όφελος τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας (Κοτρώτσιου, 2008). Οι ασθενείς, από την άλλη, παρατηρείται ότι αντιλαμβάνονται κατά τρόπο διαφορετικό την έννοια της φροντίδας. Κοινό σημείο στις απόψεις τους όμως, θα μπορούσαμε να πούμε είναι ότι επιθυμούν το σεβασμό της ατομικότητας και της μοναδικότητας της προσωπικότητάς τους (Παπασταύρου και συν., 2010). Θα πρέπει δε να τονισθεί, ότι ο ρόλος του νοσηλευτή και της φροντίδας κρίνεται εξίσου σημαντικός σε όλες τις περιπτώσεις ασθενών ανηλίκων ή ενηλίκων, είτε πρόκειται για σωματική ασθένεια (π.χ. καρκίνος) είτε για ψυχική (π.χ. κατάθλιψη).

Άλλωστε, πρόσφατες μελέτες και προσεγγίσεις καταδεικνύουν την ανάγκη εξέτασης της έννοιας, ως «διανοητική, ψυχολογική, πνευματική και φυσική προσφορά ενέργειας, προκειμένου να επιτευχθεί η ικανοποίηση των αναγκών του πάσχοντα και η προαγωγή της ευεξίας του» (Κάρλου & Πατηράκη, 2011).

Οι αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας καθορίζονται από το νοσηλευτή αναφοράς, ο οποίος έχει και την ευθύνη για την εφαρμογή του νοσηλευτικού σχεδιασμού. Στα καθήκοντα του, συμπεριλαμβάνεται η αρχική εκτίμηση, η καθημερινή συλλογή πληροφοριών για την κατάσταση του ασθενούς μέσω της παρατήρησης, καθώς και η καταγραφή της συμπεριφοράς και των συναισθηματικών του εκδηλώσεων. Έτσι, αναλόγως τον ασθενή και τις ανάγκες του, αναπροσαρμόζεται και ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής του φροντίδας (Ουζούνη & Νακάκης, 2008).

Η θεωρία της Watson, υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος αποτελεί «μία ολότητα που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον της, και η φροντίδα είναι η πεμπτουσία της Νοσηλευτικής αλλά και το κεντρικό στοιχείο της κλινικής πρακτικής». Υποστηρίζει ακόμη, ότι η έννοια της φροντίδας, περιλαμβάνει έννοιες και αξίες όπως η θέληση για δέσμευση, η γνώση και οι δραστηριότητες γύρω από αυτή καθ' εαυτή τη φροντίδα. Έτσι, η Watson παρέθεσε δέκα παράγοντες που θεωρεί καθοριστικούς για τη φροντίδα και οι οποίοι, «καθοδηγούν τις νοσηλευτικές δραστηριότητες προς την προαγωγή της υγείας, πρόληψη ή/και φροντίδα της νόσου και την αποκατάσταση της υγείας» (Παπασταύρου και συν., 2010).

Επιπλέον, πολλοί μελετητές επισήμαναν ότι η έννοια της φροντίδας, είναι άρρητα συνδεδεμένη με την έννοια της ποιότητας. Έτσι, οι Raftopoulos & Theodosopoulou (2001) επιχειρώντας μία μελέτη σχετικά με την ποιότητα στην υγεία, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι παρά τις διαφορετικές απόψεις που επικρατούν γύρω από τον ορισμό, υπάρχουν πολλά κοινά στοιχεία τα οποία επηρεάζουν και την αξιολόγηση της. Υποστηρίζουν ακόμη, ότι «είναι το αποτέλεσμα δύο εξαρτημένων μεταβλητών: η σχέση μεταξύ του ασθενή και του

νοσηλευτή» (Charalambous et al., 2008). Είναι προφανές, ότι η ιδιαίτερης σημασίας έννοια της ποιότητας, θα πρέπει να εξεταστεί ξεχωριστά για τις δύο αυτές μεταβλητές, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός η σχέση αυτή επηρεάζεται συχνά από τις περιστάσεις αλλά και την προσωπικότητα των εμπλεκόμενων προσώπων (Κοτρώτσιου, 2008). Η ποιότητα, είναι δυνατό να αφορά τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, τις δυνατότητες πρόσβασης σε αυτές, την ασφάλεια του περιβάλλοντος, την αποδοτικότητα κ.α. (Charalambous, Papadopoulos, & Beadsmoore, 2008). Οι Redfern & Norman (1999), αποφάσισαν να μελετήσουν τις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών και τα αποτελέσματά τους, κατέδειξαν ότι το μέγεθος της σημαντικότητας της για τους νοσηλευόμενους. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να σέβεται τους ασθενείς τους οποίους φροντίζει, ως ξεχωριστές προσωπικότητες τον καθένα, ενώ παράλληλα να ανταποκρίνεται στις ολοένα και αυξανόμενες συναισθηματικές τους ανάγκες για υποστήριξη, πληροφόρηση και επικοινωνία. Κατά αυτόν τον τρόπο, το ηθικό τους βελτιώνεται και είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν με αποδοτικότερο τρόπο την ασθένειά τους (Charalambous et al., 2008).

Επιπλέον, οι Gunther & Alligood (2002) όρισαν την ποιοτική φροντίδα, μέσω των ενεργειών που συνδέθηκαν με την υψηλής ποιότητας φροντίδα. Τονίζουν, ότι για την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, είναι απαραίτητη η γνώση βασικών βιολογικών επιστημών, ώστε ο νοσηλευτής να είναι σε θέση να προσφέρει με τις γνώσεις του σε όλους τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών. Η φιλικότητα, η καλοσύνη, η αίσθηση του χιούμορ, η διακριτικότητα, η αφοσίωση, η ταπεινότητα και η ειλικρίνεια, είναι μερικές από αρετές που θα πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής, ώστε να προσφέρει ένα περιβάλλον ευχάριστο και υποστηρικτικό στον ασθενή που τον έχει ανάγκη (Charalambous et al., 2008).

Αντίθετα με τις ανωτέρω απόψεις, κάποιοι μελετητές επισήμαναν ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες θα πρέπει να οργανωθούν στο σύνολο τους, ενώ η αποδοτικότητα και η ικανότητα του προσωπικού χρήζουν επαναξιολόγησης και

προσανατολισμού, εντός των ορίων υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, πρεσβεύουν ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη και εξαρτημένη από τον τρόπο λειτουργίας των κέντρων υγειονομικής περίθαλψης και δεν επηρεάζεται μόνο από τις αντιλήψεις των ίδιων των νοσηλευτών και των ασθενών (Charalambous et al., 2008).

Θα πρέπει να τονισθεί, ότι η έννοια της φροντίδας περιλαμβάνει την ενίσχυση της ελπίδας των ανθρώπων προς τον εαυτό τους, πράγμα το οποίο διευκολύνεται από τη σχέση εμπιστοσύνης που είναι δυνατό να αναπτυχθεί μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών. Θα μπορούσαμε να πούμε, ότι η φροντίδα, έγκειται στα πλαίσια του μοντέλου του ανθρωπισμού, καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι σαφές ότι αποτελεί ένα προστατευτικό περιβάλλον για τον ασθενή απέναντι στην επιβαρυνόμενη ψυχολογία που ενδέχεται να επιβαρύνει την κατάσταση του (Παπασταύρου και συν., 2010). Επιπλέον, η ανθρωπιστική διάσταση της έννοιας της φροντίδας, είναι φανερή, από το γεγονός ότι αντικατοπτρίζει τη στάση ή τη διάθεση του ατόμου, να ευεργετήσει ένα άλλο, όταν βρίσκεται στην κατάλληλη θέση, τόσο από πλευράς ισχύος όσο και από πλευράς σχέσης (Κάρλου & Πατηράκη, 2011).

Τη δεκαετία του '70, ο Larson, στην προσπάθεια του μελετήσει τη νοσηλευτική φροντίδα εισήγαγε τη μεθοδολογία Q, η οποία στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε από πολλούς ερευνητές, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι δεν υπήρχε αλληλουχία μεταξύ των ερευνών, σχετικά με τις απόψεις ασθενών και νοσηλευτών για τη συμπεριφορά, που είναι δυνατό να ωφελήσει τον ασθενή. Ακόμη και μία δεκαετία αργότερα, παρά τη χρήση άλλων νέων μεθόδων, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα αποτελέσματα δεν είχαν αλλάξει (Παπασταύρου και συν., 2010).

Στη συνέχεια, ακολούθησε μία τάση μελέτης της έννοιας της φροντίδας, με επίκεντρο την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στον ασθενή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι έχει μεγάλη σημασία για τον ασθενή η εξατομικευμένη φροντίδα που πηγάζει από πολλούς παράγοντες, όπως η συμπεριφορά, αλλά

και λειτουργικά θέματα όπως η έκταση της νοσηλευτικής μονάδας (Παπασταύρου και συν., 2010). Όπως χαρακτηριστικά έχει επισημάνει και η Raya (1994) : «η ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να βασιστεί στις απόψεις των ασθενών, οι οποίοι είναι άμεσοι εκτιμητές της παρεχόμενης φροντίδας» (Charalambous et al., 2008).

