



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (ΣΕΥΠ)
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΑΤΤΕ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΚΟΥΛΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΤΣΕΚΟΥΡΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ, 2019

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγγραφή της πτυχιακής αυτής εργασίας με θέμα τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις εκπονήθηκε στα πλαίσια των υποχρεώσεων μας για την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών μας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών.

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος πηγάζει από το γεγονός ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος σε γυναίκες κάτω των 45 ετών, ενώ αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες παγκοσμίως, μετά τον καρκίνο του μαστού και του πνεύμονα.

Φυσικά, για την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμότερες ευχαριστίες μας στην καθηγήτρια μας και υπεύθυνη για την πτυχιακή μας εργασία κυρία Τσεκούρα Βασιλική. Θα θέλαμε να την ευχαριστήσουμε θερμά για την καθοδήγηση, την συνεχή υποστήριξη που μας προσέφερε, την ευγενική της ανταπόκριση στις απορίες μας, την γενικότερη συμπαράσταση, επίβλεψη καθώς και την άψογη συνεργασία μας. Όσα μας δίδαξε με όρεξη και ενδιαφέρον και οι πολύτιμες συμβουλές της μας ενέπνευσαν όχι μόνο όσον αφορά στην εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας αλλά και στην ζωή μας γενικότερα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος πιο κοινός καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως. Η γνώση σχετικά με τα αίτια και την παθογένεια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αναπτύσσεται ραγδαία. Η επίμονη μόλυνση με έναν από τους περίπου 15 γονότυπους του καρκινογόνου ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) προκαλεί σχεδόν όλες τις περιπτώσεις. Υπάρχουν τέσσερα σημαντικά βήματα στην ανάπτυξη τραχηλικού καρκίνου: η λοίμωξη του μεταπλαστικού επιθηλίου στην αυχενική ζώνη μετασχηματισμού, η ιογενής ανθεκτικότητα, η εξέλιξη της ανθεκτικότητας του μολυσμένου επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας σε προκαρκινικά στάδια και η διήθηση διαμέσου της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου. Η μόλυνση είναι εξαιρετικά συχνή σε νεαρές γυναίκες κατά την πρώτη δεκαετία της σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι επίμονες μολύνσεις και τα προκαρκινικά στάδια συστήνονται, συνήθως μέσα σε 5-10 χρόνια, σε λιγότερο από το 10% των νέων μολύνσεων. Ο διηθητικός καρκίνος τίθεται εδώ και πολλά χρόνια, ακόμη και δεκαετίες, σε μια μειοψηφία των γυναικών με τα προκαρκινικά στάδια, με την αιχμή του κινδύνου περίπου στα 35-55 έτη. Κάθε γονότυπος του HPV ενεργεί ως ανεξάρτητος λοίμωξη, με διαφορετικούς καρκινογόνους κινδύνους που συνδέονται με τα εξελικτικά είδη. Η κατανόησή μας έχει οδηγήσει σε βελτίωση της πρόληψης και των στρατηγικών κλινικής διαχείρισης, συμπεριλαμβανομένων των βελτιωμένων δοκιμών προσυπωματικού ελέγχου και τα εμβόλια.

SUMMARY

Cervical cancer is the second most common in women worldwide, and knowledge regarding its cause and pathogenesis is expanding rapidly. Persistent infection with one of about 15 genotypes of carcinogenic human papillomavirus (HPV) causes almost all cases. There are four major steps in cervical cancer development: infection of metaplastic epithelium at the cervical transformation zone, viral persistence, progression of persistently infected epithelium to cervical precancer and invasion through the basement membrane of the epithelium. Infection is extremely common in young women in their first decade of sexual activity. Persistent infection and precancer are established, typically within 5-10 years, from less than 10% of new infections. Invasive cancer arises over many years, even decades, in a minority of women with precancer, with a peak or plateau in risk at about 35-55 years of age. Each genotype of HPV acts as an independent infection, with differing carcinogenic risks linked to evolutionary species. Our understanding has led to improved prevention and clinical management strategies, including improved screening tests and vaccines.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
SUMMARY.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	7
1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα.....	7
1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	16
2.1 Εμμηνορρυσία, εμμηναρχία και εφηβεία.....	16
2.2 Εμμηνορρυσιακός κύκλος.....	16
2.3 Ωογένεση.....	17
2.4 Ωοθηκικός κύκλος.....	17
2.5 Γεννητικός κύκλος.....	19
2.6 Εμμηνόπαυση.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	21
3.1 Ορισμός-Μορφές καρκίνου.....	21
3.2 Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV).....	21
3.3 Στάδια του τραχηλικού καρκίνου.....	22
3.4 Αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	25
3.5 Κλινική εικόνα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	27
3.6 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στην κύηση.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	31

5.1 Τεστ Παπανικολάου.....	31
5.2 Κολποσκόπηση.....	32
5.3 Λήψη κολπικών εκκρίσεων	32
5.4 Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση.....	33
5.5 Κυτταρολογία της υγρής φάσης.....	33
5.6 Κρυοθεραπεία.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ	
ΜΗΤΡΑΣ.....	34
6.1 Κρυοχειρουργική θεραπεία.....	34
6.2 Χειρουργική με laser CO ₂	34
6.3 Καυτηριασμός με διαθερμία.....	34
6.4 Τραχηλεκτομή.....	35
6.5 Χειρουργικές επεμβάσεις.....	35
6.6 Ακτινοθεραπεία.....	37
6.7 Χημειοθεραπεία.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ	
ΜΗΤΡΑΣ.....	39
7.1 Πρωτογενής Πρόληψη.....	40
7.2 Δευτερογενής Πρόληψη.....	41
7.3 Ενημέρωση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ	
ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ	
ΜΗΤΡΑΣ.....	46
8.1 Η έννοια της φροντίδας στην νοσηλευτική.....	46
8.2 Η νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της	
μήτρας.....	48
8.3 Νοσηλευτική διεργασία.....	50
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	59

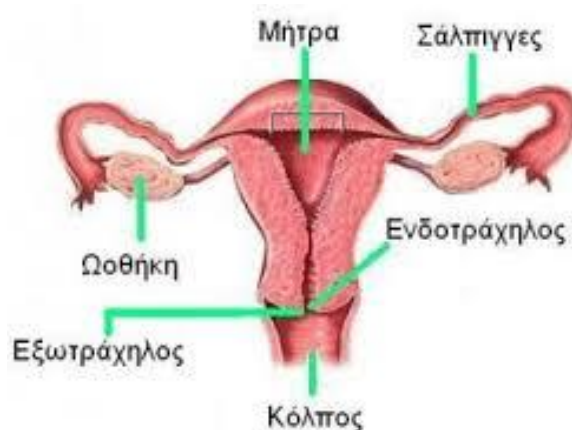
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

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

1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα

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



Πηγή: <https://www.iator.gr/2014/10/14/gynaikeio-gennitiko-systema/>

Το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης

Το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης είναι μία υποστρόγγυλη τριγωνική περιοχή, που η βάση της αντιστοιχεί στην ηβική αύλακα ή πτυχή και η κορυφή της προς τα κάτω καταλήγει στα μεγάλα χείλη του αιδοίου (Αντσακλής, 2008). Το εφηβαίο αποτελείται από μία ποσότητα ινολιπώδη ιστού, σύμφωνα με την πάχυνση της γυναίκας, η οποία καλύπτει τους κλάδους των ηβικών οστών (Προκοπάκης, 2014). Το μέγεθός του ποικίλει ανάλογα με το επίπεδο της ορμόνης και του σωματικού λίπους (New Oxford American Dictionary, 2011). Όταν η γυναίκα φτάσει στην ήβη, το δέρμα που καλύπτει το εφηβαίο, εμφανίζει τρίχωμα, καθώς επίσης περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες (Προκοπάκης, 2014). Σε ανθρώπινα θηλυκά, το εφηβαίο σχηματίζει το πρόσθιο τμήμα του αιδοίου. Διαίρειται εντός του στα μεγάλα χείλη σε κάθε πλευρά του αυλακιού, που είναι γνωστή ως η σχισμή του αιδοίου, που περιβάλλει τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, την ουρήθρα, το κολπικό άνοιγμα και άλλες δομές του προθαλάμου του αιδοίου (Basavanthappa, 2006). Ο λιπώδης ιστός από το εφηβαίο είναι ευαίσθητος στα οιστρογόνα, προκαλώντας ένα ξεχωριστό ανάχωμα που θα σχηματίσει με την έναρξη της εφηβείας. Αυτό ωθεί το πρόσθιο τμήμα των μεγάλων χειλιών έξω και μακριά από το ηβικό οστό (Myers & John, 2011).

Τα μεγάλα και τα μικρά χείλη του αιδοίου

Τα χείλη του αιδοίου είναι ανατομικές δομές που αποτελούν μέρος των γυναικείων γεννητικών οργάνων και αποτελούν τα κύρια ορατά εξωτερικά τμήματα του αιδοίου. Στη γυναίκα υπάρχουν δύο ζεύγη χειλέων, το εξωτερικό χείλος του αιδοίου ή μεγάλα χείλη τα οποία είναι μεγαλύτερα και πιο λιπαρά και τα μικρά χείλη τα οποία είναι πτυχές του δέρματος μεταξύ του εξωτερικού χείλους. Τα χείλη έχουν σκοπό την προστασία της κλειτορίδας και των ανοιγμάτων του κόλπου και της ουρήθρας (Moore et al, 2010).

Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου είναι δύο λείες δερματικές υποστρόγγυλες πτυχές αποτελούμενες από λιπώδη ιστό, λείες μυϊκές ίνες, αρτηριακό-φλεβικό πλέγμα και νεύρα. Σχηματίζουν μεταξύ τους την αιδοϊκή σχισμή και συνεχίζονται προς τα έξω στον σύστοιχο μηρό και προς τα έσω στο σύστοιχο μικρό χείλος. Μπροστά, συνενώνονται και συνεχίζονται στο εφηβαίο και προς τα πίσω συνενώνονται οδηγώντας στην ραφή του περινέου. Η εξωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλέων εμφανίζει πλούσια τριχοφυΐα με σμηγματογόνους, ιδρωτοποιούς αδένες και ειδικούς αποκρινείς αδένες. Στην εσωτερική επιφάνεια η τριχοφυΐα είναι σχεδόν ανύπαρκτη, ενώ το δέρμα είναι ρόδινο και έχει την όψη βλεννογόνου. Στα μεγάλα χείλη και δια του βουβωνικού πόρου καταλήγουν οι στρογγύλλοι σύνδεσμοι της μήτρας (Αθανασίου Σ., 2008).

Τα μικρά χείλη του αιδοίου είναι δύο λεπτές δερματικές πτυχές, με όψη και σύσταση βλεννογόνου, κατασκευασμένα από άφθονες ελαστικές ίνες, συνδετικό υπόστρωμα, πολλές φλέβες, χωρίς τρίχωση, αλλά αρκετούς σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Βρίσκονται στην εσωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλέων και το πρόσθιο άκρο κάθε μικρού χείλους αποσχίζεται σε δύο πτυχές. Η πάνω πτυχή ενώνεται στην κορυφή της κλειτορίδας με την αντίστοιχη του άλλου μικρού χείλους, σχηματίζοντας την πόσθη της κλειτορίδας, η δε κάτω φέρεται κάτω από την βάλανο της κλειτορίδας, ενώνεται με την αντίστοιχη του άλλου μικρού χείλους και σχηματίζουν τον χαλινό της κλειτορίδας. Τα οπίσθια άκρα τους συνενώνονται και σχηματίζουν τον χαλινό των μικρών χειλέων, που συνεχίζεται με την συνένωση των μεγάλων χειλέων προς το περίνεο (Αθανασίου Σ., 2008).

Η κλειτορίδα

Η κλειτορίδα είναι μια ερωτογενής ζώνη και αποτελεί την κύρια ανατομική πηγή της ανθρώπινης γυναικείας σεξουαλικής απόλαυσης (Rodgers, 2003). Αποτελείται από δύο σηραγγώδη σώματα, που αρχίζουν από τους ηβοϊσχιακούς κλάδους των ηβικών οστών και ονομάζονται σκέλη. Το δεξιό και αριστερό σκέλος, στην πορεία τους, προς τα εμπρός και πάνω συνενώνονται στην μέση γραμμή και σχηματίζουν το σώμα της κλειτορίδας που καταλήγει σε μία πάχυνση, την βάλανο. Το σώμα της κλειτορίδας έχει μήκος 3-4 cm και περιβάλλεται από περιτονία, που προς τα πάνω προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης. Ραχιαία, η κλειτορίδα περιβάλλεται από την πόσθη, ενώ στην κάτω επιφάνειά της και κατά την μέση γραμμή βρίσκεται ο χαλινός της (Αντσακλής, 2008). Η κλειτορίδα είναι μια σύνθετη δομή, και το μέγεθος και η ευαισθησία της μπορεί να ποικίλει. Η κεφαλή της ανθρώπινης κλειτορίδας υπολογίζεται ότι έχει περισσότερες από 8000 αισθητήριες νευρικές απολήξεις (Carroll & Janell, 2012).

Στους ανθρώπους και σε άλλα θηλαστικά, αναπτύσσεται από μία απόφυση στο έμβρυο, η οποία ονομάζεται γεννητικό φύμα και αναπτύσσεται είτε μέσα σε ένα πέος είτε σε μία κλειτορίδα, ανάλογα με την παρουσία ή την απουσία της πρωτεΐνης TDF, η οποία είναι κωδικοποιημένη από ένα μόνο γονίδιο στο χρωμόσωμα Y (Carroll & Janell, 2012).

Κατά την σεξουαλική διέγερση προκαλείται διόγκωση του στυτικού ιστού της κλειτορίδας, τα τοιχώματα του κόλπου υγραίνονται από την παραγωγή βλεννογονικού υγρού και οι Bartholin's αδένες εκκρίνουν βλέννα που εφυγραίνει τον πρόδομο του κολεού (Αθανασίου Σ., 2008).

Ο Πρόδομος του κόλπου

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

Οι Bartholin's αδένες

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

Οι βολβοί του προδρόμου του κόλπου

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

Οι παραουρηθρικοί αδένες

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

Ο παρθενικός υμένας

Ο παρθενικός υμένας αποτελεί το όριο μεταξύ έσω και έξω γεννητικών οργάνων και βρίσκεται ακριβώς στην είσοδο του κόλπου. Είναι κατ' ουσίαν πτυχή του βλεννογόνου, καλυπτόμενη από πλακώδες επιθήλιο που φέρει κεντρική οπή διαφόρων σχημάτων. Αναλόγως του σχήματος της οπής, ο παρθενικός υμένας διακρίνεται σε μηνοειδή, δακτυλιοειδή, ηθμοειδή, κροσσωτό, σχιστό, δίστομο, δρεπανοειδή και άτρητο υμένα. Κατά την πρώτη συνουσία, ο υμένας ρήγγυται σε διάφορα σημεία τα οποία προκαλούν αιμόρροια και τα υπολείμματα αυτού ονομάζονται μύρτα. Μετά από επανειλημμένες συνουσίες και κυρίως μετά τον τοκετό τα μύρτα καταστρέφονται (Αθανασίου Σ., 2008).

1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα

Ο κόλπος

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

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από επιθήλιο και μυϊκό χιτώνα. Το επιθήλιο του κόλπου είναι πολύστιβο πλακώδες και το πάχος του εξαρτάται άμεσα από την επίδραση των ωθητικών στεροειδών ορμονών. Η αναγέννηση του κολπικού επιθηλίου γίνεται από τη βασική στοιβάδα. Κατά τη γενετησιακή ηλικία διακρίνουμε 5 ζώνες στο κολπικό επιθήλιο, που κατά σειρά ωρίμανσης, από το βάθος προς την επιφάνεια είναι: η βασική, η παραβασική, η ενδιάμεση, η βαθιά επιφανειακή και η εντελώς επιφανειακή. Το επιθήλιο του κόλπου δεν

έχει αδένες και η παρουσία των κολπικών υγρών οφείλεται στις εκκρίσεις του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου και του ενδομητρίου (Αντσακλής, 2008).

Το εύρος του ποικίλλει και ενώ στην άτοκο είναι μικρότερος, παρατηρείται αύξηση των διαμέτρων του στην πολύτοκο κατά την σεξουαλική επαφή καθώς και κατά τον τοκετό. Η χρησιμότητά του σχετίζεται:

- Με την σεξουαλική επαφή. Είναι ο υποδοχέας του ανδρικού πέους.
- Την υποδοχή των σπερματοζωαρίων μετά την ενδοκολπική εκσπερμάτιση και την προώθηση αυτών δια του τραχήλου στην μήτρα
- Διέλευση του εμβρύου κατά τον τοκετό (Αθανασίου Σ., 2008).

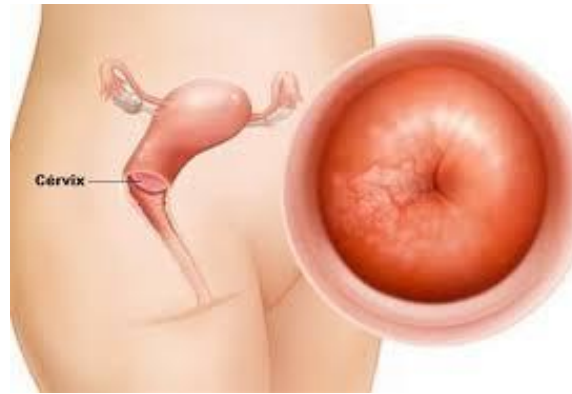
Η μήτρα

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

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

Η μήτρα χωρίζεται επομένως σε τρία τμήματα: α) το ανώτερο, που ονομάζεται πυθμένας, β) το μεσαίο, που ονομάζεται σώμα, και γ) το κατώτερο που ονομάζεται τράχηλος. Ο πυθμένας της μήτρας προς τα δεξιά και αριστερά καταλήγει σε μια γωνία που ονομάζεται κέρας. Σε κάθε κέρασ βρίσκονται, κατά σειρά από εμπρός προς τα πίσω, η αρχή του στρογγυλού συνδέσμου της μήτρας, το μητρικό άκρο του ωαγωγού και ο σύνδεσμος της ωοθήκης. Το σώμα της μήτρας έχει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια και δύο χείλη, αριστερό και δεξιό. Το σώμα και ο πυθμένας της μήτρας περικλείουν την ενδομητρική κοιλότητα, που έχει σχήμα τριγωνικό με την βάση προς τον πυθμένα και την κορυφή προς τον τράχηλο. Στην περιοχή όπου ενώνεται το σώμα με τον τράχηλο της μήτρας, δηλαδή τον ισθμό, σχηματίζεται μια γωνία 90° ανοιχτή προς τα εμπρός (Αντσακλής, 2008).

Ο τράχηλος της μήτρας έχει κυλινδρική μορφολογία και χωρίζεται από την πρόσφυση του κόλπου σε δύο ίσα περίπου μέρη, το ενδοκολπικό και το υπερκολπικό. Το μήκος του τραχήλου αντιστοιχεί στο 1/3 ολόκληρου του μήκους της μήτρας. Περικλείει μια ατρακτόμορφη κοιλότητα, την ενδοτραχηλική, που αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια την ενδομητρικής. Η ενδοτραχηλική κοιλότητα έχει δύο στόμια, το εσωτερικό προς τα πάνω και το εξωτερικό προς τα κάτω, δηλαδή στον κόλπο. Στην άτοκη γυναίκα, η ενδοατραχηλική κοιλότητα έχει μήκος 3cm και διάμετρο 0,7cm περίπου, ενώ σε γυναίκες που έχουν γεννήσει είναι μεγαλύτερη. Το εξωτερικό στόμιο είναι κυκλικό στις άτοκες, ενώ στις γυναίκες που γέννησαν είναι οριζόντιο (Αντσακλής, 2008).



Πηγή: <https://www.infowoman.gr/pote-mia-gynaika-hpv-kindynevei-na-anaptyksei-karkino-trachilou-mitras/>

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

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

Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από ατρακτόμορφες λείες μυϊκές ίνες μήκους 5 μm, που διακρίνονται σε τρία στρώματα: το εξωτερικό, το μεσαίο και το εσωτερικό. Το εξωτερικό στρώμα αποτελείται από μακρές ίνες, που πορεύονται κάθετα και εγκάρσια από τον πυθμένα στον τράχηλο, ενώ το μεσαίο στρώμα αποτελείται από εγκάρσιες αγκυλωτές ίνες, που περιβάλλουν τα αγγεία, και βρίσκεται μόνο στο σώμα της μήτρας. Το εσωτερικό στρώμα αποτελείται από λοξές και κυκλικές ίνες και περιορίζεται μόνο στα 2/3 του ανώτερου τμήματος του σώματος της μήτρας. Το στρώμα αυτό περιέχει τους βηματοδότες, που ρυθμίζουν τη συσταλτική λειτουργία της μήτρας.

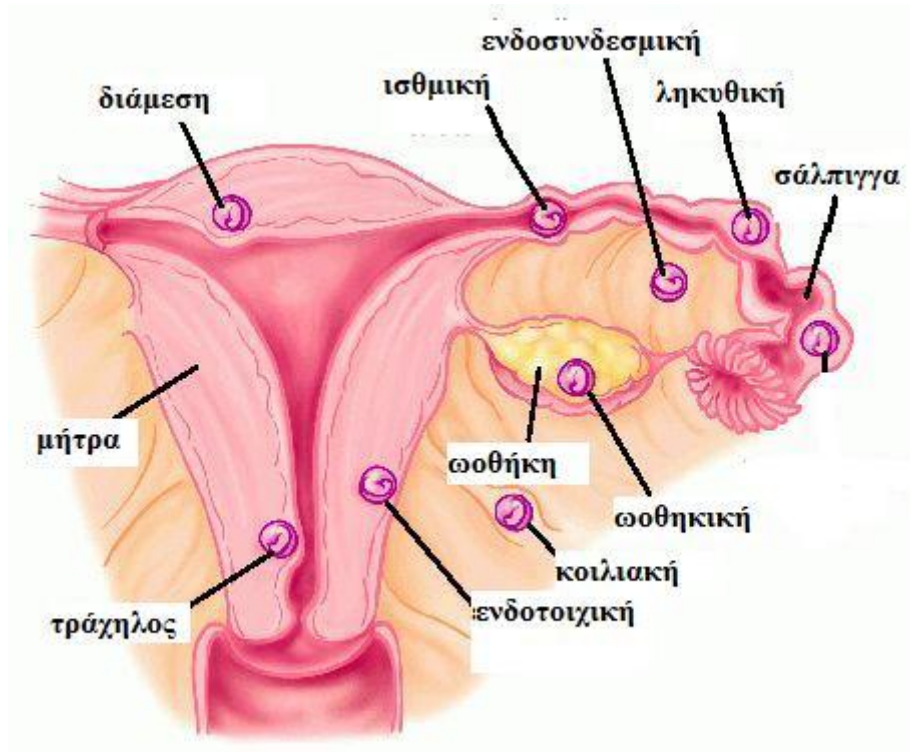
Ο βλεννογόνος της μήτρας ή ενδομήτριο, καλύπτει το εσωτερικό όλης της ενδομητρικής κοιλότητας και έρχεται σε άμεση επαφή με το μυομήτριο, χωρίς την παρεμβολή υποβλεννογονίου ιστού. Το ενδομήτριο αποτελείται από επιθήλιο, αδένες και στρώμα. Το επιθήλιο αποτελείται από μια στιβάδα και είναι υψηλό κυλινδρικό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

Οι σάλπιγγες

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί είναι δύο σωλήνες, που αρχίζουν από τα κέρατα της μήτρας και φτάνουν στα πλάγια τοιχώματα της μικρής (ελάσσονος) πυέλου. Έχουν μήκος περίπου 12cm. Στο μητρικό τους άκρο είναι πολύ στενοί και στη συνέχεια πλαταίνουν βαθμιαία μέχρι το ελεύθερο άκρο τους, που εφάπτεται με τις ωοθήκες. Από περιγραφική άποψη διακρίνεται το διάμεσο, το ισθμικό, το ληκυθικό και το κωδωνικό τμήμα, καθώς επίσης και δύο στόμια, το μητρικό και το κωδωνικό. Το κωδωνικό τμήμα καταλήγει σε 10-15 κροσσούς, που είναι

ελεύθεροι, εκτός από έναν, το μεγαλύτερο, που βρίσκεται σε επαφή με την ωθήκη και ονομάζεται ωθηκικός κροσσός ή ίδιος σύνδεσμος του ωαγωγού (Καρπάθιος, 1999).

Το ωάριο εισέρχεται στη σάλπιγγα. Εκεί ταξιδεύει προς τη μήτρα και ωθείται κατά μήκος από τις κινήσεις των κροσσών με σκοπό την εσωτερική επένδυση των σωλήνων. Το ταξίδι αυτό διαρκεί κάποιες ώρες ή ημέρες. Στην περίπτωση που το ωάριο γονιμοποιηθεί στη σάλπιγγα, τότε εμφυτεύεται κανονικά στο ενδομήτριο και όταν φτάσει τη μήτρα, σηματοδοτεί την έναρξη της εγκυμοσύνης.



Πηγή: <http://mikraiatrika.blogspot.com/2011/09/blog-post.html>

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

Οι ωοθήκες

Οι ωοθήκες είναι όργανα ελεύθερα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα σε κακοήθεις όγκους να υπάρχει ταχεία λεμφαδενική διασπορά σε οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Με βάση την ανωτέρω διαπίστωση αλλά και λαμβάνοντας υπόψη την απουσία χαρακτηριστικών συμπτωμάτων και την καθυστερημένη διάγνωση της νόσου, οι κακοήθεις όγκοι των ωοθηκών παρουσιάζουν υψηλή θνησιμότητα με σχεδόν το 65% αυτών να διαγιγνώσκεται σε προχωρημένα στάδια (Στ III / Στ IV).

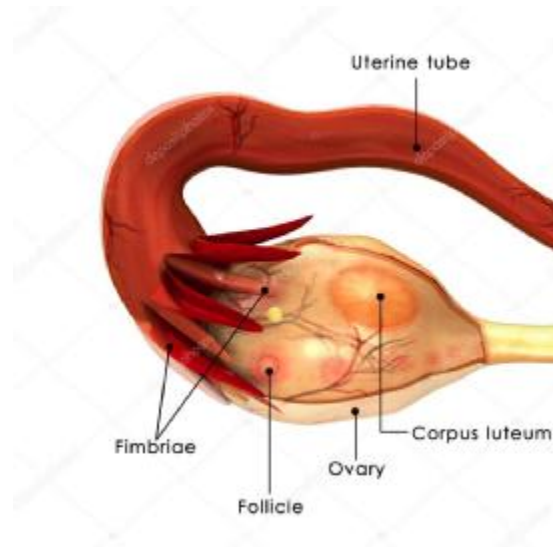
Οι ωοθήκες είναι δύο αμυγδαλωτοί σχηματισμοί, που κρέμονται από το οπίσθιο πέταλο του πλατύ συνδέσμου της μήτρας, από μια πτυχή του, το μεσοωοθήκιο. Έχουν μήκος 3cm, πλάτος 1,5-3cm, πάχος 0,5-1,5cm και βάρος 7-14g. Παρομοιάζονται ως «αποθήκες του γεννητικού υλικού», δηλαδή των ωαρίων και αποτελούνται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

Η φλοιώδης ουσία περιέχει το ωοθηκικό παρέγχυμα, που στα κορίτσια κατά την γέννηση υπολογίζεται ότι αποτελείται από 1,000,000 ωοκύτταρα. Από αυτά τα ωοκύτταρα, το 99% χρησιμοποιούνται μέχρι την εμμηνόπαυση, μετά από την οποία εξακολουθούν να υπάρχουν 5,000-10,000 από αυτά. Ο αριθμός τους όμως μπορεί να κυμαίνεται και να εξαντληθεί πολύ νωρίτερα. Τα ωοκύτταρα ή ωάρια περιβάλλονται αρχικά από μια στιβάδα κυττάρων συνδετικής προέλευσης και ο σχηματισμός αυτός ονομάζεται πρωτογενές ωοθυλάκιο. Όταν αρχίζουν να ωριμάζουν τα πρωτογενή ωοθυλάκια, αποκτούν, μέσα από την προηγούμενη στιβάδα μία νέα στιβάδα από κοκκώδη κύτταρα και τότε ονομάζονται δευτερογενή. Αυτά, σε πιο προχωρημένο στάδιο, αποκτούν περισσότερες στιβάδες κυττάρων και κοιλότητα, έτσι που να παρουσιάζουν χαρακτηριστική ανάπτυξη και τότε λέγονται τριτογενή ωοθυλάκια. Τελικά, σε ένα επόμενο στάδιο εξέλιξης, που μπορεί να διαρκέσει μερικές ημέρες ή και ώρες καμιά φορά, σχηματίζονται τα ώριμα ωοθυλάκια. Στη φλοιώδη στιβάδα βρίσκονται ωοθυλάκια σε διάφορα στάδια ωρίμανσης και τα υπολείμματα ενός ή περισσοτέρων ραγέντων ή όχι ωοθυλακίων σε διάφορα στάδια εξέλιξης, δηλαδή ωχρο σωματίο, ώριμα άτρητα ωοθυλάκια και λευκά σωματία (Μπόντης, 2007).

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

Με την έναρξη της εφηβείας και κατά μέσο όρο κάθε 28 μέρες ένα από τα ωοθυλάκια των ωοθηκών ωριμάζει, ενώ ταυτόχρονα το ωοκύτταρο Α' τάξης που περιέχει, εξελίσσεται σε ωοκύτταρο Β' τάξης. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στη δράση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης της αδενούποφουσης και γίνεται εναλλάξ στις ωοθήκες, με αποτέλεσμα η κάθε ωοθήκη να παράγει ένα ωοκύτταρο Β' Τάξης κάθε 56 μέρες περίπου. Σε ορισμένες περιπτώσεις και λόγω κληρονομικής προδιάθεσης, είναι δυνατόν να γίνεται ταυτόχρονη παραγωγή δύο ωοκυττάρων Β' τάξης, ένα από κάθε ωοθήκη.

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



Πηγή: <https://gr.depositphotos.com/67607657/stock-photo-ovary.html>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

2.1 Εμμηνορρυσία, εμμηναρχή και εφηβεία

Η εφηβεία είναι ένας ευρύς όρος που χαρακτηρίζει ολόκληρο το μεταβατικό στάδιο μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της σεξουαλικής ωριμότητας. Παρόλο που τα νεαρά κορίτσια εκκρίνουν μικρές και σχετικά σταθερές ποσότητες οιστρογόνων, παρουσιάζεται μια αξιοσημείωτη αύξηση στην ηλικία μεταξύ 8 και 11 ετών. Ο όρος εμμηναρχή υποδηλώνει την πρώτη έμμηνη ρύση (Lowdermilk & Shannon, 2013). Η έμμηνος ρύση είναι το μόνο ορατό στάδιο του κύκλου και για τον λόγο αυτό η πρώτη ημέρα της περιόδου θεωρείται η πρώτη ημέρα του κύκλου. Οι πρώτες 4-5 ημέρες θεωρούνται φάση εμμηνορρυσίας. Στην φάση αυτή υπάρχει διάσπαση και αποσύνθεση των ενδομήτριων αδένων και του στρώματος, διήθηση από λευκοκύτταρα και εξαγγείωση ερυθρών αιμοσφαιρίων. Στην εσχάρα αυτής της λειτουργικής στοιβάδας ασκείται πίεση από την βασική εξαιτίας της απώλειας των επιφανειακών ουσιών. Παρά τις αποσυνθετικές αυτές μεταβολές υπάρχουν ενδείξεις ανανεούμενου ιστού ο οποίος συνήθως υπάρχει στην φάση αυτή στην βάση του ενδομητρίου (Παπαγεωργίου Θ., 2008).

2.2 Εμμηνορρυσιακός Κύκλος

Αρχικά, οι πρώτες περίοδοι της εμμηνορρυσίας είναι ακανόνιστες, απρόβλεπτες, ανώδυνες και ανωοθυλακιωρηκτικές. Μόλις όμως η ωοθήκη αρχίσει να παράγει επαρκή ποσότητα οιστρογόνων για να δημιουργήσει ένα ώριμο ωάριο, η έμμηνη ρύση γίνεται κανονική και ωοθυλακιωρηκτική. Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος είναι αποτέλεσμα μιας περίπλοκης αλληλεπίδρασης λειτουργιών που συμβαίνουν ταυτόχρονα στο ενδομήτριο, τον υποθάλαμο, την υπόφυση και τις ωοθήκες. Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος προετοιμάζει τη μήτρα για την κύηση. Όταν δεν υφίσταται κύηση ακολουθεί η εμμηνορρυσία. Η εμμηνορρυσία είναι η περιοδική αιμορραγία της μήτρας, που ξεκινά περίπου 14 ημέρες μετά την ωοθυλακιωρηξία. Το μέσο μήκος ενός εμμηνορρυσιακού κύκλου είναι 28 ημέρες, αλλά παρατηρούνται πολλές διαφοροποιήσεις. Η πρώτη ημέρα αιμορραγίας ορίζεται ως η πρώτη ημέρα του εμμηνορρυσιακού κύκλου ή των εμμήνων. Η μέση διάρκεια ροής είναι 5 ημέρες (κυμαινόμενη από 1 έως 8 ημέρες) και η μέση απώλεια αίματος είναι 50 ml (κυμαινόμενη από 20 ml έως 80 ml), αν και παρατηρούνται μεγάλες διαφοροποιήσεις. Η ηλικία της γυναίκας, η φυσική και συναισθηματική της κατάσταση, καθώς και το περιβάλλον της μπορούν να επηρεάσουν την τακτικότητα των εμμηνορρυσιακών της κύκλων (Lowdermilk & Shannon, 2013).

2.3 Ωογένεση

Κατά τη γέννηση, οι ωοθήκες μιας γυναίκας περιέχουν περίπου 2 έως 4 εκατομμύρια ωάρια, χωρίς να προστίθενται καινούργια ωάρια στο υπόλοιπο της ζωής της. Μόνο όμως 400 από αυτά προορίζονται για ωορρηξία. Όλα τα άλλα εκφυλίζονται σε κάποιο σημείο της ανάπτυξης τους και έτσι λίγα, ή κανένα, παραμένουν στη θέση τους όταν η γυναίκα έχει φτάσει περίπου στην ηλικία των 50 ετών.

Κατά τα πρώτα στάδια ανάπτυξης στη μήτρα, τα αρχέγονα γαμετικά κύτταρα, ονομαζόμενα ωογόνια, υπόκεινται σε πολλαπλές μιτωτικές διαιρέσεις. Τρεις μήνες περίπου ύστερα από την εμβρυονική σύλληψη, τα ωογόνα παύουν να διαιρούνται και από την εμβρυονική σύλληψη, τα ωογόνα παύουν να διαιρούνται και από αυτό το σημείο και έπειτα δεν αναπαράγονται πια γαμετικά κύτταρα. Ωστόσο, στο έμβryo, όλα τα ωογόνα αναπτύσσονται σε πρωτογενή ωοκύτταρα, τα οποία ακολούθως υπόκεινται στην πρώτη μειωτική διαίρεση αντιγράφοντας το DNA τους. Η διαίρεση αυτή δεν ολοκληρώνεται εντός του εμβρύου. Συνεπώς όλα τα ωάρια κατά τη στιγμή της γέννησης είναι πρωτογενή ωοκύτταρα περιέχοντας 46 χρωμοσώματα καθένα από τα οποία φέρουν δύο αδελφές χρωματίνες. Και στη περίπτωση αυτή τα κύτταρα βρίσκονται σε μειωτική παύση.

Η ανενεργός αυτή κατάσταση συνεχίζεται μέχρι την εφηβεία, όπου παρατηρείται έναρξη και ανανέωση δραστηριότητας στις ωοθήκες. Πράγματι, μόνο εκείνα τα πρωτογενή ωοκύτταρα τα οποία προορίζονται για ωορρηξία θα ολοκληρώσουν την προσπάθεια της μειωτικής διαίρεσης. Η διαίρεση αυτή είναι ανάλογη με τη διαίρεση των πρωτογενών σπερματοκυττάρων και καθένα θυγατρικό κύτταρο περιλαμβάνει 23 χρωμοσώματα, με 2 χρωματίνες το κάθε ένα. Κατά τη διαίρεση αυτή, πάντως ένα από τα δύο θυγατρικά κύτταρα, το δευτερογενές ωοκύτταρο, διατηρεί ολόκληρο το κυτταρόπλασμα. Το άλλο, ονομαζόμενο πρώτο πολικό σώμα, είναι πολύ μικρό και μη λειτουργικό.

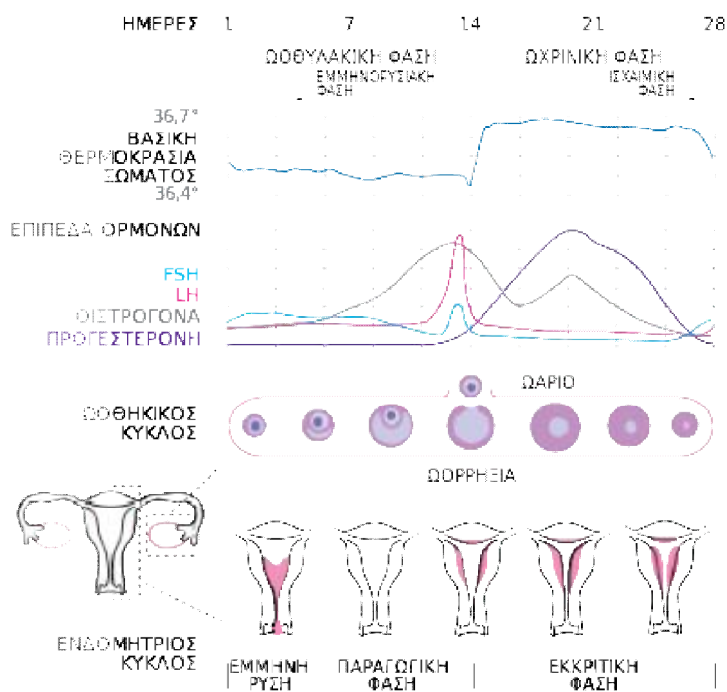
Η δεύτερη μειωτική διαίρεση πραγματοποιείται στην μήτρα ύστερα την ωορρηξία αλλά μόνο εάν το ωοκύτταρο γονιμοποιηθεί. Το αποτέλεσμα αυτής της μειωτικής διαίρεσης είναι καθένα θυγατρικό κύτταρο λαμβάνει 23 χρωμοσώματα με μια χρωματίνη το έκαστο. Το τελικό αποτέλεσμα της ωογένεσης είναι ότι το καθένα πρωτογενές ωοκύτταρο μπορεί να παράγει μόνο ένα ωάριο (Vander A. Et al, 2011).

2.4 Ωοθηκικός κύκλος

Η εμφάνιση της εμμηνορυσίας σε κανονικά διαστήματα είναι ένας έμμεσος δείκτης της κανονικής λειτουργίας του άξονα Υποθάλαμος Υπόφυση-Ωοθήκες και πολύ λεπτές ισορροπίες ρυθμίζουν τη φυσιολογική εμφάνιση της εμμηνορυσίας. Ψυχογενείς και διατροφικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν αυτήν την ισορροπία με αποτέλεσμα την εμφάνιση λειτουργικής υποθαλαμικής αμηνόρροιας, δηλαδή να υπάρχει απουσία εμμήνου ρύσεως.

Η πρώτη φάση του ωοθηκικού κύκλου είναι όταν ωριμάζει το ωοθυλάκιο. Ονομάζεται ωοθυλακική φάση και τότε το ωοθυλάκιο προοδευτικά αυξάνεται σε μέγεθος και ωριμάζει. Καθώς ωριμάζει το ωοθυλάκιο, αυξάνεται το ωοκύτταρο σε μέγεθος και τα κοκκώδη κύτταρα που είχαν πλακώδη εμφάνιση αποκτούν τώρα κυβοειδή μορφολογία. Η πρώτη αυτή φάση πριν την ωοθυλακιόρρηξία, μπορεί να ποικίλλει σε διάρκεια και είναι εκείνη που συνήθως

καθορίζει τη διάρκεια του κύκλου. Σε φυσιολογικές συνθήκες, 14 μέρες περίπου πριν από την επόμενη εμμηνορρυσία, κάτω από την επίδραση της LH, γίνεται η ωοθυλακιορρηξία. Μετά τη ρήξη του ωοθυλακίου ακολουθεί η δεύτερη φάση του ωοθηκικού κύκλου και σε αυτή το ραγέν ωοθυλάκιο μετατρέπεται σε ωχρό σωματίο (ωχρινική φάση). Σε αυτή τη φάση από το ωχρό σωματίο εκκρίνονται προγεστερόνη και οιστρογόνα, γι' αυτό και η φάση αυτή μπορεί να ονομαστεί και οιστρογόνο -προγεστερανική φάση. Η προγεστερόνη αυξάνεται προοδευτικά και παίζει ουσιαστικό ρόλο στις δομικές και βιοχημικές μεταβολές του ενδομήτριου. Προς το τέλος του κύκλου, τώρα, η λειτουργία του ωχρού σωματίου σταματά προοδευτικά (ζει κατά μέσο όρο 14 μέρες). Τα επίπεδα της προγεστερόνης και των οιστρογόνων ελαττώνονται και αυτά προοδευτικά. Η πτώση της προγεστερόνης και των οιστρογόνων στο τέλος της δεύτερης φάσης του κύκλου, ευθύνεται για την αύξηση της FSH και την έναρξη ενός νέου κύκλου. Οι ορμονικές διακυμάνσεις στη διάρκεια του κύκλου παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στα όργανα στόχους, όσο και στις αλλαγές της ψυχικής διάθεσης (Ιατράκης Γ., 2004).



Πηγή:

https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%B1%CE%BC%CE%AE%CE%BD%CE%B9%CE%BF%CF%82_%CE%BA%CF%8D%CE%BA%CE%BB%CE%BF%CF%82

2.5 Γεννητικός κύκλος

Γεννητικός κύκλος της γυναίκας ονομάζεται το σύνολο των φυσιολογικών φαινομένων, τα οποία εμφανίζονται στα γεννητικά της κυρίως όργανα με περιοδικό ρυθμό και επαναλαμβάνεται ομαλά, σε τακτά χρονικά διαστήματα, καθ' όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής της ηλικίας. Διαιρείται σε δυο φάσεις: η πρώτη φάση λέγεται οιστρογονική και η δεύτερη ωχρινική. Ανάμεσα στις δυο αυτές φάσεις τοποθετείται η ωοθυλακιορρηξία.

Στην πρώτη φάση γίνεται βαθμιαία η ωρίμανση ενός ή περισσότερων πρωτογενών ωοθυλακίων, υπό την επίδραση των υποφυσιακών διεγέρσεων. Αυτές μεταβιβάζονται στους υποδοχείς της ωοθήκης με την ωοθυλακιοτρόπο ορμόνη της υπόφυσης (FSH). Από τα ωοθυλάκια αυτά παράγονται συνεχώς αυξανόμενες ποσότητες οιστρογόνων, οι οποίες έχουν γενικές και ειδικές δράσεις. Ειδικά η επίδραση των οιστρογόνων στη μήτρα δημιουργεί υπεραιμία, υπερπλασία και υπερτροφία όλου του οργάνου και κυρίως του ενδομητριακού βλεννογόνου. Η φάση αυτή στη μήτρα ονομάζεται παραγωγική λόγω της υπερβολικής κυτταρικής ανάπτυξης που παρατηρείται σε αυτή. Κατά της ωοθυλακιορρηξία το ώριμο ωοθυλάκιο, που βρίσκεται ήδη στην επιφάνεια της ωοθήκης, ρήγνυται με αποτέλεσμα την έξοδο του ωαρίου προς το κωδωνικό στόμιο της σάλπιγγας και την προώθηση τους μέσα σε αυτή για γονιμοποίηση. Σημαντικό ρόλο για την ολοκλήρωση της ωοθυλακιορρηξίας παίζει στην φάση τόσο η FSH όσο και η LH, η οποία παρουσιάζει μια αιφνίδια και απότομη αύξηση μία ή δύο μόλις ημέρες πριν τη ρήξη του ώριμου ωοθυλακίου.

Στην δεύτερη φάση, από τα υπολείμματα του διαρραγέντος ωοθυλακίου σχηματίζεται το ωχρο σωματίο με τη δράση των δύο γοναδοτροπίνων ορμονών της υπόφυσης και κυρίως της LH. Οι συντελούμενες μορφολειτουργικές μεταβολές στη φάση αυτή χαρακτηρίζονται με τον όρο ωχρινοποίηση. Το ωχρο σωματίο έχει έντονη ορμονική δραστηριότητα, διότι παράγει οιστρογόνα και προγεστερόνη ή ωχρίνη. Η προγεστερόνη είναι μια στεροειδής ουσία με γενικές αλλά κυρίως ειδικές επιδράσεις στα γεννητικά όργανα. Ειδικότερα, στη μήτρα η ωχρίνη δημιουργεί την εκκριτική δράση της φάσης αυτής, εκτός από τη συνεχιζόμενη υπερπλασία και υπερτροφία του ενδομητρίου και μια εκκριτική λειτουργία με την παραγωγή γλυκογόνου στους αδένες και στο στρώμα.

Η διαδικασία αυτή σκοπεύει στην προετοιμασία του ενδομητρίου για την υποδοχή του γονιμοποιημένου ωαρίου, αν βέβαια συμβεί γονιμοποίηση. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο και η διάρκεια της ζωής του ωχρού σωματίου εξαρτάται από τη γονιμοποίηση ή μη του ωαρίου. Στην πρώτη δηλαδή περίπτωση, το γονιμοποιημένο ωάριο παράγει αρκετά σύντομα μια ορμόνη, ονομαζόμενη χοριακή γοναδοτροπίνη (hCG), η οποία επιδρά στην ωοθήκη εξασφαλίζοντας τη συνέχιση της λειτουργίας του ωχρού σωματίου για τρεις μήνες. Με τη λειτουργία αυτή η εκκριτική φάση του ενδομητρίου συνεχίζεται και εξασφαλίζεται η εγκατάσταση και ανάπτυξη του εμβρύου στη μήτρα. Αντίθετα, αν δεν γίνει γονιμοποίηση, τότε το ωάριο που πέρασε στη σάλπιγγα πεθαίνει και ύστερα από λίγες μέρες αρχίζει η υποστροφή του ωχρού σωματίου και η βαθμιαία μετατροπή του σε λευκό σωματίο. Η υποστροφή αυτή έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση των ορμονών που παράγονται από αυτό, με άμεσο αντίκτυπο στο ενδομήτριο που νεκρώνεται και αποπίπτει με τη μορφή αιμορραγίας από το τραχηλικό στόμιο. Η αιμορραγία αυτή διαρκεί συνήθως 4 ως 5 ημέρες και καλείται εμμηνορρυσία ή περίοδος. Η εμφάνιση της έμμηνης ρύσης οριοθετεί το τέλος ενός κύκλου που συνεχώς επαναλαμβάνεται (Χασάν Αλ., 2007).

Η γόνιμη περίοδος κάθε γενετήσιου κύκλου είναι μετά την έξοδο του από την ωοθήκη το ωάριο διατηρείται ζωντανό και ικανό να γονιμοποιηθεί πιθανόν όχι για περισσότερες από 24 ώρες. Για να γίνει, λοιπόν, η γονιμοποίηση θα πρέπει σύντομα μετά από την ωορρηξία να

υπάρξουν διαθέσιμα σπερματοζώαρια. Εξάλλου λίγα μόνο σπερματοζώαρια μπορούν να διατηρήσουν τη ζωτικότητα τους μμέσα στο γεννητικό σωλήνα της γυναίκας μέχρι 72 ώρες ενώ τα περισσότερα δεν αντέχουν περισσότερο από 24 ώρες. Για να υπάρξει συνεπώς γονιμοποίηση, η συνουσία θα πρέπει να γίνεται στο διάστημα μιας μέρας πριν και μιας μέρας μετά την ωορρηξία (Χασάν Αλ., 2007).

2.6 Εμμηνόπαυση

Οι καταμήνιοι κύκλοι της γυναίκας χάνουν την κανονικότητα τους γύρω στην ηλικία των 50 ετών περίπου. Τελικά παύουν εντελώς και αυτό το σταμάτημα είναι γνωστό ως εμμηνόπαυση. Η φάση η οποία αρχίζει με ακανόνιστους καταμήνιους κύκλους και κορυφώνεται με την εμμηνόπαυση, είναι γνωστή ως κλιμακτήριος περίοδος και θεωρείται αντίποδας της εφηβείας. Συνοδεύεται από πολυάριθμες φυσικές και συναισθηματικές μεταβολές καθώς η ωριμότητα φύλου αντικαθίσταται από την παύση της αναπαραγωγικής λειτουργίας.

Η ακανόνιστη καταμήνιος λειτουργία και η εμμηνόπαυση ως επιστέγασμά της προκαλούνται κύρια από ωοθηκική κατάρρευση. Οι ωοθήκες χάνουν την ικανότητα τους να αντιδρούν στις γοναδοτροπίνες, κύρια διότι σχεδόν όλα, εάν όχι όλα, τα ωοθυλάκια και τα ωάρια έχουν εξαφανιστεί μέσω ατρησίας. Το ότι ο υποθάλαμος και η πρόσθια υπόφυση λειτουργούν σχετικά κανονικά αποδεικνύεται από το γεγονός ότι οι γοναδοτροπίνες εκκρίνονται σε μεγαλύτερες ποσότητες. Ο κύριος λόγος για αυτό είναι η μειωμένη συγκέντρωση οιστρογόνων στο πλάσμα η οποία δεν εξασκεί πια της ίδιας έντασης αρνητική ανατροφοδότηση στην έκκριση των γοναδοτροπίνων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

3.1 Ορισμός-Μορφές καρκίνου

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

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

Οι συχνότερες μορφές είναι ο επιθηλιακός καρκίνος, καθώς εμφανίζεται στο 90% των περιπτώσεων και αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου και το αδενοκαρκίνωμα, το οποίο αντίθετα εμφανίζεται μόνο στο 10% των περιπτώσεων, όπου παρουσιάζεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού, τον ενδοτράχηλο.

3.2 Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (human papillomaviruses-HPV) αποτελείται από κυκλικό, δίκλωνο DNA μήκους 8kb περίπου, το οποίο περιβάλλεται από εικοσαεδρικό πρωτεϊνικό καψίδιο με 72 καψομερίδια. Ακόμη, ο ιός HPV δεν διαθέτει περίβλημα, επομένως είναι ανθεκτικός στις υψηλές αλλά και χαμηλές θερμοκρασίες (Schlegel & Howley, 1988). Είναι μια ομάδα με 150 περίπου τύπους ιών που συνήθως δεν εκδηλώνουν συμπτώματα. Σαράντα από αυτούς τους ιούς μπορούν να μεταδοθούν εύκολα μέσω της άμεσης επαφής από δέρμα σε δέρμα κατά τη διάρκεια του κολπικού, πρωκτικού και στοματικού σεξ. Μερικοί τύποι HPV μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ο οποίος χρειάζεται μερικά χρόνια να αναπτυχθεί μετά την μόλυνσή του. Ο HPV χωρίζεται σε δύο κύριες κατηγορίες οι οποίες είναι οι εξής: 1) Οι τύποι HPV χαμηλού κινδύνου, οι οποίοι δεν προκαλούν καρκίνο αλλά μπορούν να προκαλέσουν κονδυλώματα στο δέρμα (γνωστά και ως οξυτενή κονδυλώματα) πάνω ή γύρω από τα γεννητικά όργανα ή τον πρωκτό. Για παράδειγμα, οι τύποι HPV 6 και 11 προκαλούν το 90% των συνολικών γεννητικών κονδυλωμάτων. 2) Οι τύποι HPV υψηλού κινδύνου, μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο. Υπάρχουν πάρα πολλοί

τύποι HPV υψηλού κινδύνου, δύο από αυτούς τους τύπους είναι οι HPV 16 και 18 που είναι υπεύθυνοι για την πλειονότητα, περίπου 70% των HPV που προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι περισσότερες λοιμώξεις από τους τύπους HPV υψηλού κινδύνου είναι ασυμπτωματικές και υποχωρούν μέσα σε 1 έως 2 έτη και δεν προκαλούν την εμφάνιση καρκίνου. Παρόλο αυτά, οι παροδικές λοιμώξεις μπορεί να προκαλέσουν ανωμαλίες κυτταρολογικά, ή ανώμαλες κυτταρικές αλλαγές, που δεν μπορούν να υποχωρήσουν από μόνες τους. Όμως, οι επίμονες μολύνσεις από τύπους HPV υψηλού κινδύνου μπορούν να οδηγήσουν σε πολύ σοβαρές κυτταρολογικές ανωμαλίες ή βλάβες, οι οποίες αν δεν αντιμετωπιστούν άμεσα μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο. Ορισμένες λοιμώξεις από HPV, ωστόσο, μπορούν να παραμείνουν για αρκετά χρόνια (Toran, A. et al, 2015).

3.3 Στάδια τραχηλικού καρκίνου

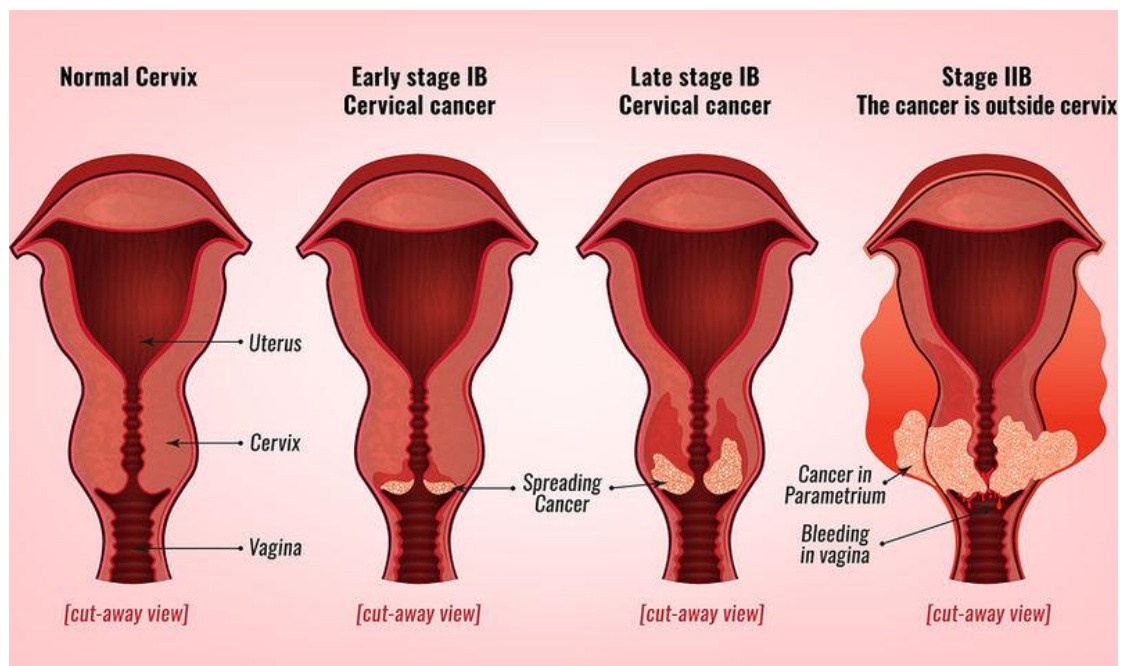
Η σταδιοποίηση της νόσου, σε αντίθεση με τα άλλα είδη γυναικολογικού καρκίνου, είναι κλινική. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό των ασθενών θεραπεύεται με ακτινοβολία αποκλειστικά. Για την σταδιοποίηση, όπως έχει καθοριστεί από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Μαιευτικής και Γυναικολογίας (FIGO), απαιτείται η κλινική εξέταση και ορισμένες παρακλινικές εξετάσεις οι οποίες είναι συγκεκριμένες και περιλαμβάνουν την ενδοφλέβια πυελογραφία, την κυστεοσκόπηση, την ορθοσκόπηση και την ακτινογραφία πνευμόνων. Τα ευρήματα άλλων εξετάσεων –όπως π.χ. η αξονική και μαγνητική τομογραφία– παρ' όλο που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πρακτική, δεν αλλάζουν το κλινικό στάδιο αν και διαμορφώνουν τη θεραπευτική μεθοδολογία. Όπως γίνεται φανερό, η κλινική αυτή σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας παρουσιάζει μειονεκτήματα όσο αφορά την ορθή περιγραφή της έκτασης της νόσου σε πολλές περιπτώσεις. Για το λόγο αυτό έχει προταθεί η χειρουργική διερεύνηση της πιθανής προσβολής των παραορτικών λεμφαδένων με εγχείρηση, στις περιπτώσεις οι οποίες πρόκειται να αντιμετωπιστούν με ακτινοθεραπεία (χειρουργική σταδιοποίηση).

Σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου (FIGO 1994)	
Στάδιο 0	Καρκίνος in situ, βαριά δυσπλασία (CIN III)
Στάδιο I	Ο καρκίνος εντοπίζεται στον τράχηλο (η επέκταση στο ενδομήτριο δε λαμβάνεται υπόψη)
Στάδιο IA	Διηθητικός καρκίνος που μπορεί να διαγνωσθεί μόνο ιστολογικά (όχι ορατή νόσος). Το βάθος διήθησης είναι μέχρι 5mm και η οριζόντια έκταση της νόσου μέχρι 7mm. Η τυχόν προβολή αγγειακών χώρων δεν αλλάζει το στάδιο.

Στάδιο IA1	Διήθηση στρώματος μέχρι 3mm σε βάθος και μέχρι 7mm σε έκταση.
Στάδιο IA2	Διήθηση στρώματος >3mm και μέχρι 5χιλ. σε βάθος και 7mm σε έκταση
Στάδιο IB	Κλινικά ορατή νόσος εντοπισμένη στον τράχηλο ή προκλινική νόσος αλλά πιο προχωρημένη από το στάδιο IA
Στάδιο IB1	Όγκος $\leq 4\text{cm}$
Στάδιο IB2	Όγκος $>4\text{cm}$
Στάδιο II	Ο καρκίνος διηθεί και ιστούς εκτός της μήτρας αλλά δε φθάνει στο κάτω 1/3 του κόλπου ή στο πυελικό τοίχωμα
Στάδιο IIA	Όχι εμφανής διήθηση παραμητρίου
Στάδιο IIB	Εμφανής διήθηση παραμητρίου
Στάδιο III	Ο καρκίνος έχει επεκταθεί μέχρι το πυελικό τοίχωμα ή - Έχει προσβάλλει το κατώτερο 1/3 του κόλπου -Υπάρχει υδρονέφρωση λόγω απόφραξης του ουρητήρα ή σιγή νεφρού
Στάδιο IIIA	Προσβολή του κάτω 1/3 του κόλπου. Το παραμήτριο δεν διηθείται μέχρι το πυελικό τοίχωμα
Στάδιο IIIB	Διήθηση του παραμητρίου μέχρι το πυελικό τοίχωμα ή υδρονέφρωση, ή σιγή του νεφρού
Στάδιο IV	Ο καρκίνος έχει επεκταθεί εκτός της πυέλου ή διηθεί το βλεννογόνο της κύστεως ή του ορθού (βιοψία θετική)
Στάδιο IVA	Διήθηση γειτονικών οργάνων
Στάδιο IVB	Μετάσταση σε μακρινά όργανα

Αναλυτικότερα, τα στάδια 0 και I, αποτελούν τα προκλινικά στάδια. Κατά το στάδιο 0, ο καρκίνος ονομάζεται και in situ ή ενδοεπιθηλιακός ή μη διηθητικός, καθώς βρίσκεται μόνο

στο επιφανειακό στρώμα των κυττάρων γύρω από τον τράχηλο και δεν εισβάλλει στους ιστούς του τραχήλου. Στο στάδιο I, ο καρκίνος εντοπίζεται μόνο στον τράχηλο. Όπως βλέπουμε στον παραπάνω πίνακα, το στάδιο I αποτελείται από τα στάδια IA και IB, τα οποία αφορούν την έκταση του καρκίνου. Έτσι, το στάδιο IA αφορά καρκίνο μικρής έκτασης στον τράχηλο και το βάθος διήθησης δεν ξεπερνά τα 5 χιλιοστά, ενώ η έκταση σε πλάτος τα 7 χιλιοστά. Στη φάση αυτή είναι ορατός μόνο με μικροσκόπιο. Στο στάδιο IB, ο καρκίνος βρίσκεται μέσα στον τράχηλο και είναι ορατός ή με μικροσκόπιο (με διείσδυση σε βάθος μεγαλύτερη από 5 χιλιοστά ή σε πλάτος μεγαλύτερο από 7 χιλιοστά), ή χωρίς μικροσκόπιο με μέγεθος κλινικής βλάβης πάνω από 4 εκατοστά. Στο στάδιο II, ο καρκίνος πλέον έχει εξαπλωθεί και έξω από τον τράχηλο, αλλά δεν έχει οδηγηθεί στο τοίχωμα της πυέλου. Στα υποστάδια IIA και IIB, μελετάται η επέκταση του καρκίνου στους γύρω ιστούς. Έτσι στο στάδιο IIA ο καρκίνος έχει προχωρήσει στα ανώτερα 2/3 του κόλπου, αλλά όχι στους ιστούς γύρω από την μήτρα, ενώ στο στάδιο IIB ο καρκίνος έχει προχωρήσει στα ανώτερα 2/3 του κόλπου με διήθηση και των παραμητρίων. Στη συνέχεια, προχωρώντας στο στάδιο III ο καρκίνος έχει διηθήσει το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου και είναι πολύ πιθανό να επεκταθεί στην πύελο και στους γειτονικούς λεμφαδένες. Η διαίρεση του σταδίου αυτού γίνεται στο στάδιο IIIA κατά το οποίο τα καρκινικά κύτταρα έχουν εξαπλωθεί στο κατώτερο τριτημόριο του κόλπου, αλλά όχι στο πυελικό τοίχωμα και στο στάδιο IIIB στο οποίο το πυελικό τοίχωμα διηθείται και το μέγεθος του όγκου έχει αυξηθεί αρκετά, ώστε να πιέζει τους ουρητήρες ή να τους καθιστά μη λειτουργικούς. Τέλος, στο στάδιο IV ο καρκίνος πλέον έχει επεκταθεί και σε άλλα μέρη του σώματος, όπως στην ουροδόχο κύστη, δημιουργώντας μετάσταση. Η διαίρεση του σταδίου γίνεται στα στάδια IVA και IVB, όπου αφορούν τις εν λόγω διηθήσεις του καρκίνου. Στο στάδιο IVA, το άτομο έχει προσβληθεί στην κύστη ή/και στο τοίχωμα του ορθού, με θετικούς λεμφαδένες της πυέλου. Στο στάδιο IVB, ο καρκίνος βρίσκεται και πέραν της πυέλου και των πυελικών λεμφαδένων σε πιο απομακρυσμένα μέρη του σώματος, όπως κοιλία, ήπαρ, πνεύμονες.



Πηγή: <https://www.onmed.gr/ygeia/story/362867/karkinos-toy-traxiloy-tis-mitras-6-y-poyla-simadia-poy-prepei-na-gnorizete>

3.4 Αιτιολογία καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Η μόλυνση στον ανθρώπινο οργανισμό, προέρχεται από τον θηλωματοϊό ιό (HPV), ο οποίος είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου. Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων ή Human Papilloma Virus ή HPV, όπως είναι ευρύτερα γνωστός, αποτελεί μια πιθανή αιτία για την εμφάνιση του τραχηλικού καρκίνου. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν 100 τύποι του ιού HPV. Η μόλυνση του τραχήλου από τον θηλωματοϊό είναι η συχνότερη αιτία για την εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου. Σε κάθε περίπτωση, ασφαλώς, δεν είναι βέβαιο ότι θα αναπτυχθεί καρκίνος του τραχήλου στις γυναίκες οι οποίες έχουν μολυνθεί από τον HPV. Είναι αναγκαίο, οι γυναίκες να παρακολουθούνται τακτικά με Τεστ Παπανικολάου, έτσι ώστε να είναι δυνατή η ανίχνευση των κυττάρων που έχουν προσβληθεί από τον ιό HPV ή άλλων παθολογικών κυττάρων στον τράχηλο, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης του τραχηλικού καρκίνου. Άλλοι πιθανοί παράγοντες κινδύνου είναι οι εξής:

Ø Έναρξη σεξουαλικής επαφής σε νεαρή ηλικία:

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

Ø Μεγάλος αριθμός ερωτικών συντρόφων:

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

Ø Κάπνισμα

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

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

Ø Χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων:

Κατά καιρούς, πληθώρα μελετών έχει επιχειρήσει να ερευνήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτική αγωγή. Η εξαγωγή συμπερασμάτων είναι δυσχερής λόγω της ύπαρξης μεγάλης ποικιλίας αντισυλληπτικών σκευασμάτων αλλά και λόγω της συχνά διακοπτόμενης χρήσης τους. Ωστόσο, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τη Διεθνή Υπηρεσία Έρευνας Καρκίνου (20029, η παρατεταμένη χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης τραχηλικού καρκίνου σε γυναίκες που έχουν ήδη μολυνθεί από έναν από τους HPV ιούς υψηλού κινδύνου (HPV 16 ή 18). Μάλιστα, σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, γυναίκες που είχαν χρησιμοποιήσει αντισυλληπτικά χάπια για 5-9 χρόνια είχαν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα, από τις γυναίκες που δεν τα χρησιμοποιούσαν, να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι γυναίκες που είχαν χρησιμοποιήσει τα χάπια αυτά περισσότερο από 10 χρόνια είχαν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν την νόσο. Αυτός ο κίνδυνος φάνηκε να είναι ανεξάρτητος από την ηλικία της πρώτης χρήσης ή το χρονικό διάστημα από την πρώτη μέχρι την τελευταία χρήση.

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

Ø Ανοσοποιητικό σύστημα:

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

Ø Μικροβιακοί παράγοντες:

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

Ø Τεστ Παπανικολάου:

Εξίσου βαρύνουσας σημασίας, είναι το Τεστ Παπανικολάου, καθώς οι γυναίκες που δεν έκανα ποτέ τεστ Παπανικολάου ή δεν έκαναν τόσο συχνά όσο θα έπρεπε, διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνου του τραχήλου.

Ø Δίαιτα φτωγή σε φρούτα και λαχανικά (American Cancer Society (ACS), 2014).

Ø Παχυσαρκία (American Cancer Society (ACS), 2014).

Ø Πολυτοκία:

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

Ø Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του τραχήλου:

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

Ø Διαιθυλοστιλβεστρόλη:

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

3.5 Κλινική εικόνα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Οι καταστάσεις που οδηγούν στον καρκίνο τραχήλου της μήτρας συνήθως δεν προκαλούν πόνο. Για αυτό η ασθένεια μπορεί να εξελιχθεί αθόρυβα χωρίς συμπτώματα. Δεν υπάρχει συνήθως κανένα κλινικό σημείο του καρκίνου του τραχήλου που βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο αλλά μπορεί να ανιχνευθεί εγκαίρως με ετήσιο προσυμπτωματικό έλεγχο (screening test).

Ο καρκίνος του τραχήλου σε αρχικό στάδιο μπορεί να μην προκαλεί κλινικά συμπτώματα και σημεία. Οι πρώτες ενοχλήσεις εμφανίζονται όταν τα ανώμαλα κύτταρα γίνουν πλέον καρκινικά και αρχίζουν να διηθούν τους γειτονικούς ιστούς. Όταν αυτό συμβεί το συχνότερο σημείο είναι η ασυνήθιστη απώλεια αίματος από τον κόλπο. Επίσης μπορεί να εκδηλωθεί και πόνος ή άλλες κολπικές εκκρίσεις.

Είναι για αυτούς τους λόγους που πρέπει να γίνονται συστηματικά από το γιατρό γυναικολογικές εξετάσεις και το τεστ Παπανικολάου. Με την κολποσκόπηση ο γυναικολόγος μπορεί να εξετάσει καλύτερα τον τράχηλο και εάν χρειαστεί να κάνει βιοψίες για να διευκρινιστεί ιστολογικά το είδος μιας ανωμαλίας που πιθανό να υπάρχει. Η πρόγνωση (πιθανότητα συμβίωσης) είναι καλύτερη όταν ο καρκίνος διαγιγνώσκεται σε πρώιμο στάδιο εξέλιξης.

Τα πιθανά συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου περιλαμβάνουν την κολπική αιμόρροια και τον πόνο στην περιοχή της πυέλου. Αυτά και άλλα συμπτώματα μπορεί να οφείλονται στον καρκίνο του τραχήλου ή σε άλλες καταστάσεις. Ο ασθενής πρέπει να απευθυνθεί στο ιατρό εάν παρουσιάσει οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα: κολπική αιμόρροια (αποβολή αίματος από τον κόλπο), ασυνήθες κολπικό έκκριμα, άλγος στην περιοχή της πυέλου, πόνο κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

3.6 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στην κύηση

Ο καρκίνος του τραχήλου στην κύηση ανευρίσκεται σε ποσοστό 0,01% η εξέλιξη της νόσου δεν επηρεάζεται από τη συνυπάρχουσα κύηση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως η ηλικία κύησης στα χειρουργήσιμα στάδια ή ριζική υστερεκτομία αποτελεί αποδεκτή λύση και μπορεί να διενεργηθεί ταυτόχρονα με την καισαρική τομή. Σε κύσεις μεγαλύτερες των 24 εβδομάδων συνήθως η θεραπευτική αντιμετώπιση αναβάλλεται μέχρι να καταστεί το έμβρυο βιώσιμο. Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε κύσεις μικρότερες των 24 εβδομάδων αγνοώντας το κύημα. Εάν δεν συμβεί αυτόματη έκτρωση ακολουθεί ριζική υστερεκτομία (τύπου II) ή εκκένωση της μήτρας από το κύημα και συνέχιση της ακτινοθεραπείας. Ακολουθεί βραχυθεραπεία ή εξωτερική ακτινοβολία του κολπικού κολοβώματος (Χασάν Αλ., 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως και κατέχει την τρίτη θέση στην Ευρώπη (Bray F., 2005). Υπολογίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ότι περισσότερες από 1 εκατομμύριο γυναίκες στον κόσμο πάσχουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ο αριθμός των κρουσμάτων και η θνησιμότητα από το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχει μειωθεί σημαντικά στις Ευρωπαϊκές χώρες την τελευταία δεκαετία λόγω του προληπτικού ελέγχου των πληθυσμών με κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου, σε αντίθεση με τις πιο υποανάπτυκτες χώρες όπως Αφρική και Λατινική Αμερική που έχει ανοδική τάση (WHO, 2006). Στις αναπτυσσόμενες χώρες, λιγότερο από το 50% των γυναικών που πλήττονται από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας επιβιώνουν περισσότερο από 5 χρόνια, ενώ στις αναπτυγμένες χώρες, η 5ετής επιβίωση είναι περίπου 66%. Περίπου το 80% όλων των περιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των θανάτων που οφείλονται σε αυτόν, συμβαίνουν στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες (Alves et al., 2010). Η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν είναι ακριβώς γνωστή. Παρόλα αυτά, υπολογίζεται ότι κυμαίνεται στις 12-14 νέες περιπτώσεις, ανά 100,000 γυναίκες κάθε χρόνο (WHO, 2006).

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

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

Αναλυτικά, ο ΟΟΣΑ επισημαίνει, ότι η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη από ότι στις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2007). Επιπλέον, κατατάσει την Ελλάδα, στην 19^η θέση το έτος 2004, σχετικά με την θνησιμότητα στους άνδρες και στην 23^η για την θνησιμότητα στις γυναίκες. Θα πρέπει όμως να επισημανθεί, ότι η ευνοϊκή θέση που λαμβάνει η χώρα μας

ανάμεσα στις 34 χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ, οφείλεται στην έλλειψη διαγνώσεων και εθνικού αρχείου νεοπλασιών, αλλά και σε σφάλματα κατά την ταξινόμηση.

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

Ως συχνότερη μορφή διηθητικού τραχηλικού καρκινώματος, θεωρείται ότι είναι τα πλακώδη καρκινώματα, που εμφανίζονται στο 75-90% των περιπτώσεων, σε αντίθεση με τα αδενοκαρκινώματα που εμφανίζονται στο 15-20% και στα οποία τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση. Λιγότερο συχνοί τύποι, θεωρούνται τα αδenoπλακώδη καρκινώματα, τα νευροενδοκρινικά, το ελαχίστης αποκλίσεως αδenoκαρκίνωμα και το καρκίνωμα των μεσονεφρικών πόρων (<http://www2.keelpno.gr/blog/?p=1265&lang=en> πρόσβαση 07-11-2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι εξαιρετικά σημαντική η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωσή του. Έτσι, όσο νωρίτερα κατορθώσουν να εντοπιστούν οι τραχηλικές αλλοιώσεις, τόσο ευκολότερη καθίσταται η αντιμετώπιση της νόσου, προτού αναπτυχθεί σε περαιτέρω στάδιο. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι δυνατό να ανιχνευθεί με τη φυσική εξέταση και επιβεβαιώνεται με εργαστηριακές, απεικονιστικές και ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις που παρατίθενται παρακάτω.

5.1 Τεστ Παπανικολάου

Το τεστ Παπανικολάου εφαρμόστηκε από τον ιατρό Γεώργιο Παπανικολάου, έναν Αμερικάνο ανατόμο Ελληνικής καταγωγής, ο οποίος ερευνούσε την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών στο επιθήλιο του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Το 1926 ανέφερε ότι καρκινικά κύτταρα μπορούσαν να παρατηρηθούν μέσα στις κολπικές εκκρίσεις από γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Παπανικολάου, 1928).

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

Κατά τη διεξαγωγή ενός τεστ Παπανικολάου, ο γιατρός λαμβάνει κύτταρα από την επιφάνεια του τραχήλου και από το τμήμα που συνδέει τον τράχηλο με το σώμα της μήτρας μέσω μιας μικρής σπάτουλας και με ένα μαλακό βουρτσάκι. Το κολπικό επίχρισμα που λαμβάνεται διατηρείται, στη συνέχεια, σε ένα πλακάκι προκειμένου να πραγματοποιηθεί εξέταση από κυτταρολόγο. Η γυναίκα θα πρέπει να αποφύγει τις κολπικές πλύσεις και τη σεξουαλική επαφή για διάστημα τουλάχιστον 24 ως 48 ωρών πριν την εξέταση και δεν θα πρέπει να έχει εμμηνορρυσία, καθώς η παρουσία αίματος στο τεστ Παπανικολάου καθιστά αδύνατη την εξέταση των κυττάρων. Με το τεστ Παπανικολάου πραγματοποιείται λήψη κυττάρων από τον κόλπο, τον τράχηλο και τον ενδοτράχηλο. Τα κύτταρα αυτά επιστρώνονται σε πλάκες και αφού το παρασκεύασμα μονιμοποιηθεί, αποστέλλεται στον κυτταρολόγο. Ο κυτταρολόγος αφού πραγματοποιήσει ειδική χρώση των κύτταρων τα παρατηρεί στο μικροσκόπιο και περιγράφει τα χαρακτηριστικά τους επισημαίνοντας αν είναι φυσιολογικά ή εμφανίζουν αλλοιώσεις όπως οι προκαρκινικές αλλοιώσεις. Η διαδικασία αυτή στοχεύει στον εντοπισμό πιθανών μεταβολών στα κύτταρα που δεν αποδίδονται σε ορμονικές αλλαγές ή στην ηλικία, αλλά σε πιθανά παθολογικά αίτια. Η εξέταση αποκαλύπτει κακοήθειες ή

προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας. Ένα θετικό αποτέλεσμα στο τεστ Παπανικολάου υποδηλώνει την ύπαρξη κάποιου προβλήματος που απαιτεί περαιτέρω έλεγχο ώστε να τεθεί η τελική διάγνωση (Μιχαλάς, 2008).

5.2 Κολποσκόπηση

Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, περιλαμβάνει την μέθοδο της βιοψίας που πραγματοποιείται μέσω της κολποσκόπησης (Denny & Wright, 2005) η οποία αποτελεί μια απλή, μη επεμβατική και σύντομη εξέταση για τον έλεγχο των ανώμαλων περιοχών του τραχήλου. Αναλυτικότερα, ο γυναικολόγος, εμποτίζει με ένα όξινο διάλυμα τον τράχηλο και στην συνέχεια χρησιμοποιεί ένα όργανο όμοιο με μικροσκόπιο, το κολποσκόπιο, ώστε να μπορέσει να παρατηρήσει αποκλειστικά τον τράχηλο. Στη συνέχεια καλύπτει τον τράχηλο με ένα ιωδιούχο διάλυμα (μέθοδος Schiller Test). Η επίθεση του τραχηλικού επιθηλίου με διάλυμα οξεικού οξέος 3%-5% προκαλεί την τήξη των πρωτεϊνών του πυρήνα των κυττάρων και έτσι, στις περιοχές όπου υπάρχει αλλοιωμένο επιθήλιο και όπου κατά κανόνα αυτό είναι υπερπλαστικό, εμφανίζεται λευκάζουσα ή κίτρινη απόχρωση, ενώ τα υγιή κύτταρα χρωματίζονται με καφέ χρώμα. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι στην περίπτωση που δεν υπάρχουν κονδυλωματώδεις αλλοιώσεις, η εμφάνιση του προβληματικού επιθηλίου είναι δύσκολο να διαγνωστεί (Denny & Wright, 2005).

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

Όσον αφορά τη βιοψία που ενδεχομένως απαιτείται να πραγματοποιηθεί, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι πραγματοποιείται μέσω της κολποσκόπησης και αφορά τη λήψη μικροσκοπικού δείγματος του ιστού, από τις ύποπτες περιοχές. Η βιοψία τελείται με τη χρήση τοπικού αναισθητικού και το υλικό που λαμβάνεται, αποστέλλεται στο ειδικό ιστολογικό εργαστήριο, ώστε να εξετασθεί. Μετά την βιοψία, είναι πιθανό ο ασθενής να παρουσιάσει μικρή κολπική αιμορραγία για 2-3 μέρες, ενώ παράλληλα συνίσταται σεξουαλική αποχή για μία εβδομάδα.

5.3 Λήψη κολπικών εκκρίσεων

Είναι μία άλλη μέθοδος συλλογής κυττάρων και 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 (AT L., 1996)

5.4 Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση

Ελέγχεται ο κόλπος, ο τράχηλος, η μήτρα, οι παραμήτριοι χώροι, οι ωθήκες και το ορθό έντερο. Ο γιατρός εισάγει ένα ή δύο δάκτυλα του ενός χεριού φορώντας γάντια και έχοντας λιπάνει τον κόλπο ενώ το άλλο χέρι τοποθετείται πάνω από το κατώτερο μέρος της κοιλίας ψηλαφώντας το μέγεθος, τη μορφή και τη θέση της μήτρας και των ωθηκών. Ένα ενδοσκόπιο εισάγεται επίσης στον κόλπο, ο οποίος εξετάζεται μαζί με τον τράχηλο για πιθανές αλλοιώσεις χαρακτηριστικές της νόσου. Παράλληλα λαμβάνεται υλικό για τεστ Παπανικολάου. Επίσης διενεργείται δακτυλική εξέταση του ορθού για τυχόν διογκώσεις ή παθολογικές περιοχές (Burd EM., 2003).

5.5 Κυτταρολογία υγρής φάσης (Thin Prep)

Τα τελευταία χρόνια έχει βρεθεί μια καινούρια μέθοδο, πιο αξιόπιστη, όσον αφορά τον έλεγχο των κυττάρων που λαμβάνονται από τον τράχηλο. Μέχρι πριν λίγα χρόνια, στο κλασικό τεστ Παπανικολάου, λαμβάνονταν τα κύτταρα με την βοήθεια μιας σπάτουλας και μιας βούρτσας και τοποθετούνταν πάνω σε δύο γυάλινα πλακάκια (αντικειμενοφόρα πλακάκια), και αποστέλλονταν για εξέταση. Αυτό το δείγμα πολλές φορές ήταν υποκείμενο αλλαγών από τον τρόπο που γινόταν η μονιμοποίηση και μεταφορά του, καθώς επίσης και η ανάγνωσή του γιατί στο ίδιο οπτικό πεδίο βρίσκονταν πολλά κύτταρα το ένα πάνω στο άλλο. Με την καινούρια μέθοδο, το τεστ λαμβάνεται με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, τοποθετείται όμως μέσα σε ένα μπουκαλάκι με συντηρητικό. Έτσι παραμένει αναλλοίωτο μέχρι την ανάλυσή του. Κατά την ανάλυση το μικροσκόπιο συνδεδεμένο με υπολογιστή και σαρωτή ελέγχει όλα τα κύτταρα καθένα ξεχωριστά. Με αυτό τον τρόπο εξετάζονται πολύ περισσότερα κύτταρα και η αξιοπιστία του αποτελέσματος αυξάνει περίπου 25% (Comparetto C., Borruto F., 2015).

5.6 Κρυοθεραπεία

Στην κρυοθεραπεία μία μεταλλική πλάκα ψύχεται σε πολύ χαμηλή θερμοκρασία και τοποθετείται στον τράχηλο ώστε να απομακρύνει καταψύχοντας τα παθολογικά τραχηλικά κύτταρα. Η κρυοθεραπεία μπορεί να πραγματοποιηθεί στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομειακών μονάδων αλλά και σε ιδιωτικό επίπεδο, χωρίς την απαραίτητη χρήση αναισθησίας (Comparetto C., Borruto F., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

6.1 Κρυοχειρουργική θεραπεία

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

6.2 Χειρουργική με laser CO₂

Η μέθοδος της χειρουργικής με Laser CO₂, αποτελεί μία εξίσου αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου και του κόλπου. Είναι σε θέση να εξασφαλίζει στον ασθενή ακρίβεια στην αφαίρεση ιστού, μικρότερο τραύμα, μικρότερη πιθανότητα λοίμωξης, δεν δημιουργεί ουλή, δεν απαιτεί γενική αναισθησία, παρέχει ικανή διεγχειρητική αιμόσταση και ελαχιστοποίηση της μεταστατικής διασποράς διεγχειρητικά, καθώς προκαλεί απόφραξη των μικρών αιμοφόρων αγγείων και των λεμφαγγείων. Ένα άλλο πλεονέκτημα της μεθόδου, είναι το γεγονός ότι προσφέρει ανεμπόδιστη την έκθεση της βλάβης σε μεγέθυνση. Εξίσου σημαντικό, είναι το γεγονός ότι η χρήση της εν λόγω μεθόδου, δεν εμποδίζει τον ασθενή να προβεί σε νέα θεραπευτική επιλογή, στην περίπτωση που παρουσιάσει τοπική υποτροπή ή δεύτερο πρωτοπαθή όγκο στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου (Ambrosch et al., 2001).

6.3 Καυτηριασμός με διαθερμία

Η αγκύλη διαθερμίας (Large Loop Excision of the Transformation Zone-LLETZ) μπορεί συνήθως να εφαρμοστεί σε συνθήκες ιατρείου. Η εξαίρεση της ζώνης μετάπλασης γίνεται με αγκύλη από λεπτό ανοξείδωτο σύρμα. Η αγκύλη έχει διαφορετικά μεγέθη, ανάλογα με το μέγεθος της περιοχής που θα αφαιρέσει, και συνδέεται με μηχανήμα διαθερμίας διά μέσου πλαστικής λαβής που φέρει διακόπτη ενεργοποίησης. Η επίδραση του ηλεκτρισμού στον ιστό

εξαρτάται από τη συγκέντρωση των ηλεκτρονίων (μέγεθος του σύρματος), την ισχύ (watts) και την περιεκτικότητα του ιστού σε νερό. Η μέθοδος επιτυγχάνει διατομή και αιμόσταση (με μικρή απώλεια αίματος). Η LLETZ χαρακτηρίζεται από την απλότητα εκμάθησης και εφαρμογής της, την ταχύτητα εκτέλεσης και τον φτηνό εξοπλισμό της. Πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι επίσης ότι μπορεί να εφαρμοστεί στην πρώτη επίσκεψη, αμέσως μετά τον κολποσκοπικό έλεγχο της ασθενούς, ότι ο τραχηλικός ιστός αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση, ενώ η επούλωση είναι ικανοποιητική. Σε πολλά κέντρα, η μέθοδος έχει αντικαταστήσει εδώ και αρκετά χρόνια τα laser CO₂ (ή γίνεται παράλληλη εφαρμογή σε βλάβες διαφόρων εντοπίσεων). Η μέθοδος λόγω της απλότητας εφαρμογής της κατηγορήθηκε ότι χρησιμοποιείται «ευρέως» σε πολλές περιπτώσεις όπου θα ήταν αρκετή η απλή παρακολούθηση (Ιατράκης, 2015).

6.4 Τραχηλεκτομή

Γίνεται μόνο στις περιπτώσεις έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου. Στις νεαρές γυναίκες με έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής της νέας χειρουργικής μεθόδου που ονομάζεται τραχηλεκτομή. Με αυτό το είδος της χειρουργικής αντιμετώπισης αφαιρούνται μόνο ο τράχηλος και το άνω μέρος του κόλπου ενώ το υπόλοιπο μέρος της μήτρας παραμένει. Οι λεμφαδένες της περιοχής αφαιρούνται διαδερμικά με μία τομή πάνω στην κοιλία (keyhole surgery).

Αυτό το είδος χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας δίνει το πλεονέκτημα στη νεαρή γυναίκα να τεκνοποιήσει. Σε περίπτωση μελλοντικής εγκυμοσύνης γίνεται συρραφή στο κάτω μέρος της μήτρας για συγκράτηση της κύησης λόγω του υψηλού κινδύνου για αποβολή. Ο τοκετός προγραμματίζεται και γίνεται πάντοτε με καισαρική τομή. Η τραχηλεκτομή είναι εξειδικευμένη χειρουργική μέθοδος και γίνεται από ειδικούς γυναικολόγους σε νοσοκομεία ή κλινικές (UK. CR, 2014, Burdem, 2003, Schiffman M, 2007).

6.5 Χειρουργικές επεμβάσεις

Σε γενικές γραμμές, ο καρκίνος του τραχήλου πρέπει να αντιμετωπίζεται με χειρουργική επέμβαση, με ακτινοθεραπεία και με χημειοακτινοθεραπεία, σημειώνοντας ότι κάθε μορφή θεραπείας περιέχει συγκεκριμένους κινδύνους και συνδέεται με βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη νοσηρότητα. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες του σύγχρονου κόσμου είναι πιο πιθανό να καθυστερήσουν τον τοκετό και την τεκνοποίηση και ως εκ τούτου μπορεί να προκύψουν ανησυχίες για τη γονιμότητα, στο πρώιμο στάδιο της νόσου. Για το λόγο αυτό πρέπει η χειρουργική αντιμετώπιση να λαμβάνει υπόψη τη διατήρηση της γονιμότητας σε αυτό τον πληθυσμό (Palmer & Gillespie, 2010).

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

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

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

6.5.1 Απλή υστερεκτομή

Η απλή υστερεκτομή χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς στο στάδιο IA1 σε βάθος διήθησης μικρότερο από 3 mm με αυστηρά παθολογοανατομικά κριτήρια. Περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας και του τραχήλου, με αποτέλεσμα να παραμένει ανέπαφος και η συνουσία είναι δυνατή. Σε αυτήν την περίπτωση όμως, είναι προφανές ότι η γυναίκα δεν έχει πλέον την δυνατότητα να τεκνοποιήσει, συνεχίζει όμως να έχει έκκριση οιστρογόνων και η εμμηνόπαυση επέρχεται φυσιολογικά. Η διαδικασία που ακολουθείται για την τέλεση της απλής υστερεκτομής, είναι η δημιουργία τομής του ηβοτραχηλικού συνδέσμου με απώθηση των ουρητήρων, ώστε να μπορεί να αφαιρεθεί όλος ο τραχηλικός ιστός. Προτείνεται επίσης σε περιπτώσεις καρκίνου *in situ*, δηλαδή με ευρεία κωνοειδή εκτομή, σε περιπτώσεις με αρχόμενη διήθηση του στρώματος, εάν έχει προηγηθεί προεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου ή εάν υπάρχει βαρελοειδής τράχηλος, Στη συνέχεια προτείνεται η τοποθέτηση ουρητηρικού καθετήρα που δίνει την δυνατότητα να απολινωθούν οι μητριάιες αρτηρίες έσω του ουρητήρα, χωρίς να διανοιχτεί το κανάλι του.

6.5.2 Ριζική υστερεκτομή

Η ριζική υστερεκτομή, πραγματοποιείται από το στάδιο IA2 κι το IA1, εφόσον έχουν διηθηθεί τα αγγεία και οι λεμφαδένες, σε βάθος διήθησης 3-5mm και πιθανότητα λεμφαδενικής μετάστασης μεγαλύτερη από 3% (Ιατράκης, 2015). Στην περίπτωση που συνίσταται ριζική υστερεκτομή, η γυναίκα και πάλι δεν είναι σε θέση να τεκνοποιήσει, όμως σε αυτήν την περίπτωση πραγματοποιείται ολική αφαίρεση της μήτρας με τα εξαρτήματά της, αφαίρεση του άνω ημίσεως του κόλπου, του παραμητρικού λίπους, του συνδετικού ιστού μαζί με τα λεμφογάγγλια καθώς και του παρακολπικού, παρακυστικού και παραορθικού ιστού (Butler-Manuel, Buttery, Hern, Polak, Barton, 2000). Έτσι κατά την ριζική υστερεκτομή, η εκτομή του κυρίου και του ιερομητρικού συνδέσμου, πραγματοποιείται στο πυελικό έδαφος. Η μητριάια από την άλλη, απολινώνεται από την έσω λαγόνιο στην έκφυσή της και ο ουρητήρας απελευθερώνεται από το μεγαλύτερο μέρος του ηβοκυστικού (Rose, 2001).

6.6 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί μία μέθοδο στα στάδια IIB, IIIA, IIIB και IV. Η εν λόγω μέθοδος αφορά την ενδοκοιλιακή, ενδοτραχηλική ακτινοβολία και την ακτινοβολία των εξωπυελικών λεμφαδένων. Χρησιμοποιεί ακτίνες υψηλής ενέργειας για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα και να τα σταματήσει από την ανάπτυξή τους. Η ακτινοθεραπεία είναι τοπική θεραπεία όπως η εγχείρηση και μπορεί να επιδράσει μόνο στα καρκινικά κύτταρα της περιοχής που ακτινοβολείται και γίνεται με χορήγηση υψηλών δόσεων ακτίνων X.

Η ακτινοθεραπεία συνίσταται πολλές φορές συμπληρωματικά μετά την ολοκλήρωση μιας χειρουργικής επέμβασης (Zheng et al., 2004). Η ακτινοθεραπεία διακρίνεται σε εξωτερική και εσωτερική. Η εξωτερική ακτινοθεραπεία (διαδερμική), πραγματοποιείται με μηχανήματα που εκπέμπει ακτινοβολία προς τον καρκινικό ιστό, προκειμένου να τον εξουδετερώσει ή να τον περιορίσει. Η εσωτερική ακτινοθεραπεία (βραχυθεραπεία), χορηγείται ενδοκοιλιακά απευθείας πάνω στον τράχηλο με την χρήση υψηλών δόσεων ακτινοβολίας και με χαμηλή επίδραση στους γύρω ιστούς και όργανα (Burdem, 2003, UK. CR, 2014, Schiffman M., 2007).

Η ακτινοθεραπεία πριν την χειρουργική επέμβαση πολλές φορές αυξάνει τον κίνδυνο των επιπλοκών, καθώς συνίσταται στο στάδιο IB2 και ακολουθείται από χειρουργική επέμβαση. Έτσι είναι πολύ πιθανό να έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συριγγίων τα οποία αφορούν στην ουροδόχο κύστη, τους ουρητήρες, το ορθοσιγμοειδές και το λεπτό έντερο. Ακόμη μπορεί να προκαλέσει κυστίτιδες, πρωκτίτιδα, σιγμοειδίτιδα ή αποφρακτικό ειλεό. Αυτό φυσικά δεν αναιρεί τα θετικά αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει (Zheng et al., 2004).

Μετά την συμπλήρωση της θεραπείας συνηθισμένο φαινόμενο αποτελούν η απώλεια ενδοκοιλιακών υγρών ή μικροαιμορραγίας. Επίσης η ακτινοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει διάρροια, κάψιμο κατά την διούρηση και κόπωση. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια ή και σοβαρά μερικές φορές. Σε κάποιες περιπτώσεις η ακτινοβολία μπορεί να επηρεάσει τις ωοθήκες και να παρουσιαστούν συμπτώματα εμμηνόπαυσης 3 μήνες περίπου μετά το τέλος της θεραπείας. Αυτό σημαίνει ότι ο κύκλος της περιόδου μπορεί να σταματήσει και η ασθενής να παρουσιάσει εξάψεις, εφίδρωση, ξηρότητα του δέρματος και του κόλπου. Επίσης, λόγω της θεραπείας μπορεί να συρρικνωθεί ο κόλπος και να δυσκολεύει την σεξουαλική επαφή (UK. CR, 2014).

6.7 Χημειοθεραπεία

Μία άλλη μέθοδος αντιμετώπισης του καρκίνου του τραχήλου τα μήτρας, είναι η χημειοθεραπεία. Είναι η χρήση κυτταροστατικών φαρμάκων που καταστρέφουν καρκινικά κύτταρα. Υπάρχουν διάφορα είδη κυτταροστατικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία του καρκίνου, τα περισσότερα από αυτά είναι ενδοφλέβια ή από το στόμα. Συνήθως η χημειοθεραπεία χορηγείται σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία για πιο δραστική θεραπευτική αντιμετώπιση. Σε κάποιες περιπτώσεις η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί πριν την χειρουργική επέμβαση με σκοπό την σμίκρυνση του όγκου ειδικότερα σε ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο IIB και άνω, ώστε ακόμη και αν η κλινική εικόνα ενός ασθενούς προιδέαζει ότι δεν επιδέχεται εγχείρηση, μετά την χημειοθεραπεία, να είναι δυνατό να χειρουργηθεί. Η χημειοθεραπεία σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες, μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής, καθώς και τη θνησιμότητα των ασθενών κατά 5 έτη, όταν εφαρμόζεται συμπληρωματικά μετά από χειρουργική επέμβαση, κάτι το οποίο δεν φαίνεται να ισχύει για τη συμπληρωματική ακτινοθεραπεία ή την χειρουργική επέμβαση μόνη της.

Σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή που περιέχει η χημειοθεραπεία, θα πρέπει να αναφερθεί το γεγονός πως ορισμένα από τα φάρμακα δεν είναι αποτελεσματικά ως προς την στόχευση των καρκινικών κυττάρων, με αποτέλεσμα να προκαλείται βλάβη στα υγιή κύτταρα. Έτσι παρατηρούμε συχνά ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία να χάνουν τα μαλλιά τους ή να αντιμετωπίζουν άλλες παρενέργειες (National Cancer Institute, 2011).

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας μπορεί να είναι κάπως πιο έντονες όταν χορηγείται σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία. Τα κυτταροστατικά φάρμακα επηρεάζουν παροδικά την παραγωγή των κυττάρων του αίματος, τα λευκά και τα ερυθρά αιμοσφαίρια καθώς και τα αιμοπετάλια. Οι καθορισμένες αιματολογικές εξετάσεις προσβλέπουν στον εντοπισμό για τυχόν πτώση αυτών των αιμοσφαιρίων και την χορήγηση κατάλληλης αγωγής και φροντίδας. Τα κυτταροστατικά φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν την ηπατική και τη νεφρική λειτουργία για αυτό πριν την χορήγηση της χημειοθεραπείας γίνεται αιματολογικός έλεγχος. Άλλες παρενέργειες είναι το αίσθημα της κόπωσης, η ναυτία, ο έμετος, η αλωπεκία (απώλεια μαλλιών). Κάποια φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό ή και μικρά έλκη στο βλεννογόνο του στόματος (UK. CR, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

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

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος έχει περιγραφεί ως «μια δημόσια υπηρεσία υγείας στην οποία τα μέλη της είναι ένας ορισμένος πληθυσμός, ο οποίος δεν είναι απαραίτητο να αντιλαμβάνεται ότι βρίσκεται σε κίνδυνο ή έχει ήδη προσβληθεί από κάποια ασθένεια. Προσφέρει ένα τεστ με σκοπό να προσδιορίσει τα άτομα που είναι πιο πιθανό να βοηθηθούν από περαιτέρω εξετάσεις ή θεραπεία για να μειώσουν τον κίνδυνο της ασθένειας ή των επιπλοκών αυτής» (UK National Screening Committee, 2004). Ο στόχος του ελέγχου είναι η μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας από την εν λόγω ασθένεια, η ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου, η έγκαιρη ανίχνευση της ασθένειας ή μιας προκλινικής κατάστασης πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα προκειμένου να προληφθεί ή να αντιστραφεί η διαδικασία της νόσου. (Bankhead et al., 2003).

Δεδομένου ότι οι γυναίκες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι σημαντικό να εντοπιστούν τα αίτια της μη συμμετοχής τους στο προσυμπτωματικό έλεγχο.

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

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

Πολλές ομάδες των γυναικών όμως, μπορεί να αντιμετωπίσουν και άλλα ιδιαίτερα προβλήματα, όπως οι γυναίκες με χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, οι οποίες είναι λιγότερο πιθανόν να συμμετέχουν σε μία εξέταση. Τέλος οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση είναι λιγότερο πιθανό να εξετάζονται τακτικά και η μη συμμετοχή τους μπορεί να είναι αποτέλεσμα της αβεβαιότητας ως προς το αν το τεστ Παπανικολάου είναι κατάλληλο για την ηλικία τους (Cervical Check, 2008).

Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μπορεί να κατανεμηθεί σε δύο κύριες κατηγορίες: την πρωτογενής που περιλαμβάνει τον εμβολιασμό κατά του HPV και την δευτερογενής που αναφέρεται για τον κυτταρολογικό έλεγχο (τεστ Παπανικολάου) και το HPV DNA test.

7.1 Πρωτογενής Πρόληψη

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

Ο βασικό στόχος της πρωτογενούς πρόληψης περιλαμβάνει την εκπαίδευση σχετικά με τις ασφαλές σεξουαλικές πράξεις και τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Όπως είναι γνωστό, ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) είναι η κυριότερη αιτία ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και η επίμονη μόλυνση από αυτόν μπορεί να οδηγήσει σε προκαρκινικές αλλοιώσεις και τελικά στον θάνατο. Μετά από πολυετείς προσπάθειες, 15 περίπου ετών, σήμερα είναι γεγονός η ύπαρξη εμβολίου κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, του οποίου τα πρώτα αποτελέσματα εφαρμογής, είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά (Harper et al., 2006). Υπάρχουν μέχρι σήμερα τρία εμβόλια HPV, εμπορικά διαθέσιμα, που μπορούν να εμποδίσουν την μόλυνση HPV από έναν ή περισσότερους υπότυπους. Το πρώτο εμβόλιο που εγκρίθηκε ήταν το Gardasil το 2006, το οποίο προστατεύει από τους τύπους HPV6, 11, 16 και 18. Μετέπειτα, εγκρίθηκε το Cervarix το 2009 το οποίο προστατεύει από τους HPV16 και 18 τύπους και το 2014 εγκρίθηκε το Gardasil 9 που προστατεύει από του HPV τύπους 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58. Ο εμβολιασμός είναι εξαιρετικά σημαντικός και καθοριστικός για την πρόληψη της νόσου, καθώς μπορεί να προστατέψει έως και το 70% των περιστατικών που τείνουν στην εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε καμία περίπτωση ασφαλώς, δεν θα πρέπει να αγνοείται ο προληπτικός έλεγχος στον γυναικολόγο, καθώς οι δύο μέθοδοι πρόληψης σε συνδυασμό, έχει αποδειχθεί ότι είναι σε θέση να μειώσουν τα κρούσματα ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, κατά 94%, συγκριτικά με την περίπτωση της μη παρέμβασης και πρόληψης της νόσου (Harper et al., 2006).

Τα δύο εμβόλια που διατίθενται σήμερα, είναι το διδύναμο και το τετραδύναμο, τα οποία έχουν σκοπό την προστασία του οργανισμού της γυναίκας από τους πιο συχνούς ογκογόνους τύπους του ιού. Επιπλέον το τετραδύναμο προστατεύει και από τους συχνότερους τύπους που προκαλούν τα γεννητικά κονδυλώματα (Harper et al., 2006).

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

Ο εμβολιασμός, καθίσταται αναγκαίος ως προληπτικός τρόπος για τη μη εκδήλωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθώς όπως είναι ήδη γνωστό, η λοίμωξη από το ιό δεν μπορεί να θεραπευθεί.

Είναι γεγονός ότι τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου, αν και είναι σε θέση να εντοπίσουν παθολογικά και προκαρκινικά κύτταρα στον τράχηλο της μήτρας, δεν μπορούν να προλάβουν την αιτία των τραχηλικών αλλοιώσεων, δηλαδή την εμμένουσα λοίμωξη με ογκογόνους τύπους του HPV. Ακόμη δεν είναι δυνατόν να εντοπιστούν πάντα εγκαίρως όλες οι προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου ή τα περιστατικά καρκίνου μέσω της πρόληψης. Ο εμβολιασμός είναι γεγονός ότι δεν παρέχει πλήρη προστασία έναντι όλων των τύπων του ιού

που προκαλούν καρκίνο. Συγκεκριμένα, προστατεύει από τους δύο ογκογόνους τύπους (16 και 18), που ευθύνονται για το 70-74% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και για τους οποίους έχει τη μέγιστη αποτελεσματικότητα (Harper et al., 2006).

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

Ο εμβολιασμός απευθύνεται σε όλες τις γυναίκες, ανεξάρτητα από την έναρξη ή όχι των σεξουαλικών τους επαφών και συνίσταται σε κορίτσια ηλικίας 12-15 ετών, αλλά και σε νέες 15-26 ετών, εάν δεν έχουν εμβολιαστεί στη συνιστώμενη ηλικία. Αξίζει να σημειωθεί, ότι είναι δωρεάν για όλες τις ηλικίες και στην χώρα μας, από το 2008, στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και το εμβόλιο καλύπτεται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία.

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

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, οι συχνότερες παρενέργειες των εμβολίων που έχουν παρατηρηθεί είναι ο πυρετός και αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης όπως ερυθρότητα, πόνος και οίδημα. Το σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών εμβολίων (VAERS) του Αμερικάνικου Οργανισμού Φαρμάκων και τροφίμων (FDA) παρουσίασε το 2006 έναν κατάλογο αποτελούμενο από το σύνολο των ανεπιθύμητων ενεργειών των εμβολίων HPV οι οποίες είναι η συγκοπή, η ζάλη, ο πυρετός, το εξάνθημα, η παραισθησία, ο κνησμός, ο πονοκέφαλος, ο εμετός, η μυαλγία, η λεμφαδενοπάθεια, η αρθραλγία και το σύνδρομο Guillain-Barre (FDA, 2006).

Κατά γενική ομολογία, για την ασφαλέστερη χρήση του εμβολίου και την προστασία του εμβολιαζόμενου, δεν πρέπει να χορηγούνται σε άτομα που μπορεί να είναι υπερευαίσθητα στην δραστική ουσία του εμβολίου ή σε κάποιο από τα συστατικά του και είναι πιθανό να εμφανίσουν αλλεργίες, σε άτομα τα οποία εμφανίζουν ενδείξεις αλλεργίας έπειτα από μία δόση εμβολίου, καθώς και σε άτομα που εμφανίζουν υψηλό πυρετό, όπου σε αυτήν την περίπτωση ο εμβολιασμός θα πρέπει να αναβάλλεται.

7.2 Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει τον έλεγχο των ασυπτωματικών ασθενών ή την διεξαγωγή οριστικών δοκιμών σε συμπτωματικούς ασθενείς ή τον έλεγχο θετικών ασθενών σε προκαρκινικές αλλοιώσεις πριν μετατραπούν σε καρκίνο. Υπάρχουν πολλοί μέθοδοι για

τον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι με την εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου έχει μειωθεί η εμφάνιση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και οι θάνατοι από καρκίνο.

Για την δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας υπάρχουν δύο τεστ που μπορούν να ανιχνεύσουν προκαρκινικές αλλοιώσεις κυττάρων: 1) κυτταρολογική εξέταση του τραχήλου (τεστ Παπανικολάου) και 2) test DNA HPV.

7.2.1 Τεστ Παπανικολάου

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

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

Οι γυναίκες άνω των 60 ετών, μπορούν να υποβάλλονται σε έλεγχο με τεστ Παπανικολάου κάθε 2 ή 3 χρόνια, εφόσον είχαν τρεις ή περισσότερες συνεχείς φορές υποβληθεί στο τεστ του οποίου τα αποτελέσματα, ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Ο λόγος που δε συνίσταται τακτικότερη εξέταση, είναι ότι ελαττώνεται η συχνότητα των αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας μετά τη μέση ηλικία (Crum et al., 2003).

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

Κατηγοριοποίηση των αποτελεσμάτων του τεστ Παπανικολάου

Τα αποτελέσματα του τεστ Παπανικολάου κατηγοριοποιούνται με βάση το σύστημα Bethesda και ανάλογα με τα ευρήματα χωρίζεται στις εξής κατηγορίες:

1. Κατηγορία WNL(with normal limits): αναφέρεται σε παθολογικά ευρήματα εντός φυσιολογικών ορίων.
2. Καλοήθειες κυτταρικές αλλοιώσεις, φλεγμονή και αντιδραστικές αλλοιώσεις.
3. Κατηγορία ASCUS(atypical squamous cells of undertermined significance) ή «άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιόριστης σημασίας». Σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται ευρήματα που αφορούν κύτταρα στα οποία έχει βρεθεί κάποια ατυπία, χωρίς όμως να μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια η σοβαρότητα και η βαρύτητα της, με αποτέλεσμα να είναι πιθανή η ύπαρξη αλλοιώσεων, οι οποίες με την σειρά τους θα διαπιστωθούν μέσω κολποσκόπησης με ή χωρίς βιοψία και αναζήτηση HP-DNA.
4. Κατηγορία AGUS: Σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται ευρήματα που αφορούν κύτταρα στα οποία έχει βρεθεί κάποια ατυπία από αδενικά κύτταρα, που δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια.
5. Κατηγορία LSIL (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion): συμπεριλαμβάνονται ευρήματα που αφορούν κύτταρα στα οποία έχουν βρεθεί αλλοιώσεις χαμηλού ή αλλοιώσεις που οφείλονται σε θηλωματοποιούς και την ελαφρά δυσπλασία CIN1 (Cervical Intraepithelial Neoplasia). Η περαιτέρω διερεύνηση εξαρτάται από την ηλικία της εξεταζόμενης, με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας να χρήζουν περαιτέρω διερεύνηση. Η συγκεκριμένη αναγκαιότητα πηγάζει από το ποσοστό των περιστατικών που αργότερα εμφανίζονται ως HSIL.
6. Κατηγορία HSIL(High Grade Squamous Intraepithelial Lesion): αφορά κύτταρα που έχουν βρεθεί σε αλλοιώσεις υψηλού βαθμού. Περιλαμβάνει δυσπλασία μέτριου βαθμού CIN2, σοβαρή δυσπλασία CIN3 και το καρκίνωμα in situ. Απαιτείται κολποσκόπηση στη συνέχεια, η οποία σπανίως οδηγεί σε ευρήματα LSIL, με σημαντικό ποσοστό εμφάνισης διηθητικού καρκίνου.
7. Καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων
8. Καρκίνωμα εξ αδενικών κυττάρων
9. Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα (Wright, CT., et al, 2002).

Η ταξινόμηση αυτή χρησιμοποιήθηκε από 1988 έως το 2001. Το 2001 το σύστημα Bethesda αναθεωρήθηκε και σύμφωνα με το οποίο:

A. Οι κατηγορίες 1 και 2 συνενώθηκαν σε μια κατηγορία, «αρνητικά για ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση ή κακοήθεια». Με τον τρόπο αυτό οι αντιδραστικές μεταβολές χαρακτηρίζονται πιο καθαρά ως «αρνητικές».

B. Οι αλλοιώσεις ASCUS που είχαν προκαλέσει διλήμματα αναφορικά με την αντιμετώπιση τους διαχωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες: ASCUS- καλοήθειες αλλοιώσεις και ASC-H (atypical Squamous cells with possible HSIL) ή «άτυπα πλακώδη κύτταρα που δεν αποκλείουν την ύπαρξη υψηλού βαθμού πλακώδους ενδοεπιθηλιακής βλάβης». Τα κύτταρα δεν είναι φυσιολογικά αλλά ο κυτταρολόγος δεν είναι σίγουρος για την βαρύτητα της βλάβης. Το ASC-H έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι προκαρκινική κατάσταση. Η αναθεωρημένη λοιπόν κατηγοροποίηση έχει ως εξής: (Apgar, SB., et al, 2003)

I. Αποτέλεσμα αρνητικό για ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση ή κακοήθεια: οργανισμοί, αντιδραστικές κυτταρικές αλλοιώσεις, κυλινδρικά κύτταρα, ατροφία.

II. Επιθηλιακές κυτταρικές ανωμαλίες:

- i. Πλακώδη κύτταρα: άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιόριστης σημασίας (ASCUS), άτυπα πλακώδη κύτταρα με κίνδυνο να υποκρύπτεται υψηλόβαθμη πλακώδης αλλοίωση (ASC-H), πλακώδης ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση χαμηλού βαθμού (LSIL) και υψηλού βαθμού (HSIL), καρκίνωμα εκ πλακώδων κυττάρων.
- ii. Αδενικά κύτταρα: άτυπα αδενικά κύτταρα (AGS), άτυπα αδενικά κύτταρα μάλλον νεοπλασματικά, ενδοτραχηλικό αδενοκαρκίνωμα *in situ*, αδενοκαρκίνωμα.

III. Άλλο.

Πρέπει να τονιστεί ότι η αποτελεσματικότητα του τεστ Παπανικολάου δεν είναι καθολική, όπως και κάθε ιατρική εξέταση. Η αναποτελεσματικότητα μπορεί να οφείλεται:

- Στο μέγεθος (διαμέτρου < 0,5cm) και στη θέση (ψηλά στον ενδοτραχηλικό σωλήνα) των CIN αλλοιώσεων.
- Στην ανεπιτυχή λήψη δείγματος.
- Στην υποκειμενικότητα του εξεταστή.

7.2.2 HPV DNA TEST

Το HPV DNA test έχει την δυνατότητα να καλύψει τα κενά άλλων διαγνωστικών εξετάσεων καθώς βασίζεται σε μοριακές τεχνολογίες που έχουν την ικανότητα να ανιχνεύσουν DNA ιού στο δείγμα κυττάρων από την περιοχή του τραχήλου. Οι μοριακές τεχνολογίες μπορούν να διαιεθούν σε αυτές που δεν υφίστανται καμία ενίσχυση όπως τα τεστ ανίχνευσης νουκλεϊκών οξέων και σε αυτά που υφίστανται ενίσχυση όπως η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR). Οι τεχνικές ενίσχυσης μπορούν να διακριθούν σε τρεις επιμέρους κατηγορίες: την ενίσχυση στόχου, σήματος και ιχνηθέτη. Ακόμη, ζητούμενο είναι όχι μόνο ο προσδιορισμός της παρουσίας του ιού αλλά και ο ακριβής προσδιορισμός του ιού, αφού κάθε ιός έχει διαφορετικό ογκογενετικό δυναμικό (Malloy C. et al., 2000).

Επίσης, η χρήση του HPV DNA test δεν μπορεί μόνο να χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αλλά λειτουργεί και ως βοηθητικό μέσο για την παρακολούθηση μετά από θεραπεία καθώς έτσι αποφεύγεται τυχόν υποτροπές.

7.3 Ενημέρωση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι γνωστό ότι είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου. Η πρόληψη για την νόσο αυτή εκτός από την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη μέσω του εμβολιασμού και της ιατρικής εξέτασης του

τεστ Παπανικολάου όμως, μπορεί να επέλθει σε σημαντικό βαθμό και μέσω της έγκαιρης ενημέρωσης των γυναικών.

Το ζήτημα της ενημέρωσης των γυναικών για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων μελετάται εδώ και χρόνια. Οι Pitts και Clarke (2002) σε μία μελέτη που πραγματοποίησαν εξέτασαν τις γνώσεις των γυναικών για την δυσπλασία του τραχήλου και τον ιό HPV. Η εν λόγω έρευνα, πραγματοποιήθηκε στο σύνολο του γυναικείου εργατικού δυναμικού ενός μεσαίου μεγέθους βρετανικού πανεπιστημίου με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου σχετικά με την γνώση για τον τράχηλο της μήτρας, τη θεραπεία και τις ανωμαλίες που μπορεί να προκαλέσει στον οργανισμό ο ιός HPV. Στην έρευνα συμμετείχαν 400 γυναίκες. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι η γνώση των συμμετεχόντων για τον τράχηλο της μήτρας και τις μεθόδους ανίχνευσης του καρκίνου και του ελέγχου ήταν καλές. Ωστόσο, οι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν ήταν γνωστές στις συμμετέχουσες. Η συνειδητοποίηση και η γνώση τους για τον ιό HPV ήταν πολύ περιορισμένη. Η εμπειρία του παρελθόντος από ένα μη φυσιολογικό τεστ Παπανικολάου και η κολποσκόπηση συσχετίστηκε σημαντικά με την καλή γνώση για τον τράχηλο της μήτρας, αλλά όχι με την γνώση για τον ιό HPV. Οι ερευνητές στην συγκεκριμένη μελέτη, κατέληξαν ότι είναι απαραίτητο να βελτιωθεί η κατανόηση των γυναικών της περιοχής αυτής και τόνισαν την αναγκαιότητα να περιλαμβάνεται η εξέταση για τον ιό HPV στο εθνικό πρόγραμμα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (Pitts & Clarke, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

8.1 Η έννοια της φροντίδας στην νοσηλευτική

Παρά το γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος της νοσηλευτικής δεοντολογίας μπορεί να μοιάζει με την ιατρική δεοντολογία, υπάρχουν μερικοί παράγοντες που την διαφοροποιούν. Σύμφωνα με την Brier-Mackie (2006) η εστίαση των νοσηλευτών είναι περισσότερο στην φροντίδα του ασθενή, παρά στην θεραπεία της ασθένειας (Brier – Mackie, 2006). Επιπλέον, η νοσηλευτική δεοντολογία τονίζει την ηθική της καθημερινής πρακτικής και όχι ηθικά διλήμματα (Storch, 2009). Η νοσηλευτική δεοντολογία επομένως, ανησυχεί περισσότερο για την παροχή φροντίδας στον ασθενή σε σχέση με ευρύτερες αρχές όπως η ευεργεσία και η δικαιοσύνη (Tschudin, 2003).

Η έννοια της φροντίδας στην νοσηλευτική, είναι ένα θέμα του οποίου η ανάλυση εκλείπει στην διεθνή βιβλιογραφία εξ' αιτίας της πολυπλοκότητας της, αλλά και των ποικίλων προσεγγίσεων από τις οποίες είναι δυνατό να εξετασθεί. Έχει υποστηριχθεί, ότι αποτελεί την 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, είναι γεγονός ότι παρέχεται στο άτομο καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του. Η φροντίδα προς την εγκυμονούσα μητέρα και το έμβρυο, αποτελεί απόδειξη της ύπαρξης νοσηλευτικής φροντίδας στη ζωή μας από την γέννηση της. Μέχρι και τη στιγμή του θανάτου του, το άτομο συνεχίζει όμως να δέχεται την απαραίτητη φροντίδα του νοσηλευτή, ακόμη και όταν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αδυνατούν πια να ανακουφίσουν τον ασθενή, ο οποίος έχει πλέον την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης και βελτίωσης της ποιότητας της ζωής που του απομένει. Για τους ανωτέρω λόγους, είναι ξεκάθαρο ότι η νοσηλευτική φροντίδα εκφράζεται από τον νοσηλευτή και η βάση της έγκειται στην ανθρώπινη επαφή. Ακόμη, θα πρέπει να τονισθεί, το γεγονός ότι ο ρόλος του νοσηλευτή, χωρίς βέβαια να παραμελούνται όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

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

Παρ' όλα αυτά, η φροντίδα διαχωρίζεται σε τεχνική (λειτουργική) και σε συναισθηματική (διαπροσωπική). Η εννοιολογική προσέγγιση του όρου, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι ενέχει

τη γενικότερη φιλοσοφία της Νοσηλευτικής επιστήμης και εστιάζεται στο σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας, αλλά και την προώθηση του νοσηλευτικού έργου, προς όφελος τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας (Κοτρώτσιου, 2008). Οι ασθενείς, από την άλλη, παρατηρείται ότι αντιλαμβάνονται κατά τρόπο διαφορετικό την έννοια της φροντίδας. Κοινό σημείο στις απόψεις τους όμως, θα μπορούσαμε να πούμε είναι ότι επιθυμούν το σεβασμό της ατομικότητας και της μοναδικότητας της προσωπικότητάς τους (Παπασταύρου και συν., 2010). Θα πρέπει να τονισθεί, ότι ο ρόλος του νοσηλευτή και της φροντίδας κρίνεται εξίσου σημαντικός σε όλες τις περιπτώσεις ασθενών ανηλίκων ή ενηλίκων, είτε πρόκειται για σωματική ασθένεια (π.χ. καρκίνος) είτε για ψυχική (π.χ. κατάθλιψη). Άλλωστε, πρόσφατες μελέτες και προσεγγίσεις καταδεικνύουν την ανάγκη εξέτασης της έννοιας, ως «διανοητική, ψυχολογική, πνευματική και φυσική προσφορά ενέργειας, προκειμένου να επιτευχθεί η ικανοποίηση των αναγκών του πάσχοντα και η προαγωγή της ευεξίας του» (Κάρλου & Πατηράκη, 2011).

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

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

Επιπλέον, πολλοί μελετητές επισήμαναν ότι η έννοια της φροντίδας, είναι άρρητα συνδεδεμένη με την έννοια της ποιότητας. Έτσι, οι Raftopoulos & Theodosopoulou (2011) επιχειρώντας μία μελέτη σχετικά με την ποιότητα στην υγεία, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι παρά τις διαφορετικές απόψεις που επικρατούν γύρω από τον ορισμό, υπάρχουν πολλά κοινά στοιχεία τα οποία επηρεάζουν και την αξιολόγησή της. Υποστηρίζουν ακόμη, ότι «είναι το αποτέλεσμα δύο εξαρτημένων μεταβλητών: η σχέση μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή» (Charalambous et al., 2008). Είναι προφανές, ότι η ιδιαίτερης σημασίας έννοια της ποιότητας, θα πρέπει να εξεταστεί ξεχωριστά για τις δύο αυτές μεταβλητές, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός η σχέση αυτή επηρεάζεται συχνά από τις περιστάσεις αλλά και την προσωπικότητα των εμπλεκόμενων προσώπων (Κοτρώτσιου, 2008). Η ποιότητα, είναι δυνατό να αφορά τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, τις δυνατότητες πρόσβασης σε αυτές, την ασφάλεια του περιβάλλοντος, την αποδοτικότητα και άλλα (Charalambous, Papadopoulos & Beadsmoore, 2008). Οι Redfern & Norman (1999), αποφάσισαν να μελετήσουν τις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών και τα αποτελέσματά τους, κατέδειξαν ότι το μέγεθος της σημαντικότητας της για τους νοσηλευόμενους. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να σέβεται τους ασθενείς τους οποίους φροντίζει, ως ξεχωριστές προσωπικότητες τον καθένα, ενώ παράλληλα να ανταποκρίνεται στις ολοένα και αυξανόμενες συναισθηματικές τους ανάγκες για υποστήριξη, πληροφόρηση και επικοινωνία. Κατά αυτόν τον τρόπο, το ηθικό τους βελτιώνεται και είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν με αποδοτικότερο τρόπο την ασθένειά τους (Charalambous et al., 2008).

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

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

Η πολυπλοκότητα της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας, καθιστά την προσέγγιση του υπό πραγμάτευση ζητήματος, δύσκολη. Παρ' όλα αυτά, η νοσηλευτική φροντίδα είναι εξίσου σημαντική για τους νοσηλευτές και τους ασθενείς, για αυτό το λόγο και σε γενικές γραμμές ερμηνεύεται κατά τον ίδιο τρόπο από τους δύο. Είναι γεγονός, ότι ένας μεγάλος αριθμός ερευνών που πραγματοποιούνται μέχρι και σήμερα, διαπιστώνουν ότι οι αντιλήψεις των ασθενών παραμένουν σταθερές γύρω από το ζήτημα της φροντίδας. Έτσι, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αυτές σχετίζονται με την επαγγελματική ικανότητα των νοσηλευτών, αλλά και με την απαραίτητη γνώση τους στην εφαρμογή διαφόρων νοσηλευτικών διαδικασιών. Η πρώτη ανάγκη και θεμελιώδης αρχή της νοσηλευτικής φροντίδας, δεν είναι άλλη από την ικανοποίηση των αναγκών. Η ικανοποίηση, σχετίζεται άμεσα και σε μεγάλο βαθμό με την ποιότητα της φροντίδας και των νοσηλευτικών υπηρεσιών, για αυτό και δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην βελτίωσή της. Ακόμη, η συμπεριφορά του νοσηλευτή είναι εξίσου σημαντική και θα πρέπει να διέπεται από σεβασμό στην ατομικότητα του ασθενούς και να ενέχει στοργικότητα, τρυφερότητα και κατανόηση τόσο στην κατάσταση της υγείας του, όσο και στην ψυχολογική του κατάσταση.

8.2 Η νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς με καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Σκοπός της φροντίδας

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι:

ΑΜΕΣΟΙ

- Μείωση ανησυχίας και φόβου της εγχείρησης.
- Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου.

ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ

- Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με την διάγνωση του καρκίνου.
- Μείωση κινδύνου υποτροπής.

Επίκεντρο του νοσηλευτικού σχεδιασμού

Ο πρωταρχικός σκοπός του σχεδιασμού της νοσηλευτικής διεργασίας, είναι η κατάρτιση ενός σχεδίου φροντίδας τόσο για τον ασθενή όσο και για τον νοσηλευτή, το οποίο αφού εφαρμοστεί καταλήγει στην πρόληψη, μείωση ή επίλυση των προβλημάτων υγείας του ασθενούς. Ένα πλήρες σχέδιο φροντίδας καθορίζει λεπτομερώς κάθε νοσηλευτική βοήθεια που χρειάζεται ο ασθενής για να ικανοποιήσει τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες και περιγράφει τις νοσηλευτικές ευθύνες για την εκπλήρωση του ιατρικού σχεδίου φροντίδας. Οι νοσηλευτές οργανώνουν σχέδια φροντίδας τα οποία ενσωματώνουν τις ανεξάρτητες αρμοδιότητες τους, αλλά και τις αρμοδιότητες που προέρχονται από τη συνεργασία τους με τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Επειδή η νοσηλευτική ενδιαφέρεται για την ανταπόκριση του ασθενούς στην υγεία και την ασθένεια, το σχέδιο φροντίδας, υποστηρίζει τους ευρύτερους νοσηλευτικούς σκοπούς, την προαγωγή της ευεξίας, την πρόληψη της ασθένειας, την προαγωγή της ανάρρωσης και τη διευκόλυνση της αντιμετώπισης της διαταραγμένης λειτουργικότητας.

Όσον αφορά λοιπόν το θέμα της εργασίας, ο νοσηλευτικός σχεδιασμός στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας επικεντρώνεται στην αναγνώριση των προβλημάτων και των αναγκών του ασθενούς, που προκύπτουν από το στάδιο της νόσου, στον προγραμματισμό ενός κατάλληλου σχεδίου φροντίδας με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενούς και την αποκατάστασή τους και τέλος στην όσο το δυνατόν ταχύτερη και αποτελεσματικότερη εφαρμογή όλων των απαραίτητων παρεμβάσεων που θα οδηγήσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Επίσης, το νοσηλευτικό σχέδιο φροντίδας κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας θα πρέπει να περιλαμβάνει την ενημέρωση του ασθενούς για την κατάστασή του, την ενθάρρυνση του ασθενούς με σκοπό την καλύτερη εικόνα του σωματικού ειδώλου καθώς και την πρόληψη όλων των πιθανών υποτροπών μέσω της εξασφάλισης των κατάλληλων συνθηκών (Λεμονίδου,2002).

Προβλήματα του ασθενούς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Κατά τον σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής προβλήματα του ασθενή με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:

- Ψυχολογικά προβλήματα, ανησυχία, φόβος καρκίνου και θανάτου.
- Μεταβολή σωματικού ειδώλου εξαιτίας της επέμβασης.
- Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας, κυρίως αν δεν έχει παιδιά.

8.3. Νοσηλευτική διεργασία

Ορισμός της νοσηλευτικής διεργασίας

Η νοσηλευτική διεργασία έχει ορισθεί από πολλούς συγγραφείς ως α) η συστηματική συλλογή πληροφοριών για τον προσδιορισμό των αναγκών-προβλημάτων των ασθενών και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, β) μια συστηματική επίλυση των προβλημάτων, μέθοδος για την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στους ασθενείς σε όλα τα στάδια της υγείας και της ασθένειας, γ) μια διαδραστική διαδικασία η οποία εστιάζεται στην επίλυση των προβλημάτων για την κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης και νοσηλείας των αναγκών των ασθενών, δ) μια δυναμική διαδικασία που χρησιμοποιεί πληροφορίες με ουσιαστικό τρόπο μέσα από στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων για να επιτύχει στον ασθενή, στην οικογένεια, στην ομάδα ή στην κοινότητα μια βέλτιστη κατάσταση υγείας (Μπακάλης, 2015).

Μετά από τους παραπάνω ορισμούς, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η νοσηλευτική διεργασία μπορεί να ορισθεί ως μια συστηματική και δυναμική διαδικασία ή ένα σύνολο ενεργειών που εστιάζεται σε στόχους και δραστηριότητες, οι οποίες είναι αλληλένδετες, χρησιμοποιείται από τον νοσηλευτή έτσι ώστε να καθορίσει, να σχεδιάσει και να εφαρμόσει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία στοχεύει στην επίτευξη των στόχων (Μπακάλης, 2015).

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας:

- Αξιολόγηση των αναγκών του ατόμου και των πόρων για την νοσηλευτική φροντίδα
- Νοσηλευτική διάγνωση
- Προγραμματισμός (σχεδιασμός) για την ικανοποίηση των αναγκών που εντοπίστηκαν
- Εφαρμογή της προβλεπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας)
- Εκτιμώντας τα αποτελέσματα και την ανατροφοδότηση (feedback).

Οι νοσηλευτές που έχουν χρησιμοποιήσει τη νοσηλευτική διεργασία αναγνωρίζουν μια σειρά από πλεονεκτήματα:

- Είναι ένας τρόπος να διασφαλιστεί ότι η νοσηλευτική φροντίδα που δίνετε είναι ειδικά σχεδιασμένη για να ανταποκρίνονται στις συγκεκριμένες ανάγκες του ασθενούς ως άτομο.
- Η συνέχεια της φροντίδας που δίνεται στον ασθενή έχει βελτιωθεί.
- Οι πληροφορίες που απαιτούνται από όλα τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας (και των άλλων εργαζομένων στον τομέα της υγείας) είναι διαθέσιμες στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας.
- Οι άνθρωποι προτιμούν να τους συμπεριφέρονται ως άτομα και όχι ως «σώματα σε ένα κρεβάτι» ή ως «ιατρικές διαγνώσεις».
- Ενθαρρύνει την συμμετοχή του ατόμου στην δική του φροντίδα.
- Οι νοσηλευτές βιώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τον ρόλο τους.
- Τα ατομικά σχέδια φροντίδας μπορεί να οδηγήσουν σε συνολική εξοικονόμηση του χρόνου νοσηλείας με την εξάλειψη των περιττών και χρονοβόρων διαδικασιών.
- Παρέχει μια ευκαιρία για συνεχή μάθηση και μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές για την βελτίωση της φροντίδας τους.
- Βοηθά τους νοσηλευτές να εκτιμήσουν τους λόγους για τις νοσηλευτικές ενέργειες.

- Συνειδητοποιούν την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.
- Η παροχή φροντίδας είναι οργανωμένη, συνεχής και συστηματική.
- Αποτελεσματική χρήση του χρόνου και των πόρων.
- Πληρούνται οι προσδοκίες των ασθενών και τα πρότυπα περίθαλψης.
- Οι νοσηλευτές είναι υπόλογοι και υπεύθυνοι (Μπακάλης, 2015).

1° ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ιστορικό ασθενούς:

Ασθενής γυναίκα, ηλικίας 50 ετών, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου με κοιλιακή αιμόρροια και πόνο στην περιοχή της πυέλου. Έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις (αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, Τεστ Παπανικολάου, κολποσκόπηση) και διαγνώστηκε με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Της χορηγήθηκε αναλγητική αγωγή και έγινε εισαγωγή στην παθολογική κλινική για περαιτέρω νοσηλεία.

Στην ασθενή τοποθετήθηκε κεντρικός φλεβικός καθετήρας στην αριστερή υποκλείδιο για χρήση φαρμάκων και υγρών. Την 2^η ημέρα νοσηλείας η ασθενής παρουσίασε πυρετό 39° C με ρίγος και πόνο στην περιοχή της πυέλου. Η ασθενής επίσης είναι ανήσυχη και αγχωμένη για την επέμβαση.

<u>Ανάγκες- Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή</u>	<u>Εκτίμηση αποτελέσματος</u>
Πυρετός 39° C με ρίγος	1.Ανακούφιση του ασθενή από τον πυρετό 2.Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα 3.Εξάλειψη του ρίγους	1.Διατήρηση σωστής θερμοκρασίας περιβάλλοντος 2.Αύξηση της IV χορηγίας υγρών 3.Χορήγηση φαρμάκων και αντιπυρετικών για διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας 4.Τοποθέτηση κουβερτών για εξάλειψη του ρίγους	1.Αποφυγή θερμών και σφιχτών ενδυμάτων 2.Μείωση θερμοκρασίας περιβάλλοντος 3.Αύξηση της IV χορηγίας υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης 4.Χορηγήθηκαν τα αντιπυρετικά (Depon-Apotel) 5.Τοποθετήθηκαν κουβέρτες για να ζεσταθεί ο άρρωστος	1.Παρακολούθηση ανά 3ωρο και μέτρηση ζωτικών σημείων 2.Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα
Πόνος στην περιοχή της πυέλου	1.Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο 2.Εξάλειψη του πόνου	1.Χορήγηση φαρμάκων και αναλγητικών για την ανακούφιση από τον πόνο 2.Τοποθέτηση του ασθενή σε σωστή στάση για ανακούφιση από τον πόνο	1.Χορηγήθηκαν αναλγητικά 2.Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε πλάγια θέση	1.Παρακολούθηση του ασθενή ανά 1 ώρα και μέτρηση των ζωτικών σημείων 2.Εξάλειψη του πόνου
Κολπική αιμόρροια	1.Να ελεγχθεί ο αιματοκρίτης του ασθενούς εξαιτίας της αιμορραγίας 2.Καθησυχασμός του ασθενούς	1.Να γίνει λήψη αίματος για έλεγχο αιματοκρίτη 2.Να γίνει συχνός καθαρισμός της ασθενούς και αλλαγής υποσέντονων	1.Λήψη αίματος για έλεγχο αιματοκρίτη 2.Αλλαγή των ρούχων και υποσέντονων της ασθενούς και	1.Φυσιολογικός αιματοκρίτης 2.Η ασθενής είναι ήσυχη και εμφανίζεται πιο ευχάριστη στη συμπεριφορά της

		3. Να συζητήσουμε με τον ασθενή ώστε να καθυστερήσει και να μην υπάρχει φόβος	καθαρισμός 3. Μιλήσαμε με την ασθενή και την καθυστερήσαμε έτσι ώστε να μην υπάρχει φόβος	
Άγχος και ανησυχία που σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας της και την επέμβαση που θα πραγματοποιηθεί	Να αντιμετωπιστεί με την κατάλληλη συζήτηση	1. Να ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να εκφράσει τα συναισθήματά του 2. Να απαντήσουμε με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις του αρρώστου, μέσα στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων μας	1. Μιλήσαμε στην ασθενή, την καθυστερήσαμε και την ενημερώσαμε για την κατάσταση της υγείας του 2. Δόθηκαν οδηγίες-συμβουλές για καλύτερο έλεγχο και αντιμετώπιση του προβλήματος του	1. Ο άρρωστος εμφάνισε μείωση του άγχους μέσα στις επόμενες ώρες που έγινε εμφανές από την συμπεριφορά του και από τα σταθερά ζωτικά σημεία

2° ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ιστορικό ασθενούς:

Ασθενής γυναίκα, ηλικίας 40 ετών, εισήχθη στο νοσοκομείο με διαγνωσμένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας για να υποβληθεί σε προγραμματισμένη ριζική υστερεκτομή η οποία πραγματοποιήθηκε το επόμενο πρωί. Αφού η επέμβαση πραγματοποιήθηκε και η ασθενής επέστρεψε στην κλινική παρουσίασε μικρή αύξηση της θερμοκρασίας, έμετο, κινητική δυσκολία, κατάθλιψη και ανησυχία.

<u>Ανάγκες- Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή</u>	<u>Εκτίμηση αποτελέσματος</u>
Αύξηση θερμοκρασίας	Μείωση της θερμοκρασίας του σώματος στα φυσιολογικά επίπεδα και ανακούφιση ασθενούς.	1.Χορήγηση αντιπυρετικών και τοποθέτηση κομπρεσών με κρύο νερό 2.Παρακολούθηση ζωτικών σημείων.	Χορηγήθηκε αντιπυρετική αγωγή και τοποθετηθήκαν κομπρέσες στο μέτωπο της ασθενούς.	Ο πυρετός μειώθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα και η ασθενής άρχισε να αισθάνεται καλύτερα.
Έμετος- Αφυδάτωση	1.Μείωση εμέτων και ενυδάτωση ασθενούς 2.Αποκατάσταση όγκου υγρών	Χορήγηση αντιεμετικών και παρακολούθηση ζωτικών σημείων και πρόσληψης υγρών καθώς επίσης και των τιμών των ηλεκτρολυτών	1.Μέτρηση των ζωτικών σημείων και σωστή παρακολούθηση των υγρών του σώματος 2.Σωστή καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων και 3.Χορήγηση αντιεμετικών	Οι έμετοι σταματούν, αποτρέπεται η αφυδάτωση και οι ηλεκτροδιαλυτικές διαταραχές αποκαθίστανται
Κινητική δυσκολία	Βοήθεια ασθενούς στην κίνηση και αποφυγή θρομβώσεων και κατακλίσεων	1.Παρακολούθηση από φυσιοθεραπευτή 2.Χορήγηση αντιθρομβωτικών και αντιπηκτικών 3.Συχνή αλλαγή θέσεων για αποφυγή κατακλίσεων 4.Καλό στρώσιμο κλίνης	1.Προτεινόμενες ασκήσεις από φυσιοθεραπευτή 2.Λήψη αντιπηκτικών 3.Σωστό στρώσιμο κλίνης 4.Συχνές αλλαγές	Η ασθενής με την βοήθεια του φυσιοθεραπευτή και του νοσηλευτή καταφέρνει να κινητοποιηθεί, έτσι αποφεύγονται κατακλίσεις και θρομβώσεις

			θέσεων	
Κατάθλιψη	Βελτίωση ψυχολογίας της ασθενούς	Χορήγηση αντικαταθλιπτικών και παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από νοσηλευτικό-ιατρικό προσωπικό και ψυχολόγους	Χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική αγωγή και προσφέρθηκε ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή	Βελτίωση ψυχολογικής διάθεσης ασθενούς
Ανησυχία	Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και καθησυχασμός ασθενούς	Χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων	Χορηγήθηκε αγχολυτική αγωγή	Η ασθενής έπειτα από την δράση της αγωγής καταφέρνει να ηρεμήσει και να ησυχάσει

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

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

Στην παρούσα πτυχιική μελετήθηκε ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Όπως είδαμε στα κεφάλαια που αναλύθηκαν, ένα από τα πιο κοινά συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η ανώμαλη κολπική αιμορραγία. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να μην υπάρχουν εμφανή συμπτώματα μέχρι ο καρκίνος να προχωρήσει αρκετά. Όσον αφορά την θεραπεία του, αυτή αφορά συνήθως χειρουργική επέμβαση σε πρώιμα στάδια και χημειοθεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου.

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

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

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αντσακλής, Α. (2008). Μαιευτική και Γυναικολογία. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού.
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. (s.d). Έγκαιρη Διάγνωση Καρκίνου. http://www.cancer-society.gr/?option=com_content&task=view&i Τελευταία προσπέλαση 07/02/2019.
- Ιατράκης Γ. (2015). Γυναικολογικά προβλήματα και Λύσεις. Εκδόσεις Κάλλιπος.
- Ιατράκης, Μ. Γ., (2004). Βιβλίο Μαιευτικής, Φυσιολογία και Παθολογία Μητέρας-Εμβρύου. Αθήνα. Εκδόσεις ΔΕΣΜΟΣ.
- Κάρλου Χ., Πατηράκη Ε. (2011). Η Έννοια της Φροντίδας στην Ογκολογική Νοσηλευτική. Νοσηλευτική, 50(1), 35-48.
- Κοτρώτσιου Σ. (2008). Η έννοια της φροντίδας. Το βήμα του Ασκληπιού, 7(1), 57-71.
- Λεμονίδου, Χ. Π-ΚΕ. Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. Τόμος 1. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, 2002.
- Μακρής Α. (2003). Κρυοχειρουργική: το ψύχος στην υπηρεσία της ιατρικής. <https://www.in.gr/2003/04/10/health/health-news/kryoxeioyrgiki-to-psyxos-stin-ypiresia-tis-iatrikis/> Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος, 2018.
- Μιχαλάς Σ., (2008). Επίτομη Μαιευτική Γυναικολογία. Αθήνα. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού.
- Μπακάλης Ν. (2015). Εισαγωγή στην Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας. Κύπρος: Π.Χ. Πασχαλίδης εκδόσεις.
- Μπόντης Ι. (2007). Βασικές Γνώσεις Μαιευτική και Γυναικολογία. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- Ουζούνη Χ., Νακάκης Κ. (2008). Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με κατάθλιψη. Νοσηλευτική, 47(4), 458-470.
- Παϊκοπούλου Δ., Γέραλη Μ. (2009). Νοσηλευτική φροντίδα Ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής του: Πρωτόκολλο Μεταθανάτιας Φροντίδας. Νοσηλευτική, 48(1), 19-29.
- Παπασταύρου και συν. (2010). Η Έννοια της Φροντίδας: Αποτελέσματα από μια Πιλοτική Ερευνητική Εργασία. Νοσηλευτική, 49(4), 406-417.
- Χασάν, Αλ., (2007). Οικογενειακός Προγραμματισμός. 1η έκδοση. Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Γιάννης Παρισιάνος.

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

- Alves C., Alves L., Lunet N. (2010). Epidemiology of Cervical Cancer. *Arquivos de medica.* 24(6): 266-77.
- Ambrosch P. (2001). Transoral laser microsurgery for cancer of the larynx. A retrospective analysis of 657 patients. *Onkologe* (7), 505-512.
- American Cancer Society (ACS). (2014). Cervical Cancer: detailed guide. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer.html> Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 25, 2019.
- Apgar, B.S., Zoschnick, L., Wright, JR., 2003. The 2001 Bethesda System Terminology. *American Family Physician*, 16;68(10), 1992-1999.
- AT L. Molecular methods for the detection of human papillomavirus infection. In: Lorincz AT RR, editor. *Human papillomavirus*. Philadelphia: WB Saunders, 1996. p. 707.
- Bankhead CR. Et al (2003). The impact of screening on future health-promoting promoting behaviours and health beliefs: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 7(42), 1-88.
- Basavanthappa B. (2006). *Textbook of Midwifery and Reproductive Health Nursing* (1st edition). New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Bray, F., Loos, H.A., McCarron, P., Weiderpass, E., Arbyn, M., Møller, H., Hakama, M., Parkin, M., 2005. Trends in Cervical Squamous Cell Carcinoma Incidence in 13 European Countries: Changing Risk and the Effects of Screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevention*, 14(3), 677- 686.
- Breier-Mackie S. (2006). Medical Ethics and Nursing Ethics: Is There Really Any Difference? *Gastroenterology Nursing*, 29(2), 182-3.
- Burd EM. Human papillomavirus and cervical cancer. *Clin Microbiol Rev.* 2003 January 16(1):1-17.
- Carroll J. (2012). *Sexuality Now: Embracing Diversity*. USA: Cengage Learning.
- Castellsague X. et al. (2007). HPV and Cervical Cancer in the World 2007 Report. *Vaccine* 25(3), 27-219.
- Charalambous A., Papadopoulos R., Beadsmoore A. (2008). Listening to the voices of patients with cancer and their nurses: a hermeneutic phenomenological study of quality Nursing Care. *European journal of Oncology Nursing*, 12, 436-442.
- Comparetto C., Borruto F., Cervical cancer screening: A never-ending developing program. *World J Clin cases.* 2015 July 163;3(7):614-24.
- Crum C., Abbott D., Quade B. (2003). Cervical cancer screening: from the Papanicolaou smear to the vaccine era. *Journal of Clinical Oncology* 21(10), 224-30
- Cuzick J. (2010). Long-term cervical cancer prevention strategies across the globe. *Gynecologic Oncology*, 117(2), 11-14.
- Denny L., Wright T. (2005). Best practice and research in Clinical Obstetrics. *Gynaecology.* 19(4), 501-505.
- FDA. (2006). FDA Licences New Vaccine for Prevention of Cervical Cancer and Other Diseases in Females Caused by Human Papillomavirus: Rapid Approval Marks Major Advancement in Public Health.
- Frumovitz M. (2013). Invasive cervical cancer: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and diagnosis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 14:677-86.
- Harper D. et al (2006). Sustained efficacy up to 4-5 years of a bivalent L1 virus- like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomized control trial. *The Lancet*, 367(9518), 1247-1255.

- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2008). Cancer Mondial. <http://gco.iarc.fr/> Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 28, 2018.
- International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO), 2009. Global Guidance for Cervical Prevention and Control. Online from: http://screening.iarc.fr/doc/FIGO-Global-Guidance-for-Cervical-Cancer-Prevention-and-Control_1.pdf , last accessed: 19/12/2018.
- Lowdermilk D., Shannon P. (2013). Νοσηλευτική Μητρότητα. Μετάφραση – Επιμέλεια Λυκερίδου Α., Δελτσίδου Α. 8η Έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
- Malloy, C., Sherris, J., Herdman, C., 2000. HPV DNA Testing: Technical and Programmatic Issues for Cervical Cancer Prevention in Low- Resource Settings, online from: <http://screening.iarc.fr/doc/HPV-DNA-Testing-Issues.pdf> Τελευταία προσπέλαση 04/01/2019.
- Moore K., Agur A., Dalley A. (2010). Essential Clinical Anatomy (Fourth Edition) Walters Kluwer.
- Munoz N. et al. (2004). Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. Int J Cancer 111:278-28.
- Myers J. & John E. (2011). The APSAC Handbook on Child Maltreatment (Third Edition.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- National Cancer Institute. (2011). Support for People With Cancer: Chemotherapy and You. USA: NIH Publication.
- New Oxford American Dictionary. (2011). The rounded mass of fatty tissue lying over the joint of the pubic bones, in women typically more prominent and also called the mons veneris. Oxford University Press.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2007). Health at a glance. Chapter 2: Health status: <http://www.oecd.org/>
- Palmer J., Gillespie A. (2010). Diagnosis and management of primary cervical carcinoma. Trends in Urology Gynaecology & Sexual Health. 4(2): 24-3
- Pisani P., Ferlay J., Bray F., Parkin M. (2005). Global Cancer Statistics 2002. CA Cancer J Clin. 55(2), 74-108.
- Pitts M., Clarke T. (2002). Human papillomavirus infections and risks for cervical cancer: what do women know? Health Educ Res., 17(6), 706-14.
- Rodgers E. (2003). Sex: A Natural History. Macmillan. Henry Holt and Company.
- Rose P. (2001). Type II radical hysterectomy- Evaluating its role in cervical cancer. Gynecol Oncol 80(1), 1-2.
- Schiffman M., Castle PE., Jeronimo J., Rodriguez AC., Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet. 2007 Sep 8;370(9590):890-907.
- Topan, A., Ozturk, O., Eroglu, H., Bahadir, O., Harma, M., Harma, MI., 2015. Knowledge level of working and student nurses on cervical cancer and human Papilloma virus vaccines. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 16(6), 2515-2519.
- Tschudin V. (2003). Ethics in Nursing: the caring relationship (3rd ed.). Edinburgh: Butterworth-Heinemann.
- UK CR. About chemotherapy for cervical cancer (Internet). Cancer Research UK, 2015. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cervical-cancer/treatment/chemotherapy#sfx> Τελευταία προσπέλαση 03/12/2018.
- UK CR. Cervical Cancer radiotherapy (Internet). Cancer Research UK, 2014. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cervical-cancer/treatment/radiotherapy> Τελευταία προσπέλαση 03/12/2018.

- UK CR. Cervical Cancer radiotherapy side effects (Internet). Cancer Research UK, 2014. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cervical-cancer/treatment/radiotherapy/side-effects> Τελευταία προσπέλαση 03/12/2018.
- UK CR. Cryotherapy (Internet). Cancer Research UK <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/treatment/other/cryotherapy> Τελευταία προσπέλαση 18/11/2018.
- UK National Screening Committee (2004). UK National Screening Committee. <https://www.gov.uk/government/groups/uk-national-screening-committee-uk-nsc> Τελευταία προσπέλαση 15/12/2018.
- Vander, Ar. et al, (2011). Φυσιολογία του Ανθρώπου. Τόμος II. 8η έκδοση. Αθήνα. Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Vessey M., Painter R., Yeates D. (2003). Mortality in relation to oral contraceptive use and cigarette smoking. *Lancet*. 19; 362(9379):185-91.
- Ward K., Berenson A., Radecki Breitkopf C. (2011). Passive smoke exposure and abnormal cervical cytology in a predominantly Hispanic population. *American journal of obstetrics and gynecology*. 204(3):213.e1-6.
- World Health Organization. (2014). Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice – 2nd ed. Publications of the World Health Organization are available on the WHO website (<https://www.who.int/>).
- World Health Organization. 2006. Comprehensive Cervical Cancer Control. Online from: https://www.afro.who.int/?option=com_docman&task=doc_download&gid=2314 last accessed: 19/12/2018.
- Wright, JR., Cox, JT., Massad, LS., Twigg, LB., Wilkinson, EL., 2002. 2001 Consensus Guidelines for the Management of Women With Cervical Cytological Abnormalities. *JAMA*, 287(16), 2120-2129.
- Zheng Y., Zhang J., Rao Z. (2004). Ribozyme targeting HPV16 E6E7 transcripts in cervical cancer cells suppresses cell growth and sensitizes cells to chemotherapy and radiotherapy. *Cancer Biol Ther* 3(11), 1129-34.
- Vander A., Sherman J., Luciano D., Τσακόπουλος Μ. (2008). Φυσιολογία του Ανθρώπου. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Γελαδάς Ν., Τσακόπουλος Μ. 8^η έκδοση. Εκδόσεις Πασχαλίδης.