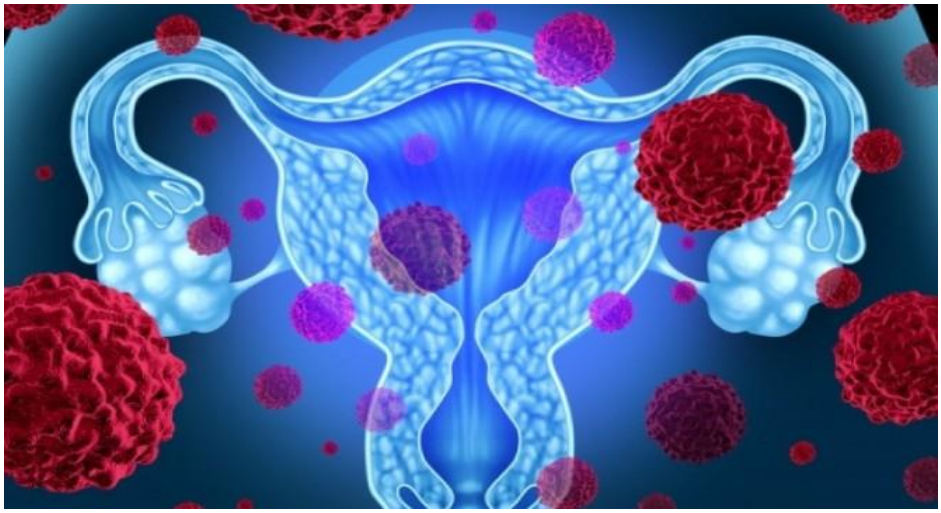
Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ

Σάββας Φλουρέντζου

Γεωργία Φωτίου

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

Λευκοθέα Ματσούλη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ……2-3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ…….3-4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ……...5-6
- Ιστορική Αναδρομή……...6-7
- Επιδημιολογία……8

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ……9-18
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ……19-22
3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ
   3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ …….....22-23
   3.2. ΑΙΤΙΑ……23-24
   3.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΌΝΑ…….24-25
   3.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ……..25-26
   3.5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ……26-28
   3.6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ…….28
   3.7. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ……..28-31
4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ……..32-33
5. ΠΡΟΛΗΨΗ……33-36
6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ
   6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ……37-38
   6.2 . ΣΥΝΤΗΡΙΤΙΚΗ……38-42
   6.3. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ……42-46

Β΄ΜΕΡΟΣ

1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ……46-47
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ……..47-48

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ……..49-60
4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ……..61-66

Γ΄ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ – ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ……66-82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ …….....83-86

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι νόσος που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη κακοήθων (καρκινικών) κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου αναπτύσσεται συνήθως μετά από μακροχρόνιο διάστημα εξέλιξης ιστολογικών μεταβολών στα κύτταρα του τραχήλου οι οποίες είναι γνωστές ως δυσπλασία. Στο σύνολο τους οδηγούν στην εμφάνιση μη φυσιολογικών κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου. Προοδευτικά , τα καρκινικά κύτταρα αρχίζουν να αυξάνονται και να εξαπλώνονται σε μεγαλύτερο βάθος διήθησης μέσα στον τράχηλο και στις περιβάλλουσες ανατομικές δομές. Οι συχνότερες μορφές είναι ο επιθηλιακός καρκίνος (90% των περιπτώσεων) που αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου και το αδενοκαρκίνωμα (10% των περιπτώσεων) που εμφανίζεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού (ενδοτράχηλος).

Ο νοσηλευτής/τρία για να ανταπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με καρκίνο της μήτρας χρειάζεται : Δεξιοτεχνία, επιστημονική κατάρτιση , αγάπη για τους ασθενείς , αίσθημα ευθύνης, προσωπική προσπάθεια και χρόνο και ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη. Τέλος σημαντικότερος ρόλος του νοσηλευτή, σύμφωνα με την παρακάτω εργασία, εστιάζεται στην ψυχολογική υποστήριξη και επανένταξη του ασθενή .

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας, τράχηλος, μήτρα , νοσηλευτική παρέμβαση, πρόληψη, HPV, test PAP.

ABSTRACT

Cervical Cancer is a disease which, is characterized by the development of malignant (cancer) cells in the tissues of the cervix. Cervical cancer is usually developed after a prolonged period in the development of histological changes in cervical cells which are known as dysplasia. All these lead to the appearance of abnormal cells in the tissues of the cervix. Gradually, the cancer cells begin to be grown and spread to deeper infiltration into the cervix and surrounding anatomical structures. The most common forms are the epithelial cancer (90% of cases) that are developed on the outside of the cervix and adenocarcinoma (10% of cases) where it is shown on the inside of the cervical canal (endocervix)

The nurse in order to cope with the difficult role which is required for nursing interventions in patients with cancer of the uterus needs: Craftsmanship, scientific training, love for patients, sense of responsibility, personal effort and time and interest in improving the profession of nursing through research and apply the results in everyday practice. Lastly, the most important role of a nurse, according to the following essay, is focused on the psychological support and the reintegration of the patient.

KEY WORDS

Cervical Cancer, cervix, uterus (womb) , nursing intervention , prevention , HPV , Test PAP .

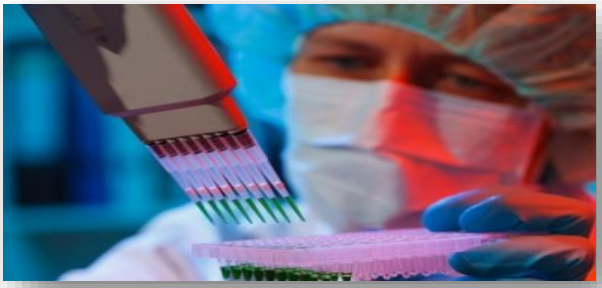
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας , είναι με τα σημερινά δεδομένα , η Τρίτη πιο κοινή κακοήθεια στις γυναίκες μετά τον καρκίνο μαστού και του ενδομητρίου, ενώ τα προηγούμενα χρόνια κατείχε την δεύτερη θέση. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου 2% από όλες τις γυναίκες πάνω από τα 40 χρόνια έχουν την πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου. Η μέση ηλικία των γυναικών που προσβάλλονται από διηθητικό καρκίνο είναι σημαντικά μικρότερη και υπολογίζεται ότι η διαφορά μεταξύ τους είναι περίπου 10 χρόνια. Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί πολύ σπάνια ακόμα και στη δεύτερη δεκαετία της ζωής και καμιά φορά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης . Είναι νόσος που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη κακοήθων (καρκινικών) κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας . Ο καρκίνος του τραχήλου αναπτύσσεται συνήθως μετά από μακρύ χρονικό διάστημα εξέλιξης ιστολογικών μεταβολών στα κύτταρα του τραχήλου οι οποίες είναι γνωστές ως δυσπλασία. Στο σύνολο τους οδηγούν στην εμφάνιση μη φυσιολογικών κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου . Προοδευτικά , τα καρκινικά κύτταρα αρχίζουν να αυξάνονται και να εξαπλώνονται σε μεγαλύτερο βάθος διήθησης μέσα στον τράχηλο και στις περιβάλλουσες ανατομικές δομές. Οι συχνότερες μορφές είναι ο επιθηλιακός καρκίνος (90% των περιπτώσεων) που αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου

και το αδενοκαρκίνωμα(10% των περιπτώσεων) που εμφανίζεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού (ενδοτράχηλος) (Lemone-Burke, 2006).

Το 1740, το Rheims, στη Γαλλία, εμφανίστηκε το πρώτο νοσοκομείο για καρκινοπαθείς και περίπου την ίδια στιγμή ο Morgani δημοσίευσε μια μελέτη για την φύση και τις αιτίες της ασθένειας . Το 1892 μετά από έρευνες 15 ετών στο εργαστήριο Cornel University και το « Νοσοκομείο γυναικών» της Νέας Υόρκης , παρουσιάζεται η μνημειώδης μονογραφία διάγνωσης του Ca της μήτρας και των εξαρτημάτων της από τα κολπικά επιχρίσματα ολοκληρώνοντας τις έρευνες ο Παπανικολάου. Εφεύρε μια ακίνδυνη διαγνωστική μέθοδο εξέτασης των κολπικών επιχρισμάτων για την ανακάλυψη του Ca του τραχήλου της μήτρας η οποία πήρε το όνομα του Pap- test και χρησιμοποιείται παγκοσμίως με μεγάλη επιτυχία (Netter-Smith,2007).

- **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**



Πιστεύεται ότι ο καρκίνος εμφανίστηκε από τότε που υπήρχε ζωή. Τα πρώτα ίχνη του καρκίνου ανέρχονται σε 80 χρόνια πριν. Στο British Museum του Λονδίνου βρίσκεται ένα προϊστορικό ζώο που παρουσιάζει έναν όγκο οστών στην ουρά . Το μεγαλύτερο εμπόδιο στην ζωή του Ca είναι ότι ευημερεί καταστρέφοντας άλλα όργανα. Επιπλέον ο Ca μπορεί να διαδοθεί παντού και σε σύντομο χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο (Netter-Smith,2007).

Από τον Γεώργιο Παπανικολάου ξεκίνησε η ιδέα της κυτταρολογικής εξέτασης για την ανίχνευση του καρκίνου και το τεστ που πρώτο-περιέγραψε το 1928, έχει συμβάλει στην πρόληψη και ίαση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας για εκατομμύρια γυναίκες σε ολόκληρο τον κόσμο. Ο Γεώργιος Παπανικολάου

αρχίζοντας μια εργασία για τις γενετικές μεταβολές που παρατηρούνται σε πειραματόζωα, μετατόπισε εν συνέχεια το ενδιαφέρον του στο τι συμβαίνει στον άνθρωπο . Επί πέντε χρόνια έκανε μελέτες σε μια ειδική περίπτωση, που αποκαλύφθηκε αργότερα ότι ήταν η γυναίκα του (Κρεατσάς, 2001). Κατόπιν μελέτησε το γυναίκειο προσωπικό του Νοσοκομείου και αφού ταξινόμησε όλες τις φυσιολογικές μεταβολές που παρατηρούνται στα κολποτραχηλικά επιχρίσματα κατά την διάρκεια του κύκλου της γυναίκας, άρχισε να εξετάζει και ασθενείς. Ήταν βέβαιο πως αργά ή γρήγορα θα συναντούσε και γυναίκες με καρκίνο (Κρεατσάς, 2001).

Παρ' όλο λοιπόν, ότι δεν έψαχνε με τη μελέτη του αυτή για καρκινικά κύτταρα, εν τούτοις τα αναγνώρισε αμέσως, δείχνοντας ότι διέθετε ένα φωτισμένο και προετοιμασμένο μυαλό. Παρόμοια κύτταρα είχαν δει και άλλοι ερευνητές πριν από αυτόν, αλλά η σημασία τους δεν αποτέλεσε κίνητρο για την ανάπτυξη ενός νέου επιστημονικού κλάδου. Με τις συνεχείς μελέτες αυτές, καθόρισε τον απλό τρόπο με τον οποίο μπορεί να ληφθεί το δείγμα για εξέταση και όλες τις αλλοιώσεις που παρατηρούνται στα κύτταρα από τις απλές δυσπλασίες μέχρι το διηθητικό καρκίνο. Βέβαια ο θρίαμβος για την ανακάλυψη αυτή ήρθε πολλά χρόνια αργότερα (Κρεατσάς, 2001). Το 1948 στην Αμερική οργανώθηκε ένα πρόγραμμα σε Εθνική κλίμακα για να εκπαιδευτούν πάνω στην νέα εξέταση γιατροί και κυτταροτεχνολόγοι, το οποίο ακολουθήθηκε από μια εντατική εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού , ώστε να παροτρύνει τις γυναίκες να υποβάλλονται σε κυτταρολογική εξέταση σε τακτά χρονικά διαστήματα. Αργότερα, το 1954 η Διεθνής Αντικαρκινική Ένωση ανέλαβε την προβολή σε παγκόσμια κλίμακα του Τεστ Παπανικολάου (Κρεατσάς, 2001).

Τα χρόνια που ακολούθησαν σφραγίστηκαν από δύο εντυπωσιακές μεταβολές στα ποσοστά θανάτου από καρκίνο. Το ποσοστό για τον καρκίνο του πνεύμονα αυξήθηκε σημαντικά, ενώ το ποσοστό για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μειώθηκε απότομα. Σήμερα το Τεστ Παπανικολάου (PAP-TEST) είναι διαδεδομένο σ' όλο τον κόσμο και η αξία του στην πρόσληψη και πρώιμη ανίχνευση των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου είναι αναμφισβήτητη. Η επιτυχία του Τεστ Παπανικολάου για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου, εξαρτάται από την προθυμία των γυναικών να υποβληθούν σε αυτή την εξέταση και κυρίως εκείνων που ανήκουν στην ομάδα αυξημένου κινδύνου (Κρεατσάς. 2001).

➢ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η θνητότητα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχει μειωθεί περισσότερο από 70% στις ΗΠΑ μετά την υιοθέτησης, το 1940, καθολικού προληπτικού ελέγχου με τη εξέταση κατά Παπανικολάου . Ο προληπτικός κυτταρολογικός έλεγχος για τον καρκίνο τοθ τραχήλου της μήτρας αποτελεί μέχρι σήμερα το πιο πετυχημένο πρόγραμμα πρόληψης στην ιστορία. Μολονότι το τεστ Παπανικολάου έχει μειώσει τους θανάτους από καρκίνο τοθ τραχήλου της μήτρας στις ΗΠΑ , πολλές προκλήσεις ακόμα παραμένουν . το πιο σημαντικό εμπόδιο είναι η έλλειψη συμμόρφωσης με τις συστάσεις του προληπτικού ελέγχου , ιδιαίτερα σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας, σε εκείνες που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές ή ανήκουν σε εθνικές μειονότητες. Ποσοστό 50-70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις ΗΠΑ συμβαίνει σε γυναίκες που δεν έχουν υποβληθεί ποτέ κατά την τελευταία πενταετία σε προληπτικό έλεγχο. Υπάρχουν σημαντικές φυλετικές διαφορές τόσο στην επίπτωση όσο και στην θνητότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας , με τις Βιετναμέζες να αποτελούν την εθνική ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο. Ενώ ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας ευθύνεται για το 2% των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες, κατατάσσεται δεύτερος για τις γυναίκες 20 έως 39 ετών(Netter, 2009).

Η επίπτωση καθώς και η θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στη χώρα μας εκτιμάται ότι είναι ανάμεσα στις χαμηλότερες της Ευρώπης . η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ανερχόταν το 1991 σε 9,55/100.000 κατοίκους και γ θνησιμότητα σε 2,27/100.000 σύμφωνα με τον Eucan, ενώ σύμφωνα με στοιχεία του Clobocan η επίπτωση στην χώρα μας ανέρχεται σε 7,7/100.000 και η θνησιμότητα 2,5/100.000(Netter, 2009).

Αν και η χώρα μας είναι μια από τις πρώτες χώρες που εφαρμόστηκε η εξέταση κατά Παπανικολάου δεν υπάρχει εθνικό πρόγραμμα πρόληψης εκτός από κάποια προγράμματα σε Ηλεία, Μεσσηνία και Χαλκιδική που καλύπτουν ένα μικρό ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού . Συνέπεια αυτού είναι να μην υπάρχει οργανωμένη πρόληψη για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τα στοιχεία που υπάρχουν για αυτό το θέμα είναι ελλιπή (Αγοραστός, 2006) .

Α ΜΕΡΟΣ

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ (ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΜΗΤΡΑΣ)

ΜΗΤΡΑ

Η μήτρα , ονομαζόμενη και υστέρα είναι κοιλομυώδες όργανο του οποίου η κοιλότητα καλύπτεται από βλεννογόνο (ενδομήτριο) και τα μυϊκά τοιχώματα του (μυομήτριο) χαρακτηρίζονται από το εξαιρετικά μεγάλο πάχος τους . Η μήτρα έχει σχήμα αποπλατισμένου κώνου (μοιάζει με αχλάδι). Εξαιτίας των αναπτυγμένων τοιχωμάτων της , η μήτρα έχει τη δυνατότητα κατά τη διάρκεια της κύησης να προσαρμόζεται στη βαθμιαία μεγέθυνση του εμβρύου κατά τον τοκετό , με τις συσπάσεις της να επιτυγχάνει την απότεξη του εμβρύου και μετά το πέρας του τοκετού, να επανέρχεται στο πριν από την κύηση μέγεθος και σχήμα , και τέλος κατά την διάρκεια της εμμηνορρυσίας , να αποβάλλει το ενδομήτριο που έχει αποπέσει. το ενδομήτριο χρησιμεύει για την εγκατάσταση της βλαστοκύστης και την ανάπτυξη της σε έμβρυο , για να είναι ικανό να επιτελέσει αυτή την λειτουργία υφίστανται κυκλικές κατά μήνα εναλλαγές, συνέπεια των οποίων είναι η εμφάνιση της έμμηνης ρύσης (Άγιος, 2008).

Η μήτρα βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο, ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη (εμπρός και κάτω) , το απευθυσμένο(πίσω) , ενώ έχει προς τα κάτω τον κολεό με το περίνεο και προς τα άνω εντερικές έλικες (Frick et al, 1985) .

Στηρίζεται κυρίως με τον «κύριο σύνδεσμο» καθώς και με συνδέσμους που προσφύονται στην ηβική σύμφυση και στο ιερό οστό. « Κύριος σύνδεσμος» λέγεται το σύνολο των κολλαγόνων ινών, ελαστικών δικτύων και μυϊκών δεσμίδων , που έρχονται στα πλάγια της μήτρας, μέσα από το παραμήτριο και εκτείνονται σαν βεντάλια, από το ενδοκοιλιακο μέρος του τραχήλου προς την περιτονία του τοιχώματος της ελάσσονος πυέλου . Ο « κύριος σύνδεσμος» συγκρατεί τη μήτρα σε θέση αιωρήσεως, που σταθεροποιείται από το πυελικό έδαφος και κάνει δυνατή την επαναφορά της μήτρας στην θέση της όταν μετακινηθεί κατά την πλήρωση της ουροδόχου κύστεως και του απευθυσμένου. Με συνεχή έλξη που ασκούν τα στοιχεία

του «κύριου συνδέσμου» στα αγγειακά τοιχώματα , τα αγγεία της μήτρας διατηρούνται συνεχώς ανοικτά . Ο ηβοκυστικός σύνδεσμος που φέρεται από την πίσω πλευρά της ηβικής συμφύσεως προς τον αυχένα της ουροδόχου κύστεως και τη μήτρα , καθώς και οι ευθυμητρική πτυχή με τον ευθυμητρικό μυ, που συνδέει το ιερό οστό και τα απευθυσμένο με το τράχηλο της μήτρας, αποτελούν ισχυρότερα ανεπτυγμένες συνδετικές και μυϊκές δεσμίδες που συμπληρώνουν τον κύριο σύνδεσμο από πίσω και από εμπρός. Άλλη δεσμίδα που βοηθάει στην στήριξη αποτελεί ο στρογγυλός σύνδεσμος της μήτρας (Frick et al, 1985).

Η μήτρα έχει σχήμα αποπλατησμένου κώνου(μοιάζει με αχλάδι) του οποίου η βάση στρέφεται ελεύθερη προς τα άνω και προς τα κάτω και πίσω, όπου συνάπτεται με τον κολεό. Το μήκος της μήτρας (από το έξω τραχηλικό στόμιο έως το ανώτερο μέρος του πυθμένα) ανέρχεται σε 7,5εκ., το πλάτος της (στο ύψος της έκφυσης των σαλπίγγων) περίπου 5,5εκ., και το πάχος της σε 2,5-3εκ., (οι διαστάσεις αυτές αφορούν την μήτρα της νεαρής, ενήλικης , άτοκης γυναίκας , ενώ στην πολύτοκο είναι ελαφρώς αυξημένες). Το βάρος της κυμαίνεται από 40 έως 60 γραμμάρια στις άτοκες και από 60 έως 80 γραμμάρια στις πολύτοκες γυναίκες. Εξαιτίας του σχήματος της η μήτρα εμφανίζει δυο επιφάνειες την πρόσθια και την οπίσθια και δύο πλάγια χείλη, ενώ διακρίνονται σε αυτήν τρία μέρη, ο πυθμένας, το σώμα και ο τράχηλος. Δεν υπάρχει σαφές όριο ανάμεσα στον πυθμένα και στο σώμα . Ως τέτοιο λαμβάνεται η μεσοσαλπιγγική γραμμή, δηλαδή η νοητή γραμμή που συνδέει τα σημεία είσδυσης των ωαγωγών στη μήτρα . Όριο ανάμεσα στο σώμα και τον τράχηλο της μήτρας αποτελεί ο ισθμός του οργάνου (Χατζημπούγιας, 2007).

Ο πυθμένας της μήτρας κατά την περίοδο πριν από την εμμηναρχήδεν είναι ανεπτυγμένος και προσβάλλει ελάχιστα πάνω από την μεσοσαλπιγγική γραμμή . Αντίθετα , στις πολύτοκες γυναίκες είναι παχύς και προσβάλλει προς τα άνω και προς τα εμπρός , σαν θόλος του οποίου η κυρτή επιφάνεια σχηματίζει με τα πλάγια χείλη του σώματος την σαλπιγγική γωνία και η υπόκυρτη έσω επιφάνεια αποτελεί την οροφή της κοιλότητας της μήτρας. Από την περιοχή της σαλπιγγικής γωνίας, εκπορεύονται από τη μήτρα : ο στρόγγυλος σύνδεσμος της μήτρας (μπροστά), ο ωαγωγός (μέσω και άνω) και ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης (πίσω) . Ο πυθμένας όταν η γυναίκα είναι σε όρθια θέση, βρίσκεται σε εγκάρσιο επίπεδο , συνήθως λίγο πιο πάνω από την ηβική σύμφυση (Άγιος, 2008).

Το σώμα της μήτρας εμφανίζει την πρόσθια-κάτω η κυστική επιφάνεια και την οπίσθια-άνω ή εντερική επιφάνεια. Οι επιφάνειες αυτές είναι υπόκυρτες , ιδιαίτερα κατά τον εγκάρσιο άξονα και περισσότερο η οπίσθια. Στο όριο μετάπτωσης της μιας επιφάνειας στην άλλη, διαμορφώνονται τα δυο πλάγια χείλη του σώματος της μήτρας (αριστερό και δεξιό). Η πρόσθια επιφάνεια έρχεται σε σχέση με την κυστεομητρική πτυχή του περιτόναιου και με την άνω επιφάνεια της ουροδόχου κύστεως , ενώ η οπίσθια επιφάνεια με έλικες του ειλεού ή με το σιγμοειδές κάλο(όταν αυτό είναι διογκωμένο). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η θέση της μήτρας είναι οπίσθια είναι δυνατό η πρόσθια επιφάνεια της να έρχεται σε σχέση με έλικες του ελικώδους εντέρου. Στα πλάγια χείλη του σώματος της μήτρας προσφύονται οι πλατείς σύνδεσμοι και κατά μήκος τους πορεύονται τα μητριαία αγγεία . Τα πλάγια χείλη αποτελούν τις περιοχές του οργάνου από τις οποίες εισδύουν στο σώμα της μήτρας οι κλάδοι των αγγείων και των νεύρων που κατανέμονται σε αυτή (Άγιος, 2008).

Ο ισθμός της μήτρας, είναι το μήκος 1εκ. μεταβατικό (ανάμεσα στο σώμα και τον τράχηλο) τμήμα του σώματος της μήτρας , του οποίου αποτελεί και το στενότερο μέρος του. Είναι περισσότερο εκσεσημασμένος στις άτοκες γυναίκες . Αντιστοιχεί εσωτερικά στο έσω στόμιο της μήτρας και εξωτερικά στο ύψος της ανάκαμψης του περιτόναιου, μεταξύ κύστης και μήτρας (κυστεομητρική πτυχή). Ο βλεννογόνος του ισθμού είναι λεπτότερος από τον βλεννογόνο του σώματος, εμφανίζει και αυτός κυκλικές μηνιαίες αλλαγές, σε μικρότερο βέβαια βαθμό και μετατρέπεται κατά την κύηση σε φθαρτό. Ο ισθμός ανήκει στο σώμα και όχι στον τράχηλο. Έτσι , κατά την κύηση συγχωνεύεται με την υπόλοιπη κοιλότητα του σώματος και το επιθήλιο του βλεννογόνου του , όπως και το επιθήλιο του βλεννογόνου του σώματος είναι υψηλό κροσσωτό κυλινδρικό (Άγιος, 2008).

Ο τράχηλος της μήτρας είναι το κατώτερο τριτημόριο της μήτρας (το λεπτό μέρος του αχλαδιού). Το σχήμα του μοιάζει με κύλινδρο ελαφρώς αποπλατυσμένο από τα προς τα εμπρός προς τα πίσω και ελαφρώς πιο διευρυμένο στο μέσο . Το ύψος και η διάμετρος αυτού του κυλίνδρου είναι περίπου 2,5 εκ. Είναι λιγότερο κινητός από το σώμα της μήτρας και έτσι οι επιμήκεις άξονες του σώματος και του τραχήλου σπάνια συμπίπτουν . Συνήθως ανάμεσα στο σώμα και στον τράχηλο σχηματίζεται μια γωνία (φυσιολογική κάμψη της μήτρας) της οποίας η κορυφή αντιστοιχεί στο έσω στόμιο της μήτρας. Ο τράχηλος προβάλλει στο πρόσθιο τοίχωμα του κολεού. Το τοίχωμα του κολεού προσφύεται κυκλικά στην παράπλευρη επιφάνεια του τράχηλου κατά τέτοιο

τρόπο , ώστε να τον διαιρεί στο υπερκολεΐκό και στο ενδοκολεϊκό μέρος του (Παρασκευάς, 2008).

Το υπερκολεϊκό μέρος του τραχήλου εμφανίζει δύο άνισες επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια και δύο πλάγια χείλη. Η οπίσθια επιφάνεια του υπερκολεϊκού μέρους του τραχήλου είναι μικρότερη από την πρόσθια επειδή το οπίσθιο τοίχωμα του κολεού προσφύεται στον τράχηλο υψηλότερα από ότι το πρόσθιο. Η πρόσθια επιφάνεια είναι ακάλυπτη από περιτόναιο, βρίσκεται κάτω από την κυστεομητρική πτυχή και έρχεται σε σχέση με το τμήμα του τοιχώματος της ουροδόχου κύστης που βρίσκεται αντίστοιχα προς το κυστικό τρίγωνο. Με την ουροδόχο κύστη, ο τράχηλος συνάπτεται δια της παρεμβολής χαλαρού συνδετικού ιστού που περιέχει διάσπαρτες λείες μυϊκές ίνες. Ο συνδετικός ιστός περιβάλλει (μπρός, πίσω και πλάγια) το υπερκολεϊκό μέρος του τραχήλου και διαμορφώνει ένα ινώδης δακτυλίδι επί του οποίου στηρίζεται η μήτρα(περιτραχηλικός ινώδης δακτύλιος). Από τον σχηματισμό αυτό προβάλλουν ινώδεις δεσμίδες που εκτείνονται είτε μεταξύ των πετάλων του πλατέως συνδέσμου σχηματίζοντας τους ιερομητρικούς και τους ηβομητρικούς συνδέσμους. Η οπίσθια επιφάνεια του υπερκολεϊκού μέρους επαλείφεται από το περιτόναιο , το οποίο επεκτείνεται προς τα κάτω , έως τον οπίσθιο κολπικό θόλο για να ανακάμψει στη συνέχεια προς το απευθυσμένο. Έτσι σχηματίζει το ευθυμητρικό κόλπωμα του περιτόναιου του οποίου το υπόστρωμα του πρόσθιου τοιχώματος σχηματίζεται από την οπίσθια επιφάνεια του υπερκολεϊκού μέρους του τραχήλου. Διαμέσου του ευθυμητρικού κολπώματος ο τράχηλος έρχεται σε σχέση με το απευθυσμένο . Μέσα στο ευθυμητρικό κόλπωμα είναι δυνατό να περιέχονται εντερικές έλικες του τελικού ειλεού. Τα πλάγια χείλη του υπερκολεϊκού μέρους του τραχήλου έρχονται σε σχέση με τη βάση του πλατέως συνδέσμου. Στο παραμήτριο, που βρίσκεται αντίστοιχα προς τα πλάγια χείλη του τραχήλου , πορεύεται η σύστοιχη μητριαία αρτηρία (στο ύψος περίπου του ισθμού) και ο σύστοιχος ουρητήρας (Άγιος, 2008).

Το ενδοκολεϊκό μέρος του τραχήλου προβάλλει στον κολεό όπου και είναι δυνατό , στη ζώσα γυναίκα είτε να επισκοπηθεί με τη βοήθεια ειδικού οργάνου (του κολεοσκόπιου) είτε να ψηλαφηθεί δίνοντας σκληρή αφή, δίκην χόνδρου. Στις άτοκες είναι επιμηκέστερο με σχήμα κόλουρου κώνου, ενώ στις πολύτοκες μάλλον κυλινδρικό και ογκώδες. Κατά τη γεροντική ηλικία ατροφεί και σε ορισμένες περιπτώσεις εξαφανίζεται. Η επιφάνεια του καλύπτεται από βλεννογόνο ο οποίος

αποτελεί τη συνέχεια του κολπικού βλεννογόνου και στο ελεύθερο άκρο του εμφανίζει το έξω στόμιο της μήτρας. Το στόμιο αυτό φέρεται εγκάρσια, ιδίως στην πολύτοκο γυναίκα και αφορίζεται από δύο χείλη , το πρόσθιο και το οπίσθιο τραχηλικό χείλος. Τα χείλη του τραχήλου, όταν η μήτρα έχει πρόσθια θέση, βρίσκονται σε επαφή με το οπίσθιο κολπικό τοίχωμα . Στις άτοκες γυναίκες τα χείλη του τραχήλου είναι λεία, ομαλά και ροδόχρωμα, ενώ στις πολύτοκες είναι ρωγμώδη και ιόχρωμα (Άγιος, 2008).

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Το τοίχωμα της μήτρας έχει πάχος που κυμαίνεται από 10 έως 20 χλστ. Και αποτελείται από τρείς χιτώνες που από έξω προς τα έσω είναι : ο ορογόνος, ο μυϊκός και ο βλεννογόνος , επιπλέον περιέχει αγγεία και νεύρα (Άγιος, 2008).

Ο ορογόνος χιτώνας ή περιμήτριο συνίσταται από το τμήμα του περιτόναιου που καλύπτει το σώμα της μήτρας και την οπίσθια επιφάνεια του υπερκολεϊκού τμήματος του τραχήλου. Το περιμήτριο δεν καλύπτει τα πλάγια χείλη της μήτρας, την πρόσθια επιφάνεια του υπερκολεϊκού και όλο το ενδοκολεϊκό τμήμα του τράχηλου . συνάπτεται με το υποκείμενο μυϊκό χιτώνα με την παρεμβολή μιας στιβάδας από χαλαρό συνδετικό ιστό (υπορογόνιος χιτώνας) η οποία είναι ιδιαίτερα παχιά κοντά στα πλάγια χείλη και στο κάτω τεταρτημόριο της οπίσθιας επιφάνειας του σώματος, αμέσως μετά τον τράχηλο (Frick et al, 1985)

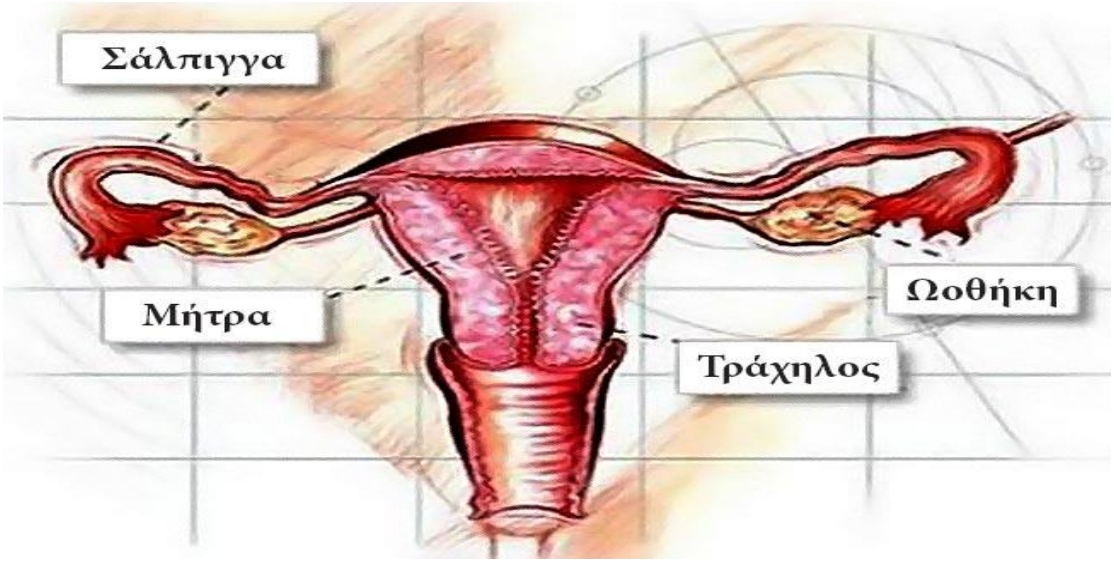
Ο μυϊκός χιτώνας η μυομήτριο αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος των τοιχωμάτων της μήτρας, έχει πάχος περίπου 1,25εκ . στον πυθμένα και στη μέση του σώματος ενώ είναι λεπτότερος προς τα στόμια των σαλπίγγων. Συνιστάται από δεσμίδες λείων μυϊκών ινών, μεταξύ των οποίων πορεύονται αιμοφόρα αγγεία καθώς και νεύρα. Οι προηγούμενες ανατομικές δομές (μυϊκές ίνες, αγγεία, νεύρα) περιβάλλονται και συνάπτονται μεταξύ τους με ινώδη συνδετικό ιστό πλούσιο σε ελαστικές ίνες. Η σύναψη αυτή είναι τόσο στερεά , ώστε κατά τις τομές του μυομητρίου δίνεται αίσθηση παρόμοια με την αίσθηση που δίνεται όταν τέμνεται χόνδρος. Μολονότι οι λείες μυϊκές ίνες διαπλέκονται προς ποικίλες κατευθύνσεις , στον μυϊκό χιτώνα της μήτρας διακρίνονται :η έξω, η μέσω και η έσω στιβάδα, οι οποίες βέβαια δεν χωρίζονται σαφώς η μία από την άλλη. Η έξω στιβάδα του μυομητρίου συνίσταται

από δεσμίδες μυϊκών ινών οι οποίες φέρονται κυρίως επιμήκως και κατευθύνονται από τον πυθμένα προς την πρόσθια ή την οπίσθια επιφάνεια . μερικές από τις δέσμες αυτής της στιβάδας που βρίσκονται επί τα εντός των προηγούμενων , επεκτείνονται προς τον μυϊκό χιτώνα των ωαγωγών καθώς και προς τους στρόγγυλους συνδέσμους της μήτρας ‘η τους ίδιους συνδέσμους της ωοθήκης, ενώ άλλες προς τους πλατύς και τους ιερομητρικούς συνδέσμους. Η μεσαία στιβάδα του μυομητρίου συνίσταται από μυϊκές δέσμες που δεν εμφανίζουν τυπική φορά αλλά άλλες φέρονται επιμηκώς , άλλες λοξά (ελικοειδώς) και άλλες εγκάρσιως. Είναι η περισσότερο ανεπτυγμένη (παχύτερη) στιβάδα του μυομητρίου, ιδιαίτερα στην περιοχή του πυθμένα όπου ου μυϊκές ίνες διατίθενται κατά ομόκεντρους κύκλους που περιβάλλουν τα ενδοτοιχωματικά τμήματα των ωαγωγών. Η μεσαία στιβάδα είναι αυτή που αποδίδει το κυριότερο έργο κατά τον τοκετό. Ανάμεσα στις μυϊκές δεσμίδες της διέρχονται τα μεγάλα αγγειακά στελέχη, γι΄ αυτό η μέση στιβάδα λέγεται και αγγειώδης στιβάδα . η έσω στιβάδα του μυομητρίου συνίσταται από δεσμίδες μυϊκών ινών και φέρονται λοξός και κυκλοτερώς και περιορίζεται στα 2/3 του ανώτερου τμήματος του σώματος της μήτρας. Οι μυϊκές ίνες αυτής της στιβάδας περιβάλλουν τους πυθμένες των αδένων του ενδομητρίου (υποβλεννογόνια μυϊκή στιβάδα) (Άγιος, 2008).

Ο μυϊκός χιτώνας του τραχήλου διαφέρει από αυτόν του σώματος. Η σημαντικότερη διαφορά βρίσκεται στην περιεκτικότητα σε μυϊκό ιστό. Έτσι ο μυϊκός ιστός αντιπροσωπεύει το 28% της μάζας σώματος, ενώ από το ύψος του ισθμού τα μυϊκά στοιχεία βαθμιαία ελαττώνονται και αυξάνονται τα συνδετικά(κολλαγόνες και ελαστικές ίνες), ώστε στον τράχηλο τα συνδετικά στοιχεία αντιπροσωπεύουν το 90% της μάζας του. Διαφέρει επίσης η δομή και η διάταξη των μυϊκών ινών του μυομητρίου στον τράχηλο , αλλά και η διάταξη που έχουν οι δέσμες(περισσότερο πυκνή). Οι μυϊκές και οι ελαστικές ίνες στην περιοχή του τραχήλου διευθετούνται έτσι ώστε να διαμορφώνεται μια χωνοειδής κατασκευή, με το μικρό στόμιο αυτού του χωνιού να στρέφεται προς το έξω τραχηλικό στόμιο (Άγιος, 2008).

Ο βλεννογόνος η ενδομήτριο έχει πάχος περίπου 1,5χλστ. Και έρχεται ως συνέχεια, διαμέσου του έξω τραχηλικού στομίου, με το βλεννογόνο που καλύπτει τον κολεό και διαμέσου των κεράτων της μήτρας με το βλεννογόνο του ωαγωγού. Συνιστάται από επιθήλιο , χόριο και αδένες ενώ συνάπτεται στερεά με τον υποκείμενο μυϊκό χιτώνα χωρίς την παρεμβολή υποβλεννογόνιου χιτώνα. Το επιθήλιο του βλεννογόνου του σώματος είναι μονόστιβο κυλινδρικό και κατά τόπους κροσσωτό. Το χόριο είναι παχύ

συνίσταται, από συνδετικό ιστό πλούσιο σε ιδιόμορφα συνδετικογενή κύτταρα (φθαρτοειδή) , καθώς και άλλου τύπου κύτταρα (μακροφάγα, λεμφοκύτταρα, κοκκώδη λευκά) ενώ επιπλέον περιέχει τους αδένες , οι οποίοι σε ορισμένες φάσεις του κύκλου έχουν ελικοειδή όψη και συνίσταται από κυλινδρικά και διάσπαρτα κροσσωτά κύτταρα . Το πυθμενικό τμήμα των μητριαίων αδένων , εισχωρεί ανάμεσα στις μυϊκές δέσμες της έσω μυϊκής στιβάδας. Ο βλεννογόνος που καλύπτει τα εγγύς δύο τριτημόρια του ενδοτράχηλου , μακροσκοπικά είναι παρόμοιος με τους σώματος αλλά λεπτότερος και λιγότερο ρόδινος(ωχρότερος) . το κυλινδρικό επιθήλιο του τραχηλικού βλεννογόνου κοντά στο έξω τραχηλικό στόμιο (άπω τριτημόριο ενδοτραχήλου) μεταπίπτει σε πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Η μετάπτωση αυτή του ερυθρωπού κροσσωτού επιθηλίου (που καλύπτει τον τραχηλικό σωλήνα) στο ωχρό πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο (που καλύπτει το ενδοκολεϊκό μέρος του τραχήλου) γίνεται κατά μήκος μιας γραμμής. Η γραμμή αυτή εκτείνεται αμέσως επί τα εντός του έξω τραχηλικού στομίου, είναι ορατή κατά την κολποσκόπηση και αναφέρεται ως ιστολογικό έσω στόμιο της μήτρας. Οι αδένες στον τράχηλο είναι λιγότεροι σε αριθμό από ότι στο ενδομήτριο αλλά μεγαλύτερη, από την άποψη της μορφής είναι σύνθετοι σωληνοειδής, δηλαδή πολύ αδενοσωλήνες εκβάλλουν με κοινό εκφορητικό πόρο (Άγιος, 2008).



ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η κοιλότητα της μήτρας , σε σύγκριση με το συνολικό όγκο του οργάνου, είναι μικρή, κάτι που οφείλεται στα ιδιαιτέρως παχιά τοιχώματα της . Έτσι , ο επιμήκης άξονας της (από το έξω τραχηλικό στόμιο μέχρι την ενδομήτρια επιφάνεια του πυθμένα) στην άτοκο γυναίκα, ανέρχεται στα 6-6,5 εκ. δηλαδή είναι κατά 1-1,5 εκ. μικρότερος από τον εξωτερικό επιμήκη άξονα του οργάνου. Διακρίνεται στην κοιλότητα του σώματος και στην κοιλότητα του τραχήλου, οι οποίες έχουν ως όριο μεταξύ τους το έσω στόμιο της μήτρας (ισθμικός πόρος), που εξωτερικά αντιστοιχεί στον ισθμό (Άγιος, 2008).

Η κοιλότητα του σώματος , σε οβελιαίες και εγκάρσιες τομές, είναι σχεδόν σχισμοειδής, εφόσον ο βλεννογόνος που καλύπτει το πρόσθιο τοίχωμα του βρίσκεται σε επαφή με τον βλεννογόνο που καλύπτει το οπίσθιο τοίχωμα και μεταξύ των δύο βλεννογόνων παρεμβάλλεται μόνο ένα λεπτό στρώμα βλέννας. Σε μία σχεδόν μετωπιαία τομή, κατά μήκος των πλαγίων χειλέων του σώματος της μήτρας η κοιλότητα έχει σχήμα τριγώνου. Η κορυφή του τριγώνου αυτού στρέφεται προς τα κάτω και αντιστοιχεί στο έσω στόμιο της μήτρας, οι πλευρές του είναι υπόκυρτες, με το κυρτό να στρέφεται προς τα κάτω. Έτσι οι γωνίες της βάσης δίνουν την εικόνα χωνοειδών προσεκβολών των οποίων οι κορυφή αντιστοιχεί στο μητριαίο στόμιο των ωαγωγών ενώ η βάση, χωρίς συγκεκριμένο όριο, μεταπίπτει στην κοιλότητα του σώματος. Τα ανατομικά αυτά μορφώματα λέγονται κέρατα της μήτρας (Άγιος, 2008).

Η κοιλότητα του τραχήλου(τραχηλικός σωλήνας) έχει σχήμα ατρακτοειδές, αποπλατυσμένο από εμπρός προς τα πίσω, που επικοινωνεί προς τα άνω διαμέσου του έσω στομίου της μήτρας με την κοιλότητα του σώματος και προς τα κάτω διαμέσου του έξω στομίου με τον κολεό. Το έσω στόμιο της μήτρας είναι μια δακτυλιοειδής περίσφιξη που συνιστά το στενότερο τμήμα της κοιλότητας της μήτρας, με διάμετρο περίπου 4 χλστ. Ο βλεννογόνος που καλύπτει το πρόσθιο και το οπίσθιο τοίχωμα της κοιλότητας του τραχήλου αναιρείται κατά τόπους, με αποτέλεσμα να σχηματίζει παράλληλες πτυχές που λέγονται φοινικοειδείς. Οι

φοινικοειδείς πτυχές δεν βρίσκονται ακριβώς αντίκρυ αλλά εκείνες του ενός τοιχώματος αντιβαίνουν στις πτυχές του άλλου. Η σχέση των φοινικοειδών πτυχών όπως και των στελεχιαίων, που σε εγκάρσια τομή, κάνει την όψη της κοιλότητας του τραχήλου να μοιάζει με S που φέρεται εγκάρσια , έχει ως συνέπεια να επιτυγχάνεται καλύτερη σύγκλειση του τραχηλικού σωλήνα (Frick et al, 1985).

Οι διαστάσεις της κοιλότητας της μήτρας σε πολύτοκη γυναίκα κατά προσέγγιση έχουν ως εξής: το μήκος από τον πυθμένα έως το έξω τραχηλικό στόμιο είναι 65χλστ., το πλάτος, ως εγκάρσια διάμετρος του σώματος, στη μεσοσαλπιγγική γραμμή είναι 35 χλστ., στον ισθμό 4 χλστ. Και στο μέσο της κοιλότητας του τράχηλου σε 8 χλστ., το πλάτος σε 25 χλστ., και η οβελιαία διάμετρος σε 2-3 χλστ. Η περιεκτικότητα της κοιλότητας της μήτρας στις πολύτοκες ανέρχεται σε 5-8 κυβικά εκ. και στις άτοκες σε 2-3 κυβικά εκ. (Άγιος, 2008).

ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η κύρια αρτηρία που αιματώνει την μήτρα είναι η μητριαία αρτηρία η οποία αποτελεί κλάδο του πρόσθιου στελέχους της έσω λαγόνιας αρτηρίας. Παράλληλα η μήτρα δέχεται αίμα και από την ωοθηκική και την κολεϊκή αρτηρία, καθώς και από λεπτούς κλάδους της κάτω επιγάστριας αρτηρίας διαμέσου των στρογγυλών συνδέσμων. Η μητριαία αρτηρία σχηματίζει αναστομώσεις με όλες αυτές τις αρτηρίες. Η μητριαία αρτηρία προσεγγίζει τη μήτρα στο ύψος του έσω τραχηλικού στομίου και αφού χορηγήσει έναν κατιόντα κλάδο για τον τράχηλο στρέφεται προς τα άνω και πορεύεται ελικοειδώς , κατά μήκος των πλαγίων χειλέων του σώματος της μήτρας, μέσα στο παραμήτριο. Στο άνω μέρος του αντίστοιχου πλάγιου χείλους το αγγείο αναστομώνεται με την ωοθηκική αρτηρία. Χορηγεί πρόσθιους και οπίσθιους μητριαίους κλάδους (9-14 σε αριθμό) οι οποίοι εισδύουν μέσα στο μυομήτριο, όπου έπειτα από εγκάρσια τοξοειδή πορεία(τοξοειδείς αρτηρίες) αναστομώνεται, περίπου αντιστοίχως προς τη μέση γραμμή της πρόσθιας ή της οπίσθιας επιφάνειας, ανάλογα με τις τοξοειδείς αρτηρίες της αντίθετης πλευράς. Από τους τοξοειδείς πρόσθιους και οπίσθιους μητριαίους κλάδους εκφύονται οι ακτινοειδής αρτηρίες οι οποίες φέρονται κεντρομόλα προς τις εν τω βάθη στιβάδες του μυομητρίου και χορηγούν κλαδίσκους

για την αιμάτωση του μυομητρίου και του ενδομητρίου ,όπως φαίνεται από αρτηριογραφίες της μητριαίας αρτηρίας. Οι κλαδίσκοι των ακτινοειδών αρτηριών που είναι υπεύθυνοι για την αιμάτωση του ενδομητρίου έχουν έντονα ελικοειδή πορεία και η μορφή τους επηρεάζεται από τον καταμήνιο κύκλο. Έτσι είναι λιγότερο αναπτυγμένη κατά την παραγωγική φάση (πριν την ωοθυλακιορρηξία), ενώ κατά την εκκριτική φάση (μετά την ωοθυλακιορρηξία) αναπτύσσονται σε μήκος και εύρος, με αποτέλεσμα να αποκτούν χαρακτηριστική όψη (ελικοειδείς αρτηρίες του ενδομητρίου) (Άγιος, 2008).

Οι φλέβες της μήτρας έχουν ανάλογη πορεία και μορφή με των αρτηριών. Χαρακτηρίζονται από το λεπτό του τοίχωμα, τις ατελείς βαλβίδες και τη διαμόρφωση φλεβικών πλεγμάτων μέσα στον πλατύ σύνδεσμο (μητροκολεϊκό φλεβώδες πλέγμα). Αναστομώνονται με το αιμορροϊδικό φλεβώδες πλέγμα (προς τα πίσω) το ωοθηκικό πλέγμα(προς τα άνω) και το κυστικό φλεβώδες πλέγμα (προς τα εμπρός). Το φλεβικό αίμα εκχέεται στην έσω λαγόνια φλέβα : ένα μέρος του δια μέσο των μητριαίων φλεβών(από το ανώτερο μέρος του οργάνου) και το υπόλοιπο, διαμέσου τον έσω αιδοιϊκών φλεβών (από το κατώτερο μέρος του) (Άγιος, 2008).

Τα λεμφαγγεία ,τα οποία υποδέχονται τη λέμφο από ένα πυκνό υποπεριτοναϊκό και ένα ενδομητριακό λεμφικό δίκτυο, ακολουθούν σε γενικές γραμμές την πορεία των αιμοφόρων αγγείων και αποχετεύουν την λέμφο προς τρείς κυρίως κατευθύνσεις : α)από τον πυθμένα και το ανώτερο μέρος του σώματος, είτε συνοδεύουν τα ωοθηκικά αγγεία και εκβάλλουν τα περισσότερα στα προαορτικά και παραορτικά λεμφογάγγλια και μερικά στα έξω λαγόνια, είτε διαμέσου των στρογγυλών συνδέσμων(αυτά από την περιοχή των σαλπιγγικών γωνιών) εκβάλλουν στα επιπολής βουβωνικά λεμφογάγγλια . β) από το κατώτερο μέρος του σώματος, διαμέσου του πλατέως συνδέσμου συμπορεύονται με του τραχήλου και εκβάλλουν κυρίως στα έξω λαγόνια λεμφογάγγλια. γ) Από τον τράχηλο η λέμφος απάγεται από λεμφαγγεία τα οποία πορεύονται στο παραμήτριο ή στους ιερομητρικούς συνδέσμους και εκβάλλουν αυτά που πορεύονται στο παραμήτριο στα έξω και έσω και στα κοινά λαγόνια λεμφογάγγλια ενώ αυτά που πορεύονται στους ιερομητρικούς συνδέσμους στα αιμορροϊδικά και στα ιερά λεμφογάγγλια. Λιγότερο συχνά, η λέμφος από τον τράχηλο διέρχεται και από τα θυρεοειδή ή τα γλουτιαία λεμφογάγγλια (Άγιος, 2008).

Τα νεύρα της μήτρας είναι κλάδοι κυρίως του μητροκολεϊκού νευρικού πλέγματος που εκτείνεται μέσα στα παραμήτρια και κατά μήκος των ενθυμητικών συνδέσμων, πάνω από τον οπίσθιο και τους πλάγιους κολπικούς θόλους, κοντά στον τράχηλο και κοντά στον χιασμό της μητριαίας αρτηρίας με τον ουρητήρα. Το μητροκολεικό πλέγμα εκτός από την μήτρα, νευρώνει και τον ουρητήρα, την ουροδόχο κύστη, το απευθυσμένο και τον κολεό, ενώ συνδέεται επιπλέον με το ωοθηκικό και το υπογάστριο πλέγμα. Στον σχηματισμό του μητροκολεϊκού πλέγματος συμβάλλουν συμπαθητικές προγαγγλιακές ίνες από το δωδέκατο θωρακικό και το πρώτο οσφυϊκό νευροτόμιο, οι οποίες είναι κυρίως αγγειοκινητικές καθώς και παρασυμπαθητικές προγαγγλιακές από το δεύτερο, το τρίτο και το τέταρτο ιερό νευροτόμιο(ιερή μοίρα του έξω διαμέσου πυρήνα των πλάγιων κεράτων) (Άγιος, 2008).

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

ΤΟ ΟΡΜΟΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το ορμονικό σύστημα της γυναίκας περιλαμβάνει , όπως και του άνδρα, τρεις κατηγορίες ορμονων:1) μια υποθαλαμική εκλυτική ορμόνη, την ορμόνη απελευθέρωσης γοναδοτροπίνων (GnRH). 2) Τις ορμόνες της πρόσθιας υπόφυσης : ωοθυλακιοτρόπο (FSH) και ωχρινοτρόπο ορμόνη (LH), που εκκρίνονται με την επίδραση της υποθαλαμικής ορμόνης απελευθέρωσης του (GnRH) . 3) Τις ορμόνες των ωοθηκών: οιστρογόνα και προγεστερόνη (ωχρίνη), που εκκρίνονται από τις ωοθήκες με την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών της αδενουπόφυσης (FSH και LH). Οι διάφορες αυτές ορμόνες δεν εκκρίνονται συνεχώς σε σταθερές ποσότητες, αλλά με ρυθμό που διαφέρει σημαντικά κατά τη διάρκεια των διαφόρων φάσεων του καταμήνιου κύκλου της γυναίκας (Guyton, 2004).

ΗΒΗ

Η εφηβεία είναι ένας ευρύς όρος που χαρακτηρίζεται 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. Στη Βόρεια Αμερική στα περισσότερα κορίτσια εμφανίζεται στην ηλικία των 13 ετών περίπου. Μολονότι η κύηση μπορεί να συμβεί σε σπάνιες περιπτώσεις αληθούς πρόωρης εφηβείας , ωστόσο οι περισσότερες κυήσεις σε νεαρά κορίτσια, συμβαίνουν μετά από τη φυσιολογική εμμηναρχή. Όλα τα κορίτσια θα ήταν καλό να γνωρίζουν ότι η κύηση μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή μετά την έναρξη της εμμηνορρυσίας (Μπόντης, 2007).

Σε ηλικία 12 με 15 χρονών ο υποθάλαμος αρχίζει να εκκρίνει εκλυτικό των γοναδοτροπίνων παράγοντα, ο οποίος διεγείρει την έκκριση γοναδοτροπίνων, που με τη σειρά τους διεγείρουν τις ωοθήκες. Η θυλακιοτρόπος ορμόνη (FSH) προκαλεί την

εμφάνιση των γραφιανών ωοθυλακίων που συνοδεύεται από την ωρίμανση του ωαρίου και έκκριση οιστρογόνων. Με τη βαθμιαία εγκατάσταση του ωοθηκικού κύκλου, η ωχρινοτρόπος ορμόνη (LH) από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης, συμβάλλει στην έκκριση οιστρογόνων, στην ωορρηξία, στον σχηματισμό του ωχρού σωματίου και στην έκκριση προγεστερόνης. Κατ' αρχήν, τα οιστρογόνα και στη συνέχεια , με την εγκατάσταση του κύκλου και οι δύο ωοθηκικές ορμόνες κυκλοφορούν στο αίμα και προκαλούν μεταβολές οι οποίες χαρακτηρίζουν την έναρξη της ήβης. Τα οστά μεγαλώνουν και το ύψος αυξάνεται απότομα. Οι πιο εμφανές μεταβολές είναι πιθανώς στις αναλογίες του σκελετού η πύελος διευρύνεται και το λίπος εναποτίθενται στους ώμους, τα ισχία και τους μηρούς μεταβάλλοντας τη μέχρι τώρα παιδική ηλικία και τη γυναικεία σιλουέτα με τις χαρακτηριστικές καμπυλότητες. Αναπτύσσονται τα δευτερεύοντα γεννητικά όργανα. Οι σάλπιγγες επιμηκύνονται και η μήτρα μεγαλώνει. Τα κύτταρα του ινώδους στρώματος και των αδένων του ενδομητρίου αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται. Με την έναρξη του εμμηνορυσιακού κύκλου εγκαθίστανται, βαθμιαία οι κυκλικές μεταβολές του ενδομήτριου. Το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του κόλπου παχαίνει, εμφανίζεται γλυκογόνο στα κύτταρα και αρχίζουν να εμφανίζονται οι κυκλικές μεταβολές που χαρακτηρίζουν τον εμμηνορρυσιακό κύκλο (Lowdermilk & Perry, 2006).

ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ- ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΣ

Η κλιμακτήριος είναι μια μεταβατική φάση κατά τη διαρκεί της οποίας μειώνονται η ωοθηκική λειτουργία και η παραγωγή των ορμονών. Οριοθετεί τα χρόνια από την έναρξη της μείωσης της ωοθηκικής λειτουργίας πριν την εμμηνόπαυση όπου τα συμπτώματα σταματούν , η εμμηνόπαυση (από τις ελληνικές λέξεις μήνας και παύση) αναφέρεται μόνο στην τελευταία έμμηνη ρύση. Αντίθετα από την εμμηναρχή, η εμμηνόπαυση μπορεί να ορισθεί με βεβαιότητα μόνο ένα έτος με την παύση της τελευταίας έμμηνης ρύσης . ο μέσος όρος της ηλικίας για τη φυσιολογική εμμηνόπαυση είναι το 51 ο έτος με διακύμανση από 35 ο μέχρι το 60 ο έτος (Lowdermilk & Perry, 2006).

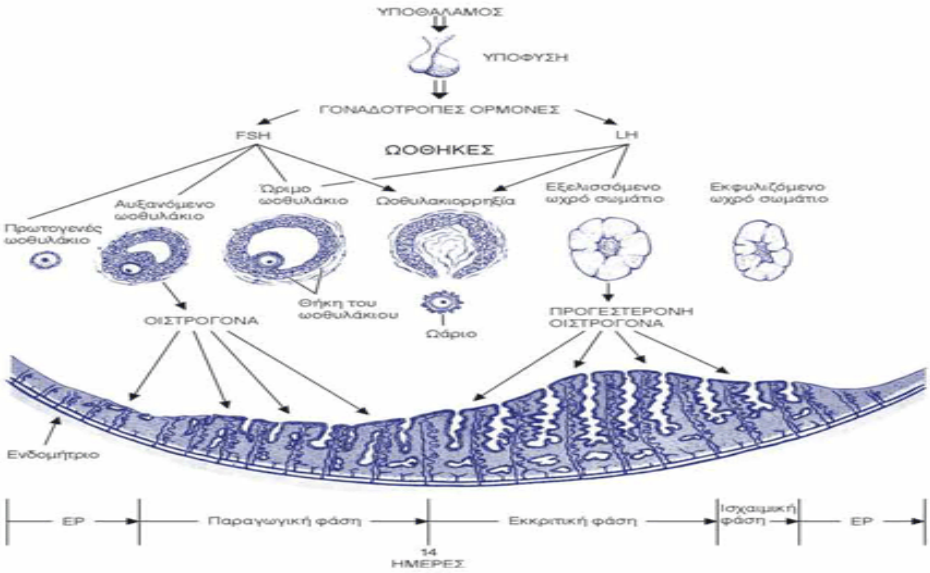
Αίτιο της εμμηνόπαυσης είναι ότι έχουν απομείνει πολύ λίγα πρωτογενή ωοθυλάκια για να διεγερθούν από την FSH και την LH , ενώ και η παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες ελαττώνονται, καθώς ο αριθμός των πρωτογενών ωοθυλακίων πλησιάζει

στο μηδέν. Όταν η παραγωγή οιστρογόνων ελαττωθεί τόσο ώστε η συγκέντρωση τους να είναι μικρότερη από μια κρίσιμη τιμή, τα οιστρογόνα δεν μπορούν πια να αναστείλουν την FSH και την LH σε βαθμό ικανοποιητικό ώστε να προκληθούν κυκλικές ρυθμικές διακυμάνσεις (Βαρσαμίδης, 2001).

Μεταξύ 42 και 50 ετών οι ωοθήκες σταδιακά σταματούν να διεγείρονται από τις γοναδοτροπίνες του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης. Ο ωοθηκικός κύκλος γίνεται ανώμαλος και τελικά σταματά. Οι ωοθήκες γίνονται ινώδεις και συρρικνώνονται. Δεν παράγονται πλέον ωοθυλάκια ούτε ώριμα ωάρια. Η παραγωγή προγεστερόνης και οιστρογόνων ελαττώνεται. Οι ιστοί του σώματος υφίστανται μεταβολές που χαρακτηρίζουν το τέλος της γόνιμης περιόδου στη ζωή της γυναίκας. Ενίοτε παρατηρείται ανακατανομή του λίπους και πολλές γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση έχουν λιγότερο τυπικά γυναικεία χαρακτηριστικά (McNaugh, 1987). Επίσης τα επίπεδα των οιστρογόνων πέφτουν προκαλώντας διάφορες μεταβολές, όπως ατροφία του στήθους, του δέρματος και των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Η απώλεια της οστικής μάζας (οστεοπόρωση) μπορεί να οδηγήσει σε κατάγματα των οστών αλλά σήμερα είναι ελαττωμένα λόγω της θεραπείας υποκατάστασης με οιστρογόνα (McGeown, 2008). Τα δευτερεύοντα γεννητικά όργανα ατροφούν. Οι σάλπιγγες συρρικνώνονται. Οι κυκλικές μεταβολές της μήτρας και η εμμηνορρυσία σταματούν. Λεπτύνεται τόσο το μυομήτριο , όσο και το ενδομήτριο. Το επιθήλιο του κόλπου λεπτύνεται και τα έξω γεννητικά όργανα μικραίνουν. Οι μαστοί συρρικνώνονται τόσο οι αδενοκυψέλες όσο και οι πόροι ατροφούν. Συχνά ψυχολογικές μεταβολές και μεταβολές στην προσωπικότητα συνοδεύουν την έκπτωση των σεξουαλικών δυνατοτήτων. Σε πολλές γυναίκες παρατηρείται κατάθλιψη. Συναισθηματικές διαταραχές είναι συχνές και μπορεί να συνοδεύονται από αγγειοκινητική αστάθεια « που εκδηλώνεται με εξάψεις» (επεισόδια απότομης αγγειοδιαστολής), ζάλη και άφθονη εφίδρωση . τα δευτερεύοντα φυλετικά χαρακτηριστικά υποστρέφουν. Οι τρίχες στις μασχάλες και στο εφηβαίο αραιώνουν. Με τν εμμηνόπαυση τελειώνει και η γόνιμη περίοδος της ζωής της γυναίκας. Μετά από αυτήν η γυναίκα κατά κανόνα δεν μπορεί να τεκνοποιήσει (McGeown, 2008).

ΚΥΚΛΟΣ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΥ ΥΠΟΦΥΣΗΣ

Προς το τέλος του φυσιολογικού εμμηνορρυσιακού κύκλου, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στο αίμα πέφτουν. Τα χαμηλά επίπεδα των ωοθηκικών αυτών ορμονών στο αίμα διεγείρουν τον υποθάλαμο να παράγει την εκλυτική ορμόνη των γοναδοτροπίνων (GnRH). Με τη σειρά της, η GnRH διεγείρει την έκκριση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης (FSH). Η FSH ενεργοποιεί την ανάπτυξη των ωοθηκικών γραφιανών ωοθυλακίων και την παραγωγή των οιστρογόνων. Τα επίπεδα των οιστρογόνων αρχίζουν να μειώνονται και η υποθαλαμική GnRH πυροδοτεί την απελευθέρωση της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Μια αξιοσημείωτη αύξηση της LH και μια μικρότερη αιχμή των οιστρογόνων, προηγούνται της εξόδου του ωαρίου από το γραφιανό ωοθυλάκιο περίπου 24 έως 36 ώρες. Η LH αγγίζει την υψηλότερη τιμή της περίπου τη 13^{η} ή 14^{η} ημέρα σε έναν κύκλο 28 ημερών. Αν δεν συμβούν μέχρι αυτό το χρονικό διάστημα η γονιμοποίηση και η εμφύτευση του ωαρίου, ακολουθεί η υποστροφή του ωχρού σωματίου. Τα επίπεδα της προγεστερόνης και των οιστρογόνων μειώνονται, παρουσιάζεται η έμμηνη ρύση και ο υποθάλαμος ενεργοποιείται πάλι για να εκκρίνει GnRH. Αυτή η διαδικασία ορίζεται ως κύκλος υποθαλάμου-υπόφυσης (Lowdermilk & Perry, 2006).



3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας είναι από τους συχνότερους γυναικολογικούς καρκίνους και αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες σε παγκοσμία κλίμακα (Φωτίου, 2009). Αυτή η διαταραχή είναι η πρόοδος από πλήρως φυσιολογικά τραχηλικά κύτταρα σε προκαρκινικές μεταβολές στην εμφάνιση των τραχηλικών κυττάρων (δυσπλασία), έως μεταβολές στη λειτουργία και τελικά μεταλλαγή σε καρκίνο (Ignatavicius & Work, 2008).

Οι προκαρκινικές μεταβολές περιγράφονται ως μια συνέχεια από τη δυσπλασία (οι πρώιμες προκαρκινικές μεταβολές) έως το καρκίνωμα in situ (CIS), που αποτελεί την πλέον προχωρημένη προκαρκινωματώδη μεταβολή. Από τη στιγμή που αναπτύσσεται ο καρκίνος του τραχήλου, περιγράφεται ως προδιηθητικός ή διηθητικός. Ο προδιηθητικός καρκίνος περιορίζεται στον τράχηλο και σε άλλες πυελικές δομές. Οι προδιηθητικές βλάβες συνήθως ξεκινούν σε μια περιοχή που ονομάζεται ζώνη μετάπτωσης. Αυτή η περιοχή περιλαμβάνει τη σύναψη των πλακωδών με τα κυλινδρικά κύτταρα, που εντοπίζει κοντά στο έξω στόμιο του τραχήλου, όπου συμβαίνουν φυσιολογικά οι μεταβολές στο πλακώδες και το κυλινδρικό (αδενικό) επιθήλιο. Οι προδιηθητικοί καρκίνοι επίσης ονομάζονται τραχηλική ενδό-επιθηλιακή νεοπλασία και ταξινομούνται ανάλογα με τη σοβαρότητα σε: CIN 1: ήπιοι, CIN 2: μέσης βαρύτητας, CIN 3: σοβαροί έως καρκίνωμα in situ. Οι περισσότεροι καρκίνοι του τραχήλου (90%) προέρχονται από τα πλακώδη κύτταρα και μόνο 5% από τα βλεννοεκκριτικά κύτταρα (αδενοκαρκινώματα). Οι καρκίνοι των πλακωδών κυττάρων εξαπλώνονται με άμεση επέκταση στο βλεννογόνο του κόλπου, στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, και στο έντερο. Η μετάσταση συνήθως περιορίζεται στην πύελο, αλλά μπορεί να συμβούν απομακρυσμένες μεταστάσεις μέσω λεμφικής διασποράς και της κυκλοφορίας του αίματος στο ήπαρ, τους πνεύμονες και στα οστά (Ignatavicius & Work, 2008).

3.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία δεν είναι επακριβώς γνωστή. Ωστόσο ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας αποτελεί μοναδικό παράδειγμα νεοπλάσματος για το οποίο έχουν αναγνωριστεί ουσιαστικοί επιδημιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη του και το οποίο έχει γίνει κατανοητό ένα μοντέλο καρκινογένεσης το οποίο παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την έγκαιρη διάγνωση και την πρόληψή του (Φωτίου, 2009).

Οι παράγοντες αυξημένου κινδύνου της νόσου περιλαμβάνουν :

- Πρώιμη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας (πριν την ηλικία των 17).
- Μορφές αντισύλληψης που δεν χρησιμοποιούν μηχανικό φραγμό (αντισυλληπτικά).
- Ανοσοκαταστολή (Cupta-Debra & Kubba, 2011).
- Τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων της πάσχουσας, των αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων του άρρενος συντρόφου της.
- Το ιστορικό άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Τη χαμηλή κοινωνικό-οικονομική τάξη (Τριχόπουλος, 2000).
- Γυναίκες των οποίων οι ερωτικοί σύντροφοι είχαν συζύγους με διαπιστωμένο καρκίνο τραχήλου της μήτρας (Τριχόπουλος, 2000).
- Κάπνισμα. Έχει παρατηρηθεί ότι οι καπνίστριες έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου σε σχέση με τις μη καπνίστριες. Από έρευνες που έχουν γίνει, βρέθηκε ότι τα προϊόντα αποδόμησης της νικοτίνης συγκεντρώνονται σε αυξημένο ποσοστό στη βλέννα του τραχήλου της μήτρας, με αποτέλεσμα το επιθήλιο να επιβαρύνεται από την παρουσία αυτών των χημικών ενώσεων (Τριχόπουλος, 2000).
- Ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων ή HPV. Ο παράγοντας ο οποίος μεταδίδεται από τον άνδρα μέσω της σεξουαλικής επαφής στη γυναίκα και ο οποίος είναι υπεύθυνος για την πρόκληση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Βέβαια στην εμφάνιση του καρκίνου παίζουν ρόλο κι άλλοι παράγοντες: γονιδιακοί (πιθανότατα), η ανοσοκαταστολή και γενικά η άμυνα του οργανισμού, η κατανάλωση καπνού και οινοπνευματωδών ή ναρκωτικών ουσιών, η μη υγιεινή διατροφή κ.ά. Για να αναπτυχθεί καρκίνος τραχήλου της μήτρας, είναι απαραίτητη η παρουσία του DNA του ιού. Η παραμονή της HPV λοίμωξης

για μεγάλο χρονικό διάστημα έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη βλαβών του επιθηλίου, οι οποίες καλούνται ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες ή δυσπλασίες και αργότερα εξελίσσονται σε μικροδιηθητικό καρκίνο (Μπανκουσλί, 2008).

Ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι η πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και συνεπώς βήτα- καροτίνης , βιταμίνης C και φυλλικού οξέος τείνουν να μειώσουν τον κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Τριχόπουλους, 2000).

3.3.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η νόσος έχει ειδικά και γενικά συμπτώματα όπως άλλωστε κάθε κακοήθεια. Εκ των ειδικών συμπτωμάτων της νόσου είναι η ανώμαλη κολπική αιμόρροια-συνήθως μικρή η οποία εμφανίζεται συχνά μετά τη σεξουαλική επαφή. Σε άλλες περιπτώσεις ως αρχικό σύμπτωμα εκδηλώνεται υδαρής κολπική υπερέκκριση που περιέχει και αίμα. Όταν το νεόπλασμα παρουσιάζει νέκρωση ή μόλυνση, οι κολπικές εκκρίσεις είναι δύσοσμες. Η αιμόρροια μπορεί να γίνει αντιληπτή ως αύξηση της ποσότητας του αίματος στην περίοδο (μηνορραγία) ή ως διαλείπουσα αιμόρροια ανάμεσα στις περιόδους. Σε ασθενείς μετά την εμμηνόπαυση, ιδιαίτερα σε εκείνες που δεν είναι σεξουαλικά δραστήριες, η αιμόρροια μπορεί να εκδηλωθεί καθυστερημένα και μόνο όταν ο όγκος έχει αναπτυχθεί σημαντικά. Τα επεισόδια ανώμαλης αιμόρροιας, αραιά καταρχήν , γίνονται συχνότερες με την αύξηση του μεγέθους του όγκου. Όταν η νόσος επεκταθεί, εμφανίζονται και άλλα συμπτώματα ανάλογα με τη θέση και τη βαρύτητα των μεταστάσεων. Ο πόνος στην οσφύ, την πύελο ή το μηρό συχνά υποδηλώνει απόφραξη του σύστοιχου ουρητήρα, ή λεμφαδενική προσβολή στα πλάγια της πυέλου ή προσβολή νεύρων αντίστοιχα. Αιματουρία ή δυσουρία και προβλήματα αφόδευσης μπορούν να εκδηλωθούν ως αποτέλεσμα προσβολής της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού. Σε σπάνιες περιπτώσεις προχωρημένης νόσου λεμφαδενικές διογκώσεις μπορεί να εμφανιστούν στην αριστερή υπερκλείδιο ή στη βουβωνική περιοχή, ή να προκαλέσουν οίδημα του ενός ή και των δύο κάτω άκρων λόγω λεμφικής στάσης ή πίεσης των λαγόνιων φλεβών (Φωτίου, 2009).

Τέλος, στα γενικά συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνονται ανορεξία, αδυναμία, αναιμία, κακουχία και απώλεια βάρους (Μπανκουσλί, 2008).

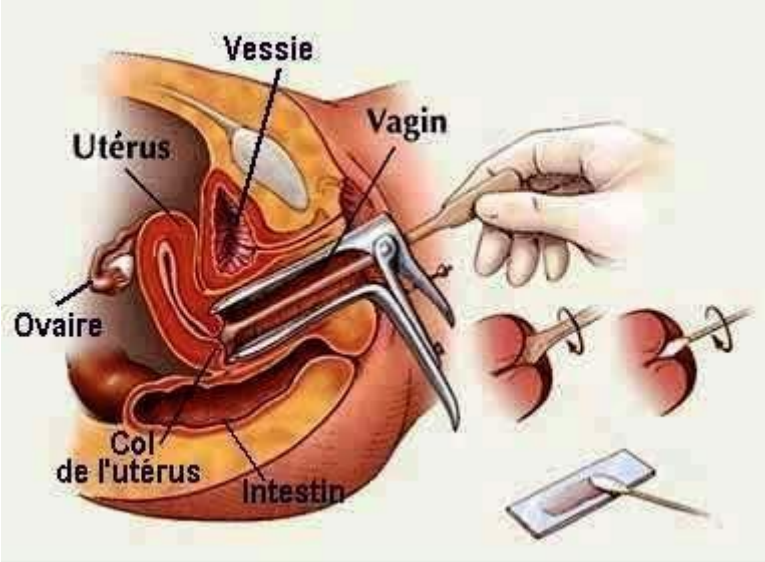
3.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας γίνεται με την ιστολογική εξέταση είτε των ιστοτεμαχίων που λαμβάνονται από τον όγκο ή τον τράχηλο (με κατευθυνόμενη βιοψία), είτε των ξεσμάτων του ενδοτραχήλου, είτε του παρασκευάσματος κωνοειδούς εκτομής. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ο όγκος είναι εμφανής κατά την επισκόπηση και η λήψη ιστοτεμαχίων με λαβίδα βιοψίας αρκεί για τη διάγνωση του. Είναι όμως δυνατό η νόσος να διαφύγει την προσοχή όταν η εξέταση γίνεται επιπόλαια και η ανάπτυξη του νεοπλάσματος είναι ενδοτραχηλική ή εμφανίζει υποεπιθηλιακή μορφή. Στην ενδοτραχηλική ανάπτυξη η εξέταση από το ορθό θα θέσει την υποψία παρουσίας του όγκου και η διάγνωση θα γίνει με την ενδοτραχηλική απόξεση. Στην περίπτωση της υποεπιθηλιακής νεοπλασματικής διήθησης του εξωτράχηλου ή του κόλπου, την υποψία για τη νόσο θέτει η έντονη σκληρία κατά την ψηλάφηση και η διάγνωση γίνεται με την κολποσκοπικά κατευθυνόμενη βιοψία. Το ΠΑΠ-ΤΕΣΤ μπορεί να είναι ψευδώς αρνητικό. Όταν υπάρχουν ύποπτα συμπτώματα και η κυτταρολογική εξέταση είναι αρνητική, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος του τραχήλου με κολποσκόπηση, βιοψία και ενδοτραχηλική απόξεση. Όταν η ένδειξη παρουσίας νόσου τεθεί με την κυτταρολογική εξέταση και ο μακροσκοπικός έλεγχος δεν αποκαλύπτει τον όγκο, επιβάλλεται η κολποσκόπηση με την κατευθυνόμενη βιοψία, η ενδοτραχηλική απόξεση και εφ' όσον κριθεί απαραίτητο , η κωνοειδής εκτομή. Τα προγράμματα προληπτικού κυτταρολογικού ελέγχου δε σχεδιάζονται με στόχο τη διάγνωση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας αλλά με σκοπό την ανάγνωση των περιπτώσεων με ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία. Ωστόσο , υπολογίζεται ότι στο 10% περίπου τν περιπτώσεων διηθητικού καρκίνου τραχήλου της μήτρας, η ανίχνευση της νόσου γίνεται κατά τον προληπτικό κυτταρολογικό έλεγχο – δηλαδή σε γυναίκες που κάνουν προληπτικά ΠΑΠ-ΤΕΣΤ ενώ δεν έχουν συμπτώματα (Φωτίου, 2009).

3.5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- **ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ (pap-test)**

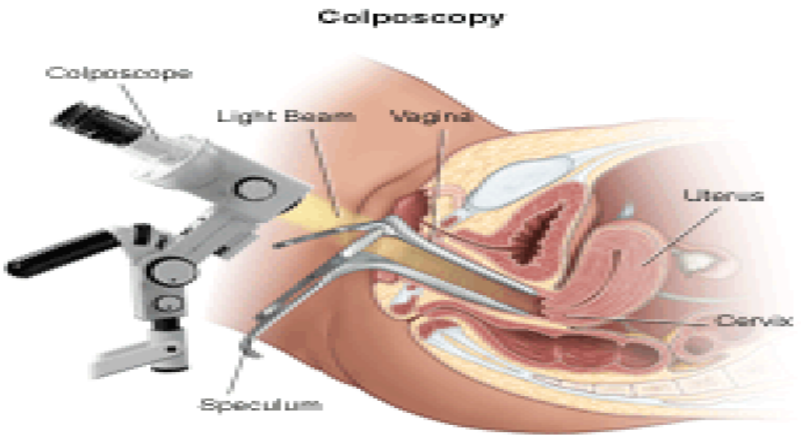
Το επίχρισμα Παπανικολάου (PAP-TEST) χρησιμοποιείται για να διαγνωστεί η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία και ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας. Χρησιμοποιείται επίσης για την εκτίμηση της ορμονικής κατάστασης και τη αναγνώριση της παρουσίας σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων , όπως η λοίμωξη με των ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων η θηλωμάτων (HPV). Εάν τα αποτελέσματα δείξουν άτυπα κύτταρα, η εξέταση επαναλαμβάνεται. Τα αποτελέσματα του ΠΑΠ-ΤΕΣΤ αναφέρονται με περιγραφικούς όρους. Τα ανώμαλα κύτταρα περιγράφονται ως καλοήθη, όπου μπορεί να περιλαμβάνονται λοιμώδεις, φλεγμονώδεις, ατροφικές ή άλλες κυτταρικές αλλοιώσεις, ή ως ανώμαλα επιθηλιακά κύτταρα, όπου περιλαμβάνονται τα άτυπα πλακώδη κύτταρα ή καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο και άτυπα αδενικά κύτταρα σε αδενοκαρκίνωμα. Με τη γυναίκα σε γυναικολογική θέση, το μητροσκόπιο εισέρχεται για την επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας. Μια πλαστική ή ξύλινη σπάτουλα χρησιμοποιείτε για την απόξεση του στομίου του τραχήλου της μήτρας και άλλων ύποπτων περιοχών και το υλικό τοποθετείτε σε αντικειμενοφόρο πλάκα για κυτταρολογική εξέταση. Ένας βαμβακοφόρος στειλεός χρησιμοποιείται για τη λήψη δείγματος από τον ενδοτράχηλο και το δείγμα αυτό τοποθετείται σε άλλη αντικειμενοφόρο πλάκα (Lemone & Burke, 2006).



➢ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η κολποσκόπηση χρησιμοποιείται στη διαδικασία διερεύνησης ενός παθολογικού τεστ Παπανικολάου και οι βασικοί στόχοι περιλαμβάνουν κυρίως τις ακόλουθες διαδικασίες:

1. Τον καθορισμό της ακριβούς γεωγραφικής και ανατομικής θέσης τις ζώνης μετάπλασης.
2. Την επιβεβαίωση ή αποκλεισμό κυτταρολογικής διάγνωσης CIN.
3. Την αναγνώριση ή αποκλεισμό διηθητικής νόσου.
4. Την αναγνώριση ή αποκλεισμό παθολογικών αλλοιώσεων του αδενικού επιθηλίου.
5. Το σχεδιασμό και ακριβή εκτέλεση μικροχειρουργικών επεμβάσεων για τη θεραπεία προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχηλικού επιθηλίου.
6. Την παρακολούθηση ασθενών με CIN και τον καθορισμό της εξέλιξης ή της υποστροφής της νόσου (Φωτίου, 2009).
7. Η ασθενής τοποθετείται σε θέση λιθοτομής σε ένα μηχανοκίνητο γυναικολογικό κρεβάτι. Οι κνήμες της ασθενούς βρίσκονται σε θέση απαγωγής, τόσο ώστε να αισθάνεται άνετα. Το κολποσκόπιο τοποθετείται στη θέση του, και το κρεβάτι ανασηκώνεται στο ύψος που εξυπηρετεί τον εξεταστή. Αν το κολποσκόπιο είναι συνδεδεμένο με βιντεοκάμερα, το μόνιτορ προσαρμόζεται ανάλογα για να μπορεί η ασθενής να βλέπει την εξέταση. Η αρχική μεγέθυνση είναι x4 (Baggish, 2009).



- **ΒΙΟΨΙΑ**

Η ανεύρεση παθολογικών κυττάρων στο τεστ Παπανικολάου αποτελεί ένδειξη για βιοψία. Ένα δείγμα ιστού αποκολλάται από τον τράχηλο και παρατηρείται υπό μικροσκόπιο. Η βιοψία κατά την οποία αφαιρείται μικρή μόνο ποσότητα ιστού δεν απαιτεί ιδιαίτερη προετοιμασία ή περίθαλψη της ασθενούς. Αντίθετα, η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου (αφαίρεση ενός μεγαλύτερου, κωνικού δείγματος του τραχηλικού ιστού) προϋποθέτει την εισαγωγή στο νοσοκομείο (Διακομανώλης, 2010).

3.6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Πολλές παθολογικές καταστάσεις στο τράχηλο, περιλαμβανόμενης της λοίμωξης της γεννητικής οδού, μπορεί να επηρεάσουν την ερμηνεία του ΤΕΣΤ Παπανικολάου με αποτέλεσμα ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Καλοήθεις παθήσεις όπως τα ινομυώματα, η πρωτοπαθής ερμητική λοίμωξη, η ενδομητρίως και οι πολύποδες του τραχήλου, μπορεί να παρουσιαστούν ως ψηλαφητές ή ορατές βλάβες στον τράχηλο. Στη διαφορική διάγνωση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι ο καρκίνος της μήτρας μπορεί να επεκταθεί στον τράχηλο και στον κόλπο (Netter, 2009).

3.7. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

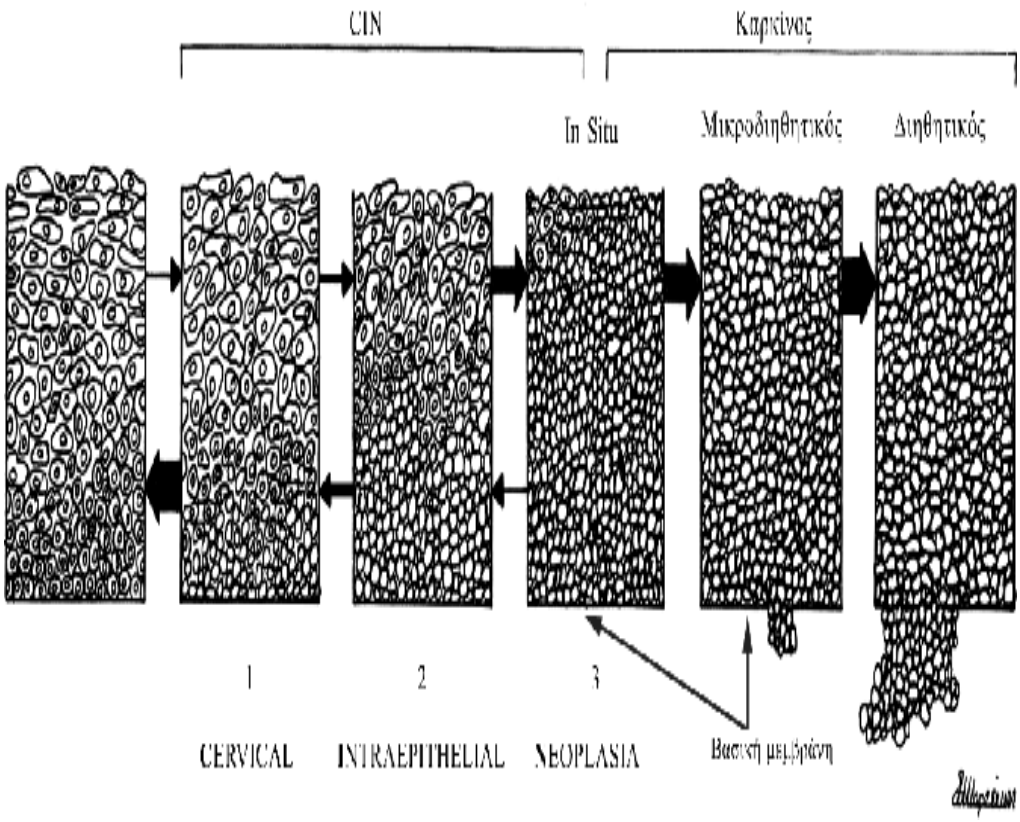
Η Σταδιοποίηση του καρκίνου τράχηλου της μήτρας είναι κλινική, σε αντίθεση με τα άλλα είδη γυναικολογικού καρκίνου. Η κλινική αυτή σταδιοποίηση στηρίζεται στις αρχές της FIGO όπως καθορίστηκαν το 1994 στη σύνοδο του Montreal και θεωρείται αναγκαία επειδή σε πολλά κέντρα η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με ακτινοβολία αποκλειστικά. Η εξέταση σταδιοποίησης πρέπει να γίνεται από έμπειρο ειδικό, κατά προτίμηση υπό γενική αναισθησία και περιλαμβάνει και την εξέταση από το ορθό για την καλύτερη εκτίμηση των παραμητρίων και του δουγλασείου. Η σταδιοποίηση είναι απαραίτητη για την εκτίμηση του αποτελέσματος των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων και τη σύγκριση τους. Ωστόσο δεν είναι δεσμευτική για το θεραπευτικό πλάνο που καταστρώνεται στην κάθε περίπτωση και το οποίο στηρίζεται στα ιδιαίτερα, κάθε φορά χαρακτηριστικά της νόσου και της ασθενούς. Το στάδιο της

νόσου αλλάζει λόγω ευρημάτων τα οποία διαπιστώνονται κατά την διάρκεια της επέμβασης, ή από την εφαρμογή διαγνωστικών μεθόδων που δεν περιλαμβάνονται σ' αυτές που καθορίζονται από την FIGO. Οι εξετάσεις που επιτρέπονται για την σταδιοποίηση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας είναι οι ακόλουθες: Επισκόπηση, ψηλάφηση, κολποσκόπηση, απόξεση, υστεροσκόπηση, κυστεοσκόπηση, ορθοσκόπηση, IVP-Intravenous Pyelogram (Ενδοφλέβια Πυελογραφία) και ακτινογραφικός έλεγχος πνευμόνων και σκελετού. Σε υποψία διήθησης της κύστεως ή του ορθού, απαιτείται ιστολογική επιβεβαίωση. Η κωνοειδής εκτομή ή ο ακρωτηριασμός του τραχήλου επιτρέπονται, ενώ οι περιπτώσεις καρκίνου τραχήλου της μήτρας που διαπιστώνονται τυχαία μετά από υστερεκτομή δεν πρέπει να περιλαμβάνονται στις στατιστικές αλλά να αναφέρονται χωριστά. Άλλες εξετάσεις που συχνά εκτελούνται και μπορεί να είναι χρήσιμες για την κατάστρωση του θεραπευτικού πλάνου, όπως λεμφαγγειογραφία, φλέβογραφία ή αρτηριογραφία, U/S, λαπαροσκόπηση, CT και MRI επιτρέπονται, αλλά δεν αλλάζουν με τα ευρήματα τους το κλινικό στάδιο της νόσου. Τα παθολογοανατομικά ευρήματα επί χειρουργικής θεραπείας, μπορούν να αναφέρονται στη σταδιοποίηση του TNM συστήματος, σύμφωνα με τις αρχές της UICC. Αν και η σταδιοποίηση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας όπως αναφερθήκαμε είναι κλινική, η διάγνωση και η σταδιοποίηση της αρχόμενης διηθητικής νόσου (στάδια Ια1 και Ια2) στηρίζεται στα ιστολογικά ευρήματα που προκύπτουν από την μελέτη υλικού κωνοειδούς εκτομής ή ακρωτηριασμού τραχήλου που έχει εξαιρεθεί σε υγιή χειρουργικά όρια. Ο σχεδιασμός του κατάλληλου για κάθε περίπτωση θεραπευτικού πλάνου είναι απαραίτητος, δεδομένης της θανατηφόρας φύσεως της νόσου αλλά και τις σημασίας που έχει η αποφυγή υπερθεραπείας, η οποία μπορεί ανώφελα να οδηγήσει σε επιπλοκές, σε κακή ποιότητα ζωής ή και στέρηση της αναπαραγωγικής ικανότητας. Η κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, παρουσιάζει μειονεκτήματα τα οποία οφείλονται κυρίως στην υποκειμενικότητα της κλινικής εξέτασης και την απουσία εκτίμησης της πιθανής προσβολής των λεμφαδένων με τις καθορισμένες ως απαραίτητες από την FIGO παρακλινικές εξετάσεις. Επιπλέον, στο ίδιο στάδιο(Ιβ1 και Ιβ2) περιλαμβάνονται συχνά νεοπλάσματα με σημαντικές διαφορές όσον αφορά το μέγεθος του όγκου το οποίο αποτελεί ουσιαστικό προγνωστικό παράγοντα. Οι παραπάνω λόγοι έχουν οδηγήσει στην εφαρμογή μεθόδων οι οποίες στοχεύουν στην καλύτερη εκτίμηση των χαρακτηριστικών του πρωτοπαθούς όγκου και την παρουσία ή όχι λεμφαδενικών μεταστάσεων (Φωτίου, 2009).

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά FIGO είναι :

- Στάδιο 0 (καρκίνωμα in situ ή ενδοεπιθηλιακό): Στο στάδιο 0, ο καρκίνος καταλαμβάνει μόνο το επιφανειακό στρώμα των κυττάρων που επενδύουν τον τράχηλο χωρίς να εισβάλει στους ιστούς του τραχήλου που εντοπίζονται βαθύτερα. Ο καρκίνος που βρίσκεται σ' αυτό το στάδιο καλείται επίσης in situ ή ενδοεπιθηλιακός ή μη διηθητικός.
- Στάδιο I: Στο στάδιο I, ο καρκίνος εντοπίζεται μόνο στον τράχηλο. Το στάδιο I διαιρείται σε στάδια IA και IB, με βάση την έκταση του καρκίνου. Στάδιο IA: Μικρής έκτασης καρκινικός ιστός μέσα στον τράχηλο που είναι ορατός μόνο με το μικροσκόπιο. Το βάθος διήθησης δεν ξεπερνά τα 5 χιλιοστά και η έκταση σε πλάτος τα 7 χιλιοστά. Στάδιο IB: Ο κακοήθης όγκος βρίσκεται ακόμα μέσα στον τράχηλο και είτε είναι ορατός μόνο με μικροσκόπιο διηθώντας σε βάθος μεγαλύτερο από 5 χιλιοστά ή σε πλάτος μεγαλύτερο από 7 χιλιοστά, είτε είναι ορατός χωρίς μικροσκόπιο με μέγεθος κλινικής βλάβης πάνω από 4 εκατοστά.
- Στάδιο II: Στο στάδιο II, ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέραν του τραχήλου αλλά όχι στο τοίχωμα της πυέλου. Το στάδιο II διαιρείται στα στάδια IIA και IIB, με κριτήριο το βαθμό επέκτασης του καρκίνου στους γειτονικούς ιστούς. Στάδιο IIA: Ο καρκίνος έχει προχωρήσει στα ανώτερα δύο τρίτα του κόλπου αλλά όχι στους ιστούς γύρω από την μήτρα (παραμήτρια). Στάδιο IIB: Ο καρκίνος έχει προχωρήσει στα ανώτερα δύο τρίτα του κόλπου με διήθηση και των παραμητρίων.
- Στάδιο III: Στο στάδιο III, ο καρκίνος έχει διηθήσει το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου με πιθανή επέκταση στο πυελικό τοίχωμα και τους επιχώριους (γειτονικούς) λεμφαδένες. Το στάδιο III διακρίνεται σε: Στάδιο IIIA στο οποίο τα καρκινικά κύτταρα έχουν εξαπλωθεί στο κατώτερο τριτημόριο του κόλπου αλλά όχι στο πυελικό τοίχωμα. Στάδιο IIIB στο οποίο το πυελικό τοίχωμα διηθείται ή / και το μέγεθος του όγκου έχει αυξηθεί αρκετά ώστε να πιέζει τους ουρητήρες (κοίλα όργανα που συνδέουν τους νεφρούς με την κύστη). Αυτή η πίεση εκ των έξω μπορεί να οδηγήσει σε διόγκωση των νεφρών λόγω απόφραξης (υδρονέφρωση) ή να τους καταστήσει μη λειτουργικούς. Τα καρκινικά κύτταρα διηθούν επίσης τους πυελικούς λεμφαδένες.

- Στάδιο IV: Στο στάδιο IV, ο καρκίνος έχει επεκταθεί στην ουροδόχο κύστη, το ορθό έντερο, ή άλλα μέρη του σώματος. Το στάδιο IV διαιρείται στα στάδια IVA και IVB, ανάλογα με τις περαιτέρω διηθήσεις του καρκίνου. Στάδιο IVA έχει προσβληθεί η κύστη ή / και το τοίχωμα του ορθού, με θετικούς (προσβεβλημένους) λεμφαδένες της πυέλου. Στάδιο IVB ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέραν της πυέλου και των πυελικών λεμφαδένων σε πιο απομακρυσμένα μέρη του σώματος, όπως στην κοιλία, στο ήπαρ, στο γαστρεντερικό σωλήνα, ή στους πνεύμονες (απομακρυσμένες μεταστάσεις) (Cupta-Debra & Kubba, 2011).



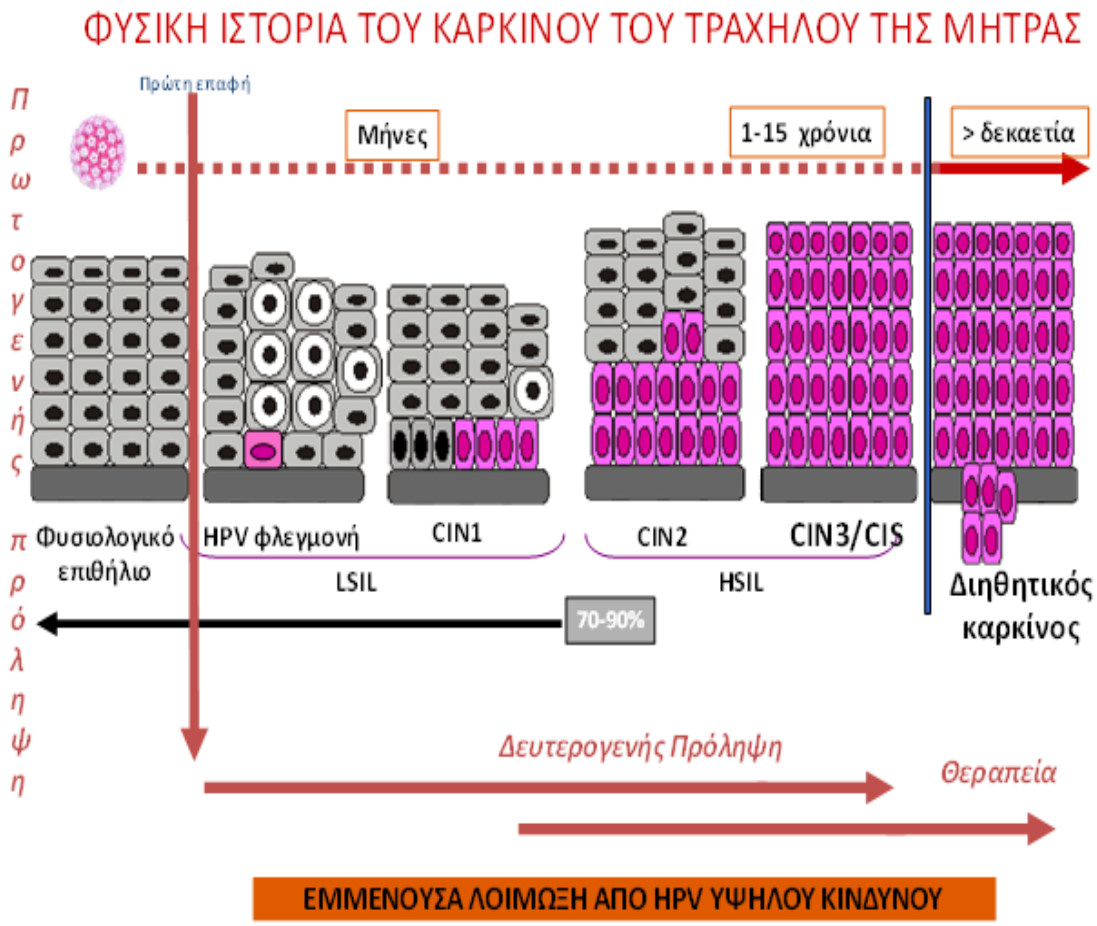
4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η Πρόγνωση των μη διηθητικών βλαβών του τραχήλου της μήτρας και του μικροδιηθητικού καρκίνου είναι άριστη. Η πρόγνωση όμως στην περίπτωση του διηθητικού καρκίνου επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, εκ των οποίων , ο πιο σημαντικός είναι το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση. Όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες. Άλλοι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες είναι οι πιο κάτω:

1. Η αναλογία όγκου- τραχήλου,
2. Ο αριθμός των θετικών λεμφαδένων,
3. Η παρουσία εμβόλου σε αγγεία και λεμφαγγεία,
4. Η εξωφυτική ανάπτυξη,
5. Η διήθηση του παραμητρίου,
6. Το βάθος της διήθησης,
7. Ο αριθμός των μεταστάσεων και
8. Ο ιστολογικός τύπος καρκίνου.

Ο σπουδαιότερος προγνωστικός παράγοντας λοιπόν , είναι η κατάσταση των λεμφαδένων. Με αρνητικούς λεμφαδένες, η πενταετής επιβίωση φτάνει σε ποσοστό 85-90%, ενώ με θετικούς φτάνει το 20-74%(ανάλογα με τον αριθμό, τη θέση και το μέγεθος τους) . Θετικοί λεμφαδένες της κοινής λαγονίου σχετίζονται με 5ετή επιβίωση περίπου 20%. Η παρουσία πυελικών μόνο θετικών λεμφαδένων σημαίνει 5ετή επιβίωση περίπου 65%. Αμφοτερόπλευροι θετικοί πυελικοί λεμφαδένες σχετίζονται με χειρότερη πρόγνωση (22-40%), ενώ μονόπλευροι θετικοί με καλύτερη πρόγνωση (59-70%). Περισσότεροι από τρεις θετικούς πυελικούς λεμφαδένες σχετίζονται με συχνότητα υποτροπής γύρω στο 68%, ενώ μικρότερος αριθμός λεμφαδένων συνδέεται με χαμηλότερο ποσοστό υποτροπής (30-50%). Ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης είναι το μέγεθος του όγκου. Όταν το μέγεθος του όγκου είναι <2cm, τότε η πενταετής επιβίωση είναι περίπου 90%, ενώ όταν είναι μεγαλύτερο από 2cm η πενταετής επιβίωση είναι 60%. Μέγεθος όγκου μεγαλύτερο των 4cm συνδέεται με πενταετή επιβίωση περίπου 40%. Εάν το βάθος διήθησης είναι μικρότερο του 1cm, η πενταετής επιβίωση φτάνει το 90%, ενώ αν είναι μεγαλύτερο πέραν του 1cm θα μειωθεί στο 63-78%. Επέκταση στα παραμήτρια σημαίνει

πενταετής επιβίωση 69%. Παραμήτρια ελεύθερα νόσου θα ανεβάσουν την επιβίωση στο 95%. Τέλος, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ο ιστολογικός τύπος του αδενοκαρκινώματος, που φτάνει περίπου στο 15% του συνόλου νεοπλασμάτων του τραχήλου της μήτρας, σχετίζεται με την χειρότερη πρόγνωση σε όλα τα στάδια της νόσου από το πλακώδες καρκίνωμα (Μπανκουσλί, 2008).



5. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η ίαση πλησιάζει το 100% όταν η νόσος διαγνωστεί στο αρχικό στάδιο. Γι' αυτό τον λόγο η έγκαιρη διάγνωση είναι υπόθεση όλων των ιατρών. Από εκεί και πέρα, τα μέτρα πρόληψης για κάθε γυναίκα προσωπικά συνίστανται σε:

- Αποφυγή των επιβαρυντικών της νόσου παραγόντων όπως το κάπνισμα, η έναρξη σεξουαλικών σχέσεων σε πολύ νεαρή ηλικία, η εναλλαγή πολλών ερωτικών συντρόφων και η μη προσεκτική επιλογή συντρόφων.
- Τακτικό κλινικό γυναικολογικό έλεγχο.
- Test-pap: θα πρέπει να γίνεται οπωσδήποτε μια φορά τον χρόνο σε γυναίκες ηλικίας 18 χρονών και άνω (που έχουν αρχίσει να έχουν σεξουαλικές σχέσεις).
- Ευρεία χρήση του ανδρικού και γυναικείου προφυλακτικού.
- Εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Μπανκουσλί, 2008).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Ο σκοπός του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας είναι να ανιχνευθεί συγκεκριμένη κακοήθης πάθηση σε προκλινικό στάδιο, και ο προληπτικός έλεγχος γίνεται με ένα απλό ΤΕΣΤ. Αυτό λογικά θα πρέπει να έχει ως επακόλουθο τη μείωση των θανάτων από τη συγκεκριμένη κακοήθη πάθηση. Για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας ο σκοπός του προληπτικού ελέγχου είναι να ανιχνευθεί σε προδιηθητικό στάδιο. Η αποτελεσματικότητα του προληπτικού ελέγχου μπορεί να ελεχθεί είτε διαπιστώνοντας μείωση των περιστατικών διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στο συγκεκριμένο πληθυσμό γυναικών με την εφαρμογή του προγράμματος, είτε διαπιστώνοντας διαφορές στην επίπτωση μεταξύ των γυναικών που υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο και αυτών που δεν υποβάλλοντα. Όμως ο προληπτικός έλεγχος δυνατόν να παρέχει και άλλα οφέλη πέραν της μείωσης της συχνότητας και της θνησιμότητας από τη συγκεκριμένη κακοήθη πάθηση. Εφόσον η θεραπεία της κακοήθους νεοπλασίας στο προδιηθητικό στάδιο είναι απλή και δεν απαιτεί ριζικές επεμβάσεις, αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που θεραπεύονται βάσει των αποτελεσμάτων του προληπτικού

ελέγχου. Ακόμα, ο εφησυχασμός των γυναικών που έχουν αρνητικό ΤΕΣΤ είναι και αυτό προς όφελος τους. Όμως η ανίχνευση καρκίνου τραχήλου της μήτρας, σε προδιηθητικό στάδιο, με τον προληπτικό έλεγχο, στην ουσία γίνεται η ανίχνευση ενός κακοήθους νεοπλάσματος ,πολλά χρόνια πριν να γίνει κλινικά έκδηλο. Αυτή η παράμετρος ενδεχομένως να έχει δυσμενείς συνέπειες για την ασθενή γιατί της προσδίδει άγχος πολλά χρόνια πριν, με το να έχει εις γνώσιν της ότι παρουσίασε καρκίνο, που αντιμετωπίστηκε όμως με επιτυχία. Οι περιπτώσεις των ασθενών ανιχνεύονται με τον προληπτικό έλεγχο ότι πάσχουν από καρκίνο παραπέμπονται στον ειδικό ιατρό για επιβεβαίωση της αρχικής διάγνωσης με την ιστολογική εξέταση αντιπροσωπευτικού παθολογοανατομικού υλικού. Σε πολλές περιπτώσεις πρόκειται για προδιηθητικές ή ακόμα και οριακής κακοήθειας ανωμαλίες, που ενδεχομένως να μην εξελίσσονταν σε καρκίνο, ακόμα και αν αφήνονταν χωρίς θεραπεία. Πάντως το καρκίνωμα in situ (λατινική ορολογία με σημασία : επί τόπου) του τραχήλου της μήτρας, καθώς και η βαριά δυσπλασία, εξελίσσονται σε διηθητικό καρκίνο αν αφεθούν χωρίς θεραπεία. Γίνεται επομένως, αντιληπτό ότι ο προληπτικός έλεγχος αυξάνει σε κάποιο βαθμό τον αριθμό των περιστατικών της συγκεκριμένης νεοπλασίας σε αρχικό στάδιο και προκαλεί ανεπιθύμητες παρενέργειες σε αυτά τα άτομα με το να τους προστεθεί το άγχος και τις οποιεσδήποτε δυσμενείς συνέπειες από τη θεραπεία στην οποία υποβάλλονται. Αλλά δε θα πρέπει να υποτιμηθεί και το γεγονός, ότι υπάρχει το ενδεχόμενο να προκύψουν ψευδώς θετικές διαγνώσεις ή και ψευδώς αρνητικές διαγνώσεις από τον προληπτικό έλεγχο, με τις αντίστοιχες δυσμενείς επιπτώσεις. Κάθε πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου απευθύνεται σε μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, και γ' αυτό το λόγο απαιτεί τη διάθεση αυξημένων κονδυλίων, που ενδεχομένως να επηρεάζουν δυσμενώς την παροχή άλλων υγειονομικών υπηρεσιών. Απαιτείται , επομένως, ο λεπτομερής υπολογισμός του πιθανού οφέλους και των πιθανών ζημιών, πριν να αποφασισθεί η εφαρμογή ενός συγκεκριμένου προγράμματος προληπτικού ελέγχου (Αγοραστός και συν, 2006).

ΕΜΒΟΛΙΟ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ(HPV)

Σήμερα είναι διαθέσιμο το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων. Είναι το γνωστό εμβόλιο που ο κόσμος γνωρίζει ως εμβόλιο κατά του καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Είναι μια πολύ σημαντική πρόοδος της επιστήμης, αν λάβει κανείς υπ' όψιν ότι ο καρκίνος του τραχήλου μήτρας είναι η δεύτερη σε συχνότητα κακοήθης νόσος των γυναικών σε όλο τον κόσμο (1η σε συχνότητα ο καρκίνος του μαστού). Στην Αφρική και στην νοτιοανατολική Ασία είναι η πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών. Τα τελευταία χρόνια η πρόοδος της επιστήμης στον τομέα αυτόν είναι τόσο σημαντική που έγινε δυνατή η παρασκευή εμβολίου, το οποίο πρέπει να τονιστεί ότι προφανώς έχει αμιγώς προφυλακτική δράση και όχι θεραπευτική. Το εμβόλιο αυτό παρασκευάστηκε από τα λεγόμενα ιόμορφα σωματίδια (Virus Like Particles- VLPs), τα οποία συντίθεται από 20 καψομερίδια της ιϊκής καψιδιακής πρωτεΐνης L1 του ιού. Με αυτόν τον τρόπο είναι αδύνατη η μόλυνση των κυττάρων του εμβολιασθέντος ατόμου από τον ιό. Το εμβόλιο αυτό καλύπτει τους 2 από τους 15 πιο επιθετικούς- καρκινογόνους τύπους του ιού, που είναι οι 16 και 18. Αυτοί ευθύνονται για το 70% περίπου των περιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το συγκεκριμένο εμβόλιο προσφέρει ανοσία έναντι δύο ακόμα τύπων του ιού που είναι ο τύπος 6 και ο τύπος 11, οι οποίοι ευθύνονται για τα περισσότερα περιστατικά οξυτενών κονδυλωμάτων. Η αποτελεσματικότητα του τετραδύναμου αυτού εμβολίου φτάνει το 98-100% και προφυλάσσει από τις προκαρκινικές και τις καρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας, του κόλπου, του αιδοίου, του πέους και του πρωκτού. Προφυλάσσει, επίσης από τα οξυτενή κονδυλώματα τόσο των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού όσο και άλλων περιοχών, όπως είναι η στοματοφαρυγγική κοιλότητα. Το εμβόλιο δύναται να χορηγηθεί σύμφωνα με τις έρευνες και σε ηλικίες από 9 έως 45. Φαίνεται, ότι η καλύτερη ανοσολογική απόκριση εμφανίζεται στις ηλικίες από 12-16 ετών, πιθανών όμως ο χρόνος χορήγησης να επεκταθεί και σε μεγαλύτερες ηλικίες. Το δύναται να χορηγηθεί ανεξάρτητα του αν είναι φορείς η όχι του ιού, αρκεί να μην έχουν εμφανίσει νεοπλασματικές αλλοιώσεις στον τράχηλο της μήτρας. Επίσης, πρέπει να τονιστεί ότι ο εμβολιασμός γυναίκας που είναι ήδη φορέας ενός η και περισσότερων τύπων του ιού HPV που εμπεριέχονται στο εμβόλιο (6,11,16,18) δεν θα την προστατεύσει από μια αλλοίωση που ήδη βρίσκεται σε εξέλιξη και που οφείλεται στους ιούς αυτούς. Ο εμβολιασμός γίνεται με 3 ενδομυϊκές ενέσεις, η 2η στους 2 μήνες μετά την πρώτη και

η 3η δόση στους 6 μήνες μετά την 1η. Συμπερασματικά, θα πρέπει να αναφερθεί ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να δημιουργηθεί η εντύπωση ότι μειώνεται ο ρόλος του τεστ Παπανικολάου, του οποίου ο ρόλος στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, μαζί με την κολποσκόπηση, είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Η ανίχνευση και η τυποποίηση του ιού HPV και η κολποσκόπηση αυξάνουν την αποτελεσματικότητα του test-pap, το οποίο εξακολουθεί να παραμένει πολύτιμο εργαλείο στην πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Μπανκουσλί, 2008).

6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι επιλογές της θεραπείας και η πρόγνωση (πιθανότητα ίασης) εξαρτώνται από το στάδιο του καρκίνου (εάν ο καρκίνος εκτείνεται σε ένα τμήμα του τραχήλου, ή καταλαμβάνει ολόκληρο τον τράχηλο, ή έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες ή σε άλλα μέρη του σώματος), τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου, το μέγεθος του κακοήθους όγκου και την επιθυμία της ασθενούς να τεκνοποιήσει. Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εξαρτάται από το στάδιο του καρκίνου και το στάδιο της εγκυμοσύνης. Για τον καρκίνο του τραχήλου που ανιχνεύεται κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της εγκυμοσύνης, η θεραπεία μπορεί να καθυστερήσει μέχρι την γέννηση (Παπαθανασίου, 2002).

Υπάρχουν διάφορες μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης για τους ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου. Διάφορες θεραπευτικές επιλογές είναι διαθέσιμες, εκ των οποίων ορισμένες έχουν καθιερωθεί ενώ άλλες εξετάζονται σε κλινικές μελέτες. Πριν την έναρξη της θεραπείας, οι ασθενείς μπορούν να εξετάσουν το ενδεχόμενο συμμετοχής τους σε μια κλινική μελέτη. Μια κλινική μελέτη είναι μια ερευνητική διαδικασία που αποσκοπεί στη βελτίωση των εφαρμοζόμενων θεραπειών ή στην αναζήτηση πληροφοριών για νέες θεραπείες για τους καρκινοπαθείς. Όταν οι κλινικές μελέτες υποδεικνύουν ότι μια νέα θεραπεία παρουσιάζει περισσότερα οφέλη από την καθιερωμένη θεραπεία, η νέα θεραπεία μπορεί την αντικαταστήσει. Τρεις μορφές θεραπευτικής προσέγγισης που χρησιμοποιούνται και αποτελούν τις τρεις βασικές θεραπευτικές δυνατότητες για την αντιμετώπιση των γυναικολογικών κακοήθων είναι: Η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία και η χειροθεραπεία. Τέλος είναι προτιμότερο οι διάφοροι ειδικοί να συμμετάσχουν σε πρώιμο στάδιο στην λήψη της απόφασης για την κατάλληλη θεραπεία μιας συγκριμένης ασθενούς. Δυστυχώς όμως , αυτό δεν συμβαίνει αρκετά συχνά, εις βάρος των ασθενών (Παπαθανασίου, 2002).

6.2.ΣΥΝΤΗΡΙΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι μη χειρουργικές παρεμβάσεις για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, εξαρτώνται από το στάδιο της νόσου. Οι τεχνικές πρώιμης αντιμετώπισης περιλαμβάνουν τοπικές θεραπείες αφαίρεσης με ηλεκτροχειρουργική εκτομή, θεραπεία με Laser ή κρυοχειρουργική θεωρούνται μέθοδοι καταστροφής ενός όγκου. Η ακτινοθεραπεία ή η χημειοθεραπεία συνήθως χρησιμοποιούνται μαζί με τη χειρουργική επέμβαση για νόσο σε προχωρημένου σταδίου και θεωρούνται μέθοδοι αφαίρεσης όγκου. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογής της εντοπισμένης θεραπείας έναντι της χειρουργικής παρέμβασης, περιλαμβάνουν τη γενικότερη κατάσταση υγείας της ασθενούς, το μέγεθος του όγκου, το στάδιο, τον τύπο καρκινικών κυττάρων, το βαθμό συμμετοχής των λεμφαδένων, του παράγοντες κινδύνου για χειρουργικές επιπλοκές και τις προτιμήσεις που έχει η ασθενής (Ignatavicius & Work, 2008).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ LASER

Η Θεραπεία με LASER είναι επέμβαση που εκτελείται στο ιατρείο για CIN(Cervical Intraepithelial Neoplasia). Μια δέσμη LASER κατευθύνεται στους πάσχοντες ιστούς, όπου η ενέργεια από την δέσμη απορροφάται από το υγρό στους ιστούς προκαλώντας εξάχνωση. Υπάρχει μικρή αιμορραγία με αυτή την επέμβαση και οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν ελαφριά έκκριση από τον κόλπο. Η επούλωση γίνεται σε 6-12 εβδομάδες. Το μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι δεν λαμβάνεται δείγμα ιστού για περεταίρω εξέταση (Ignatavicius & Work, 2008).

ΚΡΥΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΚΡΥΟΠΗΞΙΑ

Συνήθως γίνεται σε νέες γυναίκες με μεγάλη ζώνη μετάπλασης (εκτρόπιον) και επιμένουσες LSIL (Αλλοιώσεις χαμηλού βαθμού στον τράχηλο της μήτρας). Με τη βοήθεια ειδικής συσκευής, ο τράχηλος καταψύχεται σε 65-85 βαθμούς υπό το μηδέν για 3 λεπτά. Μετά, αφήνεται να ξεπαγώσει για 5 λεπτά και η διαδικασία της κρυοπηξίας επαναλαμβάνεται ομοίως, για άλλα 3 λεπτά. Η ασθενής προειδοποιείται, ότι τις επόμενες ημέρες θα έχει αυξημένη κολπική έκκριση. Η κρυοπηξία πρέπει να

χρησιμοποιείται με φειδώ και μόνο κάτω από προϋποθέσεις (με βάση την ανωτέρω τεχνική του διπλού παγώματος, μόνο σε νέες γυναίκες με εκτρόπιο και LSIL, που έχουν ελεγχθεί κυτταρολογικά, κολποσκοπικά και μικροβιολογικά για αποκλεισμό φλεγμονής από μικρόβια στην περιοχή αυτή (Ignatavicius & Work, 2008).

Ποιο κάτω θα δούμε ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να εφαρμόσει η κάθε ασθενής.

ΟΔΗΓΈΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Φροντίδα μετά από τοπική θεραπεία εκτομής τραχήλου

- Αποφυγή σεξουαλικής επαφής
- Μη χρησιμοποιείτε ταμπόν
- Μην κάνετε κολπικές πλύσεις
- Προτιμήστε τα ντους, από τα λουτρά σε μπανιέρα
- Αποφύγετε την σήκωση βαρέων αντικειμένων
- Αναφέρετε οποιαδήποτε εμφάνιση σοβαρής και μεγάλης αιμορραγίας από τον κόλπο, παρουσία τυχόν δύσοσμης έκκρισης ή και πυρετού

Ο συνήθης χρόνος για τους πιο πάνω περιορισμούς είναι 3 εβδομάδες μετά από την επέμβαση. Ο υπεύθυνος ιατρός τις κάθε ασθενούς μπορεί να καθορίσει ένα διαφορετικό χρονικό πλαίσιο περιορισμών (Ignatavicius & Work, 2008).

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι μια μέθοδος θεραπείας που χρησιμοποιεί υψηλής ενέργειας ακτίνες Χ ή άλλα είδη ακτινοβολίας για να θανατώσει τα καρκινικά κύτταρα. Υπάρχουν δύο μορφές ακτινοθεραπείας. Η εξωτερική ακτινοθεραπεία ή τηλεθεραπεία, χρησιμοποιεί ένα μηχάνημα-πηγή που βρίσκεται έξω από το σώμα και εκπέμπει την ακτινοβολία προς τον καρκινικό ιστό. Η εσωτερική ακτινοθεραπεία ή βραχυθεραπεία, χρησιμοποιεί μια ραδιενεργό ουσία ενσωματωμένη σε βελόνες, καλώδια, κεφαλές ή καθετήρες που τοποθετούνται απευθείας μέσα ή κοντά στην καρκινική εστία. Ο τρόπος ακτινοβόλησης εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο και το στάδιο του καρκίνου (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2000).

Τα πλεονεκτήματα που έχει η ακτινοβολία υψηλής τάσεως είναι :

1. Δεν καταστρέφει το δέρμα.
2. Η δυνατότητα της να ακτινοβολεί σε ένα συγκεκριμένο βάθος στην πύελο με τη ελάχιστη βλάβη σε παρακείμενα υγιή όργανα ιστούς.
3. Δεν επηρεάζει άλλα όργανα.
4. Προκαλεί λιγότερη ναυτία λόγω ακτινοβολίας και έτσι είναι καλύτερα ανεκτή από την ασθενή (Παπαθανασίου, 2002).
5. Η έκθεση των κυττάρων και των ιστών σε ιονίζουσα ακτινοβολία, οδηγεί σε ορισμένες αποβολές. Οι μεταβολές αυτές επιδρούν στα φυσιολογικά και κακοήθη κύτταρα με διάφορους τρόπους μέσω :
6. Μεταβολικών αλλαγών.
7. Απώλεια της αναπαραγωγικής τους ικανότητας.

8. Κυτταρικής μετατροπής.
9. Επιτάχυνση της γήρανσης των κυττάρων.
10. Μεταλλάξεων.
11. Οι μεταβολές που υφίστανται κάθε μεμονωμένο κύτταρο, μπορεί να είναι θανατηφόρες ή καταστροφικές αλλά μη άμεσα θανατηφόρες για το κύτταρο. Οι όγκοι είναι εξαιρετικά περίπλοκοι και ποικίλλουν σε δομή και έτσι ορισμένοι όγκοι έχουν καλύτερη ανταπόκριση στην ακτινοθεραπεία από άλλους. Κλινικά, η ακτινοθεραπεία αναφέρεται στην χονδρική μείωση του μεγέθους του όγκου (Παπαθανασίου, 2002).

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

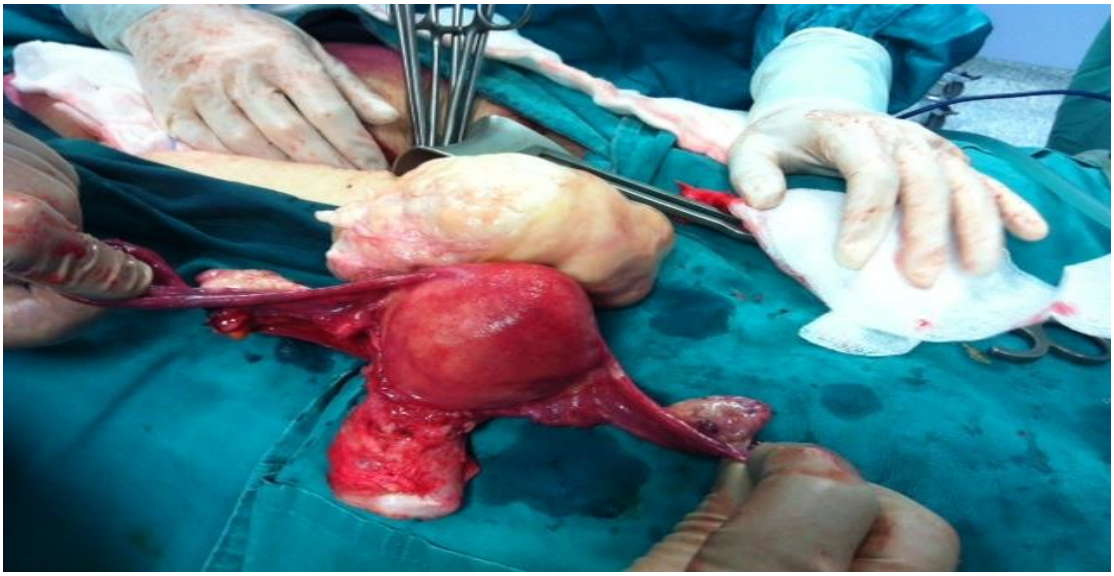
Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιεί φαρμακευτικούς παράγοντες για να αναστείλει την αύξηση των καρκινικών κυττάρων, προκαλώντας είτε το θάνατο ή τη διακοπή της διαίρεσης των κυττάρων. Όταν η χημειοθεραπεία χορηγείται από το στόμα ή εγχέεται ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά, τα φάρμακα εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος προσεγγίζοντας τα καρκινικά κύτταρα σε όλη την έκταση του σώματος (συστηματική χημειοθεραπεία). Όταν οι χημικοθεραπευτικοί παράγοντες τοποθετούνται απευθείας στη σπονδυλική στήλη, σε μια κοιλότητα του σώματος όπως η κοιλία, ή σε ένα όργανο, επιδρούν κατά κύριο λόγο στα καρκινικά κύτταρα των συγκεκριμένων περιοχών. Ο τρόπος χορήγησης της χημειοθεραπείας εξαρτάται από τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου σε κάθε ασθενή (Φωτίου, 2009).

Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες ενεργούν σε διαφορετικές φάσεις αυτού του κύκλου. Αυτή η ενέργεια μπορεί να είναι ειδική σε μια φάση. Είναι δηλαδή ειδική του κυτταρικού κύκλου ή συμβαίνει σε οποιοδήποτε στιγμή κατά την διάρκεια του

κύκλου, είναι δηλαδή μη ειδική του κυτταρικού κύκλου. Τα πρώτα κυτταροστατικά φάρμακα ήταν αλογονικοί παράγοντες οι οποίοι ενεργούν με το να συνδέουν μια ομάδα αλκυλίου (ρίζα) σε βάσεις στο DNA. Με αυτόν τον τρόπο αποτρέπουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Η μυστίνη, το πρώτο φάρμακο που παρήχθη προέρχεται από αέριο μουστάρδας που έχει χρησιμοποιηθεί στο Ά Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο πιο ευαίσθητος ιστός στη μυστίνη είναι ο μυελός των οστών, και αυτή η ενέργεια χρησιμοποιήθηκε στη θεραπεία αιματολογικών κακοηθειών όπως η λευχαιμία. Σήμερα υπάρχουν πιο πρόσφατα κυτταροτοξικά φάρμακα που βασίζονται στο σπάνιο μέταλλο πλατίνη και έχουν παρασκευασθεί. Επίσης η σισπλατίνη και τα ανάλογα της, όπως η καρβοπλατίνη έχουν αποδειχθεί πολύ δραστικά, όταν χρησιμοποιούνται μόνα τους είτε σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα για τη θεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου (Παπαθανασίου, 2002).

6.3.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η χειρουργική επέμβαση (χειρουργική αφαίρεση του καρκίνου) είναι μία από τις βασικές μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης για τον καρκίνο του τραχήλου.
Η χειρουργική επέμβαση για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από την πόσο μεγάλη είναι η έκταση της νόσου και από την επιθυμία της ασθενούς για τεκνοποίηση. Η κλινική σταδιοποίηση διενεργείται πριν από την επέμβαση για να καθοριστεί η έκταση της νόσου. Μικροί όγκοι που είναι μόνο μικρό-διηθητική αντιμετωπίζονται συντηρητικά με κωνοειδή εκτομή η υστερεκτομή . Οι διηθητική καρκίνοι πρώιμου σταδίου αντιμετωπίζονται με ριζική επέμβαση. Οι τοπικά προχωρημένη καρκίνοι αντιμετωπίζονται με ακτινοβολία (Μπανκουσλί, 2008).



Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Η χειρουργική έχει τρεις ρόλους στην αντιμετώπιση του γυναικολογικού καρκίνου. Ο πρώτος είναι η λήψη ιστού για ιστολογική διάγνωση, ο δεύτερος είναι να δώσει πληροφορίες σχετικά με το μέγεθος του όγκου και μαζί με άλλες εξετάσεις να προσδιορίσει επακριβώς την εξάπλωση της ασθένειας , ο τρίτος ρόλος που έχει , είναι η αφαίρεση του όγκου. Ο ρόλος της χειρουργικής στο να δώσει ιστό για ιστολογική εξέταση είναι σημαντικός, αδιάκριτα από τις εξελίξεις που έχουν γίνει στην

κυτταρολογική αποφολίδωση και αναρρόφηση, και οι περισσότεροι ασθενείς θα υποβληθούν για αυτό τον λόγο σε εξέταση με αναισθησία (Καλογερόπουλος, 2004)

.

ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΝΥΣΤΕΡΙ ΚΑΙ ΜΕ LASER

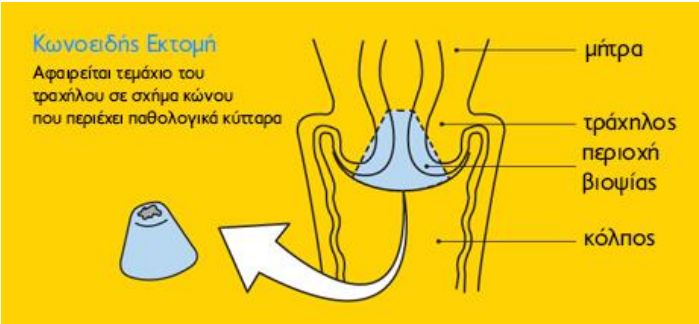
Η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου της μήτρας είναι μια μικρή χειρουργική επέμβαση που διενεργείται υπό μεγέθυνση από το κολποσκόπιο, κατά την οποία αφαιρείται ένα κομμάτι του τραχήλου σχήματος κώνου και αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση (κωνοειδής βιοψία). Η κωνοειδής εκτομή εκτός από διαγνωστικό, έχει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

- Νυστεριού
- LASER διοξειδίου του άνθρακα(C02)
- Μονοπολικής διαθερμίας με τη μορφή αγκύλης(LETZ)
- Μονοπολικής διαθερμίας με τη μορφή βελόνης (NETZ)

Η Κωνοειδής εκτομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αφαίρεση ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας, όταν η νόσος έχει καθοριστεί με κολποσκοπικά κατευθυνόμενη βιοψία (Tindall, 1996) .

Η διαδικασία είναι η πιο κάτω: Η κλασσική κωνοειδής εκτομή γίνεται με νυστέρι, τελευταία όμως έχει χρησιμοποιηθεί το LASER για εκτομή του κώνου ή αφαίρεση τραχηλικού ιστού. Η όλη διαδικασία γίνεται υπό γενική αναισθησία με πλήρως άσηπτες συνθήκες. Μετά από την αφαίρεση του κώνου, ο τράχηλος αφήνεται ανοιχτός αν η εκτομή έχει γίνει με LASER ή τοποθετούνται ράμματα στην εκτομή με νυστέρι. Μετά από κωνοειδή εκτομή υπάρχουν και κάποιες επιπλοκές η οποίες είναι :

- Υπάρχει κολπική αιμόρροια φυσιολογικά για περίπου 1 εβδομάδα.
- Ενδέχεται να έχετε σταγόνες αίματος (ερυθρού ή καφέ χρώματος) για 3 εβδομάδες .
- Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε βαμβακερά σερβιετάκια για 3 εβδομάδες.
- Απαγορεύεται η χρήση ταμπόν.
- Συνιστάται η αποφυγή επαφών για 3 εβδομάδες, μέχρι να επουλωθεί πλήρως ο τράχηλος.
- Απαγορεύονται οι κολπικές πλύσεις (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2000).



ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ

Υστερεκτομή είναι η αφαίρεση της μήτρας σας. Ο όρος προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «ύστερον» που σημαίνει μήτρα και «εκτομή» που σημαίνει αφαίρεση. Είναι από τις πιο συνηθισμένες επεμβάσεις και σε μερικές χώρες είναι αρκετά συχνή, π.χ. στη Μεγάλη Βρετανία 1 στις 6 γυναίκες έχουν υποστεί υστερεκτομή. Πρόκειται για τη δεύτερη πιο συχνή γυναικολογική επέμβαση μετά την καισαρική τομή. Ανάλογα με την αιτία της υστερεκτομής, αυτή μπορεί να γίνει κολπικώς ή δια κοιλιακής τομής. Όταν αφαιρεθεί μόνο η μήτρα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η κολπική οδός. Η απλή υστερεκτομή διενεργείται ως θεραπεία για τον μικρό-διηθητικό καρκίνο εάν η ασθενής δεν επιθυμεί τεκνοποίηση (Engram, 1977). Η υστερεκτομή είναι διαφόρων ειδών όπως:

Στην **μερική ή υφολική υστερεκτομή** ο τράχηλος παραμένει στη θέση του.
Στην **ολική υστερεκτομή** αφαιρείται ολόκληρη η μήτρα μαζί με τον τράχηλο.
Στην **ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων** αφαιρείται η μήτρα, ο τράχηλος, οι σάλπιγγες και οι δύο ωοθήκες.
Στη **ριζική υστερεκτομή**, που γίνεται συνήθως σε περίπτωση καρκίνου τραχήλου της μήτρας , η επέμβαση είναι ακόμα πιο εκτεταμένη και περιλαμβάνει επιπλέον την αφαίρεση του επάνω μέρους του κόλπου και μερικών λεμφαδένων της πυέλου. Η ριζική υστερεκτομή και η Αμφοτερόπλευροι εκτομή των πυελικών λεμφαδένων είναι τόσο αποτελεσματικές όσο και η ακτινοθεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου που έχει επεκταθεί πέραν του τραχήλου αλλά όχι στο πυελικό τοίχωμα (Ignatavicius

& Work, 2008). Η διαδικασία γίνεται υπό γενική ή επισκληρίδιο αναισθησία. Μπορεί να γίνει με τρεις τρόπους:

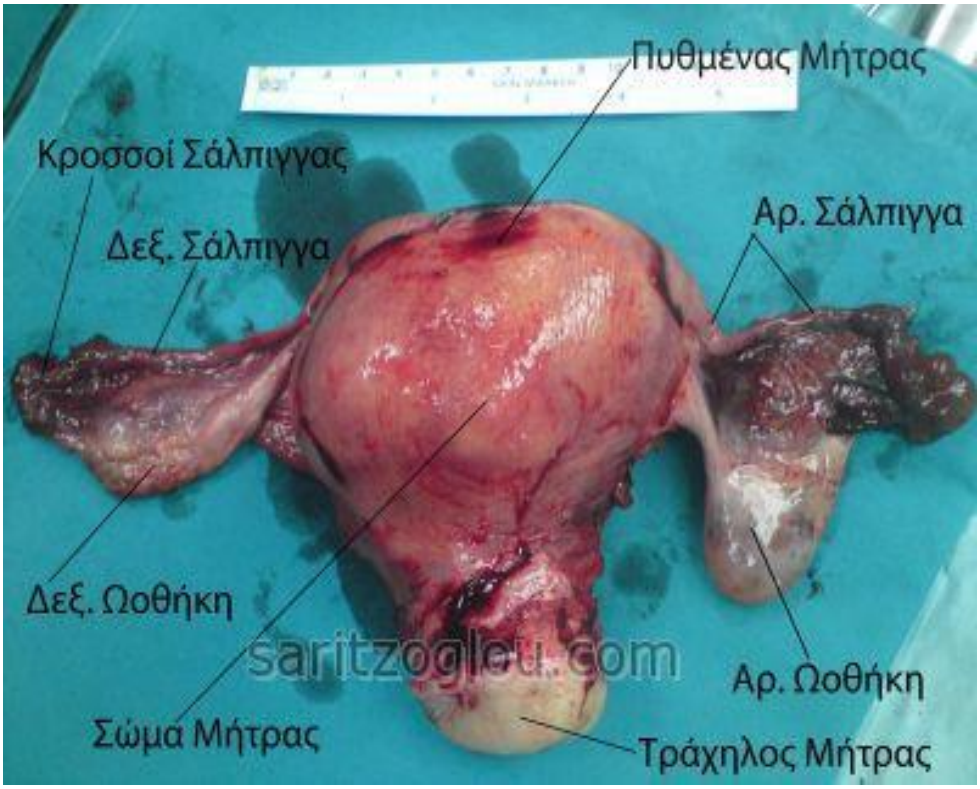
1. Με τομή στην κοιλιά (κοιλιακή υστερεκτομή). Ο χειρουργός κάνει συχνά μια τομή στην κάτω κοιλιά, είτε οριζόντια λίγο επάνω από το ηβικό τρίχωμα ή κάθετα από τον ομφαλό μέχρι το ηβικό τρίχωμα. Για την ανάνηψη συνήθως απαιτούνται 6 εβδομάδες.
2. Κολπική υστερεκτομή, με την οποία αφαιρείται η μήτρα από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

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

- Υποβλήθηκαν σε μερική υστερεκτομή (δηλαδή έχει παραμείνει ο τράχηλος).
- Η υστερεκτομή έγινε για κακοήθεια.

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

Πολλές ωστόσο γυναίκες δεν γνωρίζουν σε τι είδος υστερεκτομής υποβλήθηκαν και θα πρέπει να ενημερωθούν από το γιατρό τους (Παπαθανασίου, 2002).



Β΄ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ – ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η ασθενής με την προ-διηθικό καρκίνο είναι συχνά ασυμπτοματική. Το κλασικό σύμπτωμα του διηθητικού καρκίνου είναι η ανώδυνη αιμορραγία απο τον κόλπο. Η αιμορραγία μπορεί να ξεκινήσει ως κηλίδες αίματος μεταξύ των εμμήνων περιόδων ή μετά από επαφή ή λουτρό. Καθώς ο καρκίνος αναπτύσσεται η αιμορραγία αυξάνει σε συχνότητα, διάρκεια και ποσότητα και μπορεί να είναι συνεχής. Η ασθενείς μπορεί επίσης να εμφανίζει μια υδαρή, αιματηρή κολπική έκκριση, που μετατρέπεται σε σκουρόχρωμη και δύσοσμη έκκριση καθώς η νόσος προχωρεί. Ο πόνος του σκέλους (κατά μήκος του ισχιακού νεύρου) ή οίδημα ενός άκρου μπορεί να είναι ένα όψιμο σύμπτωμα ή μπορεί να καταδεικνύει υποτροπή της νόσου. Πόνος στη μέση μπορεί να είναι ένα όψιμο σύμπτωμα υδρονέφρωση, ενδεικτικό προχωρημένης νόσου ή υποτροπής. Άλλα σημεία ενδεικτικά υποτροπής ή μετάστασης περιλαμβάνουν ανεξήγητη απώλεια βάρους, πυελικό πόνο στο στήθος και βήχα. Η φυσική εξέταση μπορεί να μην αποκαλύψει ανωμαλίες σε πρώιμο προ-διηθητικό καρκίνο του τραχήλου, ενώ η εσωτερική πυελική εξέταση μπορεί να ανιχνεύσει νόσο τελικού σταδίου (Ignatavicius & work,2008).

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η διαγνωστική αξιολόγηση για καρκίνο του τραχήλου ξεκινά με την εξέταση κατά Παπανικολάου. Εάν τα αποτελέσματα είναι παθολογικά, η εξέταση του επιχρίσματος επαναλαμβάνεται πριν διενεργηθούν περαιτέρω μελέτες. Εάν ανιχνευθεί παθολογικός ιστός σε ένα επακόλουθο test-pap, ακολουθεί περαιτέρω έλεγχος εξαρτώμενος από τον τύπο της παρούσας ανωμαλίας (επιθηλιακή ατυπία, φλεγμονώδης ατυπίας ή ελάσσων ατυπία). Αυτά τα άτυπα κύτταρα κατηγοριοποιούνται προοριστικά, ανεξάρτητα από τα ποιά ατύπια είναι παρούσα, με το σύστημα Bethesa (TBS) για τον ειδικό τύπο της παρακολούθησης που θα χρειαστεί. Εάν διαγνωστεί διηθητικός

καρκίνος του τραχήλου, διενεργούνται εργαστηριακές μέθοδοι όπως εκείνες που περιγράφηκαν νωρίτερα για την διερεύνηση του καρκίνου του ενδομητρίου. Ο υπεύθυνος παροχής φροντίδας υγείας μπορεί να διενεργήσει κολποσκόπηση για να παρατηρήσει τη ζώνη μετάπτωσης, όπου η δυσπλασία ,η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN)και το καρκίνωμα in situ ξεκινούν συχνά. Κατά την κολποσκόπηση γίνεται εφαρμογή διαλύματος οξέος 3% στον τράχηλο. Ο τράχηλος στη συνέχεια εξετάζεται υπό μεγέθυνση με ένα δυνατό φίλτρο φωτός, το οποίο επιτρέπει την απεικόνιση των χαρακτηριστικών της δυσπλασίας ή του καρκινώματος. Εάν αναγνωριστεί παθολογικός ιστός, λαμβάνοντας πολλαπλές βιοψίες του τραχήλου. Ο υπεύθυνος παροχής φροντίδας υγείας συνήθως διενεργεί ενδο-τραχηλική απόξεση (το ξύσιμο του ενδοτράχηλου από το έσω προς τα έξω τραχηλικό στόμιο). Αυτή η επέμβαση προκαλεί δυσφορία και μπορεί ωα χρειαστεί να ενθαρρύνουμε την ασθενή να χρησιμοποιεί ασκήσεις χαλάρωσης ή αναπνοής για να αντιμετωπίσει τους σπασμούς και τον πόνο. Ενημερώνουμε την ασθενή ότι είναι αναμενόμενη μια μικρή ποσότητα αίματος έως και 2 εβδομάδες μετά τις βιοψίες (Ignatavicius & Work, 2008).

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ο νοσηλευτής έχει κάποια ιδιαίτερα καθήκοντα σε κάθε διαγνωστική εξέταση για την προετοιμασία του αρρώστου. Στη γυναικολογική εξέταση ,η οποία είναι η πρώτη εξέταση στην οποία η ασθενής έρχεται σε επαφή με τον ιατρό, θα πρέπει ο νοσηλευτής να κάνει την ασθενής να νιώσει άνετα, να είναι ήρεμη και χαλαρή για να μπορέσει να συνεργαστεί με τον ιατρό. Στη συνέχεια ο νοσηλευτής επεξηγεί στην ασθενή όλη τη διαδικασία και την τοποθετεί σε γυναικολογική θέση έτσι ώστε να ξεκινήσει η εξέταση. Κατά την κολποκυτταρολογική εξέταση (Pap test) ο νοσηλευτής εξασφαλίζει κατάλληλο φωτισμό και τοποθετεί την ασθενή σε θέση λιθοτόμος ή θέση Sims ή θέση γόνατα-θώρακος. Στη συνέχεια προετοιμάζει το σύνολο του εξοπλισμού πριν από την έναρξη της διαδικασίας, ελέγχει την ημερομηνία λήξης στο φιαλίδιο συλλογής ώστε να μην χρησιμοποιηθεί ληγμένο φιαλίδιο, συμπληρώνει τα στοιχεία κατά την οποία βοηθάει τον ιατρό. Αν τα αποτελέσματα της κολποκυτταρολογική εξέτασης (Pap test) δεν είναι καλά χρειάζεται να γίνει κολποσκόπηση. Γι΄ αυτό ο

νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή για αποφυγή συνουσίας ή κολπικής πλύσης για 24 ώρες πριν από τη λήψη επιχρισμάτων για κυτταρολογικές εξετάσεις, αλλά και για την κένωση της ουροδόχου κύστης. Αν έχουν πραγματοποιηθεί όλα αυτά τότε ο ιατρός με τη βοήθεια του νοσηλευτή προχωράει στην εξέταση. Στο τέλος της εξέτασης καθαρίζει τα γεννητικά όργανα της ασθενούς με ένα χαρτοβάμβακο και διευκρινίζει τις ιατρικές οδηγίες λύνοντας έτσι τις απορίες της ασθενούς. Η επόμενη εξέταση που οδηγεί μετά την κολποσκόπηση είναι η βιοψία του τραχήλου, στην οποία εξακολουθεί να είναι πολύ σημαντική η άνεση, η ηρεμία και η χαλάρωση της ασθενούς έτσι ώστε να μπορεί να συμμετέχει. Καταρχήν ο νοσηλευτής επεξηγεί τη διαδικασία στην ασθενή και την τοποθετεί σε γυναικολογική θέση. Στη βιοψία απουσιάζει η αναισθησία, γιατί ο τράχηλος δεν έχει υποδοχείς πόνου. Φροντίζουμε να υπάρχει ο κατάλληλος φωτισμός και τον ιατρό κατά την εξέταση δίνοντας του τα κατάλληλα εργαλεία, άλλα και δίνοντας οδηγίες στην ασθενή. Σε περίπτωση αιμορραγίας γίνεται ραφή και επιπωματισμός. Ο πωματισμός παραμένει στη θέση του για 12-24 ώρες και σε σοβαρή αιμορραγία ενημερώνουμε την ασθενή ότι πρέπει να ειδοποιήσει τον ιατρό. Όσον αφορά την υστεροσκόπηση, είναι λίγο πιο περίπλοκη διαδικασία και χρειάζεται οπωσδήποτε η συνεργασία της ασθενούς, η οποία θα προέλθει αν καταφέρει ο νοσηλευτής να την κάνει να νιώσει άνετα. Έτσι όπως και στις υπόλοιπες εξετάσεις επεξηγούμε τη διαδικασία στην ασθενή και την τοποθετούμε σε γυναικολογική θέση. Αργότερα της χορηγούμε ηρεμιστικό και καθορίζουμε το περίνεο και τον κόλπο. Μετά καλύπτουμε τα γεννητικά όργανα με αποστειρωμένα τετράγωνα και κάνουμε τοπική αναισθησία στον τράχηλο. Σταθεροποιούμε τον τράχηλο με μητρολαβίδα και εισάγουμε ποσότητα αέρα στη τραχηλική κοιλότητα προς διάταση πριν την εισαγωγή του ενδοσκοπίου. Στη συνέχεια ακολουθούμε τις ιατρικές εντολές και βοηθάμε κατά την εξέταση. Μια ακόμα διαγνωστική εξέταση είναι η λαπαροσκόπηση στην οποία επεξηγούμε και πάλι τη διαδικασία στην ασθενή και την τοποθετούμε σε θέση Trandeleburg για 2 ώρες περίπου όπου θα διαρκέσει η εξέταση. Ελέγχουμε και παίρνουμε τα ζωτικά σημεία, στη συνέχεια καθετηριάζουμε την κύστη και παρέχουμε ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή. Στη συνέχεια ακολουθεί η προνάρκωση και μετά η γενική νάρκωση κατά τις οποίες ο νοσηλευτής ελέγχει για αιμορραγία αλλά και την έγκαιρη ανίχνευση επιπλοκών (περιτονίτιδα, διάτρηση εντέρου κ.τ.λ.). Ενημερώνουμε την ασθενή για αίσθημα πληρότητας και σπασμωδικούς πόνους στο δεξιό ώμο, λόγω ερεθισμού του

φρενικού νεύρου από την εισαγωγή αερίου κατά την εξέταση και χορηγούμε αναλγητικά και διατροφή σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες (Μορτάκης , 2007).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα σχεδόν τα χημικοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων, προκαλούν ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλπο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2000).

Προβλήματα του αρρώστου

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμετοί, διάρροια).
4. Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών, δυνητική (εμετοί, διάρροια).
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής τους σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα) (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2000).

Σκοποί της φροντίδας

1. Η μεγάλη δυνατή απόδοση της θεραπείας
2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
3. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπιση τους (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2000).

Παρέμβαση

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
11. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου απο τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2000).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και (4) στη ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά τη θεραπεία (Πεκτασίδης και Δημοπουλος , 2001).

Παρέμβαση

1. Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για υη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
2. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρηση του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.
3. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.
4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπιση τους όταν εκδηλωθούν (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2000).

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

1. Ναυτία και έμετοι

α. Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική συνταγή.

β. Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.

γ. Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.

δ. Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου.

2. Αντιδράσεις από το δέρμα

α. Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση

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

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

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

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

3. Διάρροια

α. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

β. Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα

4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

α. Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών

β. Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά)

γ. Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας της στοματικής κοιλότητας

δ. Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς.

5. Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών.

α. Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς

β. Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες.

6.Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.

7. Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (αλωπεκία) (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου,2000).

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ-ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Κάθε χειρουργική διαδικασία συνοδεύεται από κάποια μορφή συγκινησιακής αντίδρασης του αρρώστου, έκδηλη ή όχι, φυσιολογική ή παθολογική. Οι συγκινησιακές αντιδράσεις μπορεί να επηρεάσουν τη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου γι' αυτό είναι απαραίτητο να αναγνωρίζονται στην προεγχειρητική περίοδο. Παίρνοντας ένα προσεκτικό ιστορικό υγείας, ο νοσηλευτής μπορεί να διαπιστώσει φόβους και ανησυχίες του αρρώστου, που αποτελούν δυνητικές πηγές συγκινησιακών αντιδράσεων, κυρίως άγχους. Η ίδια η χειρουργική επέμβαση δεν είναι μόνο οργανικός στρεσσογόνος παράγοντας. Ο άνθρωπος που φοβάται τη χειρουργική επέμβαση κινδυνεύει περισσότερο από εκείνον που την αποδέχεται και επικεντρώνεται στις ωφέλειες της. Οι φόβοι για τη χειρουργική επέμβαση δεν είναι πάντοτε ανάλογοι με τη σοβαρότητα της. Οι προεγχειρητικοί φόβοι που μπορεί να βιώσει ο άρρωστος είναι: φόβος της νάρκωσης, φόβος του αγνώστου, φόβος αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου, φόβος αποχωρισμού από τα οικεία υποστηρικτικά συστήματα και από προηγούμενες δραστηριότητες μπορούν επίσης να προκαλέσουν άγχος στον άρρωστο. Επιπλέων των παραπάνω φόβων, ο χειρουργικός άρρωστος μπορεί να στεναχωριέται και για πολλά άλλα. Μπορεί να έχει οικονομικά προβλήματα, οικογενειακές ευθύνες και επαγγελματικές υποχρεώσεις και φοβάται για πιθανές ανικανότητες, εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης και για απώλεια ελέγχου και ανεξαρτησίας. Ο νοσηλευτής εξαιτίας της εγγύτητας του με τον άρρωστο, είναι το άτομο στο οποίο αυτός εμπιστεύεται τους φόβους και τα προβλήματα του. Ο νοσηλευτής, με τη σειρά του, θα πρέπει να δημιουργεί όλες τις προϋποθέσεις που βοηθούν τον άρρωστο να εκφράζει τις σκέψεις του και να πληροφορεί το χειρουργείο για τους φόβους του, ώστε μαζί να τον προετοιμάζουν για τη χειρουργική εμπειρία. Εξάλλου, ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον κοινωνικό λειτουργό προκειμένου να λυθούν οικονομικά, οικογενιακά, και εργασιακά προβλήματα του αρρώστου. Στη προεγχειρητική προετοιμασία δεν θα πρέπει να παραβλέπεται και η σημαντικότητα της πνευματικής θεραπείας. Η πίστη έχει μεγάλη υποστηρικτική δύναμη. Έτσι, τα πιστεύω κάθε ατόμου πρέπει να είναι σεβαστά και να υποστηρίζονται. Η σπουδαιότητα της προεγχειρητικής ψυχολογικής προετοιμασίας έχει τεκμηριωθεί σε διάφορες νοσηλευτικές ερευνητικές μελέτες (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2000).

Τα ευρήματα τους δείχνουν ότι η ψυχολογική προετοιμασία:

α. Βοηθά στη μείωση του άγχους

β. Μειώνει τη δόση του αναισθητικού που χορηγείται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και των αναλγητικών μετά από αυτή

γ. Συμβάλλει στην πιο γρήγορη σταθεροποίηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσης μετά την επέμβαση

δ. Μειώνει τα επίπεδα των κορτικοστεροειδών ορμονών στο αίμα, που είναι δείκτες της ορμονικής αντίδρασης στο stress

ε. Μειώνει την επίπτωση μετεγχειρητικής λοίμωξης

ζ. Ενθαρρύνει το άτομο να αναλάβει πιο ενεργό πόλο στην αννάρωση του

η. Επιταχύνει την ανάρρωση και την έξοδο από το νοσοκομείο (Σαχίνη- Καρδάση& Πάνου, 2000).

ΦΥΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η φυσική νοσηλευτική εκτίμηση πριν από τη χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει:

(α) θρεπτική και υδατοηλεκτρολυτική κατάσταση, **(β)** αναπνευστική κατάσταση, **(γ)** καρδιαγγειακή κατάσταση, **(δ)** ηπατική και νεφρική λειτουργία**, (ε)** ενδοκρινική λειτουργία, **(στ)** νευρική λειτουργία, **(ζ)** αιματολογική λειτουργία, **(η)** ανοσολογική λειτουργία, **(θ)** χρήση φαρμάκων, **(ι)** ηλικιακή κατάσταση (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2000).

Θρεπτική και υδατοηλεκτρολυτική κατάσταση:

Η θρεπτική κατάσταση συσχετίζεται άμεσα με την ενδοεγχειρητική επιτυχία και τη μετεγχειρητική ανάρρωση. Ο άρρωστος που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση προεγχειρητικά είναι καλύτερα να χειριστεί το χειρουργικό stress και να επιστρέψει σε άριστη υγεία μετά τη χειρουργική επέμβαση. Τα κύρια θρεπτικά προεγχειρητικά προβλήματα είναι: (α) η καχεξία και (β) η παχυσαρκία.

Νοσηλευτικός στόχος είναι η ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει ότι του χορηγείτε. Τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά, σερβιρισμένα ελκυστικά και τα φαγητά εύπεπτα (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου,2000).

Αναπνευστική κατάσταση:

Πνευμονικές παθήσεις, όπως εμφύσημα και βρογχεκτασία, αυξάνουν τους εγχειρητικούς κινδύνους, γιατί ελαττώνουν την ανταλλαγή CO2/O2. Επίσης προδιαθέτουν το άτομο σε πνευμονικές λοιμώξεις (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου,2000).

Καρδιοαγγειακή κατάσταση:

Ο σκοπός στην προετοιμασία αρρώστου για χειρουργείο είναι να έχει ένα καρδιαγγειακό σύστημα ικανό να ανταποκριθεί σε οξυγόνο, υγρά και θρεπτικές ουσίες ανάγκες όλης της προεγχειρητικής περιόδου (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου,2000).

Ηπατική και νεφρική λειτουργία:

Για την επαρκή απομάκρυνση από το σώμα φαρμάκων, αναισθητικών μέσων, άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού και τοξινών, είναι απαραίτητη η καλή λειτουργία του ήπατος και των νεφρών. Εξάλλου, η ανεπαρκής ηπατική λειτουργία συνδέεται με κακή επούλωση του τραύματος και ψηλότερους δείκτες λοίμωξης (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου,2000).

Ενδοκρινική λειτουργία:

Ενδοκρινικές καταστάσεις που μπορεί να αυξήσουν το χειρουργικό κίνδυνο είναι ο υπερθυρεοειδισμός, ο υποθυρεοειδισμό και ο σακχαρώδης διαβήτης. Ο υποθυρεοειδισμός αυξάνει τον κίνδυνο υπότασης και καρδιακής ανακοπής κατά τη διάρκεια της νάρκωσης και γι’ αυτό πρέπει να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται πριν από την εγχείρηση. Ο σακχαρώδης διαβήτης προδιαθέτει το άτομο σε λοιμώξεις και φτωχή ιστική επούλωση. Ο κύριος κίνδυνος που απειλεί τη ζωή του αρρώστου με διαβήτη είναι η υπογλυκαιμία, από απορρύθμισή του, κατά τη διάρκεια της αναισθησίας. Η συχνή παρακολούθηση των επιπέδων γλυκόζης του αίματος πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση, είναι ιδιαίτερα σημαντική (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου,2000).

Νευρική λειτουργία:

Ο άρρωστος που πρόκειται να χειρουργηθεί, πριν από την επέμβαση θα πρέπει να έχει μια ολοκληρωμένη νευρολογική φυσική εξέταση, που περιλαμβάνει: λειτουργία κρανιακών νεύρων, αντανακλαστικά άνω και κάτω άκρων, αισθητηριακά αντανακλαστικά και παρεγκεφαλιδικές αντιδράσεις (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου,2000).

Αιματολογική λειτουργία:

Άτομα με πηκτικές διαταραχές του αίματος κινδυνεύουν απο αιμορραγία κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση ή, αντίθετα, από θρόμβωση μετά την επέμβαση, οπότε το stress μειώνει το χρόνο πήξης. Κάθε διαταραχή διορθώνεται πριν απο την εγχείρηση, ενώ εξασφαλίζεται αίμα, μετά απο προσδιορισμό ομάδας και διασταύρωση (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου,2000).

Ανοσολογική λειτουργία:

Ένας σημαντικός σκοπός της προεγχειρητικής εκτίμησης είναι η διαπίστωση ύπαρξης ιστορικού αλλεργίας. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η αναγνώριση και τεκμηρίωση ευαισθησίας σε ορισμένα φάρμακα, καθώς και αντιδράσεων που τυχόν παρουσίασε ο άρρωστος σε μετάγγιση αίματος και ιωδιούχα σκιαγραφικά μέσα στο παρελθόν. Ερευνάται, επίσης, η ύπαρξη ιστορικού βρογχικού άσματος. Στην εκτίμηση συμπεριλαμβάνεται ο έλεγχος για ύπαρξη ιστορικού ανοσοκαταστολής εξαιτίας θεραπείας με κορτικοστεροειδή, μεταμόσχευσης νεφρού, ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας. Οι άρρωστη αυτοί παρακολουθούνται στενά για εκδήλωση και των πιο ελαφρών συμπτωμάτων λοίμωξης και εφαρμόζεται στη φροντίδα τους σχολαστική άσηπτη τεχνική (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου,2000).

Χρήση φαρμάκων:

Πολλοί άρρωστοι παίρνουν φάρμακα, με συνταγή ή χωρίς συνταγή, τα οποία αυξάνουν το μετεγχειρητικό κίνδυνο, επειδή μπορεί (α) να επιδρούν στο χρόνο πήξης, ή (β) να αλληλεπιδρούν δυσμενώς με τα αναισθητικά μέσα. Έτσι αξιολογούνται απο τον αναισθησιολόγο τα δυνητικά αποτελέσματα προηγούμενης φαρμακευτικής θεραπείας. Αυτός λαμβάνει υπόψη του το χρονικό διάστημα που χρησιμοποιήθηκαν,

την κατάσταση του αρρώστου και το είδος της προτεινόμενης επέμβασης (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου,2000).

Ηλικιακή κατάσταση:

Η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου. Ο οργανισμός των ηλικιωμένων έχει μειωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας για ομοιόσταση, με αποτέλεσμα τη μικρότερη αντοχή στο stress. Ο νοσηλευτής πρέπει να προβεί σε μια ολοκληρωμένη και προσεκτική εκτίμηση της κατάστασης του ηλικιωμένου προεγχειρητικά, προκειμένου να διαπιστωθούν καταστάσεις που πρέπει να διορθωθούν και να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Όλων των ηλικιωμένων μετράται ο όγκος των αποβαλλόμενων ούρων. Συχνά γίνονται δοκιμασίες ελέγχου της νεφρικής λειτουργίας και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Προεγχειρητικά, διορθώνεται η θρεπτική κατάσταση. Η αναιμία αντιμετωπίζεται με μικρές και συχνές μεταγγίσεις. Η λειτουργία του εντέρου ρυθμίζεται πριν απο την επέμβαση με κατάλληλη δίαιτα και ήπια καθαρτικά, αν είναι ανάγκη. Το περιβάλλον του ηλικιωμένου διατηρείται ασφαλές. Παρέχοντας χρόνο για επικοινωνία με τον ηλικιωμένο άρρωστο, ο νοσηλευτής τον ενθαρρύνει να εκφράσει τους φόβους του και καθιστά δυνατή τη χαλάρωση και αποδοχή, που του είναι τόσο απαραίτητα. (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου,2000).

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η αξία της προεγχειρητικής διδασκαλίας έχει προ πολλού αναγνωριστεί, ώστε να αποτελεί σημαντικό μέρος της προεγχειρητικής ετοιμασίας ενός αρρώστου. Η αρχική εκτίμηση του αρρώστου περιλαμβάνει και τις ανάγκες του σε μάθηση και διδασκαλία τόσο για την προεγχειρητική περίοδο, όσο και για ολόκληρη την περιεγχειρητική περίοδο συμπεριλαμβανομένης και της αποκατάσταση στο σπίτι. Κάθε άρρωστος διδάσκεται ως άτομο σε ότι αφορά τις αγωνίες, ανάγκες και ελπίδες του. Το πρόγραμμα διδασκαλίας σχεδιάζεται και εφαρμόζεται στο σωστό χρόνο, ούτε στην άμεση προεγχειρητική περίοδο. Ιδεωδώς, η διδασκαλία γίνεται σε αρκετά μακρύ χρόνο, για να μπορεί ο άρρωστος να αφομοιώσει το περιεχόμενο της. Συχνά, αυτή συνδυάζεται με διάφορες διαδικασίες προετοιμασίας, ώστε να γίνεται πιο εύκολη η συλλογή πληροφοριών. Σε αρρώστους που εισάγονται τη μέρα της εγχείρησης, είναι

απαραίτητο να γίνεται η διδασκαλία και να δίνονται απαντήσεις σε τυχόν ερωτήσεις τους όταν αυτοί επισκέπτονται το νοσοκομείο για τις προεγχειρητικές εξετάσεις (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου,2000).

Οι αρχές της προεγχειρητικής διδασκαλίας είναι οι εξής:

1. Για διατήρηση ομοιομορφίας και ακριβείας περιεχομένου, συμβουλευτείτε το γιατρό για να προσδιορίσετε τις πληροφορίες που είδη έχει πάρει ο άρρωστος.
2. Καθορίστε πόση πληροφόρηση θέλει ή χρειάζεται ο άρρωστος.
3. Μιλάτε καθαρά και χρησιμοποιείτε γλώσσα που καταλαβαίνει ο άρρωστος.
4. Σχεδιάστε σύντομε, συχνές συνεδρίες διδασκαλίας, ώστε να δίνετε λίγες πληροφορίες κάθε φορά.
5. Δίνετε πάντοτε επαρκή χρόνο στον άρρωστο για υποβολή ερωτήσεων.
6. Ρωτάτε τον άρρωστο αν καταλαβαίνει αυτό που του λέτε.
7. Αν πρόκειται για διαδικασία, ζητάτε απο τον άρρωστο να την κάνει.
8. Επαναλαμβάνετε τις πληροφορίες αν είναι ανάγκη. Να θυμάστε ότι το προεγχειρητικό άγχος συχνά εμποδίζει τη μάθηση και τη συγκράτηση νέων πληροφοριών.
9. Να θυμάστε ότι κάθε άτομο είναι μοναδικό. Αλλάζετε τις μεθόδους διδασκαλίας, ώστε να ταιριάζουν με τις ατομικές ανάγκες.
10. Περιλαμβάνετε στη διδασκαλία και άτομα σημαντικά για τον άρρωστο (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου,2000).

Ασκήσεις βαθιάς αναπνοής και βήχα: Ένας απο τους σκοπούς της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι να διδαχθεί ο άρρωστος τον τρόπο προαγωγής αερισμού των πνευμόνων για πρόληψη μετεγχειρητικής βρογχοπνευμονίας και ατελεκτασίας. Ο άρρωστος διδάσκεται πώς να εισπνέει αργά απο τη μύτη, εκτείνοντας τους κοιλιακούς μυς και να εκπνέει απο σουρωμένα χείλη, συσπώντας τους κοιλιακούς μυς, ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζει την τομή του τραύματος. Αυτές οι αναπνευστικές ασκήσεις πρέπει να γίνονται πέντε με δέκα φορές κάθε ώρα στη μετεγχειρητική περίοδο ακινησίας. Ο σκοπός των ασκήσεων βήχα είναι η κινητοποίηση και αποβολή των εκκρίσεων απο το βρογχικό δέντρο. Για τη διέγερση του αντανακλαστικού του βήχα προηγούνται βαθιές αναπνοές (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου,2000).

Ασκήσεις στροφής και ενεργητικής κίνησης του σώματος: Ο σκοπός αυτών των ασκήσεων είναι η βελτίωση της κυκλοφορίας για πρόληψη φλεβικής στάσης και για άριστη ανταλλαγή αερίων. Ο άρρωστος διδάσκεται πώς να γυρίζει απο πλάγιο σε πλάγιο, καθώς και τις ασκήσεις των κάτω άκρων. Αυτές περιλαμβάνουν έκταση και κάμψη των αρθρώσεων γόνατος και ισχίου, ενώ ο άρρωστος είναι σε θέση ημι-Fowler, και κυκλικές ασκήσεις της ποδοκνημικής άρθρωσης (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου,2000).

Γνωστικός έλεγχος: Για μείωση της έντασης, υπερνίκηση του άγχους και επίτευξη χαλάρωσης, ο άρρωστος:

α. Διδάσκεται να συγκεντρώνει τη σκέψη του στις πιο ευχάριστες απο τις πρόσφατες εμπειρίες του

β. Ενθαρρύνεται να σκέπτεται και να διηγείται κάτι που του αρέσει

γ. Παροτρύνεται να λέει στον εαυτό του ότι όλα θα πάνε καλά (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου,2000).

Άλλες πληροφορίες χρήσιμες για της ασθενείς : Βοηθά πολύ τη μετεγχειρητική προσαρμογή του αρρώστου αν αυτός γνωρίζει απο πριν με ποιες συσκευές θα είναι συνδεδεμένος όταν έρθει απο το χειρουργείο, ποιος ο σκοπός τους και τι πρέπει να προσέχει. Επίσης, όταν υπάρχει πιθανότητα να χρησιμοποιηθεί αναπνευστήρας ή οξυγόνο. Τέλος, ο άρρωστος θέλει να γνωρίζει πότε να περιμένει μέλη της οικογένειας ή φίλους να τον επισκεφτούν και αν η οικογένεια θα διατηρείται ενήμερη για τις οξείες φάσης της μετεγχειρητικής του εμπειρίας (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου,2000).

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

1. Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνο, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος.
2. Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.
3. Ανακούφιση απο τον πόνο.
4. Προαγωγή επούλωσης του τραύματος.
5. Στενή παρακολούθηση της αρρώστου για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και την αντιμετώπιση τους (σε περίπτωση που η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση).
6. Μείωση πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων απο την κύστη (παρακολούθηση και αναγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία του γιατρού, τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα, αφαίρεση καθετήρα, διαπίστωση υπολείμματος).
7. Ανακούφιση απο τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης (εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμη στο χειρουργείο, τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρι ότου επανέλθει ο περισταλτισμός, ακρόαση της κοιλίας για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού του εντέρου, χορήγηση υγρών και μαλακής δίαιτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός).
8. Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφοριακών διαταραχών.
9. Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλνονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υπόθετων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.
10. Παρακολούθηση για κολπική απέκκριση, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.
11. Έγκαιρη έγερση της άρρωστης, για πρόληψη επιπλοκών.
12. Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία με ακτίνες Rontgen ή ραδιενεργό κοβάλτιο.
13. Σχεδιασμός εξόδου απο το νοσοκομείο και διδασκαλία της ασθενούς όπως: Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα, της επεξηγούμε την σπουδαιότητα της ορμονικής αντικατάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή.
14. Προσοχή συμβουλών στην άρρωστη

α. Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βάρη

β. Να ασκείται και να αποφεύγει να κάθεται πάρα πολλές ώρες

γ. Να αποφεύγει την συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή

δ. Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κολπική έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητα της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει

ε. Ενημέρωση της άρρωστης για πιθανή εμφάνιση αισθήματος κόπωσης κατά τις πρώτες μέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι, γι ’αυτό τον λόγο δεν θα πρέπει να κάνουν δουλειές

ζ. Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα στη περίοδο της ανάρρωσης αισθάνεται να έχει μια ασυνήθιστη νευρικότητα

η. Τονίζουμε την σπουδαιότητα του υπερσιτισμού και της παρακολούθησης του βάρους του σώματος της (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2000).

4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Το άτομο στο ποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει απο καρκίνο βρίσκεται κάτω απο μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη, λοιπόν κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο απο τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου , ανησυχίας και αγονίας. Παράλληλα ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζεται μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς , ντροπής και απογοητεύσεων. Η οικογένεια οι φίλοι του και δυστυχώς συχνά μορφωμένοι άνθρωποι, μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο. Τις απόψεις αυτές , κι αν δεν γίνουν γνωστές, τις διαισθάνονται οι άρρωστοι και διέρχονται στάδια αβεβαιότητας (Μαλγαρίνου & Κωνσταντινίδου, 1987).

ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗ ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ

Οι ψυχικές αντιδράσεις κάθε ασθενούς που πάσχει απο καρκίνο εξελίσσονται σε τρείς φάσεις. Η πρώτη φάση (όταν ο ασθενής μαθαίνει για την νόσο του) χαρακτηρίζεται απο αόριστη ανησυχία, που μπορεί να φθάσει μέχρι τον πανικό. Η δεύτερη φάση(όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει τη νόσο και οργανώνει την ψυχολογική του άμυνα) χαρακτηρίζεται απο αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις ,δηλαδή άγχος ,φόβο θανάτου και συχνότερα άρνηση της νόσου. Η Τρίτη φάση (όταν έχει πλέον παγιωθεί το σύστημα ψυχολογικής άμυνας) χαρακτηρίζεται είτε απο θετική προσαρμογή είτε απο θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα είτε απο την παρουσία ψυχικών επιπλοκών (Κονιάρη ,1991) . Κατά την Kubler-Ross, κάθε άρρωστος που πάσχει απο βαριά νόσο , συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, διέρχεται απο πέντε στάδια απο την στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι ασθενής μέχρι την στιγμή του θανάτου του: το πρώτο στάδιο είναι της ‘άρνηση και της απομόνωσης, το δεύτερο είναι το στάδιο του θυμού το τρίτο είναι το στάδιο της συνδιαλλαγής, το τέταρτο είναι της κατάθλιψης και τέλος το πέμπτο στάδιο είναι της αποδοχής (Κονιάρη , 1991).

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Το πρόβλημα λοιπόν που τίθεται είναι το εξής: με ποιόν τρόπο είναι προτιμότερο να οδηγείται ο ασθενής στη συνειδητοποίηση της νόσου του, ώστε να εμφανίζει τις ηπιότερες δυνατές ψυχικές αντιδράσεις και τις λιγότερες ψυχικές επιπλοκές, Έτσι λοιπόν οι τρόποι με τους οποίους μπορούν οι νοσηλευτές να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της ενημέρωσης των καρκινοπαθών σχετικά με την νόσο τους , είναι τόσοι όσοι και οι καρκινοπαθείς. Για να διευκολυνθεί η ανάλυση του θέματος , δεχόμαστε ότι θεωρητικά υπάρχουν τρείς δυνατοί τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος (Κονιάρη, 1991).

ΠΡΩΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να γνωστοποιείται στον καρκινοπαθή η νόσος του. Κατά συνέπεια, οι πληροφορίες που δίνονται στον ασθενή σχετικά με διάγνωση της νόσο , τη θεραπεία και τη πρόγνωση του πρέπει να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα (Κονιάρη,1991).

Α. Πλεονεκτήματα

Πρώτον, το κύριο πλεονέκτημα που επικαλούνται οι υποστηρικτές αυτού του τρόπου αντιμετώπισης του προβλήματος είναι ότι η απόκρυψη της νόσου απο τον ασθενή τον βοηθάει να ξεπεράσει ευκολότερα τα ψυχικά προβλήματα που συνεπάγεται η γνώση ότι πάσχει απο καρκίνο. Δεύτερον, ειδικά για την Ελλάδα δέχονται ότι αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης τους ασθενούς είναι πλεονεκτικός. Αν σε άλλες χώρες έχει αποδώσει λύση της γνωστοποίησης στον καρκινοπαθή της νόσου του ,δεν ισχύει το ίδιο στην Ελλάδα. Αν κάποιος δοκίμαζε να αποκαλύπτει τη διάγνωση του καρκίνου σε κάθε Έλληνα καρκινοπαθή , τα αποτελέσματα θα ήταν τραγικά και σίγουρα θα είχαμε περισσότερες αυτοκτονίες μεταξύ των καρκινοπαθών, Οι υποστηρικτές αυτής της άποψης φαίνεται ότι δεν λαμβάνουν υπόψη τους την αλλαγή που έχει σημειωθεί κατά τα τελευταία χρόνια στον κοινωνικό μας περιβάλλον και κυρίως στη δομή της ελληνικής οικογένειας. Τρίτον , αν και δεν ομολογείται απο τους υποστηρικτές αυτού του τρόπου ενημέρωσης, πρέπει να αναγνωρισθεί ότι η απόκρυψη της αλήθειας απο τον ασθενή είναι η ευκολότερη λύση για το νοσηλευτικό προσωπικό και για τους ιατρούς.(Κονιάρης,1991).

Β. Μειονεκτήματα

Πρώτον, η απόκρυψη της διάδοσης της νόσου απο τον καρκινοπαθή συνεπάγονται μεγάλο ηθικό πρόβλημα. Κάθε ασθενής έχει ορισμένα δικαιώματα. Από αυτά, τα κυριότερα δικαιώματα του ασθενούς να γνωρίζει την πάθηση του και το δικαίωμα του να αποφασίζει απο ο ίδιος για την θεραπεία του. Δεύτερον, ο ασθενής αφήνεται αβοήθητος να λύσει τα ψυχικά προβλήματα μόνος του, Ο νοσηλευτής που αποποιείται την υπευθυνότητα του και αρνείται να ενημερώσει σωστά τον ασθενή πρέπει να είναι βέβαιος ότι το έργο της ενημέρωσης, αργά ή γρήγορα θα το αναλάβουν απρόσκλητοι καλοθελητές που είναι άτομα συνήθως ανίδεα ή ανεύθυνα και πολλές φορές κακόβουλα. Τρίτον, οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες, που έχει ο

ασθενής στα αρχικά στάδια της νόσου, έχουν δυσμενέστερες συνέπειες στον ψυχισμό του απ' ότι έχει η σωστή ενημέρωση για την νόσο του και η κατάλληλη ψυχολογική του αντιμετώπιση. Τέταρτον, η απόκρυψη της διάγνωσης δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο ασθενής που θέλει να μάθει την διάγνωση μπορεί να τη μάθει με πολλούς τρόπους. Πέμπτον, όταν η νόσος βρίσκεται σε πιο προχωρημένο στάδιο, η αναπόφευκτη και καθημερινή διάψευση των φρούδων ελπίδων του ασθενούς, πού τόσο απερίσκεπτα καλλιεργούν η οικογένεια του , ο γιατρός του και το νοσηλευτικό προσωπικό, όχι μόνο καταρρακώνουν το ηθικό του αλλά και τον κάνουν να χάσει την εμπιστοσύνη του προς τον γιατρό, τον νοσηλευτή και τα μέλη της οικογένειας τους απο τις συνεχείς αντιφάσεις του. Εκτός , η απόκρυψη της διάγνωσης απο τον ασθενή δυσκολεύει πολλές φορές την αντιμετώπιση της ίδιας της κακοήθους νόσου. Οι θεραπευτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται κατά του καρκίνου είναι πολύπλοκες και πολυδάπανες και συνεπάγονται κινδύνους για την υγεία του ασθενούς. Απο την άλλη μεριά, τα αποτελέσματα τους είναι τόσο καλύτερα όσο νωρίτερα εφαρμόζεται η θεραπεία. Για να δεχθεί όμως ο ασθενής να υποβληθεί έγκαιρα σε μια πολύπλοκη, πολυδάπανη και επικίνδυνη θεραπευτική αγωγή, πρέπει να έχει πεισθεί ηια την σκοπιμότητα και την αναγκαιότητα αυτής της αγωγής. Για να γίνει αυτό, πρέπει να γνωρίζει την πάθηση του. Έβδομον, η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου απο τον καρκινοπαθή συνεπάγεται σε ορισμένες περιπτώσεις σοβαρά κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Αρκετοί καρκινοπαθείς που δεν ενημερώνονται εγκαίρως για την πάθηση τους πεθαίνουν, αφήνοντας να εκκρεμούν διάφορα κληρονομικά ή κοινωνικά ή οικονομικά ζητήματα (Κονιάρη, 1991).

ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΤΡΟΠΟΣ

Όλοι οι καρκινοπαθείς, χωρίς εξαίρεση πρέπει να γνωρίζουν επακριβώς τη νόσο τους καθώς και κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται με αυτήν (Κονιάρη,1991).

ΤΡΙΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ

Η έκταση της ενημέρωσης και ο τρόπος, με τον οποίο γίνεται η ενημέρωση της καρκινοπαθής για τη νόσο του πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε ασθενή (Κονίαρη,1991).

Α. Πλεονεκτήματα

Αυτός ο τρόπος ενημέρωσης συνδυάζει για τον ασθενή τα πλεονεκτήματα τα οποία συνεπάγονται και οι δύο τρόποι που έχουν ήδη αναλυθεί. Κατ' αρχή, λαμβάνεται υπόψη ο ψυχισμός του ασθενούς, ενώ παράλληλα αποφεύγεται να λεχθεί πλήρως η αλήθεια στους ασθενείς που δεν είναι σε θέση να την μάθουν. Εξάλλου, εκείνοι που επιθυμούν να μάθουν την αλήθεια και έχουν κατά την κρίση του νοσηλευτή ή του ιατρού την αναγκαία ψυχική δύναμη ενημερώνονται υπεύθυνα και έχουν όλα τα πλεονεκτήματα που αναλύθηκαν στο δεύτερο τρόπο αντιμετώπισης (Κονίαρη, 1991).

Β. Μειονεκτήματα

Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος είναι ο δυσκολότερος για τον θεράποντα γιατρό και για τον νοσηλευτή. Στους δύο προηγούμενους τρόπους οι δύο παραπάνω δεν έχουν δίλλημα. Στον πρώτο τρόπο, προσπαθούν να κρατήσουν όλους αδιακρίτως τους ασθενείς στην άγνοια. Στο δεύτερο τρόπο λένε σε όλους αδιακρίτως τους ασθενείς κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται με τη νόσο τους. Στον τρίτο τρόπο, εκτίθεται στον κίνδυνο του λάθος. Ενδέχεται να μην εκτιμήσουν σωστά και να δώσουν σε ένα ασθενή περισσότερες πληροφορίες, απο όσες θα είχε την δυνατότητα να δεχθεί η αντιθέτως, να αποκρύψουν ορισμένες πληροφορίες απο άλλους που θα επιθυμούσαν να τις δεχτούν (Κονίαρη, 1991).

Η ΤΑΚΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Κατ' αρχήν, η ενημέρωση και η εν γένει αντιμετώπιση κάθε καρκινοπαθούς σπανίως είναι έργο ενός μόνον ατόμου. Συνήθως, σε αυτή συμβάλλουν πολλά άτομα. Τα άτομα αυτά, είτε μεμονωμένα είτε κατά ομάδες, αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοϋποστηρίζονται και φυσικά βρίσκονται υπό την επήρεια του κοινωνικού περιβάλλοντος, στο οποίο ζουν. Για το καλό του ασθενούς απαιτείται συντονισμός των ενεργειών όλων των ατόμων που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του ασθενούς. Χωρίς συντονισμό, είναι δυνατόν ένας από τους εμπλεκόμενους στην αντιμετώπιση του ασθενούς να τορπιλίσει της προσπάθειες όλων των άλλων. Συντονιστής αυτών των ενεργειών μπορεί να είναι ο νοσηλευτής. Αυτή πρέπει να συνεργάζεται με την οικογένεια. Να προσπαθεί να την πείσει για την ορθότητα του τρόπου αντιμετώπισης που ακολουθείται, να λύνει απορίες και να υποδεικνύει λύσεις στα προκύπτοντα

προβλήματα. Είναι λοιπόν ο νοσηλευτής ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες της ενημέρωσης του ασθενούς. Απο το είδος της προσωπικότητας του θα καθορισθεί ο τρόπος της ενημέρωσης και της εν γένει αντιμετώπισης του ασθενούς. Αν ο ίδιος καταλαμβάνεται από πανικό με την ιδέα του θανάτου και επιπλέον με το θάνατο, είναι πεπεισμένος ότι με τα σημερινά δεδομένα η διάγνωση του καρκίνου δεν συνεπάγεται απαραιτήτως με το θάνατο και πολύ περισσότερο, δεν συνεπάγεται πάντοτε με το θάνατο στο εγγύς μέλλον. Πρέπει επίσης να γνωρίζει ότι ο ασθενής έχει ανάγκη της συμπαράστασης του απο τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου μέχρι την αποθεραπεία του ή μέχρι το θάνατο του και όταν λέμε συμπαράσταση, εννοούμε το ψυχολογικό στοιχείο της θεραπείας του καρκίνου. Υπάρχουν ίδει στάδια, στα οποία ο νοσηλευτής βοηθούμενος ενδεχόμενος απο ομάδα ειδικών, μπορεί και πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή. Πρώτον στο χρόνο της διάγνωσης θα βοηθήσει τον ασθενή να αποδεχθεί και να κατανοήσει τη διάγνωση του καρκίνου, να λάβει αποφάσεις σχετικά με τις προτεινόμενες εναλλακτικές λύσεις θεραπείας και να αντιμετωπίσει τις αντιδράσεις των μελών της οικογένειας του. Δεύτερον, στην προεγχειρητική περίοδο θα βοηθήσει τον ασθενή να προπαρασκευασθεί για τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας και θα του ελαττώσει το άγχος που έχει γι' αυτά. Τρίτον, μετά την εγχείρηση θα τον βοηθήσει να αναλάβει και να προσαρμοσθεί στη νέα κατάσταση, που μπορεί να συνεπάγεται αλλοίωση της λειτουργικότητας διαφόρων οργάνων του ή απώλεια μελών, και να προετοιμασθεί για πιθανή επακόλουθη συμπληρωματική θεραπεία (ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, χημειοθεραπεία). Τέταρτον κατά την διάρκεια της μετεγχειρητικής συμπληρωματικής θεραπείας θα προλάβει πρόωρη διακοπή της θεραπείας και θα ελαττώσει το άγχος και τη ψυχική υπερένταση του ασθενούς σχετικά με τις διάφορες εξετάσεις και της θεραπείας. Πέμπτον, κατά το τέλος της συμπληρωματικής θεραπείας θα τον βοηθήσει να επανέλθει σε ενεργό δράση και να μεταπέσει απο τη κατάσταση της πλήρους εξάρτησης απο τους γιατρούς και τα φάρμακα σε φυσιολογική ψυχολογική κατάσταση, που να χαρακτηρίζεται κυρίως απο αυτοπεποίθηση. Έκτον κατά την απώτερη παρακολούθηση θα βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τον φόβο υποτροπής της νόσου και τις πιθανές απώτερες παρενέργειες της θεραπείας. Τέλος ο ασθενής που βρίσκεται στα τελικά στάδια της νόσου έχει ανάγκη περισσότερο απο κάθε άλλη φορά απο τη συμπαράσταση του νοσηλευτή. Σε όλα τα στάδια, ο ασθενής έχει την ανάγκη της βοήθειας και της συμπαράστασης του νοσηλευτή. Η καλύτερη αντιμετώπιση δεν είναι η χορήγηση φαρμάκων, αλλά είναι η ψυχολογική υποστήριξη

και η ορθή ψυχολογική υποστήριξη δεν είναι δυνατόν να γίνει με ψέματα χρειάζεται η αλήθεια. Η φαρμακολογική αξία της αλήθειας είναι πολύ ανώτερη απο εκείνη του ψεύδους, αρκεί η αλήθεια να χρησιμοποιηθεί στη σωστή δόση (Κονιάρη, 1991)

Γ΄ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ – ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Στα άρθρα που συμπεριλαμβάνει η εργασία μας παρατηρούμε ότι, ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας οφείλεται στην παρουσία των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) .Για την αντιμετώπιση του HPV ενάντια στο καρκίνο του τράχηλου, καθώς και ως μέτρο πρόληψης, προωθείται ο εμβολιασμός των γυναικών από νεαρή ηλικία. Ο καρκίνος του τράχηλου αναπτύσσεται συνήθως μετά από μακρό χρονικό διάστημα εξέλιξης ιστολογικών μεταβολών στα κύτταρα του τραχήλου οι οποίες είναι γνωστές ως δυσπλασία. Έπειτα, το τεστ Παπανικολάου (ΠΑΠ) θεωρείται εργαλείο για τον έλεγχο του καρκίνου και για τυχόν δυσπλασίες. Οι γυναίκες θα πρέπει να κάνουν όλες τις τυχόν προληπτικές εξετάσεις για να προαχθεί η αντιμετώπιση του.

Επίσης, γίνεται αντιληπτό πόσο σημαντικός είναι ο νοσηλευτικός ρόλος σε θέματα αντίληψης των γυναικών για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας και την συμμετοχή τους στο τεστ ΠΑΠ, καθώς αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι. Η παρουσία του νοσηλευτή χαρακτηρίζεται απαραίτητη τόσο στο ζευγάρι όσο και στην επιστημονική ομάδα. Σε πρώτη φάση , γίνετε μια προσπάθεια για να διευκρινιστεί ο ρόλος του νοσηλευτή για την αντιμετώπιση του καρκίνου τράχηλου της μήτρας με επεμβάσεις όπως η λεμφαδενεκτομή, η ριζική κολπική τραχηλεκτομή, ή θεραπεία όπως η χημειοθεραπεία. Η συμμετοχή του νοσηλευτή έχει καθοριστικό ρόλο , ώστε να προαχθεί η πρόληψη.

1. Primary prevention of cervical cancer: prophylactic human papillomavirus vaccines.

Mandric A.

Abstract

Human papillomavirus (HPV) is one of the most common sexually transmitted diseases worldwide. Cervical and anal intraepithelial neoplasia, genital warts, and recurrent respiratory papillomatosis such as cervical and other anogenital cancers, are HPV – associated diseases. Prophylactic HPV vaccines are composed of HPVL1 capsid protein that self – assembles into virus-like particles (VLPs0 when expressed in recombinant systems. The two types of prophylactic vaccines are designed a bivalent vaccine to protect against high-risk HPV types 16 and 18 and a quadrivalent vaccinedesigned to protect against HPV 16 and 18, and low-risk, genital wart-causing HPV 6 and 11. Proof-of-principle trials have suggested that intramuscular injections of VIPs result in strong adaptive immune responses that are capable of neutralizing subsequent natural infections. Recent research on the safety and efficacy of candidate prophylactic vaccines against HPV have shown very promising results with nearly 100% efficiency in preventing the development of persistent infections and cervical precancerous lesions in vaccinated individuals.

Πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας : προληπτικό εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων.

Περίληψη

Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι ένα από τα πιο κοινά σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα σε παγκόσμιο επίπεδο. Η τραχηλική και η πρωκτική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία, τα κονδυλώματα και οι επαναλαμβανόμενες αναπνευστικές θηλωματώσεις όπως ο τραχηλικός και άλλοι γεννητικοί καρκίνοι είναι συνδεδεμένοι με τη νόσο του HPV. Τα προληπτικά HPV εμβόλια αποτελούνται από HPV L1 καψίδιο πρωτεΐνης, η οποία συγκεντρώνεται μέσα στον ιό σαν σωματίδιο (VLPs) που εκφράζεται σε ανασυνδυασμένα συστήματα. Τα δύο είδη των προληπτικών εμβολίων είναι σχεδιασμένα πρώτον σε ένα διεθνές εμβόλιο για την προστασία από τους HPV τύπους υψηλού κινδύνου 16 και 18 και δεύτερον έχει σχεδιαστεί ένα τετρασθενές εμβόλιο για την προστασία από τους τύπους HPV 16 και

18 από τα χαμηλού κινδύνου κονδυλώματα για τα οποία ευθύνονται οι τύπο HPV 6,11. Οι έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι ενδομυϊκές ενέσεις των VLPs οδηγούν σε ισχυρή προσαρμοστική ανοσολογική ικανότητα του οργανισμού που είναι ικανή να εξουδετερώσει τις μετέπειτα λοιμώξεις. Πρόσφατη έρευνα σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των υποψήφιων προληπτικών εμβολίων κατά του HPV, έδειξαν πολύ ελπιδοφόρα αποτελέσματα με σχεδόν 100% αποτελεσματικότητα στην πρόληψη της ανάπτυξης λοιμώξεων από τις επίμονες και τραχηλικές προκαρκινικές αλλοιώσεις στα εμβολιασμένα άτομα (Mandic, 2012).

2. Human Pappilomaviruss (HPV) induced cancers and prevention by immunization.

Khaliq SA, Shyum Naqvi SB, Fatima A.

Abstract

Incidences of different types of cancer are increasing in Pakistan, among which cancer of cervix and respiratory pappilomatosis are of great concern because of their association with human pappilomavirus. Cervical cancers typically distress woman of middle age or older? However, it effects many woman in any age after the puberty. Two serotypes of HPV (16&18) accounts 70% of cervical cancers cases, while HPV (6&11) are considered low-risk viruses associated with genital warts (condyloma acuminate) and respiratory pappilomatosis in both genders. Generally, there is transient role of HPV in human body and are removed by immune system in or around 1 year. Data from different Pakistani hospitals provide sound evidence for increasing trends of cervical cancer, which is being developing country imperative for us. As the cost of cancer management is increasing day by day with poor survival rate and its burden is born by patient, their family or society in-large, so if screening or prevention is possible then there would be need to identify target population for screening and vaccination. By quality adjusted life year (QALY) measurement, the data from different sources indicates that adolescent age is the appropriate target population and is cost effective for vaccination. Two vaccines manufactured by recombinant DNA technology are licensed is some parts of the world for prevention of HPV related cancers, however both have certain advantage over another, as one of the vaccines contains viral like proteins of two HPV serotype 16&18 and provide additional cross protection against HPV type 13 and 45 with 100% seroprotection,

while the other vaccine, being quadrivalent offers protection against four serotypes 6, 11, 16 and 18.

Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) που προκαλεί καρκίνους και πρόληψη από ανοσοποίηση.

Περίληψη

Οι επιπτώσεις των διαφορετικών τύπων καρκίνου αυξάνονται στο Πακιστάν, μεταξύ της ανάπτυξης του καρκίνου του τραχήλου και των αναπνευστικών θηλωματώσεων υπάρχει μεγάλη ανησυχία λόγω συσχέτιση τους με τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Συνήθως διατρέχουν κίνδυνο για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας γυναίκες μέσης ηλικίας ή μεγαλύτερες. Ωστόσο μπορεί να επηρεάσει γυναίκες σε οποιαδήποτε ηλικία μετά την εφηβεία. Δύο οροτύπων του HPV (16 & 18) ευθύνονται για το 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ οι ιοί HPV (6 & 11) θεωρούνται χαμηλού κινδύνου ορότυποι που συνδέονται με τα κονδυλώματα (Condyloma acuminate) και τις αναπνευστικές θηλωματώσεις κατά των δυο φύλων. Γενικά, υπάρχει προσωρινή εμφάνιση του HPV στο ανθρώπινο σώμα και απομακρύνεται από το ανοσοποιητικό σύστημα, σε ένα περίπου χρόνο. Δεδομένα από διάφορα νοσοκομεία στο Πακιστάν δίνουν στοιχεία για αυξητικές τάσεις του τραχηλικού καρκίνου, που είναι σημαντικά για τις αναπτυσσόμενες χώρες. Όπως το κόστος διαχείρισης του καρκίνου αυξάνεται μέρα με τη μέρα οι συνθήκες κακής επιβίωσης επιβαρύνουν τον ασθενή, την οικογένεια ή την κοινωνία σαν σύνολο, έτσι αν είναι δυνατόν να γίνει έλεγχος ή πρόληψη τότε θα χρειαστεί να ελεγχθεί ένα σύνολο πληθυσμού για να εμβολιαστεί (Khaliq et al., 2012).

3. Human pappilomavirus vaccination coverage among Greek higher education female students and predictors of vaccine uptake.

Donadiki EM, Jimerez-Garcia R, Hernadez-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Lopez de Andres A, Velonakis EG.

Abstract

One of the biggest public health measures to prevent HPV infection, and consequently, cervical cancer is the HPV vaccine. Greece introduced HPV vaccines to its National Vaccination Program in 2008. The aims of this study were to estimate

HPV vaccination coverage among female Greek students in higher education and to indentify uptake predictors. We conducted a cross-sectional study. Data was collected through a self-completed questionnaire. The sample size included 3153 women with an 87% participation rate. Overall 25.8% of students reported they had received three doses of the HPV vaccine. Positive predictions of vaccine uptake were: younger age, higher educational level (own and parents), ever previous visits to the gynecologist, always use of condoms, non- smokers, not being in a stable relationship and did not have easy access to Health Care Services. The levels of the female student, who were vaccinated, were unacceptably low despite the fact that the vaccination was free-of-charge. Professors of university campuses shall stress vaccination as a normal procedure.

Περίληψη

Ένα από τα μεγαλύτερα μέτρα της δημόσιας υγείας για την πρόληψη της μόλυνσης από HPV και συνεπώς του καρκίνου τραχήλου της μήτρας, είναι το HPV εμβόλιο. Η Ελλάδα εισήγαγε τα HPV εμβόλια στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού το 2008. Οι στόχοι της μελέτης αυτής ήταν να εκτιμηθεί η κάλυψη του HPV εμβολιασμού μεταξύ των ελληνίδων φοιτητριών στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και να προσδιοριστούν οι δείκτες κατανόησης του. Πραγματοποιήσαμε μια συγχρονική μελέτη. Συγκεντρώθηκαν στοιχεία από ένα σύνολο ερωτήσεων αυτοαξιολόγησης. Το μέγεθος του δείγματος περιλαμβάνονται 3153 γυναίκες με ένα ποσοστό συμμετοχής του 87%. Συνολικά το 25,8% των φοιτητών ανέφεραν ότι είχαν λάβει τρεις δόσεις των εμβολίων κατά του HPV. Ήταν θετικά τα αποτελέσματα της κατανόησης του εμβολίου σε: νεαρότερη ηλικία, υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο (των ιδίων και των γονέων), σε άτομα που δεν είχαν επισκεφτεί ποτέ ξανά τον γυναικολόγο, χρησιμοποιούσαν πάντα προφυλακτικά, σε μη καπνιστές, σε άτομα που δεν είχαν μια σταθερή σχέση και δεν είχαν εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Τα επίπεδα των σπουδαστριών που εμβολιάσθηκαν ήταν απαράδεκτα χαμηλά παρά το γεγονός ότι ο εμβολιασμός ήταν δωρεάν. Οι καθηγητές στις πανεπιστημιουπόλεις θα πρέπει να αναφέρουν τον εμβολιασμό ως μια φυσιολογική διαδικασία (Donadiki et al., 2012).

4. Realization of cervical cancer detection among nursing staff in a tertiary Institution of rural India.

Singh E, Seth S, Rani V, Srivastava DK.

Abstract

In this study, 74% knew that PAP TEST is used for detection of cervical cancer, but only 59% knew that it can detect both cancerous as well as precancerous lesions of the cervix. Only 18% of the respondents knew about human papillomavirus vaccine. A 47% of respondents had never taken a Pap smear, 63% never referred patients for the screening. Most nurses (79%) thought that a speculum examination and PAP smear are procedures to be performed by the doctors. Among all the respondents, only 11% had ever undergone a Pap smear on themselves.

Συνειδητοποίηση της ανίχνευσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα τριτοβάθμιο ίδρυμα της αγροτική Ινδίας.

Περίληψη

Στην παρούσα μελέτη, 74% γνώριζε ότι το τεστ ΠΑΠ χρησιμοποιείται για την ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αλλά μόνο το 59% γνώριζε ότι αυτό μπορεί να εντοπίσει τόσο καρκινικές καθώς και προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου. Μόνο το 18% των ερωτηθέντων ήξερε για το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Το 47% των ερωτηθέντων δεν είχε κάνει ποτέ ένα τεστ ΠΑΠ, το 63% ανέφερε ότι η κολποδιαστολική εξέταση και το τεστ ΠΑΠ είναι διαδικασίες που πρέπει να εκτελούνται από τους γιατρούς. Μεταξύ όλων των ανταποκρινόμενων, μόνο το 11% είχαν κάνει ένα τεστ ΠΑΠ (Singh et al., 2012).

5. Prospective assessment of quality of life and psychological distress in patients with gynecologic malignancy: a 1-year prospective study.

Yavas G, Dogan NU, Benzer N, Yuce D, Celik C.

Abstract

We proved changes in appetite loss (P=0.03), nausea and vomiting (P=0.02), and role function score (P=0.003) domains of EORTC QLQ-C30. Only the mean body image score of EORTC QLQ-CX24 was significantly different during follow-up (P=0.02).

Type of surgery histopathological diagnosis and the menopausal and marital status of the patients affected baseline body image scores (P=0.032, 0.004 and 0.019 and 0.005 respectively). Patients who underwent chemotherapy had higher baseline body image scores when compared with patients without any chemotherapy before RT (P=0.028). All the complaints of patients except body image scores improved during the follow-up period. The baseline and monitoring ranking of anxiety and depression scores did not differ significantly.

Πιθανή αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής και το ψυχολογικό άγχος σε ασθενείς με γυναικολογικές κακοήθειες : μια μελέτη προγνώσεων 1 έτους.

Περίληψη

Αποδείξαμε αλλαγές στην απώλεια όρεξης (P=0.03), ναυτία και έμετο (P =0,002), και ρόλο συνάρτηση σκορ (P =0,003) τομέων της EORTC QLQ-C30. Μόνο η βαθμολογία της μέσης εικόνας του σώματος της EORTC QLQ-CX24 ήταν σημαντικά διαφορετική κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης (P = 0,02). Ο τύπος της χειρουργικής επέμβασης, η ιστοπαθολογική διάγνωση, η εμμηνόπαυση και η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών επηρέασαν τις βαθμολογίες της εικόνας. Σώματος γραμμή βάσης (P = 0,032, 0,004, και 0,019 και 0,005 αντίστοιχα). Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία είχαν υψηλότερες βαθμολογίες της εικόνας Σώματος γραμμής βάσης σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς οποιαδήποτε χημειοθεραπεία πριν RT (P = 0,028). Όλες οι καταγγελίες ασθενών εκτός από τις παρτιτούρες της εικόνας Σώματος βελτιώθηκαν κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης. Η γραμμή βάσης και η παρακολούθηση της βαθμολογίας του άγχους και της κατάθλιψης δεν διέφερε σημαντικά.(Yavas et al., 2012).

6. Life after cervical cancer: quality of life among Chinese women.

Zeng YC, Li D, Loke AY.

Abstract

This study explored the meaning of “quality of life” among Chinese survivors of cervical cancer and the impact of cervical cancer survivorship on these women’s quality of life. Written responses were used as the means of data collection. The qualitative data were analyzed by using a qualitative contact analysis. The meaning of

“quality of life” as perceived by 35 Chinese survivors of cervical cancers included being free of disease, having a good standard of living having a harmonious family atmosphere and having a harmonious sex life. The impact of cervical cancer on the Chinese women’s quality of life included physical and psychological sequelae, family distress, financial burden, and disruptions to their social functioning and sexual life. Nevertheless, there were positive gains that were reported by these survivors including changes in their outlook on life, treasuring their life and better family relationships. This study revealed that the Chinese survivors of cervical cancers identified their sexual life as one of the essential indicators of quality of life, it is necessary to races nurses’ awareness so that women’s sexuality-related concerns are addressed. Health professionals also should provide relevant supportive care in order to address this target populations physicals and psychosocial needs the survivorship continuum.

Ζωή μετά από τον τραχηλικό καρκίνο: ποιότητα ζωής μεταξύ των κινεζικών γυναικών.

Περίληψη

Αυτή η μελέτη ερεύνησε την έννοια “ποιότητα της ζωής“ μεταξύ των Κινεζικών επιζώντων του τραχηλικού καρκίνου και του αντίκτυπου στην ποιότητα ζωής αυτών των γυναικών που επέζησαν από τον τραχηλικό καρκίνο. Οι γραπτές απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν ως μέσα της συλλογής δεδομένων. Τα ποιοτικά στοιχεία αναλύθηκαν με τη χρησιμοποίηση μιας ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου. Η έννοια “ποιότητα της ζωής “, όπως γίνεται αντιληπτή από 35 Κινέζες επιζώντες του τραχηλικού καρκίνου, περιλάμβανε την απουσία ασθένειας, που έχει ένα καλό βιοτικό επίπεδο, έχοντας μια αρμονική οικογενειακή ατμόσφαιρα, και έχοντας μια αρμονική σεξουαλική ζωή. Ο αντίκτυπος του τραχηλικού καρκίνου στην ποιότητα ζωής της Κινέζας γυναίκας περιλάμβανε τα φυσικά και ψυχολογικά δευτερογενή συμπτώματα, τον οικογενειακό κίνδυνο, το οικονομικό βάρος, και τις διασπάσεις στην κοινωνική λειτουργία και τη σεξουαλική ζωή τους. Εντούτοις, υπήρξαν θετικά κέρδη που αναφέρθηκαν από αυτές τις επιζώντες, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στην προοπτική τους στη ζωή και καλύτερες οικογενειακές σχέσεις. Αυτή η μελέτη αποκάλυψε ότι οι Κινέζες επιζώντες του τραχηλικού καρκίνου προσδιόρισαν τη σεξουαλική ζωή τους ως έναν από τους ουσιαστικούς δείκτες της ποιότητας ζωής.

Είναι απαραίτητο να αυξηθεί το νοσηλευτικό προσωπικό έτσι ώστε οι γυναίκες που εξετάζονται. Οι προσφέροντες ιατρικές υπηρεσίες πρέπει επίσης να παρέχουν τη σχετική ενθαρρυντική προσοχή προκειμένου να εξετάσουν τον σημαντικότερο στόχο τις φυσικές και ψυχολογικές ανάγκες του πέρα από την ικανότητα διαβίωσης (Zeng et al., 2011).

7. Knowledge of cervical cancer and screening practices of nurses at a regional hospital in Tanzania.

Urasa M, Darj E.

Abstract

Less than half of the nurses had adequate knowledge regarding cervical cancers. There was a significant association between knowledge levels of causes of cervical cancers and transmission of HPV and age. Knowledge was more adequate among the young nurses (p=0.027) and knowledge different significantly between cadres. Registered nurses had more adequate knowledge than enrolled nurses (p=0.006). The majority did not know screening intervals and a few were aware of HPV vaccine. Most nurses (84.6%) had never had a Pap smear examination.

Γνώση των τραχηλικών πρακτικών καρκίνου και διαλογής των νοσηλευτριών σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο στην Τανζανία.

Περίληψη

Λιγότερες από τις μισές νοσηλεύτριες είχαν την επαρκή γνώση σχετικά με τον τραχηλικό καρκίνο. Υπήρξε μια σημαντική ένωση μεταξύ των επιπέδων γνώσης αιτιών του τραχηλικού καρκίνου και της μετάδοσης HPV και της ηλικίας. Η γνώση ήταν επαρκέστερη μεταξύ των νέων νοσηλευτριών και η γνώση διέφερε σημαντικά μεταξύ των μονίμων προσωπικών. Οι πτυχιούχες νοσηλεύτριες είχαν περισσότερη επαρκή γνώση από τις εγγραμμένες νοσηλεύτριες . Η πλειοψηφία δεν ήξερε τα διαστήματα διαλογής και μερικοί γνώριζαν το εμβόλιο HPV. Οι περισσότερες νοσηλεύτριες δεν είχαν κάνει ποτέ εξέταση PAP-TEST (Urasa & Darj, 2011).

8. Midwives at youth clinics attitude to HPV vaccination and their role in cervical cancer prevention.

Oscarasson MG, Dahlberg A, Tyden T.

Abstract

Three themes were identified in the qualitative content analysis: “cervical cancer prevention not a prioritized area”, “Ambivalence to the HPV vaccine and “Gender and socioeconomic controversies”. Few midwives talked spontaneously about cervical cancers prevention. The responsibility for providing information about HPV vaccination was considered as primarily that of school health nurse and parents. Midwives were positive about the HPV vaccination, but recognized certain risks, such as its potential negative impact on cervical cancer screening and increased sexual effects and unknown long-term effects of the HPV vaccine. The midwives in all families had the financial resources to vaccinate their children. Thus, weak, socioeconomic groups might be excluded.

Μαίες στη στάση κλινικών νεολαίας απέναντι στον εμβολιασμό HPV και στο ρόλο τους στην τραχηλική πρόληψη καρκίνου.

Περίληψη

Τρία θέματα προσδιορίστηκαν στην ποιοτική ανάλυση περιεχομένου: «Τραχηλική πρόληψη καρκίνου όχι σε σημαντικό πεδίο» , «Αμφιθυμία στο εμβόλιο HPV», και «Γένος και κοινωνικοοικονομική αμφισβητήσιμη αναλογία. Λίγες μαίες μιλάνε αυθόρμητα για την τραχηλική πρόληψη καρκίνου. Η ευθύνη για τις πληροφορίες για τον εμβολιασμό HPVδόθηκε στις νοσηλεύτριες και στους γονείς σχολικής υγείας. Οι μαίες ήταν θετικές για τον εμβολιασμό HPV, αλλά αναγνώρισαν ορισμένους κινδύνους, όπως ο πιθανός αρνητικός αντίκτυπος της στην τραχηλική διαλογή καρκίνου και αύξησαν τη σεξουαλική διακύβευση. Οι μαίες εξέφρασαν τις ανησυχίες για τους ιατρικούς κινδύνους , όπως οι παρενέργειες και τα άγνωστα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα του εμβολίου HPV.οι μαίες είχαν τις ηθικές ανησυχίες ότι τα αγόρια δεν περιλήφθηκαν στο πρόγραμμα και δεν είχαν όλες οι οικογένειες τους οικονομικούς πόρους για να εμβολιάσουν τα παιδιά τους. Κατά συνέπεια, οι αδύνατες κοινωνικοοικονομικές ομάδες να αποκλειστούν (Oscarsson et al., 2011).

9. Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα για την εξάπλωση του καρκίνου στην Ελλάδα και την οργάνωση φορέων πρόληψης σε παγκόσμιο επίπεδο : Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Αγγελική Πρινάρη, Αθήνα Πατελάρου, Αριστέα Ξυλούρη, Δήμητρα Σηφάκη-Πιστόλα

Περίληψη

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 84 εκατομμύρια άνθρωποι από καρκίνο μεταξύ 2005 και 2015 χωρίς καμία παρέμβαση, ενώ το 40% των καρκίνων μπορούν να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Πρόκειται για ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η παγκόσμια κοινότητα κα η αποτελεσματική πρόληψη του προϋποθέτει άρτιο συντονισμό κυβερνητικών και μη οργανισμών σε εθνικό, αλλά και σε διεθνές επίπεδο. Οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο διαφοροποιούνται μεταξύ των γεωγραφικών διαμερισμάτων της χώρας, του φύλου, των ηλικιακών ομάδων, στοιχεία που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης και ακριβούς χαρτογράφησης και αποκωδικοποίησης. Επιβεβλημένη δε, θεωρείται η διερεύνηση των δράσεων κατά του καρκίνου στο εξωτερικό και τέλος, η υιοθέτηση παρόμοιων μέτρων στην Ελλάδα (Πρινάρη και συν, 2011).

10. Η χρήση των μεθόδων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας από γυναίκες της νησιώτικης χώρας.

Αναστασιάδης Αναστάσης, Γκεσούλη- Βολτυράκη Ευτυχία, Λεοντζίνη Αθήνα, Νούλα Μαρία, Σερίφης Χρήστος, Τσιρίγκα Σοφία , Υφαντή Ελένη .

Περίληψη

Η μέση ηλικία των γυναικών του δείγματος ήταν τα 43_+ 11.02 έτη. Τα ποσοστά διενέργειας μαστογραφίας, ΚΕΜ, και Τεστ ΠΑΠ τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ζωής στο σύνολο του δείγματος ήταν αντίστοιχα 41.5%, 69.5% και 87%. Οι εργαζόμενες, οι υψηλού εισοδήματος γυναίκες και με ανώτερη εκπαίδευση ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό τη διενέργεια τεστ ΠΑΠ. Γυναίκες απόφοιτες λυκείου ή χαμηλότερων τάξεων ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά μαστογραφίας. Οι γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών είχαν υψηλότερα ποσοστά πραγματοποίησης εξετάσεων, τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ζωής τους (Αναστασιάδης και συν, 2010).

11. The knowledge of woman in a Greek Province regarding the cervical cancer, its prevention capabilities and the Pap Test.

Gesouli-Voltyraki E, Tsetsekou E, Metaxa A, Borsi A, Noula M.

Abstract

The purpose of the present study was to explore the knowledge of woman in a Greek Province regarding cervical cancer, its prevention capabilities and the Pap Test. The sample-studied consisted of 100 adult women attended in outpatient settings. The data were collected by the completion of a questionnaire referring to the knowledge of the women regarding the prevention of the cervical cancer and the Pap Test. Even though there is a satisfactory level regarding general knowledge the more specialized knowledge is rather fragmentary socioeconomic factor s play important role in taking the Pap Test.

Η γνώση γυναικών σε μια ελληνική επαρχία σχετικά με τον τραχηλικό καρκίνο, τις ικανότητες πρόληψης και το ΠΑΠ ΤΕΣΤ .

Περίληψη

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να ερευνηθεί η γνώση των γυναικών σε μια Ελληνική επαρχία σχετικά με τον τραχηλικό καρκίνο, τις ικανότητες πρόληψης του και το τεστ ΠΑΠ. Το δείγμα που μελετήθηκε αποτελείται από 100 ενήλικες γυναίκες που παρακολουθήθηκαν στις τοποθετήσεις εξωτερικών ιατρείων. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τη ολοκλήρωση ενός ερωτηματολογίου που αναφέρεται στη γνώση των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου, και το τεστ ΠΑΠ. Ακόμα κι αν υπάρχει ένα ικανοποιητικό επίπεδο σχετικά με τη γενική γνώση, η πιο εξειδικευμένη γνώση, είναι μάλλον αποσπασματική. Ο κοινωνικοοικονομικός παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο για να γίνει η εξέταση του τεστ ΠΑΠ (Gesouli-Voltyraki et al., 2010).

12. Cervical intraepithelial neoplasia diagnosis: emotional impact and nursing implications.

Ferreira SE.

Abstract

Cervical intraepithelial neoplasia (CIN) is a progressive disease process that starts with abnormal cellular development in the cervical epithelium and can be identified as low-or high-grade squamous intraepithelial lesions (LGSIL or HGSIL) by the Papanicolaou (PAP) smear test. Persistent abnormal results require follow-up colposcopy, an anxiety- producing procedure. Anxiety and fear can interfere with adequate treatment and follow-up. Early education efforts may reduce anxiety and enhance adherence to treatment and are invaluable in halting the progressions of CIN. Diagnosis and treatment the emotional impact on women and implications for client education are discussed.

Τραχηλική ενδοεπιθηλιακή διάγνωση νεοπλασιών : αντίκτυπος συναισθηματικών επιπτώσεων και νοσηλευτικής περιποίησης.

Περίληψη

Η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN) είναι μια προοδευτική διαδικασία ασθενειών που αρχίζει με την ανώμαλη κυψελοειδή ανάπτυξη στο τραχηλικό επιθήλιο και μπορεί να προσδιοριστεί ως χαμηλή ή άριστη ποιότητα λεπιδοειδών ενδοεπιθηλιακών τραυμάτων (LGSIL ή HGSIL)από το τεστ ΠΑΠ. Τα επίμονα ανώμαλα αποτελέσματα απαιτούν κολποσκόπηση. Η ανησυχία και ο φόβος μπορούν να παρεμποδίσουν την επαρκή επεξεργασία και τη συνέχιση. Οι πρόωρες προσπάθειες εκπαίδευσης μπορούν να μειώσουν την ανησυχία και να ενισχύσουν την εμμονή στην επεξεργασία η οποία είναι ανεκτίμητη στη στάση της προόδου της CIN. Συζητούνται η διάγνωση και η θεραπεία, ο συναισθηματικός αντίκτυπος στις γυναίκες, και οι επιπτώσεις στην εκπαίδευση πελατών (Ferreira, 1998).

13. Screening for cervical cancer among Israeli lesbian women.

Ben-Natan M, Adir O.

Abstract

The proportion of lesbian women who contract the human papilomavirus may reach 13% or even 21%, however lesbian women were found to receive Pap smear tests less often or less regularly. Effective strategies for nurses promoting cervical cancer screening among lesbians should address ways to improve familiarity with Pap smear test, raise physicians' awareness of offering the test to lesbians and emphasize the importance of women –based medical teams.

Διαλογή για τον τραχηλικό καρκίνο μεταξύ των Ισραηλινών λεσβιακών γυναικών .

Περίληψη

Το ποσοστό των λεσβιακών γυναικών που πάσχουν από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων μπορεί να φθάσει σε 13% ή ακόμα και 21% εντούτοις, οι λεσβιακές γυναίκες βρέθηκαν για να κάνουν τεστ ΠΑΠ λιγότερο συχνά ή λιγότερο τακτικά. Οι αποτελεσματικές στρατηγικές των νοσηλευτριών που προωθούν τη πρόληψη για τον τραχηλικό καρκίνο μεταξύ των λεσβιών πρέπει να εξετάσουν τους τρόπους για να βελτιωθεί η οικειότητα με το τεστ ΠΑΠ, να αυξήσει την σημασία της γυναίκας βασισμένη στις ιατρικές ομάδες (Ben-Natan & Adir,2009).

14. Hope as experienced in woman newly diagnosed with gynecological cancer.

Hammer K, Mogensen O, Hall EO.

Abstract

This article presents findings from a hermeneutic-phenomenological study with the aim to investigate the meaning of the lived experience of hope in women newly diagnosed with gynecological cancer. The findings of the close relationship between the shades of hope and hopelessness support for nurses to continue to practice hope-inspiring nursing. Nurses need to understand the complexity of hope and its close connection to hopelessness when newly diagnosed with a threatening disease as cancer and the findings might help nurses assist patients in fighting hopelessness.

Ελπίδα όπως βιώνεται στις γυναίκες που εντοπίζονται πρόσφατα με το γυναικολογικό καρκίνο .

Περίληψη

Αυτό το άρθρο παρουσιάζει τα συμπεράσματα από μια ερμηνευτική και φαινομενική μελέτη με το στόχο να ερευνηθεί η έννοια της εμπειρίας της ελπίδας στις γυναίκες που εντοπίζονται πρόσφατα με το γυναικολογικό καρκίνο. Η στενή σχέση μεταξύ των σκιών της ελπίδας και της απόγνωσης υποστηρίζουν την ανάγκη για τις νοσηλεύτριες να συνεχίσουν να δίνουν ελπίδα-περιποίηση. Οι νοσηλεύτριες πρέπει να καταλάβουν την πολυπλοκότητα της ελπίδας και της στενής επαφής της με την απόγνωση όταν εντοπίζεται πρόσφατα σε μια απειλητική ασθένεια όπως ο καρκίνος και τα συμπεράσματα να βοηθήσουν τις νοσηλεύτριες να βοηθήσουν τους ασθενείς στην πάλη της απόγνωσης (Hammer et al., 2009).

15. Addressing the sexual health needs of patients with gynecological cancers.

Stilos K, Doyle C, Daines P.

Abstract

Research indicates that sexual health and faction frequently are over looked by healthcare professionals despite being identified as an essential aspect of patient care. This article discusses the topic of sexuality as it pertains to women with gynecologic cancers, highlights barriers to addressing sexuality with patients with cancers and provides nurses with a framework to guide them in providing information and support to patients who are experiencing sexual difficulties or who need information about sexual function. A case study addresses the challenges a women with cervical cancer faces and the role of the nurse in supporting the patient and her partner within the PLISSIT model.

Κάλυψη των σεξουαλικών αναγκών υγείας των ασθενών, με τους γυναικολογικούς καρκίνους .

Περίληψη

Η έρευνα δείχνει ότι η σεξουαλική υγεία και η λειτουργία συχνά αγνοούνται από τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης παρά τον προσδιορισμό ως ουσιαστική

πτυχή της υπομονετικής προσοχής. Αυτό το άρθρο συζητά το θέμα της σεξουαλικότητας δεδομένου ότι αναφέρεται στις γυναίκες με τους γυναικολογικούς καρκίνους, δίνει έμφαση στα επίπεδα στην εξέταση της σεξουαλικότητας με τους ασθενείς με τον καρκίνο, και παρέχει στις νοσηλεύτριες ένα πλαίσιο για να τις καθοδηγήσει στην παροχή των πληροφοριών και της υποστήριξης στους ασθενείς που αντιμετωπίζουν σεξουαλικές δυσκολίες ή που χρειάζονται τις πληροφορίες για τη σεξουαλική λειτουργία. Μια περίπτωση μελέτης εξετάζει τις προκλήσεις της γυναίκας με καρκίνο τραχήλου και το ρόλο της νοσηλεύτριας στην υποστήριξη του ασθενή και του συνεργάτη της μέσα στο πρότυπο κλισέ (Stilos et al., 2008).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων είναι ένας από τους πιο πολυσύχναστους (σεξουαλικώς μεταδιδόμενους) ιούς που προσβάλλουν ιδιαίτερα τις νεαρές ηλικίες και στις γυναίκες και στους άνδρες. Αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αλλά και άλλων καρκίνων. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι νόσος που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη κακοήθων(καρκινικών) κύτταρων στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας. Επιπλέον , ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος πιο συχνός καρκίνος μετά τον καρκίνο μαστού στις γυναίκες. Η έγκαιρη διάγνωση του αλλά και η πρόληψη περιλαμβάνει την πρωτογενή, δευτερογενή και (μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων) την τριτογενή πρόληψη. Για αυτό το λόγο κρίνεται πολύ σημαντική η πρόληψη και η αγωγή υγείας, οι φορείς υγείας δύναται να συμμετέχουν ενεργά με προγράμματα ενημέρωσης.

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

γνωστές συνέπειες. Η πρόληψη αποτελεί σπουδαίο κομμάτι στη ζωή μας και όπως έλεγαν και οι αρχαίοι Έλληνες « καλύτερα το προλαμβάνειν παρά το θεραπεύειν».

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Αγοραστός , Θ, Βαβίλης, Δ, Μπόντης, Ι.Ν.,** 2008*, Λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV),* University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- **Βασιόπουλος, Π.,** 1997**,** Πρόληψη και Εγκαιρη Διάγνωση του καρκίνου, *Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντιδας* , Αθήνα, Εκδόσεις Παρισίανου.
- **Δημόπουλος, Μ., Αναστασίου-Νανά, Μ., Αλεβιζάκη, Μ., Ζακόπουλος, Ν.,** 2008.*Θεραπευτική των συχνότερων νοσημάτων εσωτερικής παθολογίας*, Αθήνα , Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Διακομανώλης, Ε.,** 2010, *Κολποσκόπηση και Παθολογία του Κατώτερου Συστήματος της Γυναίκας,* Εκδόσεις Πασχαλίδης .
- **Καλογερόπουλος ,Α.,** 2004. *Γυναικολογία,*2η Έκδοση ., Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- **Κονίαρη, Ε.,** 1991 *Καρκίνος Του Μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση*, Αθήνα Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- **Κρεατσάς, Γ.,** 2001 *Γυναικολογία Και Μαιευτική της Νεαρής Ηλικίας,* Αθήνα Εκδόσεις Πασχαλίδης .
- **Λώλης, Δ.Ε.,** 2004*. Γυναικολογία και Μαιευτική. Αθήνα,* Εκδόσεις Παρισίανου Α.Ε.
- **Μπόντης Ι.,** 2007**,** *Βασικές Γνώσεις Μαιευτικής και Γυναικολογίας,* University Stydio Press.
- **Μπανκουσλί, Ι.,** 2008,*Πρακτική Προσεγγίση στην Κλινική Ογκολογία,* Αθήνα Εκδόσεις Παισιάνου .
- **Μαρτάκης Α**., 2007**,** *Γυναίκα και HPV*, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις.
- **Παπαθανασίου Κ.,** 2002, *Γυναικολογική Ογκολογία*, Θεσσαλονίκη , University Studio Press.
- **Παπαθανασίου Κ.,** 2008, *Γυναικολογική Ογκολογία*, Θεσσαλονίκη , University Studio Press.
- **Πεκτασίδης Δ., Σθανάσιος Δ.,** Γυναικολογική Ογκολογία, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδη, 2001.

- **Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ.,** 2000, *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική (Νοσηλευτικές Διαδικασίες),* τ.1, Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- **Τριχόπουλος, Δ., Καλαποθάκη Β., Πετρίδου Ε.,** 2000, *Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία*, Αθήνα, ΖΗΤΑ .
- **Φωτίου, Σ.Κ.,** *2009, Γυναικολογική Ογκολογία*, Αθήνα, Πασχαλίδης.
- **Χατζημπούγιας Ι.,** 2007, *Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου* , Αθήνα, Gm Design.
- **Baggish M,S.,** 2000, *Κολποσκόπηση Τραχήλου Κόλπου και Αιδοίου*, (μτφρ. Γ.Ιατράκης), Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης .
- **Cupta-Debra S., Kubba H.A.,** 2011, *Oxford Εγχειρίδιο Γυναικολογικής Νοσηλευτικής Φροντίδας,* (μτφρ. Α. Δελτίδου, Χ. Ι.Νάνου), Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Engram B.,** 1977, *Νοσηλευτική Φροντίδα στη Παθολογία $ Χειρουργική, (μτφρ .Γ.Καραχάλιος),* Αθήνα, ΕΛΛΗΝ.
- **Frick H., Leonhard H., Starck D.,** 1985, *Ειδική Ανατομία*, (μτφρ. Ε Κοτσιομήτης, Ν.Νηφόρος), Αθήνα Εκδόσεις Παρισιάνος .
- **Ignatavicius D., WorkL.,** 2008, *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη για Συνεργατική Φροντίδα,* (μτφρ.Α. Βασιλειάδου), τ.4,Αθήνα,ΒΗΤΑ.
- **Netter F.H.,** 2009, *Παθολογία Βασικές Αρχές,* (μτφρ. Κ. Βλάση, Ο. Γιαννουλάκη, Ε. Γιαννούλη , Β. Θεοδωρόπουλος , Χ. Καλαϊτζή, Δ . Καλιαμπάκος , Α. Καλλιακμάνης .Τ.2, Αθήνα Εκδόσεις Πασχαλίδης .
- **Tindall V.R.**, *1996, Εικονογραφημένη Γυναικολογία*, (μτφρ. Β. Αντωνάκη),Αθήνα, Παρισιάνος .
- **Πρινάρη Α., Πατελάρου Α., Ξυλούρη Α., Σιφάκη –Πιστόλα Δ.,** «*Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα για την εξάπλωση του καρκίνου στην Ελλάδα και την οργάνωση φορέων πρόληψης σε παγκόσμιο επίπεδο : Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας»*, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, τευχ. 2, τόμος. 4, Ιούλιος 2011.
- **Ben-Natan M., Adir o**., *Screening for Cervical Cancer Among Israeli Lesbian Women, Int Nurs Rev*, Vol.56, no. 4, December 2009, p. 433-41.
- **Buick C., Metcalfe K.,** *The human Papillomavirus Vaccine an Oncology Nursing Issue*, Oncol Nurs, Vol. 19, no.3, Summer 2009, p.60-4.

- **Black, AT., McCulloch, A., Martin, RE., Kan, L.** (2011) *Young women and cervical cancer screening: what barriers persist. The Canadian journal of nursing research*,vol.1, p.8-21.
- **Buick, C. & Metcalfe, K** .(2009) *The human Papillomavirus vaccine: an oncology nursing issue. Can Oncol Nurs* J. 19 (2): 60-4
- **Clemmers DA., Knafl K., Lev EL., McCorkle** R.*, Cervical Cancer Patterns of Long-tern Survival, Oncol Nurs Forum,* Vol. 35, no.5, November,p.897-903.
- **Donadaki EM., Jimenez-Garcia R., Hernadez-berrera V., Carrasco-Garrido P., Lopez de Andres A., Volonakin EG.,** *Human Papillomavirus Vaccination Covareg Among Greek Higher Educcation Female Students an Predictors of Vaccine Update, Vaccine,* Vol.25, no.12, September 2012, p.1339-4
- **Farrel C., Heaven C., Beaver K., Maguire P**.*, Identifying the Concerns of Women Undergoing Chemotherapy, Patient Educ Couns,* Vol.56, no.1, January 2005, p.72-7.
- **Ferreira SE.,** *Cervical Intraepithelial Neoplasia Diagnosis : Emotional Impactand Nursing Implications, Clin Excell Nurse Pract*, vol.2, no.4, July 1998, p.218-24.
- **Golbasi , Z., Erenel, AS.,** (2011) *The quality of sexual life in woman with gynaccological cancers. Oncology nursing forum* (3). P.15-20.
- **Gesouli-Voltyraki E., Tsetsekou E., Metaxa A., Borsi A., Noula M.,** *The knowledge of women in a greek province regarding the cervical Cancer, its prevention capabolites and PAP-TEST, Health science* Journal, vol.4, no.2, 2010.
- **Hammer k., Mogensen O.,** *Hall EO., Hope as Experienced in Women Newly Diagnosed with Gynaecological Cncer, Eur J Oncol Nurs,* vol.13, no.4, September 2009, p.274-9.
- **Khaliq SA., Shyum Naqvi SB., Fatima A.,** *Human Papillomavirous (HPV) Induced Cancer and Prevention by Immunization, Pak J. Pharm* Sci, vol.25,no.4, Octomber 2012, p.0763-72.
- **Mandic A**.,*Primary Prevention of Cervical Cancer Prophylactic Human Papillomavirus Vaccines,* J.Buon, vol. 17, no. 3,July-September 2012,p. 4227.

- **OscarssonMG., Dahlberg A., Tyden T**., *Midwives at Youth Clinics Attitude to HPV Vaccination and their Role in Cervical Cancer Prevention, Sex Reprod Healthc,* vol. 2, no. 4, 2001, p, 137-42.
- **Shah V., S., Singh A., Shrivastana M.,** *Awareness and Knowledge of Cervical Cancer and its Prevention Among the Nursing Staff of India*, Cancer Medical Science, September 2012.
- **Singh E., Seth S., Rani V., Srivastana DK**., *Awareness of Crvical Cancer Screening Among Nursing Stasff on a Tertiary Institution of Rual India, J Gynecol Oncol*, vol23, no, 3, July 2012, p. 141-6
- **Stegigna SK., Dunn J.,** *Women's Experiences Following Treatment for Gynecologic Cancer, Oncol Nurs Forum*, vol.24, no. 8, September 1997, p. 1403-8.
- **Stilos K.,Doyle C., Daines P.,** *Addressing the Sexual Health Needs of Patients with Gynaecological Cancers, Clin J Oncol Nurs*, vol. 12, no. 3, June 2008, p. 457-63.
- **Twinn S.,** *Balancing Uncertainty and Acceptance: Understanding Chinese Women's Responses to an Abnormal Cervical Smear Result, J Clin Nurs*, vol.15, no. 9, September 2010,p.1140-8.
- **Urasa M., Darj E.,** *Knowledge of Cervical Cancer and Screening Practices of Nurses at a Regional in Tanzania, After Health* Sci, vol. 11, no. 1, 2011, p. 48-57.