Καταλήγοντας, θα μπορούσαμε να παραθέσουμε τον ορισμό που δόθηκε από το Rogers για τη Νοσηλευτική, σύμφωνα με τον οποίο η επιστήμη αυτή σκοπό έχει να υπηρετεί τους ανθρώπους. Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι: «Η άμεση και επείγουσα ευθύνη, τη φέρνει αντιμέτωπη με την κοινωνία. Η ποιότητά της εξαρτάται από την επιστημονική θεμελιωμένη γνώση, που υποβάλλει το νοσηλευτικό δυναμικό στην πρακτική και διανοητική ικανότητα κρίσης, με την οποία είναι σε θέση να θέτει αυτή την γνώση στην υπηρεσία της ανθρωπότητας». Για το Rogers, πρόκειται για ένα επάγγελμα, μία επιστήμη, αλλά και μία τέχνη, καθώς κατακτάται μέσω της γνώσης και της επιστημονικής μελέτης, αλλά παράλληλα, η νοσηλεία αποτελεί μία τέχνη που εφαρμόζεται μέσω της επιστήμης, για την ευεξία των ανθρώπων (Κοτρώτσιου, 2008). Κατά συνέπεια, οι έννοιες «φροντίδα» και «νοσηλευτική» θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι αλληλένδετες, καθώς η φροντίδα στη νοσηλευτική, αφορά από τη μία πλευρά τις πεποισθήσεις, τις στάσεις και τις αξίες του ατόμου για τη ζωή και από την άλλη τις εφαρμοσμένες πράξεις και διαδικασίες, που απαιτούνται και εκφράζονται μέσα από συμπεριφορές φροντίδας.

Η πολυπλοκότητα της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας, καθιστά την προσέγγιση του υπό πραγμάτευση ζητήματος, δύσκολη. Παρ' όλα αυτά, η νοσηλευτική φροντίδα είναι εξίσου σημαντική για τους νοσηλευτές και τους ασθενείς, γι' αυτό το λόγο και σε γενικές γραμμές ερμηνεύεται κατά τον ίδιο τρόπο από τους δύο. Είναι γεγονός, ότι ένας μεγάλος αριθμός ερευνών που πραγματοποιούνται μέχρι και σήμερα, διαπιστώνουν ότι οι αντιλήψεις των ασθενών παραμένουν σταθερές γύρω από το ζήτημα της φροντίδας. Έτσι, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αυτές σχετίζονται με την επαγγελματική ικανότητα των νοσηλευτών, αλλά και με την απαραίτητη γνώση τους στην εφαρμογή διαφόρων

νοσηλευτικών διαδικασιών. Η πρώτιστη ανάγκη και θεμελιώδης αρχή της νοσηλευτικής φροντίδας, δεν είναι άλλη από την ικανοποίηση των αναγκών. Η ικανοποίηση, σχετίζεται άμεσα και σε μεγάλο βαθμό με την ποιότητα της φροντίδας και των νοσηλευτικών υπηρεσιών, γι' αυτό και δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στη βελτίωση της. Ακόμη, η συμπεριφορά του νοσηλευτή είναι εξίσου σημαντική και θα πρέπει να διέπεται από σεβασμό στην ατομικότητα του ασθενούς και να και ενέχει στοργικότητα, τρυφερότητα και κατανόηση τόσο στην κατάσταση της υγείας του, όσο και στη ψυχολογική του κατάπτωση.

7.2. Η νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Οι νοσηλευτές σήμερα αναλαμβάνουν πολλαπλούς ρόλους, όπως ο ρόλος του παρόχου φροντίδας αλλά και του ερευνητή. Κατά τον 20ο αιώνα, οι νοσηλευτές είχαν διευρυμένες αρμοδιότητές στη φροντίδα του ασθενούς και στην προώθηση του ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με την επέκταση των δεξιοτήτων τους. Ειδικότερα, κάποιοι νοσηλευτές προσπάθησαν να διευρύνουν το φάσμα της φροντίδας του ασθενούς με την έρευνα τους για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αλλά και με τη μελέτη των ανισοτήτων που παρουσιάζονται στην πρόσβαση στον προσυμπτωματικό έλεγχο μεταξύ των γυναικών. Στον 21ο αιώνα, οι νοσηλευτές που ενδιαφέρονται για τον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αναμένουν να διευρύνουν το πεδίο εφαρμογής της φροντίδας τους και των ερευνητικών τους ρόλων, συνεχίζοντας τη βελτίωση της κατάρτισης τους και υποστηρίζοντας τον προσυμπτωματικό έλεγχο (και την αύξηση της εκπαίδευσης για τον προσυμπτωματικό έλεγχο) συμβάλλοντας στην δημιουργία νέων πηγών χρηματοδότησης για την έρευνα (Hilton et al., 2003).

Η συμμετοχή των γυναικών σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αποτελεί φλέγον ζήτημα καθώς πολλές ζωές χάνονται εξαιτίας της μη πραγματοποίησης του. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί εύκολα, καθώς υπάρχει δυνατότητα πρόγνωσης και θεραπείας αν ανιχνευθεί έγκαιρα. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος έχει αποδειχθεί ότι κατέχει σημαντικό ρόλο στη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας που σχετίζεται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ως εκ τούτου, η ανάγκη για αυξημένη εκπαίδευση και διαθεσιμότητα των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τις γυναίκες είναι απαραίτητη για τη δημόσια υγεία. Ακόμη, είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι οι προσπάθειες για τη δημόσια υγεία μεριμνούν και για τις γυναίκες που προέρχονται από χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τη μελέτη του McMullin (1992) οι γυναίκες της Λατινικής Αμερικής είναι σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο λόγω των πολιτιστικών εμποδίων στη συζήτηση των σεξουαλικών πρακτικών. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια σημαντική απειλή για τις γυναίκες που είτε δεν έχουν εύκολη πρόσβαση στην ενημέρωσή τους, είτε υπόκεινται σε έντονη παραπληροφόρηση. Έτσι, είναι γεγονός ότι η πρόληψη αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας για την υγεία των γυναικών. Παρά τη διαθεσιμότητα του τεστ Παπανικολάου και τη χρήση του στην πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου για περισσότερα από 60 χρόνια, ένα σημαντικό ποσοστό των γυναικών δεν προστατεύεται αποτελεσματικά από την ασθένεια. Το νοσηλευτικό επάγγελμα μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο στην αύξηση του αριθμού των γυναικών που συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Παράγοντες που ενδέχεται να αυξήσουν την πιθανότητα προσβολής των γυναικών από τον καρκίνο περιλαμβάνουν τη μεγάλη ηλικία των ασθενών, την εθνικότητα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το χαμηλό εισόδημα, τη μειωμένη πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, την κακή οικονομική κατάσταση και άλλους δυσμενείς παράγοντες που εμποδίζουν την πρόσβασή τους στον έλεγχο (Hilton et al., 2003).

7.2.1. Σημασία λήψης ιστορικού του ασθενή

Το ιστορικό της ασθενούς στον πρώιμο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συνήθως είναι ασυμπτωματικό. Ο νοσηλευτής υποχρεούται να λαμβάνει ένα πλήρες ιστορικό με ιδιαίτερη προσοχή στην παρουσία παραγόντων κινδύνου για την ασθενή και ένα ιστορικό της εμμήνου ρύσεως της γυναίκας. Ακόμη, θα πρέπει αργότερα να αξιολογήσει τα συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, συμπεριλαμβανομένων της μη φυσιολογικής αιμορραγίας ή των κηλίδων αίματος μεταξύ των περιόδων ή μετά την εμμηνόπαυση, της μητρορραγίας ή μηνορραγίας, της αιμορραγίας μετά τη συνουσία και των χρόνιων λοιμώξεων του τραχήλου. Ο νοσηλευτής οφείλει να προσδιορίσει αν ο ασθενής έχει υποστεί απώλεια ή αύξηση βάρους, αν έχει πόνους στην κοιλιακή χώρα ή πνευλικό πόνο ή άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με τα νεοπλάσματα, όπως η κόπωση. Το ιστορικό του ασθενούς περιλαμβάνει την ανώμαλη κολπική αιμορραγία, όπως η επίμονη κολπική έκκριση που μπορεί να είναι κιτρινωπή, αιματηρή ή να έχει άσχημη οσμή. Ο πόνος μετά τη συνουσία και η αιμορραγία μεταξύ περιόδων ή μία ασυνήθιστα έντονη έμμηνος ρύση είναι επίσης αξιοσημείωτα γεγονότα για το ιστορικό. Τα ανωτέρω επομένως, είναι εξαιρετικά σημαντικά καθώς το ιστορικό του ασθενούς μπορεί να αναδείξει έναν ή περισσότερους από τους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση του τραχηλικού καρκίνου (lifenurses, 2010).

7.2.2. Εκπαίδευση νοσηλευτών

Η φροντίδα του ασθενούς από τους νοσηλευτές θα πρέπει να γίνεται με ολιστικό τρόπο. Η φροντίδα που προσφέρεται στις γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, τις βοηθά να προσαρμοστούν επιτυχώς στις ψυχολογικές διαταραχές που ενδέχεται να παρουσιάσουν εξ αιτίας

της διάγνωσης. Οι νοσηλευτές επομένως, θα πρέπει να αναγνωρίζουν τη δύναμη που προσφέρει η ίδια η επιστήμη και οι ολιστικές προσεγγίσεις ώστε να παράσχουν την απαραίτητη φροντίδα στις γυναίκες που βρίσκονται σε κρίση. Μια σημαντική πρόκληση για τους νοσηλευτές είναι η παροχή ολοκληρωμένης ψυχολογικής φροντίδας και η αξιολόγηση της ανταπόκρισης των γυναικών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ώστε να τους παραχθεί μία αποτελεσματική και ολιστική παρέμβαση, όταν είναι κρίνεται απαραίτητο.

Η έρευνα των Hilton et al. (2003) τονίζει τη σημασία της εκπαίδευσης για τους επαγγελματίες νοσηλευτές υγείας καθώς και την αναγκαιότητα της επαρκούς κλινικής εκπαίδευσής τους. Η κολποσκόπηση είναι μια ιδιαίτερα δύσκολη εξέταση της γυναικολογίας, διότι απαιτεί εξαιρετικές δεξιότητες οπτικής αναγνώρισης. Επιπλέον, ο συντονισμός ματιού και χεριού που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί η κολποσκόπηση σχετίζονται με τα καθήκοντα του νοσηλευτή (Hilton et al., 2003).

Μερικές από τις παρεμβάσεις που προτείνονται για τους νοσηλευτές κατά την υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είναι οι ακόλουθες:

- Να ακούν τους φόβους και τις ανησυχίες του ασθενούς και να προσπαθούν να του προσφέρουν σιγουριά, όταν ενδείκνυται.
- Να ενθαρρύνουν τον ασθενή και να χρησιμοποιούν τεχνικές χαλάρωσης για να βελτιώνουν την άνεση του κατά τις διαγνωστικές διαδικασίες.
- Να παρακολουθούν την ανταπόκριση του ασθενούς στη θεραπεία μέσω συχνών τεστ Παπανικολάου και βιοψιών.
- Να παρακολουθούν τον ασθενή για επιπλοκές που σχετίζονται με τη θεραπεία του.
- Να παρακολουθούν εργαστηριακές μελέτες.

- Να κατανοούν τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς και να εκφράζουν την ανάγκη για επαρκή ποσότητα υγρών και διατροφική πρόσληψη για την προώθηση της επούλωσης των ιστών.
- Να εξηγούν στον ασθενή οποιαδήποτε χειρουργική ή θεραπευτική διαδικασία καθώς και τι μπορεί να περιμένει τόσο πριν όσο και μετά τη διαδικασία.
- Να εξετάζουν τις πιθανές επιπλοκές της θεραπείας.
- Να παρακολουθούν τον ασθενή και να του αναφέρουν δυσάρεστες και ανεπιθύμητες αντιδράσεις που μπορεί να παρουσιάσει λόγω της θεραπείας.
- Να καθησυχάζουν την ασθενή ότι αυτή η ασθένεια και η θεραπεία της δεν θα πρέπει να αλλάξει ριζικά τον τρόπο ζωής της ή να απαγορεύει τη σεξουαλική της ζωή.
- Να εξηγούν στην ασθενή τη σημασία της συμμόρφωσής της με την παρακολούθηση της ασθένειας και την αναγκαιότητα για τακτικές επισκέψεις στο γυναικολόγο και ογκολόγο της (NursingFile, 2010).

Ένας άλλος τομέας της νοσηλευτικής έρευνας που αξίζει προσοχής είναι ο προσδιορισμός των κατευθυντήριων γραμμών ορθής πρακτικής του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ως μέρος ενός προγράμματος διαχείρισης της νόσου. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί πολλά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης στα οποία εφαρμόζονται κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής και κλινικών οδών ως ένα μέσο για τη φροντίδα των ασθενών και τη διαχείριση του κόστους, διατηρώντας παράλληλα την ποιότητα φροντίδας τους. Η διαχείριση της νόσου είναι ένας τρόπος για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγειονομικής περίθαλψης που βασίζεται σε μια συγκεκριμένη ασθένεια, όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Αυτή η προσέγγιση επιτρέπει την εφαρμογή των βέλτιστων πρακτικών που βασίζονται σε στοιχεία, την εκπαίδευση των ασθενών και τη μέτρηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας. Ακόμη, η διαχείριση της νόσου χρησιμοποιεί εργαλεία και διαδικασίες, όπως είναι η κλινική πορεία. Μία κατευθυντήρια γραμμή στην κλινική πρακτική συνιστά ένα πλαίσιο για την

αντιμετώπιση μιας συγκεκριμένης νοσολογικής οντότητας και περιλαμβάνει όλες τις μεθόδους θεραπείας που υποστηρίζονται από την ιατρική βιβλιογραφία, τα τρέχοντα πρότυπα πρακτικής και τη γνώμη των ειδικών. Η κλινική πορεία από την άλλη, είναι μια λεπτομερής περιγραφή σχετικά με πώς να παρέχεται στον ασθενή μια συγκεκριμένη θεραπευτική επιλογή, πράγμα το οποίο είναι μέρος ενός οδηγού πρακτικής.

Η χρήση των κατευθυντήριων γραμμών πρακτικής και οι διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης είναι αναγκαία καθ' όλη τη διάρκεια της περίθαλψης του ασθενούς. Οι κατευθυντήριες γραμμές βοηθούν στη δημιουργία βασικών πρακτικών που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία μιας συγκεκριμένης ασθένειας και με την πάροδο του χρόνου, μπορούν να μετρηθούν και να αξιολογηθούν συγκεκριμένα αποτελέσματα με σκοπό να διαπιστωθεί αν οι αλλαγές στις πρακτικές ήταν αποτελεσματικές (Hilton et al., 2003).

7.2.3. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών

Σύμφωνα με τους Ciccarelli και Meyer (2006) «η ψυχολογία είναι η επιστημονική μελέτη της συμπεριφοράς και των ψυχικών διεργασιών. Η συμπεριφορά περιλαμβάνει όλες τις εξωτερικές ή εμφανείς δράσεις και αντιδράσεις μας, όπως η ομιλία, οι εκφράσεις του προσώπου και οι κινήσεις. Οι ψυχικές διαδικασίες αναφέρονται σε όλη την εσωτερική, κρυφή λειτουργία του μυαλού μας, όπως η σκέψη, το συναίσθημα και η μνήμη» (Barker, 2007).

Η ψυχολογία προσπαθεί να κατανοήσει γιατί οι άνθρωποι συμπεριφέρονται, σκέφτονται και αισθάνονται με τον τρόπο που το κάνουν, ατομικά και σε ομάδες, σε όλους τους τομείς της ζωής συμπεριλαμβανομένης και της υγείας. Οι ψυχολόγοι όχι μόνο προσπαθούν να προβλέψουν τη

συμπεριφορά, αλλά και για να αλλάξουν τις συμπεριφορές των ατόμων για να ενισχύσουν την ευημερία και την ποιότητα ζωής τους.

Σύμφωνα με τον Barker, το παράδειγμα των νοσηλευτών αποδεικνύει αυτή τη θέση. Οι νοσηλευτές και οι ψυχολόγοι προσπαθούν να κατανοήσουν τις ανάγκες της υγείας των ανθρώπων και εργάζονται πάνω στο πώς να αλλάξουν τις συμπεριφορές, τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους για να ενισχύσουν την ευημερία του ατόμου, όχι μόνο στο παρόν, αλλά και για το μέλλον (Barker, 2007).

Μια μελέτη των Kenny et al. (2007) αναφέρει ότι μέχρι 60% των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο, έχουν μεγάλες δυσκολίες στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών θεμάτων τους και αυτοί οι ασθενείς αναφέρουν ότι δεν θεωρούν την ψυχοκοινωνική υποστήριξη αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας τους και ότι αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν, να θεραπεύσουν επαρκώς ή προσφεύγουν στην ψυχολογική αντιμετώπιση μέσω ειδικού (Muriel et al., 2009).

Ο καρκίνος του τραχήλου έχει μια σημαντική ψυχολογική και ψυχοκοινωνική επίδραση στο άτομο και γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό να αναπτυχθούν στρατηγικές για την αντιμετώπιση τους (Derogatis et al., 1983). Οι γυναίκες είναι γνωστό ότι παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους σε όλα τα στάδια της διαδικασίας για την ανίχνευση και θεραπεία του τραχήλου της μήτρας (Orbell et al., 2004). Άλλες αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών, περιλαμβάνουν καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας, αλλαγές στην αυτο-αντίληψη (διαταραγμένη εικόνα του σώματος, μειωμένη αυτοεκτίμηση), θυμό, ενοχή, θλίψη και αμηχανία.

Ακόμη και κατά τη διάρκεια του προσυμπτωματικού ελέγχου των υγιών γυναικών έχει διαπιστωθεί ότι η περίπτωση για μη φυσιολογική εικόνα του τραχήλου της μήτρας προκαλεί το φόβο για τον καρκίνο και την τρέχουσα κατάσταση της υγείας των γυναικών. Έτσι, οι γυναίκες συχνά δεν κατανοούν τους κινδύνους και τις αβεβαιότητες και είναι λιγότερο ενήμερες για τους περιορισμούς που σχετίζονται με τον έλεγχο από ότι για τα οφέλη του. Έχουν εντοπιστεί 32 κύριες αιτίες άγχους για τις γυναίκες που έχουν αναγνωριστεί ως παρανοήσεις

σχετικά με το σκοπό του ελέγχου και τις επιπτώσεις στην υγεία. Οι πληροφορίες που λαμβάνουν οι γυναίκες επομένως, θα πρέπει να εστιάζουν στους πιθανούς φόβους και το άγχος τους, ώστε να μειωθούν τυχόν ψυχολογικά προβλήματα που θα συνδέονται με την παραλαβή ενός μη φυσιολογικού αποτελέσματος.

Είναι γεγονός ότι οι γυναίκες που λαμβάνουν ένα μη φυσιολογικό αποτέλεσμα στο τεστ Παπανικολάου συνήθως βιώνουν ακραία επίπεδα αγωνίας. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι η πιο οδυνηρή περίοδος είναι η παραλαβή του μη φυσιολογικού αποτελέσματος. Οι ψυχολογικές συνέπειες από την παραλαβή ενός μη φυσιολογικού τεστ Παπανικολάου ή παθολογικών ευρημάτων στην κολποσκόπηση έχει προσελκύσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, μερικές μελέτες προτείνουν πρακτικούς τρόπους με τους οποίους μπορεί να μειωθεί το άγχος και η αγωνία.

Σε κάθε περίπτωση, πολλοί μελετητές έχουν επισημάνει ότι η παραλαβή μιας μη φυσιολογικής εξέτασης του τραχήλου της μήτρας καθώς και η παραπομπή για κολποσκόπηση του ασθενούς, προκαλεί άγχος και αγωνία σε ένα μεγάλο αριθμό γυναικών, αν και ο βαθμός του άγχους ποικίλλει ανάλογα με κάθε εμπειρία. Η κύρια αιτία της αγωνίας φαίνεται να είναι ο φόβος. Πολλές γυναίκες είναι φοβισμένες για τις ιατρικές διαδικασίες και πιστεύουν ότι το μη φυσιολογικό τεστ Παπανικολάου είναι ενδεικτικό ότι πάσχουν από καρκίνο και ότι η αναπαραγωγική ικανότητά τους θα μπορούσε να απειληθεί.

Το άγχος μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχολογία της ασθενούς, όπως για παράδειγμα να οδηγήσει σε καταθλιπτική διάθεση και μειωμένη λίμπιντο. Το αποτέλεσμα της εξέτασης μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στην αυτο-αντίληψη, μείωση της αυτοεκτίμησης αλλά και συναισθήματα που αναφέρουν ότι μπορούν να βιώσουν οι γυναίκες, όπως το αίσθημα ότι είναι «λιγότερο ελκυστικές», ότι «έχουν αμαυρωθεί», ή ότι «μόλυναν» το σώμα τους και ότι είναι «βρώμικο». Σε κάθε περίπτωση όμως, μπορεί οι γυναίκες να αντιδρούν με αυτόν τον τρόπο, δεδομένου ότι δεν καταλαβαίνουν το νόημα του αποτελέσματος τους. Προκειμένου να εντοπιστούν οι πληροφορίες που απαιτούν

οι γυναίκες για την υγεία τους και για την ασθένεια τους, είναι σημαντικό να κατανοήσουν τις διαδικασίες ελέγχου του τραχήλου της μήτρας.

Παρά το γεγονός ότι η ψυχολογική επιβάρυνση είναι κοινή σε όλες τις ασθενείς με όλες τις μορφές καρκίνου, συνήθως παραμένει απαρατήρητη (Fallowfield et al., 2001). Ανεξάρτητα από τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ή τα κλινικά χαρακτηριστικά, η καλύτερη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας επιφέρει θετικές αλλαγές στο άτομο στην πορεία της νόσου.

Μια μελέτη σε 119 ασθενείς που διαγνώστηκαν πρόσφατα με γυναικολογικό καρκίνο αξιολόγησε την ψυχολογική τους κατάσταση και τις λειτουργίες της καθημερινής ζωής πριν από τη χειρουργική επέμβαση, τρεις μήνες μετά την επέμβαση και ένα χρόνο μετά την επέμβαση. Η μελέτη διαπίστωσε ότι υπήρξε μια αρνητική επίδραση στην ψυχολογική κατάσταση και τις λειτουργίες της καθημερινής ζωής τους τρεις μήνες μετά την επέμβαση. Μετά από ένα χρόνο υπήρξε σημαντική βελτίωση στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και καμία σημαντική διαφορά στις λειτουργίες της καθημερινής ζωής σε σύγκριση με τα δεδομένα πριν την επέμβαση. Στους ασθενείς από την άλλη, που έλαβαν θεραπεία με χειρουργική επέμβαση, το επίπεδο της ψυχολογικής επιβάρυνσής τους συσχετίστηκε με την έκταση της ίδιας της επέμβασης (Greimel & Freidl, 2000).

Ακόμη, ερευνητές της βιοϊατρικής έχουν αναγνωρίσει ότι η ίδια (χειρουργική, ακτινοβολία, χημειοθεραπεία) η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να οδηγήσει σε μακροπρόθεσμες ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορεί με τη σειρά τους να έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής (Boykoff et al., 2009). Λόγω της φύσης του καρκίνου είναι εύκολο να αναγνωρισθεί ο αντίκτυπος που μπορεί να έχουν οι νοσηλευτές για την εκτίμηση και την παρέμβαση τους κατά τη διάρκεια της νόσου. Η παροχή της κατάλληλης ψυχοκοινωνικής φροντίδας μπορεί να μειώσει το χρόνο που οι ασθενείς παραμένουν στο νοσοκομείο και τις παρενέργειες που σχετίζονται με το άγχος και το στρες.

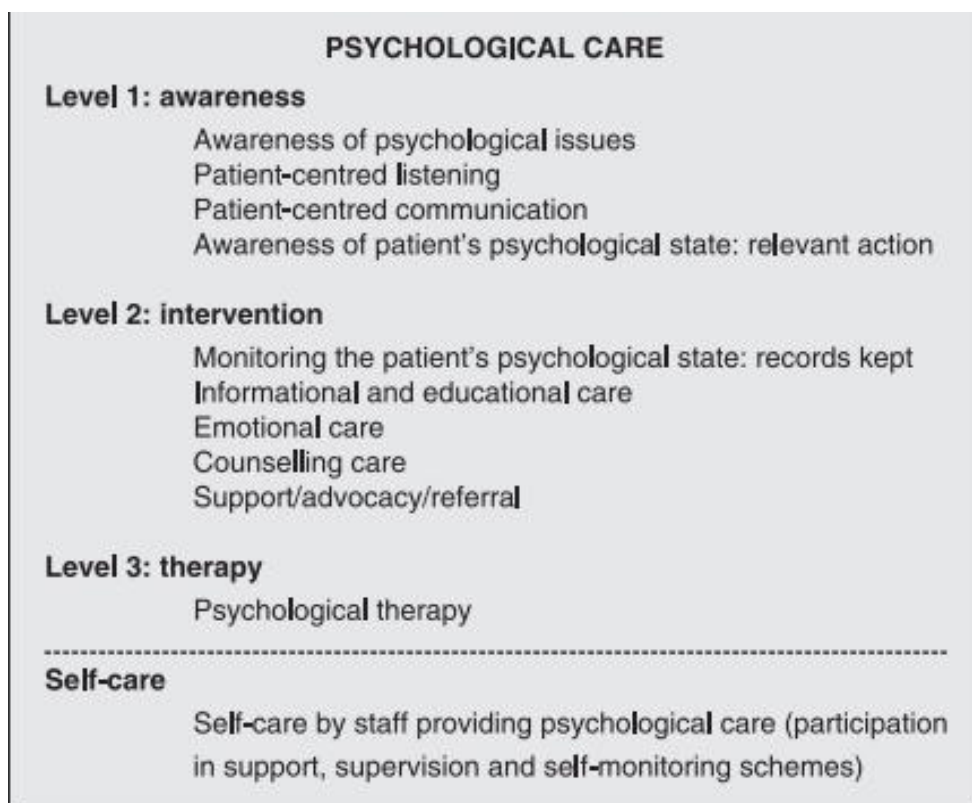
Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να τονισθεί ο ιδιαίτερος ρόλος των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα του νοσηλευτικού προσωπικού. Η φροντίδα του καρκίνου αφορά μια ιδιαίτερα αγχωτική διαδικασία για το προσωπικό που καλείται να παρέχει μία εξαιρετικά πολύπλοκη φροντίδα στον ασθενή, ενώ συνεχώς ασχολείται με το άγχος και την ταλαιπωρία των ατόμων που πεθαίνουν και τις οικογένειές τους (Lancaster, 2008). Οι συνθήκες εργασίας σε περιβάλλον με ογκολογικούς ασθενείς μπορούν να βελτιωθούν μέσω της εστίασης σε τροποποιήσιμους παράγοντες, όπως η εξέλιξη του προσωπικού που θα οδηγήσει σε καλύτερη ικανοποίηση από την εργασία και τη διατήρηση του προσωπικού (Watts et al., 2010). Η ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών που θα βοηθήσει τους κλινικούς γιατρούς να χρησιμοποιούν τις δεξιότητες επικοινωνίας στην παροχή φροντίδας είναι θεμελιώδης για την επίτευξη της βέλτιστης ψυχοκοινωνικής φροντίδας για τους ασθενείς (Botti et al., 2006).

Υπάρχουν πολλές εθνικές και τοπικές υπηρεσίες υποστήριξης, όπως για παράδειγμα εθελοντικές οργανώσεις, κλινικοί νοσοκόμοι, κλινικοί ψυχολόγοι, τοπικές ομάδες υποστήριξης, κέντρα υποδοχής και κέντρα ημέρας. Αυτές οι υπηρεσίες υποστήριξης μπορούν να προσφέρουν συμπληρωματικές υπηρεσίες θεραπείας, όπως η γιόγκα, η αρωματοθεραπεία και το ρέικι στους ασθενείς. Είναι γεγονός ότι στους ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας πρέπει να προσφέρεται ψυχολογική υποστήριξη όχι μόνο κατά τη στιγμή της διάγνωσης, αλλά και κατά διαστήματα καθ' όλη τη διαχείρισή της κατάστασής τους.

Η συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών μπορεί να μειώσει την αγωνία και τον αριθμό των ψυχολογικών παρενεργειών στις γυναίκες. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί πως ευάλωτη είναι η ψυχολογία όχι μόνο των ασθενών με καρκίνο αλλά και των συγγενών τους. Μελέτες μέτρησης των επιπέδων στρες των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου και του προστάτη και του κοντινού τους περιβάλλοντος, δείχνουν ότι οι συγγενείς έχουν περισσότερη αγωνία από τους ασθενείς και λαμβάνουν λιγότερη φροντίδα (National Breast Cancer Centre, 2003).

Η νοσηλευτική ως επάγγελμα θεωρείται ότι έχει σκοπό να βοηθήσει το άτομο (συνήθως τον ασθενή) σε δραστηριότητες που θα συμβάλλουν στην αποκατάσταση της υγείας του. Μερικές φορές οι νοσηλευτές πρέπει να παρέχουν πολύ βασική φροντίδα στους ανθρώπους με κύριο σκοπό να αναπτύξουν την ικανότητα του ατόμου να γίνει πιο ανεξάρτητο σε κάθε τομέα της ζωής του. Οι νοσηλευτές και οι ψυχολόγοι έχουν και οι δύο αυστηρούς κώδικες πρακτικής, που καθοδηγούν το έργο τους και να εξασφαλίσουν μια ηθική προσέγγιση στην επαγγελματική τους πρακτική. Οι νοσηλευτές ειδικότερα, υπάγονται στο επαγγελματικό σώμα που ονομάζεται το Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής (NMC), το οποίο έχει αναπτύξει ένα κώδικα δεοντολογίας για την επαγγελματική τους συμπεριφορά. Οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν την ψυχολογική έρευνα και θεωρίες για την ενίσχυση της νοσηλευτικής πρακτικής τους και από άλλες επιστήμες, όπως η κοινωνιολογία ή η βιολογία. Η νοσηλευτική παρ' όλα αυτά, έχει ήδη αναπτύξει το δικό της σώμα γνώσης. Οι νοσηλευτές επομένως, εργάζονται παράλληλα με τα επαγγέλματα των ψυχολόγων και των ψυχιάτρων και εμπλέκονται και στις φυσικές θεραπείες και την ψυχοθεραπεία του ασθενούς. (Barker, 2007).

Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη περιλαμβάνει την πολιτισμικά ευαίσθητη παροχή ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής φροντίδας (Hodgkinson, 2008). Με την άποψη ότι η «ψυχολογική φροντίδα» αναπτύσσεται μέσω και της νοσηλευτικής σε πολύ μεγάλο βαθμό συμφωνεί και ο Keith (2003) ,για τον οποίο η ψυχολογική φροντίδα αναφέρεται σε μια προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών και των τραυματιών που μπορεί να ενσωματωθεί στη φροντίδα της νοσηλευτικής με τις διάφορες θεραπείες που παρέχουν ένα οργανωμένο και πρακτικό ψυχολογικό περιεχόμενο στη συνολική φροντίδα. Για τον ίδιο, η καλή φροντίδα, διακρίνεται σε τρία επίπεδα: το πρώτο αφορά τους διαχειριστές στα νοσοκομεία και τις υπηρεσίες υγείας, το δεύτερο τις παρεμβάσεις και το τρίτο, αφορά την ψυχολογική θεραπεία (Keith, 2003).



Εικόνα 9: Τα συστατικά της καλής φροντίδας σύμφωνα με τον Keith, N. (2003).

Πηγή: (Keith, 2003)

Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι η ψυχοκοινωνική φροντίδα είναι σημαντική όχι μόνο για τους ασθενείς αλλά και για το προσωπικό που παρέχει αυτή τη φροντίδα. Οι ασθενείς αναφέρουν συστηματικά ότι έχουν συναισθηματικές ανάγκες για σημαντική ενημέρωση και οι οποίες παραμένουν συχνά ανεκπλήρωτες καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου (Sussman & Baldwin, 2010). Οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν φροντίδα και υποστήριξη με τις λεκτικές και

γραπτές συμβουλές τους στους ασθενείς. Οι γραπτές πληροφορίες είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τους νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς οι οποίοι δεν μπορούν να διατηρήσουν πολλές πληροφορίες, γεγονός που οφείλεται στην υπερφόρτωση πληροφοριών κατά την αρχική διάγνωση. Αυτό επιτρέπει στους ασθενείς να κατανοήσουν τον καρκίνο μέσω της σωστής ενημέρωσης των ειδικών και όχι να παραπληροφορηθούν (Moody, 2003).

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην ψυχοκοινωνική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο. Βλέπουν τους ασθενείς στη χειρότερη και στην καλύτερη στιγμή τους, από τη διάγνωση μέχρι τη θεραπεία. Όμως, υπάρχουν δύο σημαντικά ζητήματα στην ψυχοκοινωνική φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο: η αναγνώριση του κινδύνου και οι διαθέσιμοι πόροι για την ψυχική υγεία (Muriel et al., 2009). Έτσι, η επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας για να καταστεί δυνατή η παροχή των κατάλληλων, ακριβών και λεπτομερών πληροφοριών για τον ασθενή και τα βασικά στάδια που σχετίζονται με την παθολογική διαδικασία της νόσου. Η κλινική παρακολούθηση αναγνωρίζεται ως μια αποτελεσματική στρατηγική για την ενίσχυση της επαγγελματικής ανάπτυξης, την προώθηση της αυτογνωσίας, και η παροχή υποστήριξης έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλες τις επαγγελματικές ομάδες (Botti et al., 2006). Η κλινική επίβλεψη προσφέρει την ευκαιρία για προβληματισμό και μπορεί να αποτελέσει μέσο για τη διερεύνηση θεμάτων όπως η συμμετοχή και η εξάρτηση που μπορεί να αναπτυχθεί κατά τη φροντίδα των ατόμων με καρκίνο (Kenny et al., 2007).

Οι χρονικοί περιορισμοί των επαγγελματιών υγείας και οι ανεπαρκείς γνώσεις σχετικά με τα κατάλληλα εργαλεία κατά του καρκίνου μπορεί εν μέρει να ευθύνονται για τη σπάνια χρήση των μέσων ελέγχου υψηλής ποιότητας στις ρυθμίσεις για τη φροντίδα του καρκίνου (Vodermaier et al., 2009). Είναι σημαντικό επομένως, να διασφαλιστεί ότι οι νοσηλευτές έχουν τα απαραίτητα εργαλεία για τη διαχείριση του χρόνου ώστε να παρέχουν αποτελεσματική και έγκαιρη περίθαλψη.

Είναι γεγονός ότι οι νοσηλευτές διαδραματίζουν μοναδικό ρόλο στην υποστήριξη των ασθενών, με την οικοδόμηση του διαλόγου, ο οποίος βοηθά στην κατανόηση σχετικά με το πώς οι ασθενείς θεωρούν τους εαυτούς τους ως άτομα, τι είναι σημαντικό για αυτούς, πώς είναι η σχέση τους με τους άλλους, αν μπορεί να επηρεάσει τις αποφάσεις τους και την ικανότητά τους να ζουν με αυτές τις αποφάσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους και πέρα από αυτή (Ellis et al., 2006).

Οι καλές δεξιότητες επικοινωνίας και αξιολόγησης είναι απαραίτητες για την οικοδόμηση μιας σχέσης με τους ασθενείς και μπορεί να βοηθήσει το νοσηλευτή να αναπτύξει μια κλινική σχέση με τον ασθενή και την οικογένειά του. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο καρκίνος μπορεί να θεωρηθεί ως μια χρόνια ασθένεια γι' αυτό το λόγο είναι αναγκαία η οικοδόμηση μιας τέτοιας σχέσης με αυτό τον ασθενή και την οικογένειά του, που θα πρέπει να νοσηλευτεί σε όλη την πορεία της νόσου του. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να κερδηθεί η εμπιστοσύνη των ασθενών και η έναρξη της υποστήριξης για τους ασθενείς και την οικογένειά τους να είναι ευκολότερη.

Οι νοσηλευτές οφείλουν να προσπαθούν να θεραπεύσουν τους ασθενείς χωριστά καθώς κάθε ασθενής παρουσιάζει συγκεκριμένα συμπτώματα και χρήζει διαφορετικής ψυχοκοινωνικής φροντίδας (Watts et al., 2010). Η παροχή επαρκούς ψυχοκοινωνικής φροντίδας, έχει αποδειχθεί ευεργετική για τους ασθενείς. Μειώνει τόσο την ψυχολογική δυσφορία τους όσο και τα σωματικά συμπτώματα, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής, ενισχύοντας την αντιμετώπιση της ασθένειας και μειώνοντας τα επίπεδα του πόνου και ναυτίας, με επακόλουθη μείωση στις απαιτήσεις του νοσοκομείου για οικονομικούς πόρους (Ellis et al., 2006).

Η επικοινωνία στο πλαίσιο της θεραπείας του καρκίνου περιλαμβάνει γενικές διαδραστικές δεξιότητες με σκοπό να καλλιεργήσουν τη συμπάθεια, την υποστήριξη και την παροχή ιατρικών πληροφοριών στον ασθενή. Η σχέση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης με τους ασθενείς πρέπει να βασίζεται στην

εμπιστοσύνη. Οι παροχές φροντίδας θα πρέπει να είναι ανοιχτοί και ειλικρινείς, και να δηλώνουν με τη στάση τους την κατανόηση, την παρουσία, το σεβασμό, τον καθορισμό κοινών στόχων και την παροχή κοινωνικής υποστήριξης (Ritchie, 2001). Η μη λεκτική επικοινωνία προΐδεάζει τους ασθενείς για το άκουσμα μιας καλής ή κακής είδηση, όπως ακριβώς και τα πραγματικά λόγια. Η λεκτική επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας για την οικοδόμηση και τη διατήρηση αυτής της σχέσης, για τη μετάδοση πληροφοριών, για την παροχή υποστήριξης και τη διαπραγμάτευση των θεραπευτικών αποφάσεων (Rodin et al., 2009).

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα είναι σημαντική και έχει τεράστιο αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής του ατόμου, καθώς καλύπτει ένα ευρύ φάσμα θεμάτων στη φροντίδα του καρκίνου όπως η σωματική, η κοινωνική, η γνωστική, η πνευματική και η συναισθηματική φροντίδα. Παράλληλα, μεριμνά για την ψυχολογική συμπτωματολογία, τον πόνο και άλλα κοινά σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, διαταραχές του ύπνου και γαστρεντερικές ενοχλήσεις (Carlson & Bultz, 2003).

Όλοι οι ασθενείς με καρκίνο, θα επηρεαστούν με κάποιο τρόπο από τη θεραπεία τους. Μία δομημένη αξιολόγηση που θα αναληφθεί από τους νοσηλευτές του τομέα ογκολογίας μπορεί να δώσει τη δυνατότητα να εντοπιστούν νωρίς οι ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο λόγω της κακής προσαρμογής τους στη νέα κατάσταση και μπορεί να κατευθύνει την εφαρμογή παρεμβάσεων με στόχο την προώθηση μιας αίσθησης αισιοδοξίας, η οποία τελικά θα βελτιώσει την υγεία του ασθενούς και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής του (Mazanec et al., 2010).

Οι νοσηλευτές που παρακολουθούν τον ασθενή και την οικογένειά του σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας είναι σε θέση να εντοπίσουν αλλαγές στην ψυχοσυναισθηματική κατάστασή τους. Η συναισθηματική δυσφορία μπορεί να επέλθει ανά πάσα στιγμή κατά την πορεία της νόσου και ορίζεται ως μια αλλαγή στον τρόπο σκέψης, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που συμβαίνουν ως

απάντηση στη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία και τα γεγονότα που συμβαίνουν στην κλινική πορεία του καρκίνου (Grimm, 2005).

Επιπλέον, η ηλικία και το φύλο του ασθενούς μπορεί να έχουν αντίκτυπο στη σχέση δημιουργείται. Είναι σημαντικό να παρέχεται ενημερωτική υποστήριξη που θα αποτελείται από τη διαθεσιμότητα και την παροχή συγκεκριμένων και κατάλληλων για την ηλικία πληροφοριών (Zebrack et al., 2010). Οι ασθενείς ανάλογα με το στάδιο της ζωής τους θα απασχοληθούν από ζητήματα όπως η γονιμότητα, η χρηματοδότηση και άλλα, που μπορούν να τους επηρεάσουν σε κάποιο βαθμό. Μέρος του ρόλου του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική φροντίδα είναι να είναι σε θέση να παράσχει τους πόρους και την εκπαίδευση ιδίως για τις ατομικές ανάγκες των ασθενών. Οι νοσηλευτές καθώς και οι ειδικοί άλλων επαγγελματιών θα πρέπει να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον στο οποίο ο ασθενής θα αισθάνεται άνετα και θα νιώθει ασφαλής με αυτή σχέση και την επικοινωνία. Αυτή η θεραπευτική σχέση διαδραματίζει ζωτικό ρόλο για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Ανάλογα με την ηλικία, εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει το φύλο του ασθενούς. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν όσο το δυνατό λιγότερους ενδοιασμούς σχετικά με τη σεξουαλικότητα, την πνευματικότητα και την αισιοδοξία του ασθενούς όταν αξιολογούν την ψυχοκοινωνική φροντίδα και την ποιότητα της ζωής του. Ο καρκίνος θεωρείται ότι έχει άμεση επίδραση στη σεξουαλική ζωή ενός ατόμου και έμμεση επίδραση στην εικόνα του σώματός του (Kottronoulas et al., 2009). Έτσι, στη φροντίδα ειδικά για τον καρκίνο φαίνεται να υπάρχει μια αντίληψη ότι τα άτομα με καρκίνο δεν έχουν φύλο (Quinn, 2003)

Συμπερασματικά, οι νοσηλευτές θα πρέπει χρησιμοποιούν την ψυχοκοινωνική υποστήριξη για να βοηθήσουν στη δημιουργία θεραπευτικών σχέσεων, οι οποίες χτίζονται με ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική φροντίδα. Σήμερα, η αποτελεσματική υψηλής ποιότητας φροντίδα του καρκίνου έχει θεωρηθεί ότι περιλαμβάνει κάτι περισσότερο από την παράδοση των αντικαρκινικών θεραπειών. Όλο και περισσότερο οι επαγγελματίες υγείας που

αντιμετωπίζουν ογκολογικούς ασθενείς υποστηρίζουν την αναγκαιότητα της ψυχολογικής φροντίδας (Harrison et al., 2009). Η ενδυνάμωση των ασθενών μέσω της υποστήριξης και της εκπαίδευσης, τους επιτρέπει να έχουν κάποια αίσθηση του ελέγχου. Οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν την ενσυναίσθηση, την κατανόηση και τη διαβεβαίωση ότι θα συμβάλλουν στην θετική ψυχολογική των ασθενών (Lin & Bauer-Wu, 2003). Οι ασθενείς θα πρέπει να αισθάνονται ότι υποστηρίζονται με μια ολιστική προσέγγιση που εστιάζει στην ποιότητα της ζωής τους, τις προσωπικές σχέσεις και την κοινωνική κατάστασή τους (Sundquist & Yee, 2003).

7.2.4 Νοσηλευτική Διεργασία

Η Φ.Κ 40 ετών εισήχθη στο νοσοκομείο Υγεία την Τετάρτη 5 Μαρτίου με καρκίνο τραχήλου μήτρας. Το πρωί της Πέμπτης 6 Μαρτίου επεβλήθη σε προγραμματισμένη ριζική υστερεκτομή. Μετά την επέμβαση εμφάνισε μικρή αύξηση θερμοκρασίας, έμετο, κινητική δυσκολία, κατάθλιψη και ανησυχία.

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ</u> <u>ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u>
Αύξηση θερμοκρασίας	Μείωση θερμοκρασίας σώματος στα φυσιολογικά επίπεδα και ανακούφιση ασθενούς	Χορήγηση αντιπυρετικών και τοποθέτηση κομπρεσών με κρύο νερό, παρακολούθηση ζωτικών σημείων	Χορηγήθηκε αντιπυρετική αγωγή και τοποθετήθηκαν κομπρέσες στο μέτωπο της ασθενούς	Ο πυρετός μειώθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα και η ασθενής άρχισε να αισθάνεται καλύτερα
Έμετος/ Αφυδάτωση	Μείωση εμέτων και ενυδάτωση ασθενούς, αποκατάσταση όγκου υγρών	Χορήγηση αντιεμετικών και παρακολούθηση ζωτικών σημείων και πρόσληψης υγρών καθώς επίσης και των τιμών των ηλεκτρολυτών	Μέτρηση των ζωτικών σημείων και σωστή παρακολούθηση των υγρών του σώματος, σωστή καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων, χορήγηση	Οι έμετοι σταματούν, αποτρέπεται η αφυδάτωση και οι ηλεκτροδιαλυτικές διαταραχές αποκαθίστανται

			αντιεμετικών	
Κινητική δυσκολία	Βοήθεια ασθενούς στην κίνηση και αποφυγή θρομβώσεων και κατακλίσεων	Παρακολούθηση από φυσιοθεραπευτή, χορήγηση αντιθρομβωτικών και αντιπηκτικών, συχνή αλλαγή θέσεων για αποφυγή κατακλίσεων και καλό στρώσιμο κλίνης	Προτεινόμενες ασκήσεις από φυσιοθεραπευτή ή, λήψη αντιπηκτικών, σωστό στρώσιμο κλίνης, συχνές αλλαγές θέσεων	Η ασθενής με την βοήθεια του φυσιοθεραπευτή και του νοσηλευτή καταφέρνει να κινητοποιηθεί, έτσι αποφεύγονται κατακλίσεις και θρομβώσεις
Κατάθλιψη	Βελτίωση ψυχολογίας της ασθενούς	Χορήγηση αντικαταθλιπτικών και παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από νοσηλευτικό/ιατρικό προσωπικό και ψυχολόγους	Χορηγήθηκε αντικαταθλιπτικό ή αγωγή και προσφέρθηκε ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή	Βελτίωση ψυχολογικής διάθεσης ασθενούς
Ανησυχία	Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και καθησυχασμός ασθενούς	Χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων	Χορηγήθηκε αγχολυτική αγωγή	Η ασθενής έπειτα από την δράση της αγωγής, καταφέρνει να ηρεμήσει και να ησυχάσει

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος είναι η σοβαρότερη ίσως ασθένεια της εποχής μας, καθώς μαστίζει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού παγκοσμίως, ενώ η θεραπεία του παρά τις επίμονες προσπάθειες των επιστημόνων, δεν έχει ακόμη ανακαλυφθεί. Αν και δεν πρόκειται για μεταδοτική ασθένεια, είναι δυνατό να προσβάλει άτομα κάθε ηλικίας και ανεξαρτήτως φύλου και κατά πάσα πιθανότητα να οδηγήσει στο θάνατο. Το βέβαιο είναι, ότι σε ορισμένες περιπτώσεις επιδέχεται θεραπείας, αρκεί να διαγνωσθεί όσο το δυνατό νωρίτερα. Ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός που συντελείται ανεξέλεγκτα, οδηγεί αναπόφευκτα στο θάνατο τον ασθενή χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα αντιμετώπισης. Έτσι, καθώς τα κύτταρα παύουν να υπακούουν στους μηχανισμούς ελέγχου πολλαπλασιασμού και ανάπτυξης, ο θάνατος προγραμματίζεται από τον οργανισμό σε ένα αμφίβολο χρονικό διάστημα, ανάλογα τον τύπο του καρκίνου από τον οποίο πάσχει ο ασθενής. Η δημιουργία όγκων που αποτελούν τη συνάθροιση των κυττάρων και τη μορφοποίησή τους σε μάζα, διακρίνονται σε καλοήθεις, οι οποίοι δεν είναι απειλητικοί για τη ζωή του ατόμου, αλλά και κακοήθεις, οι οποίοι ευθύνονται για τις μεταστάσεις και το θάνατο του ασθενούς.

Στην παρούσα πτυχιακή μελετήθηκε ο καρκίνος του τραχήλου. Όπως είδαμε στα κεφάλαια που αναλύθηκαν, ένα από τα πιο κοινά συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η ανώμαλη κολπική αιμορραγία. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να μην υπάρχουν εμφανή συμπτώματα μέχρι ο καρκίνος να προχωρήσει αρκετά. Όσον αφορά τη θεραπεία

του, αυτή αφορά συνήθως χειρουργική επέμβαση σε πρώιμα στάδια και χημειοθεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου.

Επιπλέον, στο θεωρητικό μέρος, μελετήθηκε ο προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου με τη χρήση του τεστ Παπανικολάου που μπορεί να εντοπίσει προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας.

Η προσβολή με τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) φαίνεται να αποτελεί προϋπόθεση για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σχεδόν όλες τις περιπτώσεις, ενώ τα εμβόλια φαίνεται να είναι αποτελεσματικά έναντι των δύο στελεχών αυτής της μεγάλης οικογένειας των ιών που προκαλούν σήμερα περίπου το 70% των περιπτώσεων τραχηλικού καρκίνου. Δεδομένου ότι τα εμβόλια καλύπτουν ορισμένους μόνο από τους καρκινογόνους τύπους του ιού HPV, συνίσταται στις γυναίκες να υποβάλλονται σε τακτικό έλεγχο με τεστ Παπανικολάου, ακόμη και αν έχει προηγηθεί εμβολιασμός.

Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι καθοριστικός ιδιαίτερα στον τομέα της ψυχοκοινωνικής φροντίδας της ασθενούς. Η φροντίδα του ασθενή, συνιστά μία σχέση στην οποία υπάρχει η ανάγκη να κερδηθεί η εμπιστοσύνη. Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα είναι απαραίτητη τόσο για το νοσηλευτή όσο και για τον ασθενή, ώστε να συνεχίσει με την παροχή φροντίδας. Η επικοινωνία είναι εξίσου σημαντική στη σχέση μεταξύ των δύο υποκειμένων καθώς η έλλειψη επικοινωνίας μπορεί να αντανακλάται στον ασθενή και η ψυχολογική του κατάσταση όχι μόνο να μη βελτιώνεται αλλά και να φθίνει περισσότερο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- ✓ Al- Ghamdi A. et al. (2002). Vulvar squamous cell carcinoma in young women : a clinicopathologic study of 21 cases. *Gynecol Oncol*, 84(1), 94-101.
- ✓ Ambrosch P.(2001). Transoral laser microsurgery for cancer of the larynx. A retrospective analysis of 657 patients. *Onkologe* (7), 505-512.
- ✓ American Cancer Society (ACS). (2014).Cervical cancer: detailed guide. <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide>. Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 10, 2014.
- ✓ Armstrong A. (2007). *Nursing Ethics: A Virtue-Based Approach*. . Palgrave Macmillan.
- ✓ Aswathy S., Quereshi M., Kurian B., Leelamoni K. (2012). Cervical cancer screening: Current knowledge & practice among women in a rural population of Kerala, India. *Indian J Med Res.*, 136(2), 205–210.
- ✓ Bankhead CR. et al. (2003). The impact of screening on future health-promoting promoting behaviours and health beliefs: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 7(42), 1–88.

- ✓ Barker S. (2007). *Vital Notes for Nurses: Psychology*. Wiley-Blackwell.
- ✓ Basavanthappa B. (2006). *Textbook of Midwifery and Reproductive Health Nursing (1st edition.)*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- ✓ Botti M., Endicott R., Watts R., Cairns J., Lewis K., Kenny A. (2006). Barriers in providing psychosocial care for patients with cancer., *Cancer Nurs.* 29(4), 309-316.
- ✓ Boykoff N., Moieni M., Subramanian S. (2009). Confronting chemobrain: an in-depth look at survivors' reports of impact on work, social networks, and health care response. *Journal of Cancer Survival*, 3(4), 223-232.
- ✓ Breier-Mackie S. (2006). Medical Ethics and Nursing Ethics: Is There Really Any Difference? *Gastroenterology Nursing*, 29(2), 182–3.
- ✓ Butler-Manuel S., Buttery L., Hern P., Polak M., Barton D. (2000). Pelvic nerve plexus trauma at radical hysterectomy and simple hysterectomy. *Cancer* 89(4), 834-841.
- ✓ CancerStats. (2004). *CancerStats. Mortality*. UK: . Cancer Research UK.
- ✓ CancerStats. (2005). *CancerStats. Incidence*. UK: Cancer Research UK.
- ✓ Carlson L. & Bultz B. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes* 1(8), 1-9.
- ✓ Carroll J. (2012). *Sexuality Now: Embracing Diversity*. USA: Cengage Learning.
- ✓ Castellsague X. et al. (2007). HPV and Cervical Cancer in the World 2007 Report. *Vaccine* 25(3), 27-219.

- ✓ Charalambous A., Papadopoulos R., Beadsmoore A. (2008). Listening to the voices of patients with cancer and their nurses: a hermeneutic phenomenological study of quality Nursing Care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 436-442.
- ✓ Crum C., Abbott D., Quade B. (2003). Cervical cancer screening: from the Papanicolaou smear to the vaccine era. *Journal of Clinical Oncology* 21(10), 224-30.
- ✓ Cuzick J. (2010). Long-term cervical cancer prevention strategies across the globe. *Gynecologic Oncology*, 117(2), 11–14.
- ✓ Demiralay et al. (2012). Vulvar intraepithelial neoplasia and vulvar squamous cell carcinoma: a clinicopathologic study of 18 cases. *Journal of Cancer Therapeutics & Research*, 1-5.
- ✓ Denny L., & Wright T. (2005). Best Practice and Research in Clinical Obstetrics. *Gynaecology*. 19(4), 501-505.
- ✓ Ellis M., Woodcock C., Rawlings E., Bywater L. (2006). Psychological Issues. In M. Grundy ,*Nursing In Haematological Oncology* (p. 457-474), Elsevier.
- ✓ Fallowfield L., Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*, 84(8), 1011-5.
- ✓ Fayed L. (2013). Treating Cervical Cancer with Chemotherapy. <http://cervicalcancer.about.com/od/treatment/a/chemotherapy.htm>
Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 28, 2014.
- ✓ FDA. (2006). FDA Licenses New Vaccine for Prevention of Cervical Cancer and Other Diseases in Females Caused by Human Papillomavirus: Rapid Approval Marks Major Advancement in Public Health.

<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2006/ucm108666.htm> .Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 28, 2014.

- ✓ Greimel E. & Freidl W. (2000). Functioning in daily living and psychological well-being of female cancer patients. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 22(1), 25-30.
- ✓ Grimm P. (2005). Coping: Psychosocial Issues. In J. Itano, & K. Taoka, *Curriculum for Oncology Nurses Core*. Missouri: Elsevier Saunders.
- ✓ Harper D. Et al. (2006). Sustained efficacy up to 4-5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. *The Lancet*, 367(9518), 1247 - 1255.
- ✓ Harrison J., Young J., Price M., Butow P., Solomon M. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer*, 17(8), 1117-1128.
- ✓ Hart W. (2001). Vulvar Intraepithelial neoplasia: historical aspects and current status. *Int J Gynecol Pathol*, 20(1), 16-30.
- ✓ Hilton L. et al. (2003). The Role of Nursing in Cervical Cancer Prevention and Treatment. *American Cancer Society*, 98(9), 2070-74.
- ✓ Hodgkinson K. (2008). What is the psychosocial impact of cancer. In K. Hodgkinson, & J. Gilchrist ,*Psychosocial Care of Cancer Patients* (p. 1-12). Melbourne: Ausmed.
- ✓ International Agency for Research on Cancer (IARC). (2008). *Cancer Mondial*. <http://www-dep.iarc.fr/> Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 30, 2014.
- ✓ Kawana K., Adachi K., Kojima S., Kozuma T., Fujii T. (2012). Therapeutic Human Papillomavirus (HPV) Vaccines: A Novel Approach. *The Open Virology Journal*, 6(2), 264-269.

- ✓ Keith N. (2003). *Psychological Care For Ill And Injured People: A Clinical Guide: A Clinical Handbook*. McGraw-Hill International.
- ✓ Kenny A., Endacott R., Botti M., Watts R. (2007). Emotional toil: psychosocial care in rural settings for patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 663-672.
- ✓ Kotronoulas G., Papadopoulou C., Patiraki E. (2009). Nurses' knowledge, attitudes and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Support Care Cancer*, 17(5), 479-501.
- ✓ Lancaster T. (2008). The practicalities and challenges of providing psychosocial care. In K. Hodgkinson, & J. Gilchrist, *Patients, Psychosocial Care of Cancer* (p. 13-22). Melbourne: Ausmed.
- ✓ Lifenurses.(2010).
<http://www.lifenurses.com/nursing-care-plans-for-cervical-cancer/>
 Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 30, 2014.
- ✓ Lin H. & Bauer-Wu S. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 69-80.
- ✓ Mazanec S., Daly B., Douglas S., Lipson A. (2010). The relationship between optimism and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(3), 235-243.
- ✓ Modis Y., Trus B., Harrison S. (2002). Atomic model of the papillomavirus capsid. *EMBO J.* 21(18), 4754–4762.
- ✓ Moody R. (2003). Overcoming barriers to delivering information to cancer patients. *British Journal of Nursing*, 12(1), 1281-1287.
- ✓ Moore K., Agur A., Dalley A. (2010). *Essential Clinical Anatomy* (Fourth Edition) Walters Kluwer.

- ✓ Munoz N. et al. (2004). Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer* 111: 278-28.
 - ✓ Munoz, N. et al. (2003). International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*, 348(6),518-27.
 - ✓ Muriel A. et al (2009). Management of psychosocial distress by oncologists. *Psychiatric Services*, 60(8), 1132-1134.
 - ✓ Myers J. & John E. (2011). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment (Third Edition.)*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
 - ✓ National Breast Cancer Centre. (2003). *National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer.*Australia: National Breast Cancer Centre.
 - ✓ National Cancer Institute. (2011). *Support for People With Cancer: Chemotherapy and You*. USA: NIH Publication.
 - ✓ New Oxford American Dictionary. (2011). The rounded mass of fatty tissue lying over the joint of the pubic bones, in women typically more prominent and also called the mons veneris. Oxford University Press.
 - ✓ Nies M. & Mcewen M. (2001). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Θεσσαλονίκη.
 - ✓ NursingFile.(2010)
<http://nursingfile.com/nursing-care-plan/nursing-interventions/nursing-interventions-for-cervical-cancer.html>
- Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 30, 2014.
- ✓ Orbell S., Hagger M., Brown V., Tidy J. (2004). Appraisal theory and emotional sequelae of first visit to colposcopy following an abnormal

- cervical screening result. *British Journal of Health Psychology*. 9(4), 533–555.
- ✓ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2007). *Health at a glance*. Chapter 2: Health status: <http://www.oecd.org/redirect/document> Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 30, 2014.
 - ✓ Pisani P., Ferlay J., Bray F., Parkin, M. (2005). *Global Cancer Statistics 2002*. *CA Cancer J Clin*. 55 (2), 74–108.
 - ✓ Pitts M. & Clarke, T. (2002). Human papillomavirus infections and risks of cervical cancer: what do women know? *Health Educ Res.*, 17(6), 706-14.
 - ✓ Quinn B. (2003). Sexual health in cancer. *Nursing Times*, 99(4), 32-34.
 - ✓ Ritchie M. (2001). Psychosocial nursing care for adolescents with cancer. . In I. i. *Nursing*. 165-175.
 - ✓ Rodgers E. (2003). *Sex: A Natural History*. Macmillan. Henry Holt and Company.
 - ✓ Rodin G., Mikulincer M., Donner A., Gagliese L., Zimmerman, C. (2009). Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social Science and Medicine*, 68(3), 562-569.
 - ✓ Rose P. (2001). Type II radical hysterectomy-Evaluating its role in cervical cancer. *Gynecol Oncol* 80(1), 1-2.
 - ✓ Roughgarden J. (2004). *Evolution's Rainbow: Diversity, Gender, and Sexuality in Nature and People*. London: University of California Pr.
 - ✓ Saunders N., Kueck A., Haefner H. (2008). Classification of vulvar intraepithelial neoplasia. *The Female Patient* 33, 62-68.
 - ✓ Storch, J. (2009). *Ethics in Nursing Practice*. In H. Kuhse, & P. Singer, *A Companion to Bioethics* (p. 551–562.). Chichester UK: Blackwells.

- ✓ Sundquist K., & Yee L. (2003). Sexuality and body image after cancer. *Australian Family Physician*, 32((1/2)), p. 19-22.

- ✓ Sussman J., & Baldwin L. (2010). The interface of primary and oncology specialty care: From diagnosis through primary treatment. *Journal of the National Cancer Institute, Monographs*, (40):18-24.

- ✓ Tschudin V. (2003). *Ethics in Nursing: the caring relationship* (3rd ed.). Edinburgh: Butterworth-Heinemann.

- UK National Screening Committee. (2004). UK National Screening Committee. <http://www.nsc.nhs.uk> Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 9, 2014.

- ✓ Vessey M., Painter R., Yeates D.(2003). Mortality in relation to oral contraceptive use and cigarette smoking. *Lancet*. 19; 362(9379):185-91.

- ✓ Vodermaier A., Linden W., Siu, C. (2009). Screening for emotional distress in cancer patients: A systematic review of assessment instruments. *Journal of the National Cancer Institute*, 101(21), 1464-1488.

- ✓ Ward K., Berenson A. , Radecki Breitkopf C. (2011). Passive smoke exposure and abnormal cervical cytology in a predominantly Hispanic population. *American journal of obstetrics and gynecology*. 204(3):213.e1-6.

- ✓ Watts R., Botti M., Hunter M. (2010). Nurses' perspectives on the care provided to cancer patients. *Cancer Nursing*, 32(2), 1-8.

- World Health Organization (WHO). (2006). World Health Organization. <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/en/index.html> Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 10, 2014.

- ✓ Zebrack B., Chesler B., Kaplan S. (2010). To foster healing among adolescents and young adults with cancer: what helps? What hurts? *Support Care Cancer*, 18(1), 131-135.

- ✓ Zheng Y., Zhang J., Rao Z. (2004). Ribozyme targeting HPV16 E6E7 transcripts in cervical cancer cells suppresses cell growth and sensitizes cells to chemotherapy and radiotherapy. *Cancer Biol Ther* 3(11), 1129-34.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- ✓ Αντσακλής, Α. (2008). Μαιευτική και Γυναικολογία. Αθήνα : Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού.
- ✓ Εθνικό Σχέδιο Δράσης (ΕΣΔ). (2011). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011 - 2015 (ΕΣΔ). Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
http://www.anticancer.gov.gr/catalogue/SxedioDraasis_24selido.pdf.
Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 15, 2014
- ✓ Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. (s.d.). Έγκαιρη Διάγνωση Καρκίνου.
http://www.cancer-society.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=26&limit=1&limitstart=2. Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 15, 2014
- ✓ Κάρλου Χ. & Πατηράκη Ε. (2011). Η Έννοια της Φροντίδας στην Ογκολογική Νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 50(1), 35–48.
- ✓ Κοτρώτσιου Σ. (2008). Η έννοια της φροντίδας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7(1), 57-71.

- ✓ Μακρής Α. (2003). Κρυσχειρουργική: το ψύχος στην υπηρεσία της ιατρικής. <http://health.in.gr/news/various/article/?aid=1231088023>
Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 15, 2014
- ✓ Μιχαλάς Σ. (2000). Επίτομη Μαιευτική Γυναικολογία. Αθήνα. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού.
- ✓ Μπόντης Ι. (2007). Βασικές Γνώσεις Μαιευτική και Γυναικολογία. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- ✓ Ουζούνη Χ. & Νακάκης, Κ. (2008). Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με κατάθλιψη. Νοσηλευτική, 47(4), 458–470.
- ✓ Παϊκοπούλου Δ., & Γέραλη Μ. (2009). Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς στο Τελικό Στάδιο της Ζωής του : Πρωτόκολλο Μεταθανάτιας Φροντίδας. Νοσηλευτική, 48(1), 19–29.
- ✓ Παπαληγούρας Α. (2006). Disabled.
- ✓ <http://www.disabled.gr/parousiasi-tou-nomoschediou-gia-tin-antimetopisi-tis-endoikogeniakis-vias/> Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 3, 2014
- ✓ Παπασταύρου και συν.(2010). Η Έννοια της Φροντίδας: Αποτελέσματα από μια Πιλοτική Ερευνητική Εργασία. Νοσηλευτική, 49(4), 406-417.
- ✓ Φωτεινέας Α. (2014). Iatropedia. <http://www.iatropedia.gr/index/section/8>
Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 15, 2014
- ✓ Φωτίου Σ. (2009). Γυναικολογική Ογκολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.