



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας



Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Σπουδάστρια:

Μανουσαρίδου Ελένη

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	3
Summary.....	4
1. Εισαγωγή.....	5
2. Ιστορική Αναδρομή.....	6
3. Επιδημιολογία.....	7
Α΄ ΜΕΡΟΣ	9
1.Ανατομία Γεννητικού Συστήματος Γυναίκας.....	9
1.1 Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της Γυναίκας.....	9
1.2 Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της Γυναίκας	9
1.2.1. Ωοθήκες.....	9
1.2.2. Σάλπιγγες.....	10
1.2.3. Τράχηλος	11
1.2.3.1. Η λειτουργία του Τραχήλου	12
2. Φυσιολογία Γεννητικού Συστήματος της Γυναίκας	13
2.1 Εμμηνορρυσία εμμηναρχή και εφηβεία	13
2.2 Εμμηνορρυσιακός Κύκλος.....	13
3. Ορισμός του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας	13
4.Παράγοντες	14
5. Κλινική Εικόνα	15
6. Διάγνωση	15
7.Διαφοροδιάγνωση.....	18
8.Σταδιοποίηση.....	18
9. Πρόγνωση	20
9.1.Πρόγνωση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σταδίου 1	20
9.2.Πρόγνωση για τοπικά προχωρημένους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας.....	20
10.Πρόληψη	20
11.Θεραπεία	23
11.1.Χειρουργική αντιμετώπιση	24
11.2.Συντηρητική	25
11.2.1.Επικουρική ακτινοθεραπεία για ασθενείς με στάδιο 1A2-1B2.....	25
11.2.2.Επικουρική χημειοακτινοθεραπεία για ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σταδίου 1A2-1B2	26
11.2.3.Ενδοκοιλιακή βραχυθεραπεία για τοπικά προχωρημένη νόσο	26
11.3. Μετεγχειρητικές επιπλοκές	27
Β΄ ΜΕΡΟΣ	28
1.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς.....	28
1.1 Ιστορικό.....	28

1.2.Κλινική εξέταση	29
2.Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας .	30
2.1 Προετοιμασία της ασθενούς για Test Παπανικολάου	30
3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη	30
3.1 Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη	30
3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτερογενή πρόληψη	31
4.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ...	32
4.1 Προεγχειρητική φροντίδα	32
4.2 Πληροφόρηση της ασθενούς	33
4.3 Ψυχολογική προεγχειρητική ετοιμασία	34
4.4 Επισημάνσεις ανάθεσης	34
4.5 Φάσεις Μετεγχειρητικής φροντίδας σε χειρουργικό ασθενή	35
5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χημειοθεραπεία	37
6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία	37
7.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	38
Γ' Μέρος.....	39
Έρευνα (Νέα δεδομένα)	39
Συμπεράσματα	60
Βιβλιογραφία	62
Ξένη βιβλιογραφία	62
Ελληνική Βιβλιογραφία	67

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (ΚΑΤ) είναι μια γενετική κακοήθεια, στον γενικό πληθυσμό. Έχει καλή πρόγνωση και μπορεί ακόμη και να ιαθεί πλήρως. Κάθε χρόνο νοσούν εκατομμύρια γυναίκες ως εκ τούτου η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού καταλλήλως σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι ιδιαίζουσας σημασίας.

Στόχος: Στόχος της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας είναι να διερευνηθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Θα γίνει λόγος για την πρόληψη αλλά και για τις προτεινόμενες θεραπείες.

Υλικό και Μέθοδος: Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία βασίζεται σε δευτερογενή έρευνα. Οι επιστημονικές αποδείξεις συγκεντρώθηκαν και αξιολογήθηκαν με βάση τα περιοδικά που έχουν δημοσιευτεί αλλά και το επιστημονικό αντίκτυπο που είχαν. Η διαδικασία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης πραγματοποιήθηκε στο Google Scholar, στο Pubmed και στο Cinahl. Για την αναζήτηση των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά: καρκίνος, τράχηλος μήτρας, ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων, τεστ Παπανικολάου, εμβολιασμός.

Αποτελέσματα: Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι από τις πιο συχνές μορφές καρκίνου στο ανθρώπινο είδος. Η επιστημονική κοινότητα έχει δώσει ιδιαίτερη σημασία στην πρόληψη αλλά και σε νέες θεραπείες. Ο καρκίνος επηρεάζει τον πυρήνα του ανθρώπου αλλάζοντάς τον ριζικά. Οι θεραπείες που ακολουθούνται είτε επιθετικές είτε συντηρητικές επηρεάζουν και στιγματίζουν τον άνθρωπο και ιδιαίτερα την γυναίκα του σήμερα.

Συμπεράσματα: Η νοσηλευτική επιστήμη βρίσκεται δίπλα στις γυναίκες που υποφέρουν από αυτή την συνήθη νόσο. Μέσω της κοινοτικής νοσηλευτικής η οποία είναι υπέρμαχος της πρόληψης ενημερώνονται οι μάζες με σκοπό την μείωση των αναφερόμενων περιστατικών. Τέλος, σημαντικό ρόλο παίζουν οι υποστηρικτικοί μηχανισμοί που λαμβάνουν δράση γύρω από μια γυναίκα που πάσχει από καρκίνο.

Λέξεις ευρετηρίου: καρκίνος, τράχηλος μήτρας, ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων, τεστ Παπανικολάου, εμβολιασμός.

Summary

Introduction: Cervical cancer (CC) is a genetic malignancy, in the general population ,it has a good prognosis and can be fully cured. Every year millions of women are diagnosed, therefore informing the general public accordingly on the prevention of cervical cancer is of particular importance.

Objective: The aim of this thesis is to investigate the impact of nurses in the prevention of cervical cancer.

Material and Method: This thesis is based on secondary research. The scientific evidence was collected and evaluated on the basis of the published journals and the scientific impact they have had. The process of the literature review was carried out in Google Scholar, Pubmed and Cinahl. For the search for the articles, the key words were used: cancer, cervix, human papillomavirus, Pap smears, vaccination.

Results: Cervical cancer is one of the most common malignancies in the human species. The scientific community has attached particular importance to prevention but also to new treatments. Cancer affects the core of man by changing it radically. The treatments used either aggressive or conservative affect and stigmatize women today.

Conclusions: Nursing science stands by women who suffer from this common type of cancer. Through community nursing, which is an advocate of prevention, the masses are informed in order to reduce the reported cases. Finally, the support mechanisms that take action around a woman suffering from cancer play an important role.

Key words: cancer, cervix, human papillomavirus, Pap smear, vaccination.

1. Εισαγωγή

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο πιο κοινός καρκίνος των γεννητικών οργάνων και μια από τις κύριες αιτίες θανάτου μεταξύ των γυναικών. Αντιπροσωπεύει περίπου το 12% όλων των τύπων καρκίνων στις γυναίκες και είναι η δεύτερη πιο συχνή μορφή καρκίνου στις γυναίκες παγκοσμίως κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες. Το 2000, πάνω από 471.000 νέες περιπτώσεις διαγνώστηκαν με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και καταγράφηκαν 288.000 θάνατοι παγκοσμίως και περίπου το 80% αυτών των θανάτων συνέβησαν στις θεωρητικά αναπτυγμένες χώρες. Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη από τους Bray et al., το 2008, δείχνει ότι οι γυναίκες στις αναπτυσσόμενες χώρες αντιπροσωπεύουν περίπου το 85% της ετήσιας νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα νούμερα κυμαίνονται μεταξύ 493.000 περιπτώσεις και 273.500 θανάτους παγκοσμίως (Δημήτριος, 2017).

Εκατομμύρια γυναίκες ανά τον κόσμο διατρέχουν κίνδυνο να εμφανίσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, καθώς υπάρχει ελάχιστη ενημέρωση για πρόληψη στους φορείς (τον αντρικό πληθυσμό) και δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση προς τις γυναίκες. Η ασθένεια σχετίζεται με νοσηρότητα και θνησιμότητα μεταξύ των γυναικών και όχι μόνο. Το ψυχολογικό αντίκτυπο του καρκίνου, ο κοινωνικός στιγματισμός και η πιθανότητα στέρωσης σε γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία, ενδέχεται να αλλάξουν την ζωή της γυναίκας ριζικά. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας κακοήθης όγκος που τείνει να εξαπλωθεί όπως κάθε άλλη κακοήθεια σε άλλα μέρη του σώματος. Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων 16 και ο 18 έχουν αναγνωριστεί ως σημαντικοί αιτιολογικοί παράγοντες που μπορεί να δημιουργήσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ο HPV 16 ευθύνεται περίπου για το 60% και ο HPV 18 για το 15% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ οι υπόλοιποι γονότυποι HPV αντιπροσωπεύουν το υπόλοιπο 25% που μπορεί να μεταδίδεται κυρίως μέσω σεξουαλικής επαφής (Campbell & Monga, 2008).

Ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι η μόλυνση από τον ιό του ανθρώπινου θηλώματος (HPV). Ο HPV είναι μια ομάδα που απαρτίζεται από 150 σχετικούς ιούς, μερικοί από τους οποίους προκαλούν θηλώματα, που είναι πιο γνωστά στο ευρύ κοινό ως κονδυλώματα. Αυτά τα θηλώματα κατηγοριοποιούνται αναλόγως την επικινδυνότητά τους. Οι τύποι HPV υψηλού κινδύνου, είναι εκείνοι οι τύποι που ενδέχεται να προκαλέσουν καρκίνο και όχι μόνο. Μπορούν επίσης να προκαλέσουν κονδυλώματα γύρω από τα γυναικεία και ανδρικά γεννητικά όργανα καθώς και στην περιπρωκτική χώρα. Ο HPV 6 και ο 11 είναι δύο τύποι αναφοράς που

μπορούν να προκαλέσουν εξωτερικά κονδυλώματα. Με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κονδυλωμάτων αλλά και με υψηλά ποσοστά πρόκλησης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σχετίζονται ο HPV 16 και 18. Είναι υπεύθυνοι περίπου τα δύο τρίτα όλων των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας (Campbell & Monga, 2008).

Σύμφωνα με τους Saslow et al., (2012), ο τρόπος ζωής αυξάνει τις πιθανότητες να μολυνθεί κάποιος από HPV. Ο ιός του ανθρώπινου θηλώματος που προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συνδέεται άρρηκτα με την ερωτική ζωή των γυναικών, καθώς η αλλαγή πολλαπλών ερωτικών συντρόφων συσχετίζεται με την εξάπλωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επίσης, η λοίμωξη από χλαμύδια, η ανοσοκαταστολή, η παχυσαρκία, η μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών καθώς η διαίτα χαμηλή σε φρούτα και λαχανικά είναι μερικοί από τους παράγοντες που ευνοούν την εξάπλωση του HPV.

2. Ιστορική Αναδρομή

Ο καρκίνος σαν ιατρικός όρος προέρχεται από τον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη. Ο ίδιος εφηύρε την συγκεκριμένη λέξη με σκοπό για να μπορέσει να περιγράψει τις διάφορες παραμορφώσεις που εμφανιζόταν στο σώμα των ανθρώπων εκείνης της εποχής. Στο σήμερα, η μεγαλύτερη ανακάλυψη που σχετίζεται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έγινε το 1892 μετά από πολύχρονες έρευνες στο Cornell University και στο νοσοκομείο γυναικών της Νέα Υόρκης, όπου και έγινε η παρουσίαση της διάγνωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αλλά και των εξαρτημάτων που χρησιμοποιήθηκαν για να ληφθούν τα κολπικά επιχρίσματα (Παπανικολάου, 2008).

Η κυτταρολογική εξέταση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ξεκίνησε από τον γνωστό κυτταροπαθολόγο, τον Γιώργο Παπανικολάου, M.D., Ph.D. Ο Δρ. Παπανικολάου μελετούσε την ορμονική ωρίμανση του ανθρώπινου κολπικού βλεννογόνου και κατέληξε στο συμπέρασμα πως μπορεί να βρεθούν καρκινικά κύτταρα στο κολπικό υγρό των γυναικών οι οποίες πάσχουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Παρουσίασε τα ευρήματα σε μια εφημερίδα με τίτλο "Νέα διάγνωση καρκίνου" στο τρίτο συνέδριο Betterment Conference στο Battle Creek, Michigan το 1928. Δυστυχώς, εκείνη την εποχή οι ιστολογικές τεχνικές ήταν πολύ δημοφιλείς σε σχέση με τις κυτταρολογικές μεθόδους. Η παρουσίασή του, επομένως, έλαβε ελάχιστη δημοσιότητα για περισσότερο από μια δεκαετία. Ο Δρ. Παπανικολάου δημοσίευσε ένα νέο έγγραφο το 1941 (Kyo & Goldberf, 2003).

Μέχρι το 1943, οι έννοιες της προκαταρκτικής νόσου και του καρκινώματος *in situ* ήταν ευρέως κατανοητές και οι γιατροί ήταν πολύ ενθουσιώδεις για την έγκαιρη ανίχνευση και

πρόληψη του καρκίνου. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε σήμερα περιγράφηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1940 από έναν Καναδό γιατρό, τον Δρ. J. Ernest Ayre. Ο Δρ. Ayre χρησιμοποίησε τη «σπάτουλα Ayre» για να ξύσει τα κύτταρα απευθείας από τον τράχηλο, μια τεχνική που παρήγαγε ένα δείγμα που ήταν εύκολο να ληφθεί και να ελεγχθεί. Μέχρι τη δεκαετία του 1950, ο έλεγχος Παπανικολάου ήταν ευρέως διαδεδομένος, ακόμη και πριν η αποτελεσματικότητά του αποδειχθεί από κλινικές δοκιμές (Kyo & Goldberf, 2003).

3. Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αντιπροσωπεύει το 9% των περιπτώσεων καρκίνου της γυναίκας και είναι τρίτη κύρια αιτία καρκίνου σε γυναίκες παγκοσμίως, με περισσότερα από 529.000 νέες περιπτώσεις και 275.000 θάνατοι ετησίως. Η εκτίμηση του παγκόσμιου επιπολασμού του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι 11,7% και είναι πιο διαδεδομένος στην Υποσαχάρια Αφρική (24,0%), στην Ανατολική Ευρώπη (21,4%) και στη Λατινική Αμερική (16,1%). Το 85% του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου τα προγράμματα πρόληψης και ελέγχου της ασθένειας είναι ανεπαρκή (de Freitas et al., 2012).

Στις ανεπτυγμένες χώρες έχει μειωθεί ο αριθμός των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά περίπου 80% εξαιτίας των προγραμμάτων ανίχνευσης και θεραπείας προκαρκινικών βλαβών. Αντίθετα, στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι δύσκολο να διεξαχθεί κλινική εξέταση προκαρκινικών βλαβών από τα ασφαλιστικά τους ταμεία καθώς τα συστήματα υγείας τους έχουν περιορισμένους οικονομικούς πόρους. Επί του παρόντος, οι στρατηγικές πρόληψης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας περιλαμβάνουν το papicolaou ή (pap-smear) ανάλυση και εκτομή προκαρκινικών αλλοιώσεων. Περίπου το 85% του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας οφείλεται στον καρκίνο των πλακωδών κυττάρων, ακολουθούμενος από αδenoκαρκίνωμα. Αν και ο έλεγχος και τα προγράμματα πρόληψης έχουν μειώσει τον αριθμό των περιπτώσεων, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παραμένει μία από τις κύριες αιτίες θανάτου μεταξύ των γυναικών παγκοσμίως (de Freitas et al., 2012).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας περίπου 530.000 γυναίκες ετησίως διαγιγνώσκονται με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ περίπου 265.000 πεθαίνουν από αυτόν. Αποτελεί την 4η αιτία θανάτου από καρκίνο σε γυναίκες παγκοσμίως και τη δεύτερη στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στην Αμερική η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση είναι 48 έτη. Μόλις 6% των περιστατικών αφορούν ηλικιωμένες γυναίκες άνω των 85 ετών (Δημήτριος, 2017).

Ανάμεