



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (ΣΕΥΠ)

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ  
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ –  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΣΤΑΜΑΤΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ, 2017**

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....1**

Περίληψη.....5

Summary.....6

Εισαγωγή.....7

**Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>:ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

1.1.Επιδημιολογικά στοιχεία.....9

**Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>:ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ  
ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

2.1. Ανατομία γεννητικού συστήματος.....13

2.1.1. Έξω γεννητικά όργανα.....13

2.1.2. Εφήβαιο .....13

2.1.3. Μεγάλα και μικρά χείλη .....13

2.1.4. Κλειτορίδα .....14

2.1.5. Παρθενικός υμένας .....14

2.1.6. Πρόδρομος του κόλπου .....14

2.2 Έσω γεννητικά όργανα .....14

2.2.1. Κόλπος .....14

2.2.2. Ωοθήκες .....15

2.2.3. Σάλπιγγες .....15

2.2.4. Μήτρα .....15

2.2.4.1. Θέση .....16

2.2.4.2. Σχήμα και μέγεθος .....16

2.2.5. Τράχηλος .....17

2.3. Φυσιολογία γεννητικού συστήματος .....17

2.4. Παθολογοανατομία .....18

## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> :ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

<b>3.1. Αιτιολογικοί Παράγοντες .....</b>	<b>21</b>
---	-----------

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

<b>4.1. Πρόληψη καρκίνου τραχήλου της μήτρας .....</b>	<b>24</b>
<b>4.2. Πρωτοβάθμια πρόληψη .....</b>	<b>24</b>
<b>4.3. Εμβόλια .....</b>	<b>25</b>
<b>4.3.1. Gardasil.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3.2. Gardasil 9 .....</b>	<b>27</b>
<b>4.3.3. Cervarix.....</b>	<b>29</b>
<b>4.3.4. Αποτελεσματικότητα HPVεμβολίων .....</b>	<b>32</b>
<b>4.3.5. Παρενέργειες των εμβολίων .....</b>	<b>33</b>
<b>4.3.6. Κόστος εμβολίων .....</b>	<b>34</b>
<b>4.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτοβάθμια πρόληψη .....</b>	<b>36</b>
<b>4.5. Δευτεροβάθμια πρόληψη .....</b>	<b>39</b>
<b>4.6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτεροβάθμια πρόληψη .....</b>	<b>41</b>

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

<b>5.1. Συμπτώματα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας .....</b>	<b>43</b>
<b>5.2. Διάγνωση .....</b>	<b>43</b>
<b>5.3. Ιστορικό και φυσική εξέταση .....</b>	<b>44</b>
<b>5.4 Εργαστηριακά ευρήματα .....</b>	<b>44</b>
<b>5.5. Διαγνωστικές εξετάσεις .....</b>	<b>44</b>
<b>5.6. Απεικονιστικές εξετάσεις .....</b>	<b>46</b>

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

6.1. Σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου μήτρας .....	48
6.2. Πρόγνωση .....	49

## **Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

7.1. Γενικά .....	52
7.2. Συντηρητική θεραπεία .....	52
7.2.1. Θεραπεία με Laser.....	53
7.2.2. Κρυοθεραπεία-Κρυοπηξία .....	53
7.3. Χειρουργική θεραπεία .....	53
7.3.1. Κωνοειδής εκ τομή με νυστέρι και με Laser.....	53
7.3.2. Υστερεκτομή .....	54
7.4. Χημειοθεραπεία .....	56
7.5. Ακτινοθεραπεία .....	57

## **Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup> : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

8.1. Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με ΚΤΜ .....	59
8.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση .....	60
8.3. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε Χημειοθεραπεία .....	61
8.3.1. Προβλήματα του αρρώστου .....	61
8.3.2. Σκοποί της φροντίδας .....	62
8.3.3. Παρέμβαση .....	62
8.4. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία .....	62
8.4.1. Παρέμβαση .....	63
8.5. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χειρουργική αντιμετώπιση .....	64
8.5.1. Περιεγχειρητική φροντίδα .....	65

8.5.2. Προεγχειρητικός έλεγχος .....	65
8.5.3. Προεγχειρητικές πληροφορίες .....	66
8.5.4. Νοσηλευτική προεγχειρητική φροντίδα .....	66
8.5.5. Διεγχειρητική φροντίδα .....	67
8.5.6. Μετεγχειρητική φροντίδα .....	68
8.5.7. Νοσηλευτικές διαγνώσεις .....	68
8.6. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με πόνο .....	69
8.7. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών .....	69
8.8. Νοσηλευτική Διεργασία .....	70
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</b>	<b>73</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>76</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, με τα σημερινά δεδομένα είναι η τρίτη πιο κοινή κακοήθεια στις γυναίκες μετά τον καρκίνο μαστού και του ενδομήτριου. Παγκοσμίως είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες και προκαλείται από τον Ιό των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV). Σε όλο τον κόσμο περίπου 600,000 περιπτώσεις καρκίνου προκύπτουν κάθε χρόνο. Στην Ελλάδα η νόσος εμφανίζεται σε προχωρημένα στάδια λόγω της απουσίας του προληπτικού ελέγχου και της ενημέρωσης των πληθυσμών.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να δείξει ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να περιοριστεί και με τις κατάλληλες προϋποθέσεις να αντιμετωπιστεί. Αυτό μπορεί να συμβεί με προληπτικούς μεθόδους όπως τα εμβόλια τα οποία δίνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα και την ετήσια διαδομένη κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου. Ιδιαίτερη σημασία είναι η θέση του νοσηλευτή δίπλα σε ένα άτομο με καρκίνο για την ενημέρωση και την ψυχολογική υποστήριξη που μπορεί να προσφέρει.

Το υλικό και οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν στην πτυχιακή εργασία με θέμα τα νέα δεδομένα πρόληψης πραγματοποιήθηκε ως βιβλιογραφική ανασκόπηση σε επιστημονικές ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (sciencedirect, PubMed) και σε έγκυρες επιστημονικές ιστοσελίδες (cdc.gov, iarc.fr, cancer.gov), χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά HPV, Cancer, HPV prevention, cervical cancer, nursing intervention, HPV vaccinations. Η χρήση πληροφοριών είναι από τις χρονολογίες 2000-2017.

Το κυρίως θέμα της εργασίας είναι η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Αναφέρεται η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη. Η παρούσα εργασία αναφέρει τα εμβόλια που κυκλοφορούν, την δράση τους, την αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες που έχουν. Επίσης, ως δευτεροβάθμια πρόληψη προκύπτει το τεστ Παπανικολάου. Η δράση και η σημαντικότητα και των δύο προλαμβάνει την νόσο.

Το συμπέρασμα της νόσου από τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνει ότι ο καρκίνος του τραχήλου βρίσκεται σε πολλές χώρες σε έξαρση και δείχνει ότι είναι η τρίτη κύρια αιτία καρκίνου στις γυναίκες. Οι συζήτηση που γίνεται, οφείλεται στην πρόληψη του καρκίνου για την μείωση του ποσοστού της νόσου. Επίσης, προτείνονται προτάσεις για τον στόχο της πρόληψης.

## SUMMARY

The cervical cancer, by today's standards is the most common malignancy in women after the breast cancer and endometrial. Worldwide is the second most common cancer in women and is caused by the human papillomavirus (HPV). Worldwide approximately 600,000 cancer cases arising each year. In Greece the disease occurs in the later stages due to the absence of screening and awareness of populations.

The purpose of this study is to show that the cervical cancer can be reduced and appropriate conditions addressed. This can happen with preventative methods such as vaccines that give encouraging results and annual widespread cytology Papa Nikolaou. Of particular importance is the position of nurse next to a person with cancer for the updating and psychological support that may be offered.

The material and methods used to work with the new issue of prevention data held as a literature review in scientific electronic databases (science direct, PubMed) and valid scientific websites (cdc.gov, iarc.fr, cancer.gov), using keywords HPV, cancer, HPV preventions, cervical cancer, nursing intervention, HPV vaccinations. The use of information is of the year 2000-2017.

The main theme of the project is the prevention of cervical cancer. Indicate the primary and secondary prevention. This paper reports the vaccines circulating, their action, efficacy and side effects they have. Also, as a secondary prevention resulting Pap test. The effect and the significance of both preventing the disease.

The conclusion of the disease from the epidemiological data shows that cervical cancer is in many countries on the rise and shows that it is the third leading cause of cancer in women. The debate is due to cancer prevention to reduce the disease rate. Also proposed recommendations for the purpose of prevention.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Σε αυτήν την πτυχιακή εργασία γίνεται η προσπάθεια να κατανοήσει η κοινότητα το πρόβλημα της νόσου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Και πόσο μάλλον την σπουδαιότητα της νοσηλευτικής επιστήμης στην πρόληψη του καρκίνου, την θεραπεία και την ανακούφιση του αρρώστου.

Αρχικά, στα πρώτα κεφάλαια αναφέρεται στην ανατομία και φυσιολογία του τραχήλου της μήτρας, ώστε ο αναγνώστης να καταλάβει τη θέση και την σπουδαιότητα του τραχήλου. Να αντιληφθεί τη σοβαρότητα του προβλήματος λόγω της θέσης του. Επίσης, αναφέρεται στα επιδημιολογικά στοιχεία του καρκίνου σε όλο τον κόσμο.

Στα επόμενα κεφάλαια, αναφέρονται οι αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου. Τα οποία αίτια μοιάζουν γενικώς με τα αίτια των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επίσης, λόγω της βαρύτητας του θέματος αναφέρονται τα μέτρα πρόληψης. Ιδιαίτερη σημασία έχει η πρωτοβάθμια πρόληψη που περιλαμβάνει τα εμβόλια.

Μετά από, την αναφορά στα στάδια του καρκίνου και την θεραπεία, η παρούσα πτυχιακή εργασία αναφέρεται στην νοσηλευτική παρέμβαση-φροντίδα. Περιγράφεται ο ρόλος του νοσηλευτή δίπλα στον ασθενή σε κάθε στάδιο της νόσου με σκοπό την ανακούφιση και την εμπιστοσύνη του ασθενή, έτσι ώστε να καταφέρει ο νοσηλευτής την καλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα.

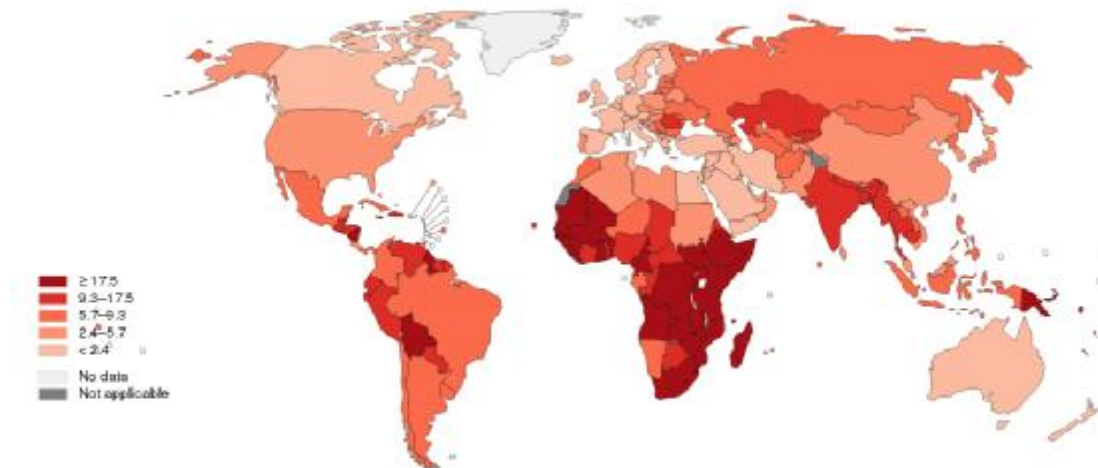


**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**  
**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

## **1.1. Επιδημιολογικά στοιχεία**

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο σε παγκόσμια κλίμακα. Είναι ο τρίτος σε συχνότητα καρκίνος σε γυναίκες. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας 33-45 ετών. Σε ετήσια κλίμακα διαγιγνώσκονται ετησίως περίπου 500.000 περιπτώσεις και 270.000 περίπου υπολογίζεται πως είναι οι θάνατοι από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων (περίπου 80%) συμβαίνει στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη καθημερινά περίπου 40 γυναίκες πεθαίνουν, ενώ παγκοσμίως το ποσοστό είναι ακόμη υψηλότερο. Στις χώρες τις οποίες υπάρχει υψηλή συχνότητα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η νόσος εμφανίζεται σε προχωρημένα στάδια. Αυτό γίνεται, λόγω της απουσίας του προληπτικού ελέγχου και της ενημέρωσης των πληθυσμών. Η τιμή της επίπτωσης ποικίλλει από χώρα σε χώρα, ενώ το 80% των περιπτώσεων συμβαίνει στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Η αιτία βρίσκεται στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες των χωρών αυτών, όπου είναι σχεδόν μηδαμινή η μαιευτική και η δυνατότητα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και τα προληπτικά προγράμματα είναι πρακτικά ανύπαρκτα. Η Αφρική, η Κ.Αμερική και η Καραϊβική έχουν την μεγαλύτερη επίπτωση, ενώ ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο, Καναδάς, Αυστραλία και Ολλανδία έχουν τις χαμηλότερες τιμές.

Estimated age-standardized rates (World) of deaths, females, cervical cancer, worldwide in 2012

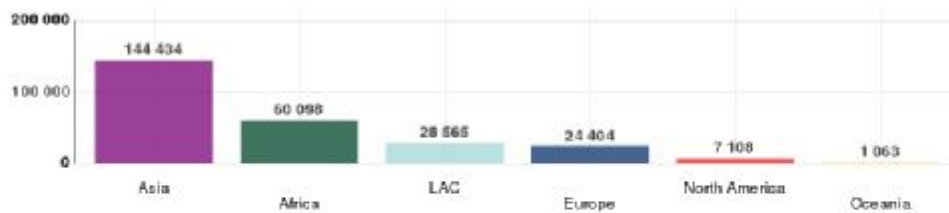


All rights reserved. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization / International Agency for Research on Cancer concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate borderlines for which there may not yet be full agreement.

Data source: GLOBOCAN 2012  
Map production: IARC  
(<http://gco.iarc.fr/today>)  
World Health Organization



Estimated number of deaths, females, cervical cancer, worldwide in 2012



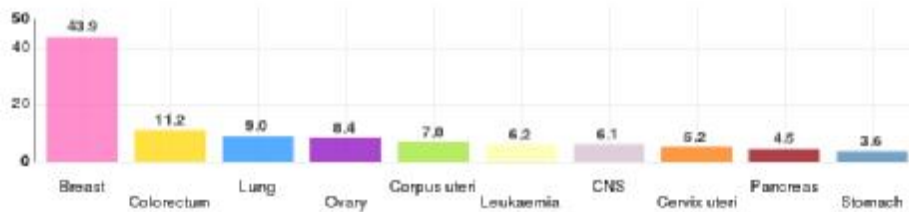
Data source: GLOBOCAN 2012  
Graph production: Cancer Today (<http://gco.iarc.fr/today>)  
© International Agency for Research on Cancer 2015



Σε όλο τον κόσμο, περίπου 600,000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και καρκίνου του πέους προκύπτουν κάθε χρόνο. Πολλά από αυτά τα άτομα θα υποστούν σημαντική νοσηρότητα ή θα πεθάνουν επειδή ο έγκαιρος εντοπισμός και η κατάλληλη ιατρική θεραπεία δεν είναι δυνατή ή διαθέσιμη. Το 2012, σε όλο τον κόσμο, υπήρχαν περίπου 266,000 θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αντιπροσωπεύοντας το 7,5% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες. Σχεδόν 9 στους 10 θανάτους από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (87%) συμβαίνουν στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες. Η θνησιμότητα διαφέρει κατά ένα παράγοντα 18 σε όλες τις περιοχές του κόσμου, με τα ποσοστά θνησιμότητας του 2012 να κυμαίνονται λιγότερο από 2 θανάτους ανά 100,000

γυναίκες στη Δυτική Ασία, τη Δυτική Ευρώπη και την Αυστραλία / Νέα Ζηλανδία σε περισσότερους από 20 θανάτους ανά 100,000 γυναίκες στην Μελανησία (20.6 θάνατοι), Κεντρική Αφρική (22,2 θάνατοι) και Ανατολική Αφρική (27,6 θάνατοι).

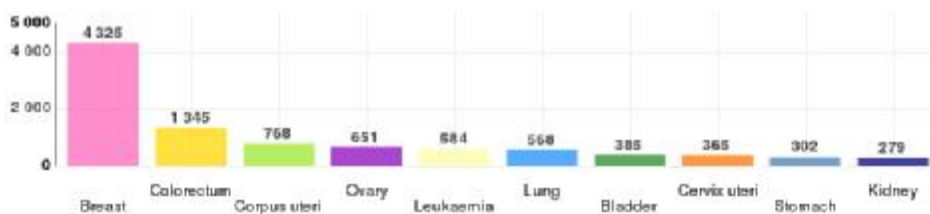
Estimated age-standardized rates (World) of incidence cases, females, Greece (top 10 cancer sites) in 2012



Data source: GLOBOCAN 2012  
 Graph production: Cancer Today (<http://gco.iarc.fr/today/>)  
 © International Agency for Research on Cancer 2015



Estimated number of prevalence cases (1-year), females, Greece (top 10 cancer sites) in 2012



Data source: GLOBOCAN 2012  
 Graph production: Cancer Today (<http://gco.iarc.fr/today/>)  
 © International Agency for Research on Cancer 2015



Η επίπτωση καθώς και η θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα, εκτιμάται ότι είναι ανάμεσα στις χαμηλότερες της Ευρώπης. Η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ανερχόταν το 2001 σε 9,55/100,000 κατοίκους και η θνησιμότητα σε 2,27/100,000 κατοίκους. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία, η επίπτωση στη χώρα μας ανέρχεται σε 7,7/100,000 και η θνησιμότητα 2,5/100,000.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**  
**ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ**  
**ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

## **2.1. Ανατομία γεννητικού συστήματος**

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι σχεδιασμένο ώστε να επιτρέπει τη διαδικασία της σύλληψης και της κυοφορίας, ενώ παράλληλα συμμετέχει στην έκκριση διάφορων ορμονών που παίζουν σημαντικό ρόλο σε πολλές λειτουργίες του οργανισμού. Στην προσπάθειά μας να κατανοήσουμε πλήρως τόσο τις λειτουργίες όσο και τις μεταβολές των γεννητικών οργάνων της γυναίκας κατά την διαδρομή της εγκυμοσύνης και των διαφόρων γυναικολογικών παθήσεων είναι απαραίτητο να μελετήσουμε συνοπτικά τα γεννητικά όργανα της γυναίκας. Το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής περιλαμβάνει τα έξω γεννητικά όργανα και τα έσω γεννητικά όργανα.

### **2.1.1. Έξω γεννητικά όργανα**

Τα έξω γεννητικά όργανα, αποτελούνται από το εφηβαίο, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον παρθενικό υμένα και τον πρόδρομο του κόλπου.

### **2.1.2. Εφήβαιο**

Ονομάζεται το τριγωνικό και υποστρόγγυλο έπαρμα που βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση. Καλύπτεται από δέρμα και έχει ως υπόθεμα υποδόριο λιπώδη συνδετικό ιστό.

### **2.1.3. Μεγάλα και μικρά χείλη**

Η έξω επιφάνεια των μεγάλων χειλέων αποτελείται από δέρμα και λίπος και καλύπτεται από το ηβικό τρίχωμα. Η έσω επιφάνεια μοιάζει με βλεννογόνο υμένα. Τα μικρά χείλη βρίσκονται στο εσωτερικό των μεγάλων χειλέων. Είναι λεπτές δερματικές πτυχές που μοιάζουν με βλεννογόνο. Το εσωτερικό του μικρού χείλους χωρίζεται από τον παρθενικό υμένα.

#### **2.1.4. Κλειτορίδα**

Η κλειτορίδα έχει μέγεθος 4-12 εκατοστά και μοιάζει με μικρογραφία πέους. Απεικονίζει 2 σκέλη που προσφύονται στα οστά της πυέλου. Είναι αρκετά ευαίσθητη στα νευρογενή ερεθίσματα και είναι υπαίτια για την σεξουαλική διέγερση.

#### **2.1.5. Παρθενικός υμένας**

Είναι ένα ινώδες πέταλο, μία μεμβράνη που καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Βρίσκεται στην είσοδο του κόλπου. Έχει δύο επιφάνειες, την κολπική και την αιδοϊκή και δύο χείλη, το προσπεφυκός χείλος και το ελεύθερο χείλος.

#### **2.1.6. Πρόδρομος του κόλπου**

Βρίσκεται μπροστά από την κλειτορίδα και πίσω από το σκαφοειδή βόθρο. Στον πυθμένα του μπροστά προβάλλει η ουρήθρα και προς τα πίσω ο κόλπος.

### **2.2. Έσω γεννητικά όργανα**

Τα εσωτερικά όργανα αναπαραγωγής βρίσκονται μέσα στην πυελική κοιλότητα. Αποτελούνται από τον κόλπο, την μήτρα τις ωοθήκες και τις σάλπιγγες.

#### **2.2.1. Κόλπος**

Ο κόλπος είναι μία καμπυλωτή δίοδος σαν σήραγγα, έχει 8-12 εκατοστά μήκος. Ο κόλπος στηρίζεται στη θέση του κυρίως με το περίνεο. Ο κόλπος υποδέχεται το σε στύση πέος κατά την διάρκεια της συνουσίας, ενώ παράλληλα στον κόλπο διέρχεται και το έμβρυο κατά την διάρκεια του τοκετού. Στον κόλπο γίνεται η εκκένωση της εμμήνου ρύσης και των εκκρίσεων της μήτρας. Καλύπτεται από βλενώδη υμένα με πολλές πτυχές που ονομάζονται κολεϊκές ρυτίδες.

### **2.2.2. Ωοθήκες**

Οι δύο ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες του θηλέος και παριστάνουν μικτούς αδένες. Την εξωκρινή τους μοίρα αποτελούν τα ωάρια και την ενδοκρινή τους μοίρα οι ορμόνες του θηλέος. Καθεμία ωοθήκη έχει σχήμα αμυγδάλου και βρίσκεται στο πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονας πυέλου. Οι ωοθήκες έχουν γκριζοπράσινο χρώμα και ανώμαλη επιφάνεια, ενώ παρουσιάζουν δύο χείλη, δύο επιφάνειες και δύο άκρα.

### **2.2.3. Σάλπιγγες**

Οι ωαγωγοί είναι δύο ινομυώδης σωλήνες που βρίσκονται κλεισμένοι μέσα στο άνω χείλος του πλατέως συνδέσμου της μήτρας που λέγεται μεσοσαλπίγγειο. Κάθε ωαγωγός με το ένα άκρο του ακουμπά πάνω στη σύστοιχη ωοθήκη, ενώ με το άλλο άκρο του εκβάλλει στη μήτρα.

Ο ωαγωγός αποτελείται από τέσσερα τμήματα και δύο στόμια. Από έξω προς τα μέσα, τα τμήματα είναι

α) Ο κώδωνας ή χώνη, β) Η λήκυθος, γ) Ο ισθμός, δ) Η μητριάια μοίρα.

Τα στόμια του ωαγωγού είναι : α) Το έξω ή κοιλιακό στόμιο, β) Το έσω ή μητριάιο στόμιο.

### **2.2.4. Μήτρα**

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο, η κοιλότητα του οποίου καλύπτεται από βλεννογόνο (ενδομήτριο). Τα παχιά μυϊκά τοιχώματα της μήτρας έχουν τη δυνατότητα, κατά τη διάρκεια της κύησης, να προσαρμόζονται στη μεγέθυνση του εμβρύου και επιπλέον, κατά τον τοκετό, να επιτυγχάνουν με τις συσπάσεις τους την απότξη του εμβρύου. Το ενδομήτριο χρησιμεύει στην εγκατάσταση της βλαστοκύστης και στην ανάπτυξή της σε έμβρυο. Για να επιτελέσει αυτή τη λειτουργία υφίσταται κυκλικές κατά μήνα εναλλαγές, συνέπεια των οποίων είναι η εμφάνιση της έμμηνης ρύσης.(Δημητρίου Θ. Σκανδαλάκης Π. 2013).



### **2.2.4.1. Θέση**

Η μήτρα βρίσκεται στην ελάσσονα πύελο, ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το απευθυσμένο, ενώ έχει προς τα κάτω τον κολεό με το περίνεο και προς τα άνω εντερικές έλικες.

### **2.2.4.2. Σχήμα και μέγεθος**

Το σχήμα της ακόμονος μήτρας είναι όμοιο με το σχήμα ενός αποπλατυσμένου κώνου, που η βάση στρέφεται ελεύθερη προς τα άνω και προς τα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και η κορυφή του προς τα κάτω και πίσω όπου συνάπτεται με τον κολεό. Το μήκος της μήτρας ανέρχεται σε 7-8 εκ., το πλάτος της σε 5 εκ. και το πάχος της σε 2,5-3 εκ., ενώ το βάρος της κυμαίνεται από 40-60 γραμμ. Εξαιτίας του σχήματος της, η μήτρα εμφανίζει δύο επιφάνειες και δύο πλάγια χείλη, ενώ διακρίνονται σε αυτήν τρία μέρη, ο πυθμένας, το σώμα και ο τράχηλος.

Ο πυθμένας της μήτρας κατά την περίοδο πριν από την εμμηναρχή δεν είναι αναπτυγμένος και προβάλλει ελάχιστα πάνω από την μεσοσαλπιγγική γραμμή. Αντίθετα, στις πολύτοκες γυναίκες είναι παχύς και προβάλλει προς τα άνω και πρόσω σαν θόλος, του οποίου η κυρτή επιφάνεια σχηματίζει με τα πλάγια χείλη του σώματος τη σαλπιγγική γωνία, από την οποία εκπορεύονται ο στρογγυλός σύνδεσμος της μήτρας, ο ωαγωγός και ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης.

Το σώμα της μήτρας αποτελείται από τρία στρώματα από έξω προς τα μέσα. Το περιμήτριο είναι ο έξω ορογόνος χιτώνας που καλύπτει τη μήτρα και αποτελεί τμήμα του περιπλαγγχνικού περιτοναίου, το μυομήτριο που περιέχει τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών, την έξω, τη μέση και την εσωτερική. Η μεσαία στιβάδα είναι η κυριότερη και παχύτερη μυϊκή μάζα και περιβάλλει τα αγγεία που αιματώνουν τη μήτρα. Το ενδομήτριο είναι ο εσωτερικός χιτώνας που καλύπτει τη μητρική κοιλότητα. Καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, όπως και ο ενδοτράχηλος. Στο ενδομήτριο υπάρχουν αδένια, τριχοειδή και λεμφοφόρα αγγεία. Οι μεταβολές του χαρακτηρίζουν τις διάφορες φάσεις του εμμηνορρυσιακού κύκλου.(Σκόπα Χ.2010).

### **2.2.5. Τράχηλος**

Ο τράχηλος είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας και έχει σχήμα κυλίνδρου. Ένα τμήμα του βρίσκεται μέσα στον κόλπο και ένα πάνω από αυτόν. Ο τράχηλος παράγει την τραχηλική βλέννη που δρα προστατευτικά έναντι των παθογόνων μικροοργανισμών, ενώ ταυτόχρονα δρα επικουρικά στη σύλληψη, καθώς διευκολύνει τη δίοδο των σπερματοζωαρίων. Η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ η ενδοτραχηλική από κυλινδρικό. Το όριο μεταξύ των δύο περιοχών ονομάζεται ζώνη μετάπτωσης.(Βλάσης Κ., Κανάρης Χ.,2009).

### **2.3. Φυσιολογία γεννητικού συστήματος**

Γεννητικός κύκλος της γυναίκας ονομάζεται το σύνολο των φυσιολογικών φαινομένων που εμφανίζονται κυρίως στα γεννητικά όργανα με περιοδική συχνότητα, σε όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας. Ο φυσιολογικός γεννητικός κύκλος περιλαμβάνει δύο φάσεις :

A. Την πρώτη φάση ή οιστρογονική.

B. Τη δεύτερη φάση ή προγεστερονική.

Στο τέλος της πρώτης φάσης συμβαίνει η ωοθυλακιορρηξία της γυναίκας. Στην πρώτη φάση ωριμάζουν βαθμιαία ένα ή περισσότερα ωοθυλάκια. Οι ορμόνες που κυριαρχούν σ' αυτή τη φάση είναι τα οιστρογόνα. Στη χρονική περίοδο της ωοθυλακιορρηξίας, το ώριμο ωοθυλάκιο που έχει έρθει επιφανειακά στην ωοθήκη, ρήγνυται. Το ωάριο εξέρχεται από την ωοθήκη και συλλαμβάνεται από το κωδωνικό στόμιο της σάλπιγγας. Προωθείται με συσπάσεις μέσα σ' αυτήν, προκειμένου να γίνει η γονιμοποίηση με σπερματοζωάριο του άντρα. Η διαδικασία αυτή πρέπει να γίνει μέσα στις επόμενες 24 ως 48 ώρες.(Πλέσσας Σ.,2010)

Κατά τη δεύτερη φάση του κύκλου, τα υπολείμματα του ωοθυλακίου σχηματίζουν το ωχρό σώμα, το οποίο παράγει την ορμόνη που λέγεται προγεστερόνη ή ωχραίνω. Η προγεστερόνη προετοιμάζει με τη δράση της το εσωτερικό φλοιό της μήτρας για την υποδοχή του γονιμοποιημένου ωαρίου. Το γονιμοποιημένο ωάριο παράγει μια ορμόνη που ονομάζεται

χορειακή γοναδοτροπίνη. Η ορμόνη αυτή δρα στην ωοθήκη και εξασφαλίζει έτσι την λειτουργία του ωχρού σωματίου επί τρεις περίπου μήνες μέχρι τον, περίπου λειτουργικά, σχηματισμό του πλακούντα. Εάν δεν γίνει γονιμοποίηση, τότε το ωάριο ευρισκόμενο στο εσωτερικό της σάλπιγγας αποπίπτει-πεθαίνει και ακολούθως, μετά από λίγες ημέρες, υποστρέφεται και το ωχρό σωματίο, μετατρέπόμενο σε λευκό σωματίο. Αυτή η μετατροπή ωχρού σε λευκό σωματίο συνοδεύεται από ελάττωση παραγόμενων ορμονών, η οποία προκαλεί νέκρωση του ενδομήτριου και αποπίπτει με τη μορφή αιμορραγίας από τον τράχηλο. Αυτή η αιμορραγία έχει συνήθως διάρκεια 4-6 ημέρες και ονομάζεται εμμηνορρυσία ή κοινώς, περίοδος. (Λαγός Δ.,2013).

Η φυσιολογική λειτουργία του γεννητικού κύκλου της γυναίκας ελέγχεται από όργανα του εγκεφάλου. Τα όργανα αυτά είναι ο υποθάλαμος και η υπόφυση. Έτσι, η ανάπτυξη και η ωρίμανση των ωοθυλακίων στις ωοθήκες, καθώς και η παραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης, ελέγχονται κυρίως από δύο ορμόνες του προσθίου λοβού της υπόφυσης, την ωοθυλακιότροπο ορμόνη (FSH) και την ωχρινοτρόπο ορμόνη (LH). Οι ωοθηκικές ορμόνες επηρεάζονται αμφίδρομα. Ο υποθάλαμος επίσης επηρεάζει και επηρεάζεται αμφίδρομα με τις ορμόνες που εκλύει. Υπάρχει, λοιπόν, ένας νοητός άξονας αλληλεπίδρασης : Ο υποθάλαμος, η υπόφυση και οι ωοθήκες.

Οι ορμόνες των ωοθηκών ελέγχουν το γεννητικό κύκλο. Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη είναι οι κύριες ορμόνες των ωοθηκών. Εκλεκτικά ελέγχουν τις φάσεις του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Έτσι, στον εμμηνορρυσιακό κύκλο των 28 ημερών διακρίνονται :

1. Η αιμορραγική φάση (1<sup>η</sup>-4<sup>η</sup> ημέρα), κατά την οποία η προγεστερόνη ελαττώνεται και τα οιστρογόνα αυξάνονται. Κατά την φάση αυτή αποβάλλεται η επιφανειακή στιβάδα του ενδομήτριου.
2. Η παραγωγική φάση (5<sup>η</sup>-15<sup>η</sup> ημέρα). Η φάση αυτή ελέγχεται κυρίως από τα οιστρογόνα. Οδηγεί στη ρήξη του ωοθυλακίου και στην απελευθέρωση του ωαρίου.
3. Η εκρηκτική φάση (15<sup>η</sup>-28<sup>η</sup> ημέρα). Η φάση αυτή ελέγχεται κυρίως από την προγεστερόνη. Στο ενδομήτριο αυξάνεται ο αριθμός των αγγείων και εμφανίζονται οι σπειροειδείς αρτηρίες. Προς το τέλος του κύκλου αυξάνονται και πάλι τα οιστρογόνα. (Αντσακλής Α. 2011).

## 2.4. Παθολογοανατομία

Η τραχηλική νεοπλασία προέρχεται συχνότερα από το πλακώδες επιθήλιο και μάλιστα από το πλακώδες μεταπλασθέν κυλινδρικό επιθήλιο. Τα καρκινώματα εκ πλακώδους επιθηλίου αποτελούν το 75% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και ξεκινούν μέσα στα λεπτά επίπεδα πλακώδη κύτταρα. Τα αδenoκαρκινώματα και τα αδenoπλακώδη καρκινώματα ευθύνονται για το 20% των διηθητικών καρκινωμάτων. Τα αδenoκαρκινώματα προκύπτουν από τα αδενικά κύτταρα του ενδοτράχηλου, ενώ τα αδenoπλακώδη αποτελούνται από μικτά κακοήγη πλακώδη επιθηλιακά και αδενικά στοιχεία και, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, είναι γνωστό ότι έχουν χειρότερη πρόγνωση από τα πλακώδη και τα αδenoκαρκινώματα. Τέλος, ακολουθούν τα μικροκυτταρικά νευροενδοκρινή καρκινώματα με ποσοστό μικρότερο του 5%. Όπως οι πλακώδεις αλλοιώσεις, έτσι και αδενικές σχετίζονται με την HPV λοίμωξη, η οποία θα αναλυθεί εκτενέστερα ακολούθως. Οι παραπάνω κακοήθειες φαίνεται να προέρχονται από προκαρκινικές αλλοιώσεις. Η νόσος θα εξελιχθεί από την προκαρκινική της μορφή, εάν αφηθεί δίχως θεραπεία, σε διηθητική όπως φαίνεται σε κάθετες επιδημιολογικές μελέτες. (Roger Watson, 2007)

Η φυσική ιστορία της ανάπτυξης του όγκου βασίζεται στην εξέλιξη μιας μικροσκοπικής διήθησης του στρώματος και επιφανειακής επέκτασης της βλάβης. Η σχηματιζόμενη μάζα κυττάρων διηθεί τοπικά το υποκείμενο στρώμα και στη συνέχεια τους παραμητρικούς και παρατραχηλικούς ιστούς. Σε προχωρημένη μορφή παρατηρείται διήθηση των παρακείμενων οργάνων, της ουροδόχου κύστης, του εντέρου και μεθίσταται σε επιχώριους πυελικούς λεμφαδένες. Η διασπορά των καρκινικών κυττάρων μέσω του κυκλοφορικού συστήματος συμβαίνει συνήθως σε πιο προχωρημένη μορφή της νόσου και αφορά στους πνεύμονες, στα οστά ή στα ενδοκοιλιακά όργανα. Από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα παρατηρείται αύξηση της συχνότητας της νόσου και όχι σχετική, λόγω μείωσης της συχνότητας των πλακωδών καρκινωμάτων ως απόρροια του αποτελεσματικού πληθυσμιακού ελέγχου. Η λοίμωξη από HPV αποτελεί την πιθανότερη αιτία αυτής της αύξησης της εμφάνισης των αδenoκαρκινωμάτων. (Μανώλης Ε. 2011)

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**  
**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

### 3.1 Αιτιολογικοί Παράγοντες

Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων, είναι ένας σεξουαλικά μεταδιδόμενος ιός, ο οποίος συνήθως βρίσκεται στο γεννητικό σύστημα και προκαλεί βλάβες σε άνδρες και γυναίκες. Θεωρείται ότι αποτελεί την αιτία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αν και δεν αναπτύξουν καρκίνο όλες οι γυναίκες που έχουν προσβληθεί από τον ιό HPV. Ο συγκεκριμένος ιός έχει θεωρηθεί ως ο πρώτος πιστοποιημένος ιός που ευθύνεται για την ανάπτυξη καρκίνου στον άνθρωπο. Σε πρακτικό επίπεδο αυτό σημαίνει ότι για να αναπτυχθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, η παρουσία του ιού HPV είναι απαραίτητη. Ο ιός ανιχνεύεται σε πάνω από 90% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας. (Ιατρική Φυσιολογία,2006)

Προσβάλλει συνήθως άτομα νεαρής ηλικίας, ενώ η διάδοση του ιού είναι τόσο ραγδαία ώστε η πιθανότητα να προσβληθεί από τη λοίμωξη μια σεξουαλικά ενεργή γυναίκα μέχρι την ηλικία των 30 ετών είναι της τάξεως 10-30%. Είναι ίσων το πιο κοινό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα στην Αμερική με 5,5 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ανά έτος. Μόνο σε μια μικρή υπομονάδα γυναικών η λοίμωξη θα καταλήξει σε βλάβη χαμηλού, μέσου ή υψηλού βαθμού ή και σε καρκίνο του τραχήλου. Θεωρείται ότι οι βλάβες υψηλού βαθμού (CINIII) έχουν την ικανότητα να εμμένουν και να εξελίσσονται σε καρκίνο του τραχήλου ενώ οι βλάβες χαμηλού βαθμού (CINI) σε μεγάλο βαθμό υποχωρούν αυτόματα. Δεν είναι γνωστό, όμως, εάν οι βλάβες μέσου βαθμού (CINII) αντιπροσωπεύουν πρώιμες βλάβες υψηλού βαθμού, προχωρημένες βλάβες χαμηλού βαθμού ή συνδυασμό και των δύο.

Υπάρχουν περισσότεροι από 100 τύποι του HPV και περίπου 40 από αυτούς μολύνουν τη γεννητική περιοχή. Κάποιοι από αυτούς προκαλούν τα γεννητικά κονδυλώματα, ενώ άλλοι προκαλούν αλλοιώσεις στα τραχηλικά κύτταρα οι οποίες μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο του τραχήλου. Η μόλυνση από τον ιό των θηλωμάτων αποτελεί απαραίτητη αλλά όχι ικανή συνθήκη για την πρόκληση καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας.

Έτσι πολλά άτομα μολύνονται από τον ιό χωρίς να νοσούν, όπως και από τα άτομα που μολύνονται και εμφανίζουν ελαφρές κυτταρικές αλλοιώσεις, ελάχιστα είναι αυτά που

κινδυνεύουν να νοσήσουν από καρκίνο. Κατά συνέπεια, φαίνεται ότι υπάρχουν και άλλοι εξωγενείς παράγοντες που σχετίζονται με τον κίνδυνο καρκινογένεσης στον τραχήλο της μήτρας, όπως :

- Ηλικία : η συχνότητα της νόσου αυξάνεται δραματικά με την πάροδο της ηλικίας.
- Κάπνισμα : Οι καρκινογόνες ουσίες που περιέχονται στον καπνό μπορεί να επιφέρουν μεταβολές στο γενετικό υλικό των κυττάρων, με συνέπεια να μη λειτουργούν φυσιολογικά.
- Σεξουαλική δραστηριότητα : Οι γυναίκες οι οποίες ξεκίνησαν την σεξουαλική τους δραστηριότητα από νεαρή ηλικία και παράλληλα είχαν αρκετούς και διαφορετικούς ερωτικούς συντρόφους έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
- Παθολογικές καταστάσεις : φλεγμονές του τραχήλου από ορισμένους ιούς, όπως τα χλαμύδια και ο έρπης, αυξάνουν τη συχνότητα της νόσου. Η κληρονομικότητα δεν φαίνεται να επηρεάζει τη συχνότητα της νόσου.
- Η ηλικία της πρώτης κύησης.
- Πολυτοκία : Οι γυναίκες οι οποίες έχουν τρεις ή περισσότερους τοκετούς έχουν κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας λόγω της ορμονικής αλλαγής που επέρχεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.
- Η πλημμελής σωματική υγιεινή.
- Η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών από το στόμα.
- Το επάγγελμα έχει παρατηρηθεί ότι οι σύζυγοι ναυτικών αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου, λόγω της μεγάλης πιθανότητας παράνομων σχέσεων.(Μαμόπουλος Μ., Ρούσσοι Δ.1998).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**



#### **4.1. Πρόληψη καρκίνου τραχήλου της μήτρας**

Με τον όρο πρόληψη εννοούμε την αναζήτηση κάποιας διαταραχής της υγείας μας μέσω ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων, προτού αυτή ακόμα εκδηλωθεί ή όπως αλλιώς λέμε, προτού αυτή μας δώσει συμπτώματα. Η πρόληψη είναι ο πιο σύγχρονος και ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των κυριότερων ασθενειών της εποχής μας. Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο, μέσω του τακτικού ελέγχου με Τεστ Παπανικολάου και μέσω του εμβολιασμού. 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. Υπάρχουν βέβαια και γυναίκες οι οποίες δεν συμμετέχουν στο πρόγραμμα ελέγχου. Ο λόγος που δεν συμμετέχουν είναι η έλλειψη γνώσης σχετικά με τις ενδείξεις του ελέγχου καθώς υποστηρίζουν ότι είναι περιττός ή θεωρούν ότι ο εαυτός τους δεν βρίσκεται σε κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η πρόληψη επιτυγχάνεται με την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη. (Αγοραστός Θ., Μπόντης Ι.2001).

#### **4.2. Πρωτοβάθμια πρόληψη**

Η πρωτοβάθμια 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. Ο ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων βρίσκεται συνεχώς σε έξαρση, διότι ο τρόπος μετάδοσης είναι κοινός για όλα τα άτομα που είναι σεξουαλικά ενεργά. Εφόσον ο τρόπος μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή, το μέσο πρόληψης είναι το προφυλακτικό. Παρ'όλα αυτά πρέπει να σημειωθεί ότι οι τύποι HPVόπου προκαλούν επιδερμικές αλλοιώσεις, όπως οξυτενή κονδυλώματα δεν μπορούν να περιοριστούν με τη χρήση προφυλακτικού. Παρά το γεγονός ότι η χρήση προφυλακτικού είναι μία καλή ιδέα για την πρόληψη της μετάδοσης άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, η χρήση προφυλακτικού δεν μπορεί να προστατεύσει τους σεξουαλικούς συντρόφους από τη μετάδοση του ιού HPV. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι το προφυλακτικό δεν εμποδίζει την επαφή δέρμα με δέρμα. Αντίθετα, το γυναικείο προφυλακτικό μπορεί να παρέχει

μεγαλύτερη προστασία, διότι παρέχει ευρύτερη κάλυψη. Η μετάδοση του HPV των γεννητικών οργάνων φαίνεται να είναι υψηλή με ένα νέο ερωτικό σύντροφο. Για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, τα προφυλακτικά πρέπει να χρησιμοποιούνται σε κάθε σεξουαλική πράξη, από την αρχή μέχρι το τέλος. Ο HPV μπορεί να μολύνει περιοχές που δεν καλύπτονται από το προφυλακτικό. Συνεπώς, τα προφυλακτικά δεν παρέχουν πλήρη προστασία κατά του ιού HPV.

Ο περιορισμός των ερωτικών συντρόφων μπορεί να βοηθήσει στην μείωση της εξάπλωσης του ιού. Στην περίπτωση κατά την οποία δεν γίνεται χρήση προφυλακτικού από δύο συντρόφους, πρέπει να γίνεται αντιληπτό από τον καθένα ότι είναι σα να έρχονται σε επαφή με όλους τους προηγούμενους συντρόφους που είχε ο καθένας τους. Η μη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων και η αποφυγή πολυγαμίας περιορίζει την μεταδοτικότητα του ιού. Βέβαια οι άνθρωποι που έχουν μόνο έναν ερωτικό σύντροφο μπορούν να προσβληθούν από τον ιό HPV. Επειδή η HPV λοίμωξη είναι πολύ κοινή, και σχεδόν κάθε σεξουαλικά ενεργό άτομο έχει έρθει σε επαφή με τον ιό κάποια στιγμή στη ζωή του, πρέπει να παρακολουθείται από τον ιατρό έτσι ώστε να οροθετείται η πορεία της λοίμωξης.

### **4.3. Εμβόλια**

Σήμερα, είναι γεγονός η ύπαρξη εμβολίου κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, του οποίου τα πρώτα αποτελέσματα είναι θετικά.. Η πρόοδος της επιστήμης στον τομέα αυτό είναι τόσο σημαντική που έγινε δυνατή η παρασκευή εμβολίου, το οποίο πρέπει να τονιστεί ότι έχει αμιγώς προφυλακτική δράση και όχι θεραπευτική. Πρόκειται για εμβόλια που προφυλάσσουν από την ανάπτυξη προ καρκινικών αλλοιώσεων και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου και του κόλπου. Υπάρχουν ενδείξεις ότι προστατεύουν και από καρκίνους άλλων οργάνων στην ανάπτυξη των οποίων εμπλέκονται HPV ιοί, όπως :

- Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, του κόλπου, και του αιδοίου στις γυναίκες.
- Καρκίνος του πέους στους άνδρες.
- Καρκίνος του πρωκτού και πίσω μέρος του λαιμού, συμπεριλαμβανόμενης της βάσης της γλώσσας και των αμυγδαλών σε γυναίκες και άνδρες.

Τρία εμβόλια HPV είναι εγκεκριμένα για χρήση στην Ελλάδα, Αμερική, Αγγλία και Ευρώπη. Το τετραδύναμο εμβόλιο HPV Gardasil και το διδύναμο Cervarix και το 9-δύναμο Gardasil 9. (CDC, *Vaccine* 2012; 30 Suppl 5:F123-138).

### 4.3.1.Gardasil

Είναι ένα τετραδύναμο εμβόλιο που παράγεται από την Merck&Co, Inc. Έχει αδειοδοτηθεί για χρήση σε γυναίκες και άνδρες ηλικίας 9 ως 26 ετών. Το τετραδύναμο εμβόλιο περιέχει προστασία κατά των ιού HPV6, 11, 16, 18. Είναι ένα ανοσοενισχυμένο μη λοιμογόνο ανασυνδυασμένο τετραδύναμο εμβόλιο που παρασκευάζεται από υψηλής καθαρότητας σωματίδια προσομοιάζοντα του ιού της μείζονος καψιδικής L1 πρωτεΐνη<sup>2,3</sup> του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων. Το Gardasil εμφανίζεται σαν ένα διαυγές υγρό με ένα λευκό ίζημα. Μετά την ανατάραξη του είναι ένα λευκό, θολό υγρό.

Ο HPV16 και 18 υπολογίζεται ότι είναι υπεύθυνοι για το ~70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και το 75%-80% των καρκίνων του πρωκτού, το 80% του αδενοκαρκινώματος insitu (AIDS), το 45%-70% της υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας, το 25% της χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας, για ~70% της σχετιζόμενης με τον HPV υψηλού βαθμού νεοπλασίας του αιδοίου και του κόλπου και το 80% υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του πρωκτού. Ο HPV6 και 11 είναι υπεύθυνοι για το ~90% των ακροχορδόνων των γεννητικών οργάνων και το 10% της χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας.

Σε άτομα ηλικίας 9 ως και 13 ετών χορηγείται με ένα σχήμα 2-δόσεων ( 0,5 ml στους 0, 6 μήνες ). Εάν η δεύτερη δόση χορηγηθεί νωρίτερα από 6 μήνες, μία Τρίτη δόση θα πρέπει πάντα να χορηγείται. Εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθεί με ένα σχήμα 3-δόσεων ( 0,5 ml στους 0, 2, 6 μήνες ). Η δεύτερη δόση χορηγείται τουλάχιστον ένα μήνα μετά την πρώτη δόση και η τρίτη δόση τουλάχιστον 3 μήνες μετά. Το εμβόλιο πρέπει να χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση. Η προτιμώμενη θέση είναι η περιοχή του δελτοειδή μύ του άνω βραχίονα. (SchillerJT, CastellsagueX,2012)

Άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα ενδεικτικά υπερευαισθησίας μετά τη λήψη μίας δόσης Gardasil δεν πρέπει να λαμβάνουν περαιτέρω δόσεις. Η χορήγησή του πρέπει να αναβάλλεται σε άτομα που πάσχουν από οξεία σοβαρή εμπύρετη νόσο. Ωστόσο, η παρουσία ήπιας λοίμωξης, όπως η ήπια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος ή ο χαμηλός πυρετός, δεν αποτελεί αντένδειξη για εμβολιασμό.

Η αποτελεσματικότητα του Gardasil σε γυναίκες ηλικίας 16 μέχρι 26 ετών αξιολογήθηκε σε 4 ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο, διπλές-τυφλές, τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες Φάσεις

II και III που περιλάμβαναν συνολικά 20.541 γυναίκες που εμβολιάστηκαν κατά την εισαγωγή τους στη μελέτη χωρίς προηγούμενο έλεγχο για την παρουσία λοίμωξης. Η αποτελεσματικότητα του Gardasil:

- Έναντι της βλάβης CIN 1 που σχετίζεται με τους τύπους HPV 6,11,16 και 18 ήταν 95,9%.
- Έναντι των βλαβών CIN 1,2,3 ή AIDS που σχετίζονται με τους τύπους HPV 6,11,16 και 18 ήταν 96%.
- Έναντι των βλαβών VIN 2/3 και VaIN 2/3 που σχετίζονται με τους τύπους HPV 6,11,16 ΚΑΙ 18 ήταν 100% και 100% αντίστοιχα.
- Έναντι των ακροχορδόνων των γεννητικών οργάνων που σχετίζονται με τους τύπους HPV 6,11,16 ΚΑΙ 18 ήταν 99%.

Τον Απρίλιο του 2014, περισσότερο από 170 εκατομμύρια δόσεις είχαν διανεμηθεί σε όλο τον κόσμο. Η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων και τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων θεωρούν ότι το εμβόλιο είναι ασφαλές. Εκδόσεις του FDA και του κράτους CDC ότι το εμβόλιο έχει ως επί το πλείστο μικρές παρενέργειες, όπως πόνο γύρω από την περιοχή της ένεσης. Λιποθυμία είναι πιο συχνή μεταξύ των εφήβων σε σύγκριση με άλλα είδη εμβολιασμών. Υπήρξαν αναφορές ότι η βολή είναι πιο επώδυνη από άλλα κοινά εμβόλια και ο κατασκευαστής Merck αποδίδει εν μέρει αυτό με τα σωματίδια που ομοιάζουν με ιό εντός του εμβολίου.

#### **4.3.2. Gardasil 9**

Οι τελευταίες δόσεις του Gardasil ήγουν το Μάιο του 2017 στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το Gardasil 9 θα είναι σύντομα το μόνο εμβόλιο κατά του HPV διαθέσιμο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η FDA ενέκρινε το Gardasil 9 για χρήση το 2014. Είναι ένα 9-δύναμο εμβόλιο του Ιού των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων. Χορηγείται σε άνδρες και γυναίκες σε ηλικία άνω των 9 ετών για προστασία από τα ακόλουθα νοσήματα τα οποία προκαλούνται από 9 τύπους του Ιού ( 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 και 58 ) :

- Προκαρκινικές αλλοιώσεις και καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου, του κόλπου και του πρωκτού.

- Κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων.

Το Gardasil 9 είναι ενέσιμο εναιώρημα και χορηγείται βάσει σχήματος δύο δόσεων ή τριών δόσεων για κορίτσια και αγόρια ηλικίας 9 ως 14 ετών και σχήματος τριών δόσεων για γυναίκες και άνδρες ηλικίας 15 ετών και άνω. Για το σχήμα των δύο δόσεων, η δεύτερη δόση πρέπει να χορηγείται 5 ως 13 μήνες μετά την πρώτη δόση. Για το σχήμα των τριών δόσεων, η δεύτερη δόση πρέπει να χορηγείται δύο μήνες μετά την πρώτη δόση και η τρίτη δόση τέσσερις μήνες μετά την δεύτερη. Τα άτομα που λαμβάνουν την πρώτη δόση του Gardasil 9 συνιστάται να ολοκληρώνουν το εμβολιαστικό σχήμα με το ίδιο φάρμακο. Το εμβόλιο χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση στον ώμο ή στον μηρό.

Το Gardasil 9 περιέχει καθαρές πρωτεΐνες L1 για τους εννέα τύπους HPV. Οι πρωτεΐνες σχηματίζουν σωματίδια που μιμούνται τον ιό αλλά δεν είναι ικανά να προκαλέσουν λοίμωξη ή νόσο. Το εμβόλιο αυτό περιέχει επίσης, ένα ανοσοενισχυτικό (μία ένωση που περιέχει αργίλιο) για την επίτευξη καλύτερης απόκρισης. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν αντιδράσεις στην περιοχή εφαρμογής της ένεσης και πονοκέφαλος. Η Επιτροπή Φαρμάκων για Ανθρώπινη Χρήση του Οργανισμού έκρινε ότι τα οφέλη του Gardasil 9 υπερτερούν των κινδύνων με αυτόν και εισηγήθηκε την έγκριση της χρήσης του στην ΕΕ. Έκρινε ότι παρέχει ευρύτερο φάσμα προστασίας κατά του καρκίνου απ' ό,τι το πρόδρομο εμβόλιο Gardasil, επειδή παρέχει προστασία έναντι πέντε επιπρόσθετων τύπων HPV ( 31, 33, 45, 52, 58 ) οι οποίοι αν και λιγότερο συχνόι από τους τύπους 16 και 18, θεωρούνται όμως τύποι υψηλού κινδύνου HPV. Συνεπώς, αναμένεται ότι το Gardasil 9 προλαμβάνει, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του κόλπου και του αιδοίου και την εμφάνιση προκαρκινικών αλλοιώσεων και κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων που συνδέονται με τον ιό HPV.

Στις 10 Ιουνίου 2015, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χορήγησε άδεια κυκλοφορίας, η οποία ισχύει σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση, για το Gardasil 9. (E.Petrosky, Joseph A. March 27, 2015 / 64(11);300-304), (EMA / 192711/2016)

### 4.3.3. Cervarix

Στην Ελλάδα το εμβόλιο έλαβε άδεια κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ το Δεκέμβριο του 2007 και έχει εγκριθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και Φαρμάκων προς κλινική χρήση ένα διδύναμο HPV εμβόλιο σε γυναίκες ηλικίας από 9 ως 26 ετών. Το Cervarixείναι ένα ανοσοενισχυμένο μη λοιμογόνο ανασυνδυασμένο εμβόλιο, που παρασκευάζεται από υψηλής καθαρότητας σωματίδια που προσομοιάζουν τους ογκογόνους τύπους 16 και 18 του HPV, που ευθύνονται για το 70% των περιστατικών. ΤοCervarixχρησιμοποιείται σε άνδρες και γυναίκες από την ηλικία των 9 ετών για την προστασία από των ακόλουθων παθήσεων που προκαλούνται από συγκεκριμένους των τύπους του ιού ανθρώπινων θηλωμάτων

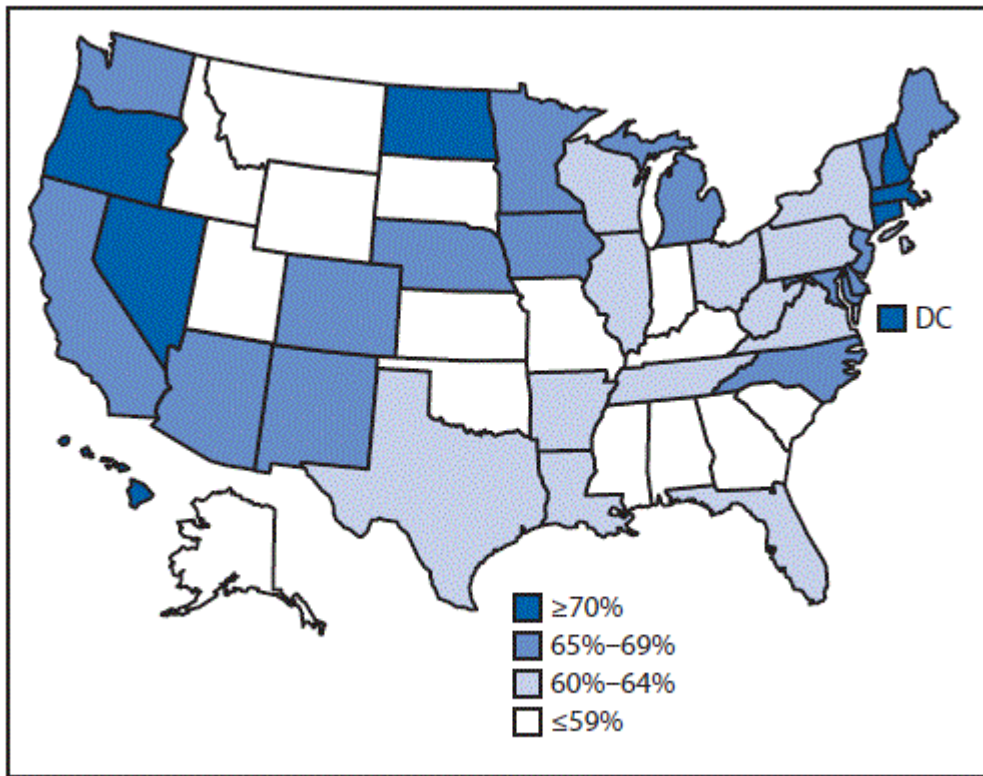
- Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και του πρωκτού.
- Προκαρκινικές βλάβες των γεννητικών οργάνων.

Το Cervarixχορηγείται σε 2 ή 3 δόσεις ανάλογα με την ηλικία. Σε πληθυσμό ηλικίας 9 ως 14 ετών μπορεί να χορηγηθεί σε 2 δόσεις με χρονικό διάστημα έξι μηνών μεταξύ των δόσεων. Εάν υπάρχει ανάγκη, η δεύτερη δόση μπορεί να χορηγηθεί 5 ως 13 μήνες μετά την πρώτη δόση. Σε πληθυσμό ηλικίας 15 ετών και άνω το εμβόλιο χορηγείται σε 3 δόσεις. (SchillerJT, CastellsagueX,2012).

Το Cervarixπεριέχει καθαρές πρωτεΐνες για τους τύπους 16 και 18 του HPV, οι οποίες παράγονται με μία μέθοδο που είναι γνωστή ως <<τεχνολογία ανασυνδυασμένου DNA>>. Οι πρωτεΐνες σχηματίζουν σωματίδια που μιμούνται τον ιό. Όταν το εμβόλιο χορηγείται στον ασθενή, το ανοσοποιητικό του σύστημα παράγει αντισώματα κατά των πρωτεϊνώνL1. Τα αντισώματα βοηθούν στην καταστροφή του ιού. Μετά τον εμβολιασμό, όταν το άτομο εκτεθεί στον ιό, το ανοσοποιητικό σύστημα θα είναι σε θέση να παράγει αντισώματα ταχύτερα.

Το Cervarixεξετάστηκε σε μία βασική μελέτη στην οποία συμμετείχαν σχεδόν 19.000 γυναίκες ηλικίας 15 ως 25 ετών. Το Cervarixσυγκρίθηκε με άλλο εμβόλιο, ανενεργό έναντι του ιού HPV. Η μελέτη εξέτασε τον αριθμό των γυναικών, οι οποίες στην συντριπτική πλειοψηφία τους δεν είχαν κατά την έναρξη της μελέτης τρέχουσα λοίμωξη από τους τύπους 16 και 18 του ιού και στη συνέχεια ανέπτυξαν προκαρκινικές τραχηλικές βλάβες σχετιζόμενες με λοίμωξη από τους εν λόγω τύπους του HPV. Οι γυναίκες βρίσκονται υπό παρακολούθηση για τα επόμενα 4 έτη μετά την πρώτη δόση. Στη δεύτερη βασική μελέτη συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα των δύο δόσεων Cervarixσε κορίτσια ηλικίας 9 ως 14

ετών με την αποτελεσματικότητα των τριών δόσεων σε κορίτσια και γυναίκες ηλικίας 15 ως 25 ετών. Πέντε πρόσθετες μελέτες εξέτασαν επίσης, την ανάπτυξη αντισωμάτων σε γυναίκες 9 ως 25 ετών οι οποίες είχαν λάβει τρεις δόσεις.



Ποσοστό εμβολιασμένων κοριτσιών στις ΗΠΑ (63%)

Estimated vaccination coverage with  $\geq 1$  dose of HPV vaccine\* among female adolescents aged 13–17 years<sup>†</sup> — National Immunization Survey-Teen,<sup>§</sup> United States, 2015

	<b>ΔΙΣΘΕΝΗΣ/2vHPV (Cervarix)</b>	<b>ΤΕΤΡΑΔΥΝΑΜΟ/4vHPV (Gardasil)</b>	<b>9-ΔΥΝΑΜΟ/9vHPV (Gardasil 9)</b>
<b>ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ</b>	GlaxoSmithKline	Merck	Merck
<b>ΕΤΟΣ ΑΔΕΙΑΣ</b>	Οκτώβριος 2009 - γυναίκες	Ιούνιο 2006 - γυναίκες; Οκτώβριος 2009 - Άνδρες	Δεκέμβριος 2014 – Άνδρες και γυναίκες
<b>ΤΥΠΟΙ HPV ΣΕ ΕΜΒΟΛΙΟ</b>	16 και 18	6, 11, 16, και 18	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, και 58

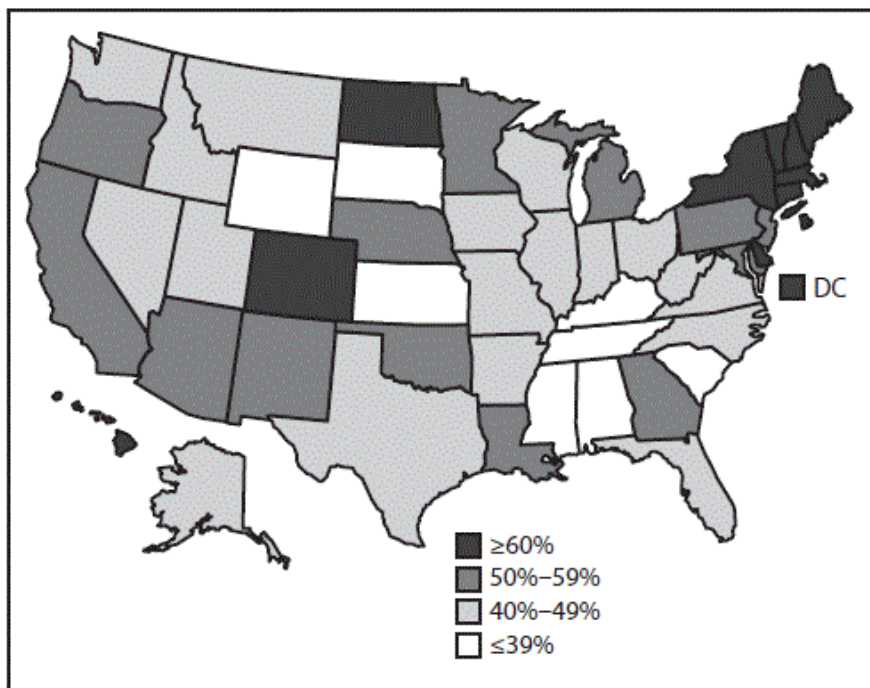
<b>ΑΝΟΣΟΕΝΙΣΧΥΤΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΟ</b>	AS04: 500 μg υδροξείδιο αργιλίου 50 μg 3'-O-desacyl-4'-μονοφωσφορυλολιπίδιο A	AAHS: 225 μg θειικό υδροξυφωσφορικό άμορφο αλουμινίου	AAHS: 500 μg θειικό υδροξυφωσφορικό άμορφο αλουμινίου
<b>ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ ΓΙΑ...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Γυναίκες ηλικίας 11-12 (μπορούν να αρχίζουν στην ηλικία 9 ετών)</li> <li>· Οι γυναίκες ηλικίας 13 έως 26 που δεν είχαν επαρκώς εμβολιαστεί στο παρελθόν</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Οι γυναίκες και οι άνδρες ηλικίας 11-12 (μπορεί να ξεκινήσει στην ηλικία των 9 χρονών)</li> <li>· 13 έως 21 ετών που η ηλικία ηλικίας 13 έως 26 και οι άνδρες ηλικίας δεν είχαν επαρκώς εμβολιαστεί στο παρελθόν</li> <li>· Άνδρες ηλικίας 22-26 με προϋποθέσεις ανοσοδιακινδίνευσης και διαφυλικών προσώπων που δεν είχαν επαρκώς εμβολιαστεί στο παρελθόν</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Γυναίκες και άνδρες ηλικίας 11-12 (μπορούν να αρχίζουν στην ηλικία 9 ετών)</li> <li>· Οι γυναίκες ηλικίας 13 έως 26 και οι άνδρες ηλικίας 13 έως 21 ετών που δεν είχαν επαρκώς εμβολιαστεί στο παρελθόν</li> <li>· Άνδρες ηλικίας 22-26 με ορισμένες προϋποθέσεις ανοσοδιακινδίνευσης και διαφυλικών προσώπων που δεν είχαν επαρκώς εμβολιαστεί στο παρελθόν</li> </ul>
<b>ΑΝΤΕΝΔΥΚΝΕΙΤΑΙ ΓΙΑ...</b>	Οι άνθρωποι με την αναφυλαξία που προκαλείται από λάτεξ	Οι άνθρωποι με άμεση υπερευαισθησία σε ζύμη	Οι άνθρωποι με άμεση υπερευαισθησία σε ζύμη



## Στα αγόρια

Στις 25 Οκτωβρίου 2011, η Συμβουλευτική επιτροπή για την Ανοσοποίηση (ACIP) συνέστησε χρήση ρουτίνας το τετραδύναμο εμβόλιο Gardasil σε αγόρια ηλικίας 11 ή 12 ετών, επίσης, 13 έως 21 ετών που δεν είχαν εμβολιαστεί στο παρελθόν ή δεν έχουν ολοκληρώσει την σειρά των τριών δόσεων. Η λοίμωξη από ιό HPV στους άνδρες μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο του πέους και καρκίνο πρωκτού. Ενώ οι άνδρες προφανώς δεν κινδυνεύουν να προσβληθούν από καρκίνο τραχήλου της μήτρας, μπορούν να μεταφέρουν τον ιό και να τον διαδώσουν στους σεξουαλικούς συντρόφους τους. Πολλοί άνθρωποι που φέρουν τον ιό δεν έχουν σημεία ή συμπτώματα, και δεν ξέρουν ότι τον έχουν. Με τον εμβολιασμό των αγοριών, βοηθάμε στην προστασία των γυναικών από την ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου μήτρας.

Στις ΗΠΑ το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων της Συμβουλευτικής Επιτροπής για τις πρακτικές Ανοσοποίησης συνιστά το εμβόλιο HPV4 να γίνεται σε αγόρια 11-12 ετών. Η σειρά εμβολιασμού μπορεί να ξεκινήσει από την ηλικία 9 ετών. Επίσης, το εμβόλιο συνιστάται για την ηλικία 13-23 ετών που δεν έχουν εμβολιαστεί. Δεδομένα από κλινικές μελέτες 5,300 άνδρες διαπίστωσαν ότι οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν ήπιες ή μέτριες και ήταν πιο συχνά στο σημείο της ένεσης, επίσης, πονοκέφαλος και πυρετός.



Ποσοστό εμβολιασμένων ναγοριών στις ΗΠΑ (50%)

Estimated vaccination coverage with  $\geq 1$  dose of HPV vaccine\* among male adolescents aged 13–17 years<sup>†</sup> — National Immunization Survey-Teen,<sup>§</sup> United States, 2015

#### 4.3.4. Αποτελεσματικότητα HPV εμβολίων

Η αποτελεσματικότητα και των δύο εμβολίων ελέγχθηκε σε τυχαιοποιημένες διπλά τυφλές και ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο (placebo) κλινικές μελέτες Φάσεις ΙΙΙ, που διεξήχθησαν σε Βόρεια και Λατινική Αμερική, Ασία και περιοχές του Ειρηνικού Ωκεανού. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν δεν ήταν ίδιες και για τα δύο εμβόλια και συνεπώς δεν είναι συγκρίσιμες. Τα αποτελέσματα και για τα δύο εμβόλια, έδειξαν υψηλό τίτλο αντισωμάτων HPV στο αίμα για το 100% σχεδόν των εμβολιασμένων ατόμων. (S.Reagan-Steiner, D.Yankey, August 26, 2016 / 65(33);850–858)

#### 4.3.5. Παρενέργειες των εμβολίων

Τα HPV εμβόλια αποδείχθηκαν μέχρι σήμερα πολύ ασφαλή και δεν εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα παρενεργειών ή ανεπιθύμητων αντιδράσεων σε σχέση με άλλα εμβόλια που γίνονται στις ίδιες ηλικιακές ομάδες. Έχουν επιγραφεί ήπια ενοχλήματα όπως : ήπιος πόνος, κνησμός, ερυθρότητα ή οίδημα στο σημείο του εμβολιασμού, δεκατική πυρετική κίνηση και σπάνια πυρετός πάνω από 38°C. Σε ότι αφορά τις περιπτώσεις ζάλης, απώλειας συνείδησης και τάσεων λιποθυμίας μετά τη χορήγηση του εμβολίου, πρέπει να σημειωθεί πως αυτό είναι κάτι που συμβαίνει συχνά όταν εμβολιάζονται άτομα που βρίσκονται στην εφηβική ηλικία. Συστήνεται κατά τη διάρκεια εμβολιασμού το κορίτσι ή η γυναίκα να βρίσκονται σε καθιστή ή ξαπλωμένη θέση, καθώς και να παραμείνουν επί 15/λεπτά στο χώρο του ιατρείου μετά τον εμβολιασμό. Μέχρι σήμερα, μετά την χορήγηση ~40.000.000 δόσεων του εμβολίου παγκοσμίως, αναφέρθηκαν ορισμένες ανεπιθύμητες αντιδράσεις στην συντριπτική τους πλειοψηφία σαν αυτές που προαναφέρθηκαν. Εμφανίστηκαν επίσης, ορισμένες περιπτώσεις του συνδρόμου παράλυσης Guillain-Barré, καθώς και ορισμένοι θάνατοι, γεγονότα τα οποία εμφανίζονται ούτως ή άλλως στο γενικό πληθυσμό, ανεξάρτητα από εμβολιασμό, και μάλιστα με μεγαλύτερη συχνότητα. Σύμφωνα με τις επίσημες θέσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και των επίσημων φορέων ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλίας και Ευρωπαϊκής Ένωσης, η παρουσία αυτών των περιστατικών δεν συσχετίστηκε με τον HPV εμβολιασμό.

Επειδή τα δεδομένα σχετικά με τη δράση του εμβολίου στην κύηση είναι περιορισμένα, η χορήγησή του σε έγκυος γυναίκες πρέπει να αποφεύγεται. Ο εμβολιασμός επί υπάρχουσας εγκυμοσύνης δεν αποτελεί ένδειξη για διακοπή της κύησης. Εάν διαπιστωθεί κύηση μετά την 1<sup>η</sup> ή 2<sup>η</sup> δόση του εμβολιασμού, το σχήμα θα συνεχισθεί μετά το τέλος της κύησης. Οι θηλάζουσες μητέρες μπορούν να εμβολιαστούν. Άτομα με αυτοάνοσο νόσημα, έντονη αλλεργική προδιάθεση ή εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων στα συστατικά που εμπεριέχονται στο εμβόλιο είναι προτιμότερο να μην εμβολιάζονται. Επίσης, ο εμβολιασμός πρέπει να αναβάλλεται σε άτομα που εμφανίζουν υψηλό πυρετό. Τα HPV εμβόλια συνεχίζουν πάντα να παρακολουθούνται εντατικά από τους αρμόδιους φορείς για την πιθανή εμφάνιση σοβαρών ανεπιθύμητων αντιδράσεων στο μέλλον.

#### **4.3.6. Κόστος εμβολίων**

Ο εμβολιασμός εναντίον της HPV λοίμωξης άρχισε στην Ελλάδα από τον Σεπτέμβριο του 2007. Τον Φεβρουάριο του 2008 δόθηκε η οδηγία από την κυβέρνηση για κάλυψη του εμβολίου από τα ασφαλιστικά ταμεία σε γυναίκες ορισμένων ηλικιών. Η κάλυψη των μικρών ηλικιών είναι μεγαλύτερη και των μεγαλύτερων ηλικιών μικρότερη, αλλά δεν υπάρχουν αντίστοιχα σαφή στατιστικά στοιχεία. Στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών εντάχθηκαν οι ηλικίες 12-15 των κοριτσιών αλλά όχι των αγοριών (κάτι που υπάρχει ήδη στην Αυστραλία, τον Καναδά και αρχίζει και επεκτείνεται σε άλλες χώρες). Η χορήγηση του εμβολίου ήταν δωρεάν μέχρι 31/12/2016. Η χορήγηση του εμβολίου σε γυναίκες αυτών των ηλικιών καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία στην Ελλάδα.

Η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών στην Ελλάδα επικρατεί σε χαμηλά ποσοστά, όπως προκύπτει από μελέτη από μελέτη που πραγματοποίησαν τα Πανεπιστήμια Κρήτης και Αθηνών και δημοσιεύεται στο τεύχος Αυγούστου του επιστημονικού εντύπου *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. Από επεξεργασία των στοιχείων προέκυψε ότι η εμβολιαστική κάλυψη των εφήβων στην Ελλάδα την περίοδο 2008-2014 ήταν μόνο 8,9%. Ως συμπέρασμα της μελέτης, τα χαμηλά ποσοστά εμβολιασμού εφήβων κοριτσιών, αποδίδονται στην άρνηση εμβολιασμού λόγω του φόβου των ανεπιθύμητων ενεργειών του εμβολίου και στην οικονομική κάλυψη. Η απώλεια της ασφαλιστικής κάλυψης σημαντικού ποσοστού των ελληνικών οικογενειών λόγω της οικονομικής κρίσης που μαστίζει την Ελλάδα από το 2009, δεν επέτρεψε σε χιλιάδες έφηβες να εμβολιαστούν έναντι του HPV, δεδομένου ότι το κόστος έκαστης δόσης μπορεί να φτάσει και τα 145 ευρώ. Κάθε κράτος

καθορίζει πια εμβόλια απαιτούνται στα σχολεία.(MammasConstantinos, NikolaosArkadopoulos,2014).

Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψιν πριν την είσοδο του εμβολιασμού στα σχολεία είναι

- Η υποστήριξη από την κοινότητα για την απαίτηση.
- Οι οικονομικοί πόροι που απαιτούνται για την εφαρμογή της απαίτησης.
- Το βάρος για το προσωπικό του σχολείου για την επιβολή της απαίτησης.
- Την προμήθεια εμβολίων και τα τρέχοντα επίπεδα εμβολιαστικής κάλυψης.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες σχεδόν 80 εκατομμύρια άνθρωποι, δηλαδή 1 στους 4 έχει μολυνθεί. Περίπου 14 εκατομμύρια άνθρωποι και έφηβοι μολύνονται κάθε μέρα. Οι ΗΠΑ έχουν σήμερα την ασφαλέστερη πιο αποτελεσματική προμήθεια εμβολίων στην ιστορία. Τα χρόνια των δοκιμών που απαιτούνται από το νόμο για τη διασφάλιση της ασφάλειας των εμβολίων πριν διατίθενται για χρήση στις ΗΠΑ. Αυτό διαρκεί ~10 χρόνια. Στις Ηνωμένες Πολιτείες τα εμβόλια για τα παιδιά του προγράμματος VFC παρέχει εμβόλια χωρίς κανένα κόστος από 18 και κάτω σε οικογένειες με παιδιά ανασφάλιστα. Σε παιδιά με ασφάλιση υγείας που καλύπτονται από το κρατικό πρόγραμμα Medicaid και σε Ινδιάνους ή Αλάσκα Native.

Σύμφωνα με CancerResearchUK, ο καρκίνος είναι ο δεύτερος συχνότερος σε ηλικία κάτω των 35 ετών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι 2.900 γυναίκες ετησίως διαγιγνώσκονται με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δηλαδή ~ 8 γυναίκες κάθε μέρα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το κόστος για τον εμβολιασμό σε ιδιώτες ποικίλλει από γιατρό σε γιατρό. Μία επιστολή και ένα έντυπο συγκατάθεσης αποστέλλεται στους γονείς του κοριτσιού. Εάν τα κορίτσια καταλαμβάνουν τον εμβολιασμό στο σχολείο, το πρόγραμμα θα αποτρέψει τουλάχιστον 7 στους 10 καρκίνους. Κορίτσια 12-13 ετών προσφέρονται στον εμβολιασμό ως μέρος του προγράμματος εμβολιασμού παιδικής ηλικίας NHS. Το εμβόλιο του HPV έχει παραδοθεί σε μεγάλο βαθμό μέσα από σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. (Americancancersociety,2017)

#### 4.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτοβάθμια πρόληψη

Ο ρόλος του νοσηλευτή έχει σημαντικό σκοπό στην ενημέρωση των εφήβων και γυναικών στην πρωτοβάθμια πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Όπως προαναφερθήκαμε, η πρωτοβάθμια 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. Όλες οι γυναίκες έχουν ερωτήσεις πάνω στο θέμα των εμβολίων, έτσι ο νοσηλευτής με τις γνώσεις που παρέχει μπορεί να εξηγήσει και να απαντήσει στα ερωτήματά τους. Τα ερωτήματα που τις απασχολούν είναι :

- Τι είναι και τι περιέχει το εμβόλιο.
- Πώς χορηγείται
- Γιατί να εμβολιασθούν με το εμβόλιο
- Από τι προστατεύονται και σε τι βαθμό
- Εάν είναι ασφαλές
- Σε ποια ηλικία γίνεται
- Ποιες οι παρενέργειες

Είναι κάποιες από τις ερωτήσεις που γίνονται όταν ένα παιδί ή μία γυναίκα θέλει να εμβολιασθεί αλλά διστάζει γιατί δεν είναι σίγουρη και ενημερωμένη για τον λόγο, τον τρόπο και την ασφάλεια του εμβολιασμού.

Πρώτα από όλα πρέπει ο νοσηλευτής να εξηγήσει τον τρόπο μετάδοσης του ιού. Ο οποίος γίνεται κυρίως με την σεξουαλική επαφή είτε είναι κολπική είτε πρωκτική. Οι περισσότερες γυναίκες και έφηβες νομίζουν ότι προφυλάσσονται από τον ιό με τη χρήση προφυλακτικού. Βέβαια, η χρήση προφυλακτικού αποδεδειγμένα μειώνει τη πιθανότητα μετάδοσης του ιού αλλά δεν μπορεί να την αποκλείσει πλήρως. Ειδικότερα, όταν η σεξουαλική δραστηριότητα αρχίζει σε μικρή ηλικία και ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων είναι αυξημένος, ο κίνδυνος αυξάνεται κατά 15% περίπου ανά νέο σεξουαλικό σύντροφο. Άρα, ο τρόπος προφύλαξης από τον ιό δεν είναι η σεξουαλική αποχή. Ο μόνος τρόπος ουσιαστικής προστασίας είναι τα εμβόλια.

Για να μπει στη διαδικασία μία γυναίκα ή έφηβη να προβληματιστεί και να αποφασίσει να ξεκινήσει την διαδικασία του εμβολιασμού πρέπει να ενημερωθεί πλήρως, για να είναι 100% σίγουρη. Αρχικά, πρέπει να εξηγήσει ο νοσηλευτής τι είναι αυτό το εμβόλιο και τι περιέχει. Πολλοί, θεωρούν ότι το εμβόλιο περιέχει τον ίδιο τον ιό ή ένα τμήμα του, στην πραγματικότητα όμως περιέχει μία πρωτεΐνη του ιού που παράγεται με τεχνητό τρόπο στα εργαστήρια. Η οποία πρωτεΐνη μιμείται τη φυσική λοίμωξη και παράγει αντισώματα στον οργανισμό χωρίς να τον μολύνει. Ενημερώνουμε ότι, κυκλοφορούν δύο εμβόλια στην Ελλάδα. Και τα δύο αυτά εμβόλια χορηγούνται σε τρεις δόσεις με ενδομυϊκές ενέσεις. Και οι τρεις δόσεις του εμβολίου πρέπει να γίνονται εντός ενός έτους.

Στην κρίσιμη ερώτηση γιατί πρέπει να εμβολιασθούν με το HPVεμβόλιο. Ο νοσηλευτής, εφόσον αρχικά έχει ενημερώσει τις γυναίκες και έφηβες ότι ο μόνος τρόπος πρόληψης είναι το εμβόλιο, πρέπει να εξηγήσει και το γιατί. Το εμβόλιο παρέχει προστασία έναντι 4 στελεχών του ιού HPV που ευθύνονται για το 90% των κονδυλωμάτων και για το 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Επομένως, με τον εμβολιασμό δεν αντικαθίστανται ο προληπτικός έλεγχος, αλλά οι πιθανότητες να προσβληθεί μια γυναίκα είναι κατά πολύ ελαττωμένες.

Πρέπει να είναι γνωστό ότι τα προφυλακτικά εμβόλια προστατεύουν τον οργανισμό από τις προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας και από τον ίδιο τον καρκίνο. Όλα τα επιστημονικά δεδομένα των κλινικών μελετών δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα και των 2 εμβολίων προσεγγίζει το 100% της πρόληψης. Υπάρχει ένα ποσοστό γυναικών που νομίζει ότι με την εξέταση Τεστ Παπανικολάου είναι καλυμμένες. Το τεστ Παπ ναί μεν είναι μια βασική εξέταση για την έγκαιρη διάγνωση και προστασία έναντι του καρκίνου, όμως, δεν αποτελεί προληπτική εξέταση.

Τώρα, όσον αφορά την ασφάλεια του εμβολίου, ο νοσηλευτής μπορεί να προσεγγίσει την γυναίκα ή έφηβη με αποτελέσματα δεδομένων που έχουν γίνει σε όλο τον κόσμο και έχουν καταγραφεί από Διεθνούς Οργανισμούς Υγείας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τα δεδομένα ασφάλειας των HPVεμβολίων που διατίθενται σήμερα, τα οποία έχουν προκύψει μέσα από την συλλογή και καταγραφή όλων των ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Γι' αυτό τον λόγο ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει την γυναίκα για τις παρενέργειες όπου μπορεί να προκληθούν. Όπως, ένας ήπιος πόνος στο σημείο εμβολιασμού, ερυθρότητα ή οίδημα στο σημείο, δεκατική πυρετική κίνηση ή ακόμα και κνησμός στο σημείο. Βέβαια, για να αποφευχθεί μία αλλεργική ή αναφυλακτική αντίδραση, ή οποιαδήποτε ανεπιθύμητη ενέργεια μελλοντικά, όταν χορηγείται το εμβόλιο του HPV να μην χορηγείται άλλο εμβόλιο κάποιας άλλης νόσου.

Όταν τα HPVεμβόλια εμφανίστηκαν στην Ελλάδα, ο κόσμος ενημερώθηκε από τα ΜΜΕ και τους Οργανισμούς Υγείας. Όμως, υπήρχαν κάποιες αντιδράσεις σχετικά με την ηλικία που πρέπει να αρχίσει ο εμβολιασμός. Σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα εμβολιασμού όλα τα κορίτσια και νεαρές γυναίκες από 9-12 ως 26 ετών μπορούν και πρέπει να εμβολιάζονται. Ο εμβολιασμός γίνεται ανεξάρτητα από την έναρξη ή όχι των επαφών και σαφέστατα είναι πλέον αποτελεσματικός ο εμβολιασμός προ της ενάρξεως των σεξουαλικών επαφών. Πολλές μητέρες δεν έχουν εξοικειωθεί με την ιδέα ότι η κόρη τους μπορεί να ξεκινήσει τη σεξουαλική της ζωή σε πολύ μικρή ηλικία. Όμως, σήμερα οι κοινωνικές συνθήκες έχουν αλλάξει και πολλά κορίτσια από πολύ νωρίς ξεκινούν την σεξουαλική επαφή και χωρίς να ενημερώνουν τους γονείς τους. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να εξηγήσει στη μητέρα ότι το εμβόλιο πρέπει να γίνεται σε μικρή ηλικία 12-15, γιατί τότε ο οργανισμός δημιουργεί τα περισσότερα αντισώματα κατά του ιού HPV και το ανοσοποιητικό τους σύστημα ευαισθητοποιείται και ενεργοποιείται κατάλληλα προτού έρθει σε επαφή με τον ιό.

Στην Ελλάδα κυκλοφορούν δύο εμβόλια το Cervarix και το Gardasil. Και τα δύο εμβόλια προσφέρουν προστασία από τους τύπους 16-18 του ιού και είναι εξίσου αποτελεσματικά. Η διαφορά μεταξύ τους είναι στη διάρκεια αποτελεσματικότητας. Το Cervarix είναι 6,5 χρόνια ενώ το Gardasil για 3 χρόνια. Το Gardasil έχει το πλεονέκτημα να προστατεύει έναντι των κονδυλωμάτων αλλά και από διάφορους τύπους καρκίνου. Ενώ το κύριο πλεονέκτημα του Cervarix είναι ότι μπορεί να προσφέρει ισχυρότερη και πλέον προστασία έναντι μίας ποικιλίας καρκινικών στελεχών. Όσον αφορά την επιλογή του εμβολίου, θα κρίνει ο παιδίατρος ή ο κατάλληλος ιατρός για το πιο εμβόλιο πρέπει να κάνει το παιδί ή η γυναίκα. Ο νοσηλευτής σε αυτό το κομμάτι το μόνο που μπορεί να κάνει είναι να ενημερώσει για τα είδη του εμβολίου και την χρησιμότητα του καθενός. (American cancer society, 2017).

Παρόλα τα δεδομένα που υπάρχουν πάνω στα HPV εμβόλια, οι γυναίκες δεν είναι σίγουρες εάν θα είναι πλήρως καλυμμένες από τον ιό. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι αληθής και ξεκάθαρος με το θέμα των εμβολίων. Πρέπει να ενημερώσει τις γυναίκες ότι θα είναι καλυμμένες για τα δύο ή τέσσερα στελέχη του ιού, τα οποία βέβαια προξενούν το 70% των καρκίνων. Όσο για το υπόλοιπο 30%, θα πρέπει να συνεχίσουν κάθε χρόνο την επίσκεψη στον γυναικολόγο και να κάνουν το τεστ Παπ. Δεν σημαίνει ότι επειδή κάνουν το εμβόλιο HPV θα είναι καλυμμένες από τον ιό για πάντα. Η εξέταση Παπανικολάου θα πρέπει να συνεχίσει να γίνεται γιατί είναι ένας τρόπος πρόληψης και αυτός.

Επίσης, όταν μία γυναίκα θελήσει να κάνει το εμβόλιο HPV, θα πρέπει να είναι πλήρως υγιείς. Γιατί οι ασθενείς σε ανοσοκαταστολή μπορεί να μην αναπτύξουν αρκετά αντισώματα μετά τον εμβολιασμό. Ο νοσηλευτής έχει το δικαίωμα να το εξηγήσει στην γυναίκα/έφηβη. Όπως, όταν μία γυναίκα προσπαθεί ή είναι έγκυος θα είναι προτιμότερο να μην εμβολιαστεί κατά την διάρκεια της κύησης ή της γαλουχίας. Εάν, όμως, έχει ήδη κάνει την πρώτη δόση και μείνει έγκυος, οι υπόλοιπες δόσεις θα γίνουν μετά τον τοκετό ή την γαλουχία. Αυτό δεν πρέπει να τρομάζει την γυναίκα ότι το έμβρυο μπορεί να επηρεαστεί. Απλά, τα δεδομένα είναι λίγα και χρειάζονται περισσότερες έρευνες. Για προληπτικούς όμως λόγους δεν συνιστάται ο εμβολιασμός κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Στον εμβολιασμό HPV περιλαμβάνονται και οι άντρες. Ο εμβολιασμός των ανδρών έχει αρχίσει να συστήνεται σε πολλές χώρες. Λόγω της ανησυχητικής ανάπτυξης των περιπτώσεων HPV (στοματοφάρυγγας-πρωκτός) πολλές χώρες έχουν αρχίσει να εφαρμόζουν προγράμματα εμβολιασμού σε αγόρια ηλικίας 9-15 ετών. Με την σωστή ενημέρωση των νοσηλευτών και γενικότερα του Οργανισμού Υγείας, θα πρέπει να προσεγγίσουν και τους άνδρες στο κομμάτι του εμβολιασμού έτσι ώστε να επεκταθεί στο μέλλον και σε άλλες χώρες.

Μέχρι σήμερα, έχει διαπιστωθεί ότι η εφαρμογή του εμβολιασμού παρέχει πλήρη προστασία από προ καρκινικές αλλοιώσεις στον τράχηλο. Ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώσει την κοινότητα που διστάζει λύνοντας απορίες σχετικά με τα HPV εμβόλια και να προσπαθήσει να τους εντάξει στο

πρόγραμμα του εμβολιασμού με σκοπό την μείωση της έξαρσης και της θνησιμότητας από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

#### **4.5. Δευτεροβάθμια πρόληψη**

Ο εμβολιασμός, παρά τη βαρύνουσα σημασία δράση και σημαντικότητά του, δεν μπορεί να αντικαταστήσει τον έλεγχο του τραχήλου της μήτρας, μέσω του τεστ Παπανικολάου, το οποίο αποτελεί τη δευτεροβάθμια μέθοδο πρόληψης της νόσου. Ο προληπτικός έλεγχος μέσω του τεστ Παπανικολάου, δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να διακοπεί παρά τον εμβολιασμό της γυναίκας, αλλά αντίθετα να συνεχιστεί, καθώς συνεχίζει να ανιχνεύει την παρουσία προ καρκινικών 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 προ καρκινικής τραχηλικής βλάβης. 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 που το τεστ είναι αρνητικό, η γυναίκα θα πρέπει να υποβάλλεται σε ετήσια εξέταση, η οποία θα πραγματοποιείται μεταξύ 10<sup>ης</sup> και 20<sup>ης</sup> ημέρας, από την πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνου ρύσης της. (Testrap Γυναικολογία,2005).

Ένα τεστ Παπανικολάου γίνεται με το άνοιγμα του κολπικού καναλιού με ένα κάτοπτρο και, στη συνέχεια συλλέγοντας τα κύτταρα στο εξωτερικό άνοιγμα του τραχήλου στη ζώνη μετασχηματισμού. Τα κύτταρα συλλέγονται και εξετάζονται κάτω από ένα μικροσκόπιο για ανωμαλίες. Η προετοιμασία που χρειάζεται για να γίνει το τεστ Παπ πιο ακριβέστερο είναι :

- Όχι τις μέρες της περιόδου. Καλύτερα είναι πέντε ημέρες μετά την έμμηνο ρύση.
- Να μην χρησιμοποιείται ταμπόν, ζελέ αντισύλληψης, κολπικές κρέμες ή λιπαντικά, ή κολπικά φάρμακα για δύο με τρεις ημέρες πριν την εξέταση.
- Όχι κολπικές πλύσεις για δύο με τρεις ημέρες πριν το τεστ.
- Καμία σεξουαλική επαφή, κυρίως κολπική, για δύο ημέρες πριν το τεστ.

Το τεστ Παπ έχει περίπου 80% ακρίβεια στην ανεύρεση παθολογικών κυττάρων. Αυτό γίνεται γιατί, το δείγμα που συλλέγεται παραμένει σε ένα ποσοστό στη συσκευή λήψης και μόνο το 20% περίπου επιστρώνεται στο πλακάκι. Άρα είναι πιθανό να μην βρεθούν



προκαρκινικά ή καρκινικά κύτταρα. Τώρα χρησιμοποιείται μια νέα μέθοδος για τον έλεγχο κυττάρων. Ονομάζεται ThinPrep Παπ Τεστ. Λαμβάνεται με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, αλλά με ένα ειδικό βουρτσάκι που τοποθετείται μέσα σε μπουκαλάκι με συντηρητικό, το υγρό ThinPrep, όπου ξεπλένεται καλά.

Τα αποτελέσματα του τεστ Παπ ταξινομούνται σε 4 κατηγορίες :

- Τύπος I : Αρνητικό για κακοήθεια.
- Τύπος II : Άτυπο με σημεία φλεγμονής ή παρουσία κυττάρων ενδομήτριου.
- Τύπος III : Παρουσία δυσπλασίας ήπιας, μέτριας ή σοβαρής.
- Τύπος IV:Ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα.
- Τύπος V: Ύποπτο για διηθητικό καρκίνο.

Το τεστ Παπ μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε γυναικολογικό ιατρείο αρκεί, να υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός. (Αγοραστός Θ., Βαβίλης Δ., Μπόντης Ι. 2006).

#### **4.6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτεροβάθμια πρόληψη**

Στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ο νοσηλευτής απευθύνεται στα άτομα του πληθυσμού με σκοπό να προλάβει τη νόσο στα πρώιμα στάδια. Σημαντική είναι, η ανάδειξη της αναγκαιότητας της κυτταρολογικής εξέτασης Παπανικολάου σε ετήσιο επίπεδο που θα έχει σαν αποτέλεσμα την αναγνώριση της ύπαρξης του ιού και της πιθανής κυτταρικής εξαλλαγής σε πρώιμα στάδια, με στόχο την αποτελεσματική τους αντιμετώπιση. Η εξέταση Παπανικολάου αποτελεί εξέταση ρουτίνας, την οποία θα πρέπει να πραγματοποιούν όλες οι γυναίκες από την αρχή της σεξουαλικής τους ζωής. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από μαζικούς προληπτικούς ελέγχους του γυναικείου πληθυσμού, όπου περιλαμβάνει την κλινική εξέταση των ατόμων και το Τεστ Παπανικολάου.

Για να είναι επιτυχής ο μαζικός προληπτικός έλεγχος και να αποτελέσει αποτελεσματικό μέτρο της δευτερογενούς πρόληψης, ο νοσηλευτής, πρέπει να αναπτύξει μία σχέση εμπιστοσύνης με τα άτομα που συμμετέχουν στον έλεγχο ώστε να υπάρχει μία καλύτερη επικοινωνία και να μπορέσει να αντλήσει περισσότερες πληροφορίες. Η σημασία του νοσηλευτή σε αυτήν την διαδικασία είναι η διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση του ατόμου. Η

έλλειψη επικοινωνίας και εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ατόμου, μπορεί να οδηγήσει σε ψευδή στοιχεία ή ελλιπής στοιχεία από την πλευρά του ατόμου όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του.

Επίσης, όταν μία γυναίκα θελήσει να υποβληθεί στην εξέταση Παπανικολάου, ο νοσηλευτής πρέπει να την ενημερώσει για την προετοιμασία που χρειάζεται ώστε να τεστ να είναι ακριβέστερο. Όπως, να μην έχει περίοδο, θα πρέπει να γίνεται μετά από 5 ημέρες από το τέλος της περιόδου. Να μην υπάρχει σεξουαλική δραστηριότητα τις τρεις τουλάχιστον προηγούμενες μέρες και επίσης να μην χρησιμοποιεί κολπικά φάρμακα ή κρέμες.

Ο νοσηλευτής επομένως, για να διαδραματίσει ενεργό και αποτελεσματικό ρόλο γενικότερα στην πρόληψη πρέπει να αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να διδάξει στην κοινότητα συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου. (TestpapΓυναικολογία, 2005)

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**  
**ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

## **5.1. Συμπτώματα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας**

Σπάνια εμφανίζονται συμπτώματα σε περιπτώσεις που υπάρχει μικροσκοπική διήθηση ή μικροδιηθητικό καρκίνωμα. Σε περιπτώσεις πραγματικής διήθησης, μπορεί να παρατηρηθεί κοιλιακή αιμορραγία ή κοιλιακή υπερέκκριση. Βεβαίως, όταν υπάρχει ορατή εικόνα καρκινώματος κατά την κλινική εξέταση και η βλάβη εξελκωθεί τότε εμφανίζεται μητρορραγία. Το ίδιο μπορεί να προκύψει και ως αποτέλεσμα σεξουαλικής επαφής ή γυναικολογικής εξέτασης. Επίσης, κάτι τέτοιο μπορεί να παρατηρηθεί ακόμα και αν δεν υπάρχει κλινική εικόνα καρκίνου, γιατί ο διηθητικός καρκίνος δημιουργεί εύθρυπτο επιθήλιο. Σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου, η αιμορραγία μπορεί να είναι μεγάλη με άμεσο κίνδυνο για τη ζωή της γυναίκας. Άλλο σύμπτωμα μπορεί να είναι η δύσοσμη κοιλιακή υπερέκκριση από νέκρωση ιστών. Το άλγος παρατηρείται στον προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και εμφανίζεται χαμηλά στην πύελο και προς την ιερά περιοχή και μπορεί να επεκταθεί κατά μήκος του ισχιακού νεύρου και στα κάτω άκρα. Άλλα συμπτώματα είναι :

- Δυσουρία
- Αιματουρία
- Αιμορραγία από το έντερο ή δυσκοιλιότητα
- Αιμορραγία
- Ουραιμία
- Συχνοουρία
- Οίδημα σκέλους (Φραγκίσκη Ανθούλη-Αναγνωστοπούλου,2009)

## **5.2. Διάγνωση**

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στα αρχικά στάδια δεν εμφανίζει συμπτώματα ώστε να υποψιαστεί η ασθενής και να προβεί στην απαραίτητη αντιμετώπιση και θεραπεία. Οι πρώτες ενοχλήσεις αρχίζουν να κάνουν την εμφάνισή τους μόνο όταν ήδη τα ανώμαλα κύτταρα γίνουν πλέον καρκινικά και αρχίζουν να διηθούν τους γειτονικούς ιστούς.

Θα πρέπει να υπάρχει υποψία για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις παρακάτω περιπτώσεις :

- Ανωμαλίες κατά τη γυναικολογική εξέταση.
- Σοβαρές ανωμαλίες στα τραχηλικά επιχρίσματα.
- Αιμορραγία εκτός της περιόδου εμμηνου ρύσεως.
- Αιμορραγία μετά τη σεξουαλική επαφή. (Μαμόπουλος Μ., Ρούσσοι Δ.1998)

### **5.3. Ιστορικό και φυσική εξέταση**

Σαν πρώτη φάση παίζει σημαντικό ρόλο το ιστορικό της ασθενούς. Το οικογενειακό ιατρικό ιστορικό και η προσωπική ζωή της γυναίκας περιλαμβάνει πληροφορίες που σχετίζονται με τους παράγοντες κινδύνου και τα συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Μια πλήρης φυσική εξέταση θα βοηθήσει στο να αξιολογηθεί η γενική κατάσταση της υγείας. Αυτό περιλαμβάνει μια γυναικολογική εξέταση με αμφίχειρη εκ του ορθού ή και / του κόλπου εξέταση για να εκτιμηθεί η θέση και το μέγεθος του όγκου και κατά πόσο έχει επεκταθεί και σε άλλα όργανα στη πύελο. Ο γυναικολόγος επισκοπεί άμεσα τον τράχηλο της μήτρας μετά από την εισαγωγή ενός κολποσκοπίου. Σε υγιείς γυναίκες χωρίς εμφανή νόσο, ο γιατρός πέρνει ένα επίχρισμα από την επιφάνεια του τραχήλου της μήτρας για να εξεταστεί στο μικροσκόπιο.

### **5.4. Εργαστηριακά ευρήματα**

Το αντιγόνο επιδερμοειδούς καρκινώματος (SCC) αποτελεί χρήσιμο δείκτη παρακολούθησης και ανίχνευσης της υποτροπής του επιδερμοειδούς καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας, της κεφαλής και του τραχήλου, του πνεύμονα, του οισοφάγου και του δέρματος. Η συγκέντρωσή του στον ορό είναι κάτω του 2,20 ng/ml.

### **5.5. Διαγνωστικές εξετάσεις**

1. **Τεστ Παπανικολάου:** Το τεστ Παπανικολάου γίνεται από τον γιατρό με τη βοήθεια μίας μικρής σπάτουλας και μίας βούρτσας. Τα κύτταρα επαλείφονται σε μια γυάλινη πλάκα την οποία και στέλνει στο εργαστήριο για μικροσκοπική εξέταση. Εάν το τεστ είναι θετικό, τότε μας δείχνει την ανάγκη για βιοψία.

2. **Λήψη κολπικών εκκρίσεων** :Είναι παρόμοια με τη λήψη επιχρίσματος. Τα κύτταρα συλλέγονται με ειδική βούρτσα και τοποθετούνται μέσα σε υγρό για τη μεταφορά τους στο χημείο. Στο χημείο τα κύτταρα τοποθετούνται πάνω σε γυάλινα πλακάκια και εξετάζονται κάτω από το μικροσκόπιο.
3. **Κολποσκόπηση** :Αποτελεί μια απλή, μη επεμβατική και σύντομη εξέταση. Η κολποσκόπηση πρέπει να γίνεται μετά από κάθε τεστ Παπ, εάν βέβαια έχει διαγνωσθεί ατυπία πλακωδών κυττάρων, HPV μόλυνση, ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες τραχήλου και κονδυλώματα. Αυτό γίνεται με την τοποθέτηση ενός κάτοπτρου στον τράχηλο της μήτρας. Ο γυναικολόγος θα χρησιμοποιήσει ένα κολποσκόπιο για να εξετάσει τον τράχηλο. Το κολποσκόπιο είναι ένα όργανο που παραμένει έξω από το σώμα και έχει μεγεθυντικούς φακούς. Αυτό επιτρέπει στον γυναικολόγο να δει από κοντά και με σαφήνεια την επιφάνεια του τραχήλου. Μετά από επιμελή καθαρισμό με φυσιολογικό ορό, ώστε να απομακρυνθεί η βλέννα, επαλείφουμε τον τράχηλο με διάλυμα οξικού οξέος 3%-5% για να εμφανιστεί η παθολογική περιοχή του τραχήλου. Σε αυτές τις περιοχές λαμβάνονται μικρά τμήματα παθολογικού ιστού (βιοψία) και στέλνονται για ιστολογική εξέταση και οριστική διάγνωση του βαθμού της παθολογικής κατάστασης. Δεν χρειάζεται κάποια ειδική προετοιμασία πριν την εξέταση. Η κολποσκόπηση είναι εντελώς ανώδυνη. Το μόνο που μπορεί να αισθανθεί μια γυναίκα είναι ένα ελαφρύ κάψιμο κατά την επάλειψη με το διάλυμα οξικού οξέων και κατά την λήψη της βιοψίας ένα μικρό τσίμπημα.
4. **Βιοψία** : Υπάρχουν διάφοροι τύποι βιοψίας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διάγνωση του καρκίνου.
  - 4.1 **Colposcopicβιοψία**: Ο τράχηλος εξετάζεται με ένα κολποσκόπιο για να βρει παθολογικές περιοχές.
  - 4.2 **Ενδοτραχηλική απόξεση** : Μερικές φορές η ζώνη μετασχηματισμού, δηλαδή η περιοχή σε κίνδυνο για λοίμωξη από HPV και προ-καρκίνου, δεν μπορεί να δει με το κολποσκόπιο. Αυτό σημαίνει την εισαγωγή ενός στενού μέσου που ονομάζεται ξέστρο εντός του ενδοτραχηλικού σωλήνα. Το ξέστρο χρησιμοποιείται για να ξύσει το εσωτερικό του καναλιού για να απομακρυνθεί ένα μέρος του ιστού, το οποίο στη συνέχεια αποστέλλεται στο εργαστήριο για εξέταση.
5. **Κωνοειδής βιοψία** : Η διαδικασία αυτή γίνεται με την αφαίρεση ενός κωνικού σχήματος κομμάτι ιστού από τον τράχηλο της μήτρας. Η εκτομή αυτή γίνεται με Laser ή με LLETZ. Η διαδικασία με το Laser χρησιμοποιείται για να εξαχνώσει τα

άτυπα κύτταρα. Ενώ η μέθοδος LLETZ ή αλλιώς Αγκύλη διαθερμίας χρησιμοποιεί μία μεταλλική αγκύλη που θερμένεται με χρήση ηλεκτρισμού ώστε να αποκόψει τον άτυπο τραχηλικό ιστό.

## 5.6. Απεικονιστικές εξετάσεις

Εάν ο γυναικολόγος διαπιστώσει ότι υπάρχει ένδειξη καρκίνου, μπορεί να γίνουν ορισμένες απεικονιστικές εξετάσεις για να δει το εσωτερικό του σώματος. Επίσης, αυτό μπορεί να δείξει εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί. Οι εξετάσεις που γίνονται είναι:

1. **Ακτινογραφία θώρακα** : Η ακτινογραφία θα δείξει εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους πνεύμονες. Σε πολύ προχωρημένες καταστάσεις μπορεί να συμβεί.
2. **Αξονική τομογραφία (CT)** : Οι αξονικές τομογραφίες συνήθως γίνονται εάν ο όγκος είναι μεγαλύτερος ή αν υπάρχει ανησυχία για την εξάπλωση του καρκίνου.
3. **Μαγνητική τομογραφία (MRI)** : Ελέγχει και κοιτάζει μαλακά μέρη των ιστών του σώματος καλύτερα από άλλες απεικονιστικές εξετάσεις. Ο γυναικολόγος θα αποφασίσει πια εξέταση απεικόνισης είναι καλύτερη.
4. **Ενδοφλέβια ουρογραφία (IVP)** : Είναι μία ακτινογραφία του ουροποιητικού συστήματος που λαμβάνονται μετά από μία ειδική χρωστική ουσία που ενίεται σε φλέβα. Αυτή η δοκιμή μπορεί να βρει παθολογικές περιοχές του ουροποιητικού συστήματος, που προκαλείται από την εξάπλωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το πιο κοινό εύρημα είναι μια απόφραξη των ουρητήρων από τον καρκίνο.
5. **Λεμφαγγειογραφία** : Η εξέταση αυτή χρησιμοποιείται για να απεικονίσει το λεμφικό σύστημα. Μια χρωστική ουσία εγχέεται εντός των λεμφαγγείων των κάτω άκρων. Καθώς η χρωστική ουσία πορεύεται προς τα άνω μέσω των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων λαμβάνονται ακτινογραφίες για να διαπιστωθούν τυχών στενώσεις ή διακοπή της συνέχειας της λεμφικής παροχέτευσης. Η εξέταση αυτή βοηθάει στην ανίχνευση και εκτίμηση της λεμφαδενικής επέκτασης του καρκίνου.
6. **Υπερηχογράφημα** : Μια απεικονιστική εξέταση στην οποία υψηλής συχνότητας ηχητικά κύματα εκπέμπονται προς εσωτερικούς ιστούς και όργανα και η ανάκλασή τους σχηματίζει μια εικόνα των ιστών του σώματος που ονομάζεται ηχόγραμμα. (Τσακρής Α.2010).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**  
**ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ**  
**ΠΡΟΓΝΩΣΗ**



## 6.1. Σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου μήτρας

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία Μαιευτικής και Γυναικολογίας (FIGO) έχει προχωρήσει στην αναλυτική σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, στην οποία βασίζεται η κλινική διάγνωση του ασθενούς καθώς και καθορίζεται ο αποτελεσματικότερος τρόπος θεραπείας του. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων συνεκτιμώνται μαζί με τα αποτελέσματα της αρχικής βιοψίας του όγκου για να καθοριστεί το στάδιο του καρκίνου του τραχήλου. Η σταδιοποίηση του καρκίνου περιλαμβάνει κάποια στάδια. Τα στάδια είναι :

**Στάδιο 0 ( καρκίνωμα insitu ή ενδοεπιθηλιακό)** Στο στάδιο 0, ο καρκίνος καταλαμβάνει μόνο το επιφανειακό στρώμα των κυττάρων που επενδύουν τον τράχηλο χωρίς να εισβάλλει στους ιστούς του τραχήλου που εντοπίζεται βαθύτερα. Ο καρκίνος που βρίσκεται στο στάδιο 0, ονομάζεται insitu ή ενδοεπιθηλιακός ή μη διηθητικός.

**Στάδιο I** Στο στάδιο I, ο καρκίνος εντοπίζεται αποκλειστικά στον τράχηλο. Βέβαια το στάδιο I διαιρείται σε στάδια IA και IB, με βάση την έκταση του καρκίνου.

§ **Στάδιο IA** : Η διήθηση αναγνωρίζεται μόνο μικροσκοπικά. Όλες οι εμφανείς βλάβες ακόμη και με επιπολής διήθηση θεωρούνται στάδιο IB. Η διήθηση του στρώματος έχει μέγιστο βάθος 5,0mm και οριζόντια έκταση 7,0 mm.

- **Στάδιο IA1** : Μέγιστο βάθος διήθησης 3,0 mm και οριζόντια έκταση 7,0 mm.
- **Στάδιο IA2** : Βάθος διήθησης μεγαλύτερο από 3,0 mm αλλά όχι μεγαλύτερο των 5,0 mm, οριζόντια έκταση 7,0 mm.

§ **Στάδιο IB** : Κλινικά εμφανής βλάβη περιοριζόμενη στον τράχηλο, ή προκλινική ( μικροσκοπική ) βλάβη μεγαλύτερη από αυτή του σταδίου IA.

- **Στάδιο IB1** : Κλινική βλάβη όχι μεγαλύτερη από 4,0 cm σε έκταση.
- **Στάδιο IB2** : Κλινική βλάβη όχι μεγαλύτερη από 4,0 cm.

**Στάδιο II** Στο στάδιο II, το καρκίνωμα επεκτείνεται πέραν του τραχήλου αλλά δεν έχει φθάσει στο πυελικό τοίχωμα. Επέκταση στον κόλπο αλλά όχι στο κάτω τριτημόριό του. Το στάδιο II διαιρείται σε στάδιο IIA και IIB, με κριτήριο το βαθμό επέκτασης του καρκίνου στους γειτονικούς ιστούς.

§ **Στάδιο IIA** : Ο καρκίνος έχει προχωρήσει στα ανώτερα δύο τρίτα του κόλπου αλλά όχι στους ιστούς γύρω από τη μήτρα (παραμήτρια).

**§ Στάδιο IIΒ :** Ο καρκίνος έχει προχωρήσει στα ανώτερα δύο τρίτα του κόλπου με διήθηση και των παραμητρίων.

**Στάδιο III** Στο στάδιο III, ο καρκίνος έχει διηθήσει το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου με πιθανή επέκταση στο πυελικό τοίχωμα και τους επιχώριους λεμφαδένες. Το στάδιο III διακρίνεται σε:

**§ Στάδιο IIIΑ** στο οποίο τα καρκινικά κύτταρα έχουν εξαπλωθεί στο κατώτερο τριτημόριο του κόλπου αλλά όχι στο πυελικό τοίχωμα.

**§ Στάδιο IIIΒ** στο οποίο το πυελικό τοίχωμα διηθείται ή το μέγεθος του όγκου αυξάνεται αρκετά ώστε να πιέζει τους ουρητήρες. Αυτή η πίεση εκ των έξω μπορεί να οδηγήσει σε διόγκωση των νεφρών λόγω απόφραξης (υδρονέφρωση) ή να τους καταστήσει μη λειτουργικούς. Τα καρκινικά κύτταρα διηθούν επίσης τους πυελικούς λεμφαδένες.

**Στάδιο IV** Στο στάδιο IV, ο καρκίνος έχει επεκταθεί στην ουροδόχο κύστη, το ορθό έντερο, ή άλλα μέρη του σώματος. Το στάδιο IV διαιρείται στα στάδια IVΑ και IVΒ, ανάλογα με τις περαιτέρω διηθήσεις του καρκίνου.

- **Στάδιο IVΑ** έχει προσβληθεί η κύστη ή και το τοίχωμα του ορθού, με θετικούς λεμφαδένες της πυέλου.
- **Στάδιο IVΒ** ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέραν της πυέλου και των πυελικών λεμφαδένων σε πιο απομακρυσμένα μέρη του σώματος, όπως στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στην κοιλία. (Φωτίου, Σ.Κ., 2009)

## 6.2. Πρόγνωση

Η πρόγνωση των μη διηθητικών βλαβών του τραχήλου της μήτρας και του μικροδιηθητικού καρκίνου είναι άριστη.

Η πρόγνωση στον διηθητικό καρκίνο επηρεάζεται από ποικιλία παραγόντων, εκ των οποίων σημαντικός παράγοντας είναι το στάδιο της νόσου κατά την διάγνωση. Όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος τόσο πιθανότερο είναι να υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες.

Σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες είναι :

- Η αναλογία όγκου – τραχήλου.

- Η παρουσία εμβόλου σε αγγεία και λεμφαγγεία.
- Ο αριθμός των θετικών λεμφαδένων.
- Η διήθηση του παραμητρίου.
- Το βάθος της διήθησης.
- Η εξωφυτική ανάπτυξη.
- Ο αριθμός των μεταστάσεων.
- Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου.

Ο σπουδαιότερος προγνωστικός παράγοντας είναι η κατάσταση των λεμφαδένων. Με αρνητικούς λεμφαδένες, η πενταετής επιβίωση φθάνει σε ποσοστό 85-90%, ενώ με θετικούς φθάνει 20-74%. Ο ιστολογικός τύπος του αδενοκαρκινώματος, φθάνει περίπου στο 15% του συνόλου των νεοπλασμάτων του τραχήλου της μήτρας σχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση σε όλα τα στάδια της νόσου από το πλακώδες καρκίνωμα.(Παπαδημητρίου Α. 2006).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>0</sup>**  
**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

## **7.1. Γενικά**

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ο κύριος σκοπός για οποιαδήποτε θεραπεία καρκίνου είναι η διατήρηση της ζωής και η αφαίρεση του όγκου όσο το δυνατόν συντομότερα. Όμως, οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται σε νεαρή ηλικία είναι δυνατόν να θέλουν να τεκνοποιήσουν, γεγονός που πρέπει να εκλαμβάνεται σοβαρά όταν σχεδιάζεται η θεραπεία. Η επιτυχία στη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Όταν η προσβολή είναι στα αρχικά στάδια, η ίαση μπορεί να φτάσει στο ποσοστό 100%. Στον διηθητικό καρκίνο, η χειρουργική θεραπεία μαζί με την ακτινοβολία και την χημειοθεραπεία αποδίδουν πολύ καλά αποτελέσματα. Οι αρχές θεραπείας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι η αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας και των πιθανών σημείων επέκτασης της νόσου.

## **7.2. Συντηρητική θεραπεία**

Οι μη χειρουργικές παρεμβάσεις για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, εξαρτώνται από το στάδιο της νόσου. Οι τεχνικές πρώιμης αντιμετώπισης περιλαμβάνουν τοπικές θεραπείες αφαίρεσης με ηλεκτροχειρουργική εκτομή, θεραπεία με Laserή κρυοχειρουργική θεωρούνται μέθοδοι καταστροφής ενός όγκου. Η ακτινοθεραπεία ή η χημειοθεραπεία συνήθως χρησιμοποιούνται μαζί με τη χειρουργική επέμβαση για νόσο σε προχωρημένου σταδίου και θεωρούνται μέθοδοι αφαίρεσης όγκου. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της εντοπισμένης θεραπείας έναντι της χειρουργικής παρέμβασης, περιλαμβάνουν τη γενικότερη κατάσταση υγείας της ασθενούς, το μέγεθος του όγκου, το στάδιο, τον τύπο καρκινικών κυττάρων, το βαθμό συμμετοχής, των λεμφαδένων, τους παράγοντες κινδύνου για χειρουργικές επιπλοκές και τις προτιμήσεις που έχει η ασθενής. Η συντηρητική θεραπεία είναι ένα είδος θεραπείας που χρησιμοποιεί φάρμακα ή άλλες ουσίες για τον εντοπισμό και την επίθεση ειδικών καρκινικών κυττάρων χωρίς να βλάπτουν τα φυσιολογικά κύτταρα. Το μονοκλωνικό αντίσωμα είναι ένας στοχευμένος τύπος θεραπείας που χρησιμοποιεί αντισώματα. Αυτό γίνεται στο εργαστήριο από ένα μόνο είδος ανοσοποιητικού συστήματος των κυττάρων. Αυτά τα αντισώματα μπορούν να εντοπίσουν ουσίες σε καρκινικά κύτταρα ή φυσιολογικές ουσίες που μπορεί να βοηθήσουν τα καρκινικά κύτταρα να αναπτυχθούν. Τα αντισώματα αποδίδουν ουσίες που μπορεί να σκοτώσουν τα καρκινικά κύτταρα ή να

εμποδίσουν την ανάπτυξή τους. Τα μονοκλωνικά αντισώματα δίνονται από έγχυση. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνα τους ή για τη μεταφορά φαρμάκων, τοξίνες ή ραδιενεργού υλικού απευθείας σε καρκινικά κύτταρα.

### **7.2.1. Θεραπεία με Laser**

Η θεραπεία με LASER είναι επέμβαση που εκτελείται στο ιατρείο για καρκίνο. Μία δέσμη LASER κατευθύνεται στους πάσχοντες ιστούς, όπου η ενέργεια από την δέσμη απορροφάται από το υγρό στους ιστούς προκαλώντας εξάχνωση. Υπάρχει μικρή αιμορραγία με αυτή την επέμβαση και οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν ελαφριά έκκριση από τον κόλπο. Η επούλωση γίνεται σε 6-12 εβδομάδες. Το μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι δεν λαμβάνεται δείγμα ιστού για περαιτέρω εξέταση.

### **7.2.2. Κρυοθεραπεία-Κρυοπηξία**

Συνήθως γίνεται σε νέες γυναίκες με μεγάλη ζώνη μετάπλασης. Με τη βοήθεια προειδοποιείται, ότι τις επόμενες ημέρες θα έχει αυξημένη κοιλιακή έκκριση. Η κρυοπηξία πρέπει να χρησιμοποιείται με φειδώ και μόνο κάτω από ειδικής συσκευής, ο τράχηλος καταψύχεται σε 65-85 βαθμούς υπό το μηδέν για 3 λεπτά. Μετά, αφήνεται να ξεπαγώσει για 5 λεπτά και η διαδικασία της κρυοπηξίας επαναλαμβάνεται ομοίως, για άλλα 3 λεπτά.

## **7.3. Χειρουργική θεραπεία**

Η χειρουργική επέμβαση είναι μία από τις βασικές μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης για τον καρκίνο του τραχήλου. Η χειρουργική έχει τρεις ρόλους στην αντιμετώπιση του γυναικολογικού καρκίνου. Ο πρώτος είναι η λήψη ιστού για ιστολογική διάγνωση, ο δεύτερος είναι να δώσει πληροφορίες σχετικά με το μέγεθος του όγκου και μαζί με άλλες εξετάσεις να προσδιορίσει επακριβώς την εξάπλωση της ασθένειας, ο τρίτος ρόλος που έχει, είναι η αφαίρεση του όγκου. Τα είδη που χρησιμοποιούνται στη χειρουργική αντιμετώπιση είναι τα παρακάτω. (Θ.Π. Ταραβάνης, 2006).

### **7.3.1. Κωνοειδής εκτομή με νυστέρι και με Laser**

Η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου της μήτρας είναι μία μικρή χειρουργική επέμβαση που διενεργείται υπό μεγέθυνση από το κολποσκόπιο, κατά την οποία αφαιρείται ένα κομμάτι του τραχήλου σχήματος κώνου και αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση. Η κωνοειδής εκτομή εκτός από διαγνωστικό, έχει και θεραπευτικό χαρακτήρα. Συνίσταται σε περιπτώσεις παθολογικών αποτελεσμάτων στο τεστ Παπανικολάου ή στην κολποσκόπηση. Η κωνοειδής εκτομή μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη χρήση :

- Νυστεριού
- LASERδιοξειδίου του άνθρακα (CO<sub>2</sub>)
- Μονοπολικής διαθερμίας με τη μορφή αγκύλης (LETZ)
- Μονοπολικής διαθερμίας με τη μορφή (NETZ)

Η κωνοειδής εκτομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αφαίρεση ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας, όταν η νόσος έχει καθοριστεί με κολποσκοπικά κατευθυνόμενη βιοψία. Η κλασική κωνοειδής εκτομή γίνεται με νυστέρι, τελευταία όμως έχει χρησιμοποιηθεί το LASER για εκτομή του κώνου ή αφαίρεση τραχηλικού ιστού. Η όλη διαδικασία γίνεται υπό γενική αναισθησία με πλήρως άσηπτες συνθήκες. Μετά από την αφαίρεση του κώνου, ο τράχηλος αφήνεται ανοιχτός αν η εκτομή έχει γίνει με LASER ή τοποθετούνται ράμματα στην εκτομή με νυστέρι. (Διακομανώλης Μ.,2010)

### **7.3.2. Υστερεκτομή**

Υστερεκτομή είναι η αφαίρεση της μήτρας. Ο όρος προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις <<ύστερον>> που σημαίνει μήτρα και <<εκτομή>> που σημαίνει αφαίρεση. Είναι από τις πιο συνηθισμένες επεμβάσεις και σε μερικές χώρες είναι αρκετά συχνή, π.χ. στη Μεγάλη Βρετανία 1 στις 6 γυναίκες έχουν υποστεί υστερεκτομή. Πρόκειται για τη δεύτερη πιο συχνή γυναικολογική επέμβαση μετά την καισαρική τομή. Ανάλογα με την αιτία της υστερεκτομής, αυτή μπορεί να γίνει κολπικός ή δια κοιλιακής τομής. Όταν αφαιρεθεί μόνο η μήτρα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η κολπική οδός. Η απλή υστερεκτομή διενεργείται ως θεραπεία για τον μικρό-διηθητικό καρκίνο εάν η ασθενής δεν επιθυμεί τεκνοποίηση. Η υστερεκτομή είναι διαφόρων ειδών, όπως :

Στην μερική ή υφολική υστερεκτομή ο τράχηλος παραμένει στη θέση του. Στην ολική υστερεκτομή αφαιρείται ολόκληρη η μήτρα μαζί με τον τράχηλο.

Στην ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων αφαιρείται η μήτρα, ο τράχηλος, οι σάλπιγγες και οι δύο ωοθήκες.

Στη ριζική υστερεκτομή, που γίνεται συνήθως σε περίπτωση καρκίνου τραχήλου της μήτρας, η επέμβαση είναι ακόμα πιο εκτεταμένη και περιλαμβάνει επιπλέον την αφαίρεση του επάνω μέρους του κόλπου και μερικών λεμφαδένων της πυέλου. Η ριζική υστερεκτομή και η Αμφοτερόπλευροι εκτομή των πυελικών λεμφαδένων είναι τόσο αποτελεσματικές όσο και η ακτινοθεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου που έχει επεκταθεί πέραν του τραχήλου αλλά όχι στο πυελικό τοίχωμα. Η διαδικασία γίνεται υπό γενική ή επισκληρίδιο αναισθησία. Μπορεί να γίνει με τρεις τρόπους :

1. Με τομή στην κοιλιά (κοιλιακή υστερεκτομή). Ο χειρουργός κάνει μια τομή στην κάτω κοιλιά, είτε οριζόντια λίγο επάνω από το ηβικό τρίχωμα ή κάθετα από τον ομφαλό μέχρι το ηβικό τρίχωμα. Για την ανάνηψη συνήθως απαιτούνται 6 εβδομάδες.
2. Κολπική υστερεκτομή, με την οποία αφαιρείται η μήτρα από τον κόλπο χωρίς να γίνει τομή στην κοιλιά. Η κολπική υστερεκτομή είναι κατάλληλη, όταν το μέγεθος της μήτρας είναι μικρότερο εκείνου των 12 εβδομάδων κύησης και δεν υπάρχει υποψία οποιασδήποτε άλλης ενδοκοιλιακής παθολογίας. Η μέθοδος αυτή δεν αφήνει ορατή ουλή αλλά είναι κατάλληλη μόνο σε περίπτωση καλοήθους νόσου.
3. Με λαπαροσκοπική μέθοδο όπου χρησιμοποιείται κάμερα. Γίνονται τέσσερις πολύ μικρές τομές στην κοιλιά και η μήτρα αφαιρείται από τον κόλπο. Η ανάνηψη μπορεί να είναι ευκολότερη και συντομότερη από εκείνη μετά από παραδοσιακή κολπική υστερεκτομή.

Οι επιπτώσεις στη σεξουαλικότητα είναι μικτές. Σε κάποιες γυναίκες η σεξουαλικότητα βελτιώνεται διότι έχει αντιμετωπιστεί το πρόβλημα για το οποίο έγινε η αφαίρεση της μήτρας αλλά ορισμένες γυναίκες έχουν αναφέρει μείωση της ερωτικής επιθυμίας. Πάντως, δεν είναι απολύτως γνωστό πως ο τράχηλος παρεμβαίνει στη σεξουαλικότητα. Αν έχουν αφαιρεθεί οι νευρικές απολήξεις που βρίσκονται στον τράχηλο, ενδεχομένως η αίσθηση του οργασμού να είναι διαφορετική. Η κυριότερη ανεπιθύμητη ενέργεια της υστερεκτομής είναι ότι παρατηρούνται τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης σαν αποτέλεσμα των απότομων ορμονικών αλλαγών. Η ορμονική θεραπεία υποκαταστάσεως είναι απαραίτητη για τον έλεγχο των συμπτωμάτων, τα οποία συνοδεύουν την εμμηνόπαυση. Μετά την κολπική υστερεκτομή, η ευαισθησία του κόλπου διαταράσσεται αλλά επανέρχεται μετά από αρκετές εβδομάδες όταν η βλάβη πλέον έχει επουλωθεί. Οι



γυναίκες που έκαναν υστερεκτομή, θα πρέπει μελλοντικά να κάνουν Τεστ Παπανικολάου εφόσον :

- Υποβλήθηκαν σε μερική υστερεκτομή.
- Η υστερεκτομή έγινε για κακοήθεια.
- Υπάρχει ιστορικό προκαρκινικών αλλοιώσεων στον τράχηλο της μήτρας ή στις περιπτώσεις που η υστερεκτομή έγινε για άλλη αιτία και κατά την ιστολογική εξέταση διαπιστώθηκαν αλλοιώσεις από HPV στον τράχηλο της μήτρας.

Πολλές ωστόσο γυναίκες δεν γνωρίζουν σε τι είδος υστερεκτομής υποβλήθηκαν και θα πρέπει να ενημερωθούν από το γιατρό τους.(Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι.2011)

#### **7.4. Χημειοθεραπεία**

Μία άλλη μέθοδος αντιμετώπισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι η χημειοθεραπεία. Είναι 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 την χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία πραγματοποιείται με σκοπό να μειώσει το μέγεθος του όγκου, ειδικότερα σε ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο ΙΙΒ και άνω, ώστε ακόμη και αν η κλινική εικόνα ενός ασθενούς, προιδεάζει ότι δεν επιδέχεται εγχείρηση, μετά τη χημειοθεραπεία, να είναι δυνατό να χειρουργηθεί. Η χημειοθεραπεία 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.

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, συχνά οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία χάνουν τα μαλλιά τους ή αντιμετωπίζουν άλλες παρενέργειες. Τα φάρμακα της χημειοθεραπείας χορηγούνται ενδοφλεβίως ή από το στόμα.

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. (Γιαμαρέλλου Ε. 2009)

## **7.5. Ακτινοθεραπεία**

Η ακτινοβολία είναι μία άλλη επιλογή για την καταστροφή των κυττάρων. Ακτινοθεραπεία ή ακτινοβολία, καλείται η χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας για την θανάτωση των καρκινικών κυττάρων και την μείωση του μεγέθους του όγκου. Προκαλεί καταστροφή των κυττάρων στο πεδίο ακτινοβολήσης, μέσω βλάβης του γενετικού υλικού ώστε να καταστεί αδύνατη η περαιτέρω ανάπτυξη και κυτταρική διαίρεση. Εφαρμόζεται σε περιοχές του σώματος ή εισάγεται στον καρκινικό όγκο με μορφή βελόνων, ή προσλαμβάνεται εκλεκτικά το ραδιενεργό ισότοπο στο πάσχον όργανο. Η συνήθης ακτινοθεραπεία χορηγείται μία φορά την ημέρα και διαρκεί συνολικά 4-8 εβδομάδες. Η ακτινοθεραπεία είναι η πρώτη μη χειρουργική θεραπευτική μέθοδος κατά του καρκίνου. Η χρησιμοποίησή της μετά την ανακάλυψη των ακτίνων X και του ραδίου, διεύρυνε το θεραπευτικό οπλοστάσιο της ιατρικής, χαρίζοντας μεγαλύτερες επιβιώσεις ή ίασεις αλλά και καλύτερη ποιότητα ζωής. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται μερικές φορές για να συρρικνώσει έναν καρκινικό όγκο πριν την εγχείρηση ή για να καταστρέψει τα εναπομείναντα καρκινικά κύτταρα μετά την εγχείρηση σε συνδυασμό με αντικαρκινικά φάρμακα ή μόνη της. Όπως και με την εγχείρηση, η ακτινοθεραπεία δεν είναι συνήθως θεραπευτική αν τα καρκινικά κύτταρα έχουν εξαπλωθεί. Μπορεί να συνεχιστεί, ακόμα κι αν δεν είναι πιθανή η πλήρης ίαση, για να μειώσει τα σημεία και συμπτώματα που προκαλεί ο καρκίνος. Σε γενικές γραμμές η ακτινοβολία προκαλεί λιγότερες σωματικές παραμορφώσεις σε σχέση με τη ριζική εγχείρηση, αλλά μπορεί να έχει έντονες παρενέργειες, όπως ερεθισμό ή σκλήρυνση του δέρματος και καταβολή. (Γομπάκη Π., Γομπάκη Κ.2013).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>**  
**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

## 8.1. Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με ΚΤΜ

Η έννοια της φροντίδας στη νοσηλευτική, είναι ένα θέμα του οποίου η ανάλυση εκλείπει στην διεθνή βιβλιογραφία εξαιτίας 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.

Η νοσηλευτική φροντίδα αφορά στη βοήθεια προς τη γυναίκα να αντιμετωπίσει τις φυσικές και ψυχολογικές επιπτώσεις μίας δυνητικά θανατηφόρου νόσου, παρέχοντας τις πληροφορίες που χρειάζονται για να πάρει τις σωστές αποφάσεις και στην ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με το αναπαραγωγικό ιστορικό της ασθενούς και τις γυναικολογικές ανησυχίες της. Αυτό βέβαια δεν είναι και τόσο εύκολο τόσο από την πλευρά της ασθενούς όσο και από την πλευρά του νοσηλευτή, διότι πρόκειται να συζητήσουν θέματα που έχουν σχέση με το σώμα και την προσωπική ζωή της ασθενούς. Οι ερωτήσεις που θα γίνουν από τον νοσηλευτή θα πρέπει να τίθενται με ευαισθησία διότι μιλάμε για την προσωπική ζωή της ασθενούς και υπάρχει περίπτωση η ασθενής να μην θέλει να απαντήσει. Όπως, επίσης, οι νοσηλευτές θα πρέπει να απαντούν με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις που μπορεί να τους απευθύνει η ασθενής. Ως βασικοί σκοποί στο σχεδιασμό της φροντίδας είναι η πρόληψη λοιμώξεων, η εκπαίδευση και η συναισθηματική υποστήριξη της γυναίκας και της οικογένειάς της. Βεβαίως, στο σχεδιασμό αυτό πρέπει να συμπεριληφθούν τα μέτρα για την ανακούφιση του πόνου, η διαχείριση των αναγκών, η συναισθηματική και σωματική φροντίδα.

Κάθε παρέμβαση απαιτεί την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την διερεύνηση των ακολούθων παραγόντων. Εάν υπάρχουν παρενέργειες στα φάρμακα ή στην θεραπεία. Το πόσο αποτελεσματικά αντιμετωπίστηκε ο πόνος. Εάν η ασθενής μπορεί να ανταπεξέλθει σε κάθε αλλαγή στην διαίτα ή στην θεραπεία της.

## 8.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση

Ο νοσηλευτής έχει κάποια ιδιαίτερα καθήκοντα σε κάθε διαγνωστική εξέταση για την προετοιμασία του αρρώστου. Στην γυναικολογική εξέταση, η οποία είναι η πρώτη εξέταση στην οποία η ασθενής έρχεται σε επαφή με τον ιατρό, θα πρέπει ο νοσηλευτής να κάνει την ασθενή να νιώσει άνετα, να είναι ήρεμη και χαλαρή για να μπορέσει να συνεργαστεί με τον ιατρό. Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής, θα πρέπει να εξηγήσει στην ασθενή όλη τη διαδικασία και να την τοποθετήσει σε γυναικολογική θέση, ώστε να ξεκινήσει η εξέταση. Κατά την κολποκυτταρολογική εξέταση ο νοσηλευτής θα εξασφαλίσει τον κατάλληλο φωτισμό. Στη συνέχεια προετοιμάζει το σύνολο του εξοπλισμού πριν από την έναρξη της διαδικασίας, ελέγχει την ημερομηνία λήξης στο φιαλίδιο συλλογής ώστε να μην χρησιμοποιηθεί ληγμένο φιαλίδιο, συμπληρώνει τα στοιχεία κατά την οποία βοηθάει τον ιατρό. Εάν τα αποτελέσματα δεν είναι καλά, θα χρειαστεί να γίνει κολποσκόπηση. Έτσι, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει την ασθενή για αποφυγή συνουσίας ή κολπικής πλύσης για 24 ώρες πριν από τη λήψη επιχρισμάτων για κυτταρολογικές εξετάσεις, αλλά και για την κένωση της ουροδόχου κύστης. Εφόσον πραγματοποιηθούν όλα αυτά, ο ιατρός με τη βοήθεια του νοσηλευτή προχωράει στην εξέταση. Στο τέλος της εξέτασης, καθαρίζει τα γεννητικά όργανα της ασθενούς με ένα χαρτοβάμβακο και διευκρινίζει τις ιατρικές οδηγίες λύνοντας τις απορίες της ασθενούς.

Η επόμενη εξέταση είναι η βιοψία του τράχηλου. Ο νοσηλευτής επεξηγεί τη διαδικασία και τοποθετεί την ασθενή σε γυναικολογική θέση. Στην βιοψία δεν γίνεται αναισθησία, γιατί ο τράχηλος δεν έχει υποδοχείς πόνου. Φροντίζουμε να υπάρχει ο κατάλληλος φωτισμός και τα κατάλληλα εργαλεία που θα δίνουμε στον ιατρό. Ταυτόχρονα, δίνονται οδηγίες στην ασθενή. Σε περίπτωση αιμορραγίας γίνεται ραφή και επιπωματισμός. Ο πωματισμός παραμένει στη θέση του για 12-24 ώρες και σε σοβαρή αιμορραγία ενημερώνουμε τον ασθενή ότι θα πρέπει να ειδοποιήσει τον ιατρό.

Η νοσηλευτική φροντίδα στην κυστεοσκόπηση είναι λίγο περίπλοκη διαδικασία και χρειάζεται οπωσδήποτε η συνεργασία της ασθενούς. Όπως και στις υπόλοιπες εξετάσεις εξηγούμε στην ασθενή την διαδικασία και την τοποθετούμε σε γυναικολογική θέση. Της χορηγούμε αναισθησία αλλά μπορεί και όχι, και καθαρίζουμε το περίνεο και τον κόλπο. Στην συνέχεια τοποθετούμε αποστειρωμένα τετράγωνα πεδία και κάνουμε τοπική αναισθησία στον τράχηλο. Σταθεροποιούμε τον τράχηλο με μητρολαβίδα και εισάγουμε ποσότητα αέρα στην

τραχηλική κοιλότητα πρὸς διάταση πρὶν τὴν εἰσαγωγή του ενδοσκοπίου. Μετά, ακολουθούμε τις ιατρικές εντολές και βοηθάμε κατὰ τὴν εξέταση.

Άλλη μια διαγνωστική εξέταση εἶναι ἡ λαπαροσκόπηση. Τοποθετούμε τὴν ασθενή σε θέση Trandeleburg για δύο ὥρες περίπου. Ελέγχουμε και παίρνουμε τα ζωτικά σημεία, στη συνέχεια καθετηριάζουμε τὴν κύστη και ταυτόχρονα παρέχουμε ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή. Ακολουθεῖ ἡ προνάρκωση και μετὰ ἡ γενική νάρκωση κατὰ τις οποίες ὁ νοσηλευτής ελέγχει για αιμορραγία αλλά και για τὴν ἐγκαιρὴ ἀνίχνευση επιπλοκών. Ενημερώνουμε τὴν ασθενή για αἶσθημα πληρότητας και σπασμωδικούς πόνους στο δεξιό ὄμο, λόγω ερεθισμού του φρενικού νεύρου ἀπὸ τὴν εἰσαγωγή αερίου κατὰ τὴν εξέταση και χορηγούμε αναλγητικά και τὴν κατάλληλη διατροφή σύμφωνα με τις οδηγίες του ἱατροῦ. (Αγοραστός Θ., Μπόντης Ι., 2001).

### **8.3. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενῶν που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία**

Όλα σχεδόν τα χημικοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθῶν νεοπλασμάτων, προκαλοῦν ναυτία, ἐμέτους, ανορεξία και καταστολή τῆς λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά ἐπιδροῦν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, ἀπὸ τὴ στοματική κοιλότητα ὡς τὸ κόλπο. Ορισμένα προκαλοῦν διάρροια, ἐνῶ ἄλλα δυσκοιλιότητα. Ἄλλα ἐπηρεάζουν τὴν ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς ἀδένες. Πολλά προκαλοῦν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν τὸ χρῶμα του δέρματος και των νυχιῶν. Τέλος, ἄλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά ὄργανα, ὅπως οἱ νεφροί, τὸ ἥπαρ και τὸ κεντρικό νευρικό σύστημα. (Μπαρμπουνάκη-Κωνσταντάκου Ε. 2004)

#### **8.3.1. Προβλήματα του αρρώστου**

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου ἐξαιτίας τῆς ἀναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ἐρυθρῶν αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
2. Θρεπτικό ἀνισοζύγιο (ναυτία, ἐμέτοι, διάρροια).
3. Μειωμένη ἀντίσταση στις λοιμώξεις (ἐλαττωμένα λευκά, ἀνοσοκαταστολή).
4. Προβλήματα ἀπὸ κακή λειτουργία νεφρῶν, ἥπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
5. Διαταραχή υγρῶν-ηλεκτρολυτῶν, δυνητική (ἐμέτοι, διάρροια)
6. Ψυχικά προβλήματα ἐξαιτίας ἀλλαγῆς του σωματικού ἐιδώλου.

### **8.3.2. Σκοποί της φροντίδας**

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

### **8.3.3. Παρέμβαση**

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Μικρά και συχνά γεύματα. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος.
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις.
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο κεντρικό νευρικό σύστημα, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.
11. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

## **8.4. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία**

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια-ής θα έρθει σε επαφή με τον άρρωστο της-του. Από τη στιγμή αυτή η/ο νοσηλεύτρια-ής με την ευσυνειδήτη αγάπη του, το ενδιαφέρον, την κατανόηση της

θέσης του αρρώστου και της γνώσεις του θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής. Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες του νοσηλευτή που νοσηλεύει τον άρρωστο στον οποίο εφαρμόζετε ακτινοθεραπεία αναφέρεται στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία, στην προετοιμασία και τη βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία, στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της, στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά τη θεραπεία. (Μπαρμπούνη Κωνσταντάκου Ε.2006).

#### **8.4.1. Παρέμβαση**

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

#### **Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται, ως εξής**

1. Ναυτία και εμέτοι.
  - α. Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική συνταγή.
  - β. Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.
  - γ. Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.
  - δ. Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου.
2. Αντιδράσεις από το δέρμα.



- α.** Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση.
- β.** Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, υψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα.
- γ.** Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- ε.** Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέι και γαζών.

### **3. Διάρροια.**

- α.** Χορήγηση αντιδιαρροικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
  - β.** Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.
- ### **4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας.**
- α.** Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών.
  - β.** Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο.
  - γ.** Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας της στοματικής κοιλότητας.
  - δ.** Χορήγηση υγρών και βιταμινών.
- ### **5. Καταστολή λειτουργίας μυελού των οστών.**
- α.** Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
  - β.** Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και αιμορραγίας.
- ### **6.** Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.
- ### **7.** Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο. (Δρεβελέγκας Α. 2012).

## **8.5. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χειρουργική αντιμετώπιση**

Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή πριν, κατά και μετά την χειρουργική επέμβαση ονομάζεται προεγχειρητική νοσηλευτική. Περιλαμβάνει τρεις φάσεις, την

προεγχειρητική όπου αρχίζει από την απόφαση του ασθενούς να χειρουργηθεί με την βοήθεια του θεράποντα ιατρού και διαρκεί μέχρι ο ασθενής να μεταβεί στην χειρουργική αίθουσα. Την διεγχειρητική φάση, όπου αρχίζει από την μεταφορά του ασθενή στην χειρουργική αίθουσα, ως την μεταφορά του στην μονάδα ανάνηψης. Και τέλος, την μετεγχειρητική φάση, όπου διαρκεί από την εισαγωγή στην μονάδα ανάνηψης ως την πλήρη ανάρρωση από την επέμβαση και την τελευταία επίσκεψη του θεράποντα ιατρού.(Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι.2011)

### **8.5.1. Περιεγχειρητική φροντίδα**

Το σχέδιο της προεγχειρητικής εκπαίδευσης θα πρέπει να περιλαμβάνει προεγχειρητικές οδηγίες και την προετοιμασία του ασθενούς. Σε αυτήν την προετοιμασία θα πρέπει να εντάσσονται και τα μέλη της οικογένειας.

### **8.5.2. Προεγχειρητικός έλεγχος**

Στον προεγχειρητικό έλεγχο περιλαμβάνεται η διερεύνηση των κατωτέρω:

- Αναπνευστικό σύστημα
- Καρδιαγγειακό σύστημα
- Ουροποιητικό σύστημα
- Ήπαρ
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Νευρολογικό σύστημα
- Εκτίμηση γενικής κατάστασης της υγείας

Τα μέσα που χρησιμοποιούνται για τον προεγχειρητικό έλεγχο είναι :

- Η λήψη του πλήρους ιατρικού ιστορικού
- Η διενέργεια πλήρους αντικειμενικής εξέτασης
- Η επιλογή των επιπρόσθετων κατάλληλων εξεταστικών μεθόδων που απαιτούνται για τον συγκεκριμένο ασθενή

- Η ψυχολογική προσέγγιση, πλήρης ενημέρωση και απάντηση ερωτήσεων για το είδος της επέμβασης, την αναλγησία και την μετεγχειρητική περίοδο στους ασθενείς και τους συγγενείς.

### **8.5.3. Προεγχειρητικές πληροφορίες**

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

- Καταγραφή των φαρμάκων που λαμβάνει καθημερινά
- Ενημέρωση του ιατρού σε περίπτωση εμφάνισης κρυολογήματος ή λοίμωξης
- Καταγραφή τυχών αλλεργιών και ενημέρωση χειρουργικού προσωπικού.

Ενημέρωση ασθενούς για :

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

### **8.5.4. Νοσηλευτική προεγχειρητική φροντίδα**

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

Η προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Έλεγχος φακέλου του ασθενούς για το είδος της επέμβασης και ανασκόπηση ιατρικών οδηγιών.
- Επικοινωνία με τον ασθενή, επεξήγηση διαδικασίας και βεβαίωση πως όλα τα απαραίτητα έγγραφα είναι τακτοποιημένα.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων, για κάθε σημαντική αλλαγή στις τιμές ενημερώνεται ο υπεύθυνος.

- Εκτέλεση υγιεινής και φροντίδας στόματος. Αφαίρεση μασέλας, έλεγχος οδοντοστοιχίας για χαλαρά δόντια. Υπενθύμιση για την μη λήψη τροφής ή υγρών.
- Αφαίρεση ρούχων και τοποθέτηση μπλούζας, σκουφάκι και ποδονάρια νοσοκομείου. Απομάκρυνση κοσμημάτων, μανό από τα νύχια, πρόσθετων (φακών επαφής, ψεύτικων βλεφαρίδων και άλλων παρομοίων). όλα αυτά παραδίδονται στους συγγενείς.
- Υποκλυσμός και άδειασμα ουροδόχου κύστης.
- Χορήγηση προεγχειρητικής φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Τοποθέτηση ασθενούς από το κρεβάτι στο φορείο για την μεταφορά του στο χειρουργείο.

### **8.5.5. Διεγχειρητική φροντίδα**

Η διεγχειρητική φάση περιλαμβάνει την προετοιμασία στο προθάλαμο του χειρουργείου με την προετοιμασία του δέρματος, των ενδοφλέβιων γραμμών, υγρών και φαρμάκων. Επιπλέον την τακτοποίηση του χειρουργικού θαλάμου με τον έλεγχο του εξοπλισμού και τη προετοιμασία του χειρουργικού τραπεζιού. Η νοσηλευτική φροντίδα κατά την περίοδο αυτή είναι ζωτικής σημασίας λόγω των φυσιολογικών και πνευματικών αναγκών για ασφάλεια, άνεση, αξιοπρέπεια και διαφύλαξη της ψυχολογικής κατάστασής του.

Τα μέλη της χειρουργικής ομάδας είναι :

- Χειρουργός και μέλη ομάδας (άλλος χειρουργός, ειδικευόμενος, εκπαιδευόμενος, νοσηλευτής ή τεχνολόγος χειρουργείου)
  - Αναισθησιολόγος και εξειδικευμένος νοσηλευτής αναισθησίας.
  - Προσωπικό χειρουργείου:
- **Û** Νοσηλευτής αίθουσας αναμονής
  - **Û** Νοσηλευτής κυκλοφορίας: εξασφαλίζει την ομαλή ροή των διαδικασιών πρό, κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση
  - **Û** Άσηπτος νοσηλευτής (εργαλειοδότης): προετοιμάζει το στείρο πεδίο, καλύπτει τον ασθενή και τροφοδοτεί τον χειρουργό με αποστειρωμένα υλικά, εργαλεία και όργανα
  - **Û** Εξειδικευμένοι νοσηλευτές: ειδικά εκπαιδευμένοι για συγκεκριμένους τύπους επεμβάσεων

Ο νοσηλευτής αξιολογεί τη φροντίδα του ασθενούς στη διάρκεια του χειρουργείου και αναμένεται ο ασθενής:

- Να αναισθητοποιηθεί με ασφάλεια και χωρίς επιπλοκές
- Να μην υποστεί βλάβη λόγω τοποθέτησης ή από τον χειρουργικό εξοπλισμό
- Να μην υποστεί μόλυνση δέρματος ή ιστών στη διάρκεια του χειρουργείου
- Να μην εμφανίσει στο δέρμα σχισίματα, μώλωπες, ερυθρότητα σύνθλιψη σε σημεία πίεσης.

### **8.5.6. Μετεγχειρητική φροντίδα**

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί την τρίτη φάση της περιεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας. Διευκολύνει την ανάρρωση από την χειρουργική επέμβαση και ενισχύει τον ασθενή για να αντιμετωπίσει τις σωματικές αλλαγές και παραμορφώσεις. Σκοπός της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι η μείωση του ποσοστού των μετεγχειρητικών επιπλοκών, η ασφάλεια και η ευεξία του ασθενή κατά την συγκεκριμένη μετεγχειρητική φάση νοσηλείας του.

Εφόσον, έχει ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση, ο ασθενής μεταφέρεται στην μονάδα ανάνηψης. Ο χρόνος ανάνηψης μετά από μείζονα χειρουργική επέμβαση είναι πολύ σημαντικός και απαιτεί έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό. Οι νοσηλευτές της μονάδας ανάνηψης μετά το χειρουργείο ενημερώνονται προφορικά από τον αναισθησιολόγο για την έκβαση της εγχείρησης, τις απώλειες αίματος, τα υγρά και τα φάρμακα που χορηγήθηκαν όπως και τα προβλήματα που προέκυψαν.

### **8.5.7. Νοσηλευτικές διαγνώσεις**

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις που χρησιμοποιούνται για τους μετεγχειρητικούς ασθενείς με γενική αναισθησία είναι :

- Διαταραγμένη ανταλλαγή αερίων που σχετίζεται με την επίδραση της αναισθησίας στους πνεύμονες.

- Διαταραγμένη ακεραιότητα δέρματος σχετιζόμενη με την χειρουργική τομή, οξύς πόνος.
- Έλλειμα όγκου υγρών σχετιζόμενο με την απώλεια υγρών και μη λήψης τους από το στόμα λόγω χειρουργείου.
- Κίνδυνος δυσκοιλιότητας σχετιζόμενη με την λήψη αναισθησίας και διαταραγμένη αποβολή ούρων σχετιζόμενη με την παρουσία καθετήρα.

## **8.6. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με πόνο**

Η ανακούφιση του πόνου είναι το τελικό στάδιο. Οι απαιτούμενες ενέργειες για την ανακούφιση του πόνου περιλαμβάνει την χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και χρησιμοποίηση επικουρικών μέτρων όπως τοποθέτηση σώματος σε σωστή θέση ή μαλάξεις. Επιπλέον γίνεται αξιολόγηση του πόνου, τεκμηριώνεται η εντόπιση, η ένταση, η διάρκεια και οι παράγοντες επιβάρυνσης ή ανακούφισης. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας και την εκπαίδευση του ασθενούς και του οικογενειακού περιβάλλοντος με την αντιμετώπιση λανθασμένων απόψεων για τον πόνο.(DewitS. 2009)

## **8.7. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών**

Η ψυχολογία είναι η επιστημονική μελέτη της συμπεριφοράς και των ψυχικών διεργασιών. 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. Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο, έχουν μεγάλες δυσκολίες στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών θεμάτων τους. Κυρίως, οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους καθ' όλη την διάρκεια της διαδικασίας για την ανίχνευση και θεραπεία του τραχήλου της μήτρας. Το άγχος μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχολογία της ασθενούς. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να αποφευχθεί η κακή ψυχολογία της ασθενούς. Υπάρχουν πολλές εθνικές και τοπικές υπηρεσίες υποστήριξης, όπως εθελοντικές οργανώσεις, κλινικοί

νοσοκόμοι, κλινικοί ψυχολόγοι, τοπικές ομάδες υποστήριξης, κέντρα υποδοχής οι οποίες μπορούν να προσφέρουν συμπληρωματικές υπηρεσίες θεραπείας. Επίσης, οι νοσηλευτές θα 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 καλές δεξιότητες επικοινωνίας και αξιολόγησης είναι απαραίτητες για την οικοδόμηση μίας σχέσης με τους ασθενείς και μπορεί να βοηθήσει το νοσηλευτή να αναπτύξει μια κλινική σχέση με τον ασθενή και την οικογένεια του. Οι νοσηλευτές οφείλουν να προσπαθούν να θεραπεύσουν τους ασθενείς χωριστά καθώς κάθε ασθενής παρουσιάζει συγκεκριμένα συμπτώματα και χρήζει διαφορετικής ψυχοκοινωνικής φροντίδας. Γενικότερα, οι νοσηλευτές θα πρέπει να χρησιμοποιούν την ψυχοκοινωνική υποστήριξη για να βοηθήσουν στη δημιουργία θεραπευτικών σχέσεων, οι οποίες χτίζονται με ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική φροντίδα.

## **8.8. Νοσηλευτική Διεργασία**

Η Χ.Ψ. 38 ετών εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών << ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ >> την Τρίτη 21 Φεβρουαρίου με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το πρωί της επόμενης ημέρας Τετάρτη 22 Φεβρουαρίου επεβλήθη σε ριζική υστερεκτομή με τομή στην κοιλιά. Μετά την επέμβαση η ασθενής εμφάνισε αυξημένη θερμοκρασία, έμετο, κινητική δυσκολία και άλγος στην κοιλιακή περιοχή, ανησυχία, κατάθλιψη.

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u>	<u>ΔΙΑΓΝΩΣΗ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u>
<u>Η</u>		<u>Σ</u>		
<b>1.Αύξηση Θερμοκρασίας</b>	1.Μείωση θερμοκρασίας σώματος 2.Ανακούφιση ασθενούς	1.Χορήγηση αντιπυρετικών 2.Τοποθέτηση κομπρεσών με κρύο νερό. 3.Παρακολούθηση ζωτικών σημείων	1.Χορηγήθηκε αντιπυρετική αγωγή 2.Τοποθετήθηκαν κομπρέσες με κρύο νερό στο μέτωπο της ασθενούς	1.Ο πυρετός μειώθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα 2.Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα
<b>2.Έμετος</b>	1.Μείωση εμέτων 2.Ενυδάτωση ασθενούς λόγω αποβολής όγκου υγρών από το σώμα	1.Χορήγηση αντιεμετικών 2.Παρακολούθηση ζωτικών σημείων και τιμών των ηλεκτρολυτών, 3.Πρόσληψη υγρών για αποκατάσταση όγκου υγρών	1.Χορηγήθηκε αντιεμετική αγωγή 2.Μέτρηση των ζωτικών σημείων 3.Καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων	1.Οι έμετοι σταμάτησαν 2.Αποτρέπεται η αφυδάτωση και οι ηλεκτροδιαλυτι κές διαταραχές αποκαθίστανται
<b>3.Κινητική δυσκολία / Άλγος στην κοιλιακή περιοχή</b>	1.Να ανακουφιστεί η ασθενής από το αίσθημα άλγους. 2.Να διευκρινιστεί το ακριβές σημείο και η ένταση του πόνου 3.Βοήθεια ασθενούς στην κίνηση και αποφυγή θρομβώσεων	1.Χορήγηση αναλγητικών επί έντονου πόνου 2.Αξιολόγηση σημείου και κλίμακας πόνου 3.Παρακολούθηση από φυσιοθεραπευτή 4,Χορήγηση αντιθρομβωτικών και αντιπηκτικών	1.Χορηγήθηκε αναλγητικό επί πόνου 2.Αξιολογήθηκε το σημείο του πόνου 3.Προτεινόμενες ασκήσεις από φυσιοθεραπευτή 4.Λήψη αντιπηκτικών	1. Η ασθενής ανακουφίστηκε από τα αίσθημα άλγους 2. Ο πόνος εντοπίστηκε τοπικά στο σημείο της τομής και χαρακτηρίζεται έντονος 3.Η ασθενής με την βοήθεια του φυσιοθεραπευ τή και του νοσηλευτή



				καταφέρνει να κινητοποιηθεί, έτσι αποφεύγονται οι θρομβώσεις
<b>4.Ανησυχία</b>	1.Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος 2.Καθησυχασμός ασθενούς	1.Σε έντονη ανησυχία χορήγηση αγχολυτικών 2.Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος	1.Χορηγήθηκε αγχολυτική αγωγή 2.Δημιουργήθηκε ατμόσφαιρα ήρεμου περιβάλλοντος	1.Η ασθενής έπειτα από δράση αγωγής, καταφέρνει να ηρεμήσει και να ησυχάσει.
<b>5.Κατάθλιψη</b>	1.Η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της 2.Βελτίωση ψυχολογίας της ασθενούς	1.Δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης και παροχή ευκαιριών για συζήτηση από το νοσηλευτικό/ιατρικό προσωπικό 2.Χορήγηση αντικαταθλιπτικών	1.Προσφέρθηκε ψυχολογική υποστήριξη 2.Δημιουργήθηκε ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και συζήτηση 3.Χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική αγωγή	1.Βελτίωση ψυχολογικής διάθεσης ασθενούς

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως έχει αποδειχθεί ο Ιός των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων είναι ένας από τους πιο πολυσύχναστους σεξουαλικά μεταδιδόμενους ιούς προσβάλλοντας κυρίως τις νεαρές ηλικίες στις γυναίκες και σπάνια στους άνδρες. Περίπου 500.000 περιπτώσεις διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο και υπολογίζεται 230.000 θάνατοι ετησίως οφείλονται στο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το 80% των περιπτώσεων συμβαίνουν στις λιγότερες αναπτυσσόμενες χώρες, αυτό οφείλεται στις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτές τις χώρες. Στις χώρες της Βόρειας Αμερικής και Δυτικής Ευρώπης η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχει μειωθεί σημαντικά και κάθε χρόνο μειώνεται με μικρότερο ποσοστό. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προσβάλλει γυναίκες που βρίσκονται στη γόνιμη ηλικία περίπου 35-50 ετών. Είναι ένας κακοήθης όγκος στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου είναι μια ασθένεια που ακόμα και σήμερα βρίσκεται σε μεγάλη έξαρση σε όλο τον κόσμο, αφού αποτελεί τον τρίτο πιο συχνό καρκίνο στις γυναίκες.(Θ.Π. Ταραβάνης,2006).

Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο του καρκίνου είναι η μη χρήση προφυλακτικού κατά την σεξουαλική επαφή, η επιλογή πολλών συντρόφων και το κάπνισμα. Είναι μια νόσος που υπάρχει πιθανότητα αν δεν διαγνωστεί έγκαιρα να προχωρήσει σε θάνατο.

Η έγκαιρη διάγνωση και η πρόληψη οδηγεί σε μη εμφάνιση ή πλήρη ίαση της ασθένειας. Ο καρκίνος μπορεί να ανιχνευθεί με φυσική εξέταση και απεικονιστικές εργαστηριακές διαγνωστικές εξετάσεις όπως τεστ Παπανικολάου, λήψη κολπικών εκκρίσεων, κολποσκόπηση, βιοψία και ανίχνευση HPV-DNA. (Αγοραστός Θ.,Μπόντης Ι,2001).

Η πρωτοβάθμια πρόληψη, είναι η εφαρμογή εμβολιασμού, η αποφυγή πολλών ερωτικών συντρόφων, η αποφυγή καπνίσματος.

Η πιο αποτελεσματική μέθοδος για την πρόληψη της νόσου έχει αποδειχθεί πως είναι τα εμβόλια. Δεδομένου ότι τα εμβόλια καλύπτουν ορισμένους καρκινογόνους τύπους του Ιού, συνίσταται στις γυναίκες να υποβάλλονται στην διαδικασία του εμβολιασμού από νεαρή ηλικία για να είναι πιο αποτελεσματικό. Φυσικά, μία γυναίκα μπορεί να εμβολιαστεί μέχρι την ηλικία των 26. Σε αρκετές χώρες όπου ο εμβολιασμός είναι στο πρόγραμμα και ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού έχει εμβολιαστεί, έχει παρατηρηθεί μείωση της νόσου. Στην Ελλάδα, η οικονομική κρίση και η έλλειψη ενημέρωσης κρατούν σε χαμηλά ποσοστά την

εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών. Από στοιχεία προέκυψε ότι η εμβολιαστική κάλυψη των εφήβων την περίοδο 2008-2014 ήταν μόλις 8,9%, ποσοστό ιδιαίτερα χαμηλό σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά, τα οποία έχουν αναφερθεί σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Η εμβολιαστική κάλυψη αυξήθηκε από 3,2% το 2008 σε 17,1% το 2011. Ωστόσο, μειώθηκε το 2012 σε 2,1% και έφθασε το 9,2% και 11,5% τις χρονιές 2013 και 2014, αντίστοιχα. Τα χαμηλά ποσοστά εμβολιασμού των εφήβων κοριτσιών έναντι του ιού HPV, αποδίδονται κυρίως, στην άρνηση εμβολιασμού λόγω του φόβου των ανεπιθύμητων ενεργειών του εμβολίου, οι οποίοι ωστόσο μειώθηκαν σημαντικά από το 2008 έως το 2014. Σημειώνεται η ανάγκη της πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης των εμβολιασμών στην παιδική ηλικία στην Ελλάδα, ενώ παράλληλα αναδεικνύεται η ανάγκη ενδυνάμωσης της προσπάθειας ενημέρωσης του κοινού για την αναγκαιότητα του HPV εμβολιασμού. (MammasConstantinos, NikolaosArkadopoulos,2014).

Ο στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να παρακινήσει τον πληθυσμό να ενημερωθεί και να προβεί στα προγράμματα του εμβολιασμού με σκοπό να μειωθεί ένα μεγάλο ποσοστό της νόσου μελλοντικά. Οι Οργανισμοί Υγείας, τα νοσοκομεία και το υπουργείο Υγείας μπορούν να ενημερώσουν τον κόσμο αναλυτικότερα.

Οπροσυμπτωματικός έλεγχος ανήκει στην δευτεροβάθμια πρόληψη γιατί συμβάλλει στην πρόωγη ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Το Τεστ Παπανικολάου επιβάλλεται να γίνεται μία φορά τον χρόνο για άλλες κακοήθειες του γεννητικού συστήματος σε περίπτωση που τα εμβόλια δεν καλύπτουν πλήρως κάποιους τύπους. Έχει παρατηρηθεί ότι στην Ελλάδα η οικονομική κρίση και άλλοι οικογενειακοί-οικονομικοί παράγοντες έχουν επηρεάσει τον γυναικείο πληθυσμό να προβούν σε προληπτικούς μεθόδους. Αυτό έχει ως συνέπεια να μην μπορούν να προλάβουν την νόσο. Γι' αυτό η πρόληψη έχει σημαντικό ρόλο στη ζωή μας.(Παπαδημητρίου Α.2006).

Όσον αφορά την ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού στην χώρα μας σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, υπάρχει έλλειψη γνώσεων στο θέμα αυτό. Για να επιτευχθεί η πλήρης ενημέρωση του πληθυσμού, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην προαγωγή Δημόσιας Υγείας, με τη συστηματική επιμόρφωση προσωπικού και διαφώτιση του κοινού για ανάπτυξη υγιών στάσεων και συμπεριφορών. Επίσης, να δοθεί ιδιαίτερο βάρος για την πλήρη ενημέρωση και κάλυψη από το πρόγραμμα πρόληψης όλων των κοινωνικό-οικονομικών στρωμάτων του πληθυσμού.

Ο ρόλος του νοσηλευτή έχει καθοριστικό ρόλο. Η συμμετοχή του νοσηλευτή παίζει σημαντικό ρόλο στο να προαχθεί η ενημέρωση και η πρόληψη του ασθενούς. Ο νοσηλευτής

είναι αυτός που δημιουργεί όλες τις προϋποθέσεις που βοηθούν τον άρρωστο να εκφράζει τις σκέψεις του και επιπλέον να πρέπει να συνεργάζεται και να επιβλέπει την ψυχολογία του ασθενούς τόσο στην προεγχειρητική φροντίδα, όσο και στην μετεγχειρητική αποκατάσταση.

Η πρόταση που αποτελεί σημαντικό σημείο είναι ότι η πρόληψη είναι η καλύτερη μέθοδος θεραπείας σε συνδυασμό με τη σωστή ενημέρωση στα θέματα υγείας. Έτσι, να δοθεί φυλλάδιο το οποίο προτείνεται από το CDC προς λύση αποριών σχετικά με το εμβόλιο στους γονείς, να μοιραστεί στα πλαίσια της κλινικής άσκησης του μαθήματος Κοινωνική Νοσηλευτική σε όλους τους συλλόγους καθηγητών και δασκάλων και όλων των δημοτικών και γυμνάσιων σχολείων της Πάτρας αντίστοιχα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγοραστός Θ., Μπόντης Ι.. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου. Εκδόσεις Universitystudiopress, Θεσσαλονίκη2001
2. Αγοραστός Θ., Βαβίλης Δ., Μπόντης Ι.. Σύγχρονες Εξελίξεις στην πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου, Εκδόσεις Universitystudiopress, Θεσσαλονίκη2006
3. Αντσακλής Α.Μαιευτική & Γυναικολογία, Β' Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2011
4. Βλάσης Κ., Κανάρης Χ., Νούσιος Γ., Δεμέστιχα Θ., Σγάτζος Μ.. Εγχειρίδιο περιγραφικής ανατομικής. Εσωτερικά όργανα, Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης,Αθήνα2009
5. Γιαμαρέλλου Ε.. Λοιμώξεις και Αντιμικροβιακή Χημειοθεραπεία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα2009
6. Γομπάκη Π., Γομπάκη Κ.. Αρχές Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, UniversityStudioPress, Θεσσαλονίκη2013
7. Δημητρίου Θ. Σκανδαλάκης Π.Κλινική Ανατομία, Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης,Λευκωσία 2013
8. Διακομανώλης Μ., Κολποσκόπηση και Παθολογία Του Κατώτερου Συστήματος της Γυναίκας, Εκδόσεις Πασχαλίδης2010
9. Δρεβελέγκας Α. Κλινική Ακτινολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας,Αθήνα 2012
10. Θ.Π. Ταραβάνης,Χειρουργική Μαιευτική και Γυναικολογία, Εκδόσεις ΖΗΤΗ,Ιανουάριος Θεσσαλονίκη2006
11. Φυσιολογία, Τέταρτη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα2013
12. Μανώλης Ε. Βασική κλινική ανατομία, Εκδόσεις Π.Χ, Πασχαλίδης,Αθήνα 2011
13. Μαμόπουλος Μ., Ρούσσοσ Δ. Σύγχρονη Διάγνωση και Θεραπεία στη Μαιευτική και Γυναικολογία. Ιατρικές και Επιστημονικές Εκδόσεις, Αθήνα.1998
14. Μπαρμπουνάκη-Κωνσταντάκου Ε.Χημειοθεραπεία. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.Αθήνα 2004

15. Μπαρμπούνη Κωνσταντάκου Ε. Ακτινοθεραπεία, Β' Έκδοση, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2006
16. Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β. Χειρουργική Παθολογία, 4<sup>η</sup> έκδοση. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2011
17. Παπαδημητρίου Α. Γυναικολογία Γνωρίζω-Προλαμβάνω-Αντιμετωπίζω. Εκδόσεις Κάυκας, Αθήνα 2006
18. Πλέσσας Σ., Φυσιολογία του Ανθρώπου, Εκδόσεις ΦΑΡΜΑΚΟΝ Τύπος, Αθήνα 2010
19. Ρούσσοσ Χ. Νοσολογία, Φυσιοπαθολογία-Διάγνωση-Θεραπεία. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2002
20. Σκόπα Χ. MasterMedicine, Γενική και Συστηματική Παθολογική Ανατομική. Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε. Αθήνα 2010
21. Τσακρής Α. <<Ιατρική μικροβιολογία- Μικροβιακές λοιμώξεις: Παθογένεια, Ανοσία, εργαστηριακή διάγνωση και θεραπεία>>, Β' Τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2010
22. Φίσκα Α. Grant's Ανατομία. Έγχρωμος Άτλας, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2012
23. Φραγκίσκη Ανθούλη-Αναγνωστοπούλου Ιστοπαθολογία με στοιχεία ογκολογίας. Βασικές γνώσεις. Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ Α.Ε., Αθήνα 2009
24. Φωτίου, Σ.Κ. Γυναικολογική Ογκολογία, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009
25. Ιατρική Φυσιολογία, Τόμος ΙΙΙ, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2006
26. American cancer society, Who Should Get the HPV Vaccination and Why, 2017, Διαθέσιμο στο <https://www.cancer.org/latest-news/who-should-get-the-hpv-vaccination-and-why.html>
27. CDC, Human Papillomavirus, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/hpv/vac-faqs.htm>
28. Dewit S. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Έννοιες και Πρακτική, Τόμος Ι. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Λευκωσία 2009
29. EMA / 192711/ Περίληψη της Ευρωπαϊκής Δημόσιας Έκθεσης Αξιολόγησης (EPAR) για το κοινό 2016 Διαθέσιμο στο [http://www.ema.europa.eu/docs/el\\_EL/document\\_library/EPAR\\_-\\_Summary\\_for\\_the\\_public/human/003852/WC500189114.pdf&usq=ALkJrhKdTOEOzi2mM57pA7eKttnrh7PkQ](http://www.ema.europa.eu/docs/el_EL/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/003852/WC500189114.pdf&usq=ALkJrhKdTOEOzi2mM57pA7eKttnrh7PkQ)

30. Emiko Petrosky, Joseph A. Bocchini Jr, Susan Hariri, Harrell Chesson, C. Robinette Curtis, Mona Saraiya, Elizabeth R. Unger, Lauri E. Markowitz, Use of 9-Valent Human Papillomavirus (HPV) Vaccine: Updated HPV Vaccination Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices *CDC Morbidity and Mortality Weekly* March 27, 2015 / 64(11);300-304
31. Eurocytology, Κυτταρολογία τραχήλου της μήτρας Εικονικές διαφάνειες, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.eurocytology.eu/el/course/3/virtualslides>
32. GLOBOGAN 2012, Estimated age-standardized rates (World) of deaths, cervical cancer, worldwide in 2012, Διαθέσιμο στο [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?mode=cancer&mode\\_population=continents&population=900&sex=2&cancer=16&type=1&statistic=0&prevalence=0&color\\_palette=default&projection=natural-eart](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?mode=cancer&mode_population=continents&population=900&sex=2&cancer=16&type=1&statistic=0&prevalence=0&color_palette=default&projection=natural-eart)
33. GLOBOGAN 2012, Estimated number of deaths, cervical cancer, worldwide 2012, Διαθέσιμο στο [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multibars?mode=population&mode\\_population=continents&population=900&sex=2&cancer=16&type=1&statistic=0&prevalence=0&color\\_palette=default](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multibars?mode=population&mode_population=continents&population=900&sex=2&cancer=16&type=1&statistic=0&prevalence=0&color_palette=default)
34. GLOBOGAN 2012, Estimated number of incident cases, females, Greece (top 10 cancer sites) in 2012, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multibars?mode=cancer&mode\\_population=continents&population=300&sex=2&cancer=29&type=0&statistic=0&prevalence=0&color\\_palette=default](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multibars?mode=cancer&mode_population=continents&population=300&sex=2&cancer=29&type=0&statistic=0&prevalence=0&color_palette=default)
35. GLOBOGAN 2012, Estimated number of prevalence cases (1-year), females, Greece (top 5 cancer sites) in 2012, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multibars?mode=cancer&mode\\_population=continents&population=300&sex=2&cancer=29&type=2&statistic=0&prevalence=1&color\\_palette=default](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multibars?mode=cancer&mode_population=continents&population=300&sex=2&cancer=29&type=2&statistic=0&prevalence=1&color_palette=default)
36. Mamas Constantinos, Nikolaos Arkadopoulos, Nikolaos Kavantzias, Ismene A. Dontas, Georgia Kostopanatiotou, Thomas Kotsis, Vasileios Smyrniotis The Liver Regeneration Response after Open and Laparoscopic Left Partial Hepatectomy in an Experimental Porcine Model, Integrated *Journal of the American College of Surgeons*, Volume 219, Issue 3, Supplement, September 2014, Pages S130-S131

37. NIE NATIONAL CANCER INSTITUTE, HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) Vaccines, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-vaccine-fact-sheet#q11>
38. NIE NATIONAL CANCER INSTITUTE, HPV and Cancer, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-fact-sheet>
39. Roger Watson, Ανατομία και Φυσιολογία για Νοσηλευτές, 12η Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα 2007
40. Sarah Reagan-Steiner, David Yankey, Jenny Jeyarajah, Laurie D. Elam-Evans, C. Robinette Curtis, Jessica MacNeil, Lauri E. Markowitz, James A. Singleton, National, Regional, State, and Selected Local Area Vaccination Coverage Among Adolescents Aged 13–17 Years — United States, *CDC Morbidity and Mortality Weekly* / August 26, 2016 / 65(33);850–858 2015
41. Schiller JT, Castellsague X, Garland SM. A review of clinical trials of human papillomavirus prophylactic vaccines. (*Vaccine* 2012; 30 Suppl 5:F123-138).
42. Testrap Γυναικολογία. 3η Έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., 2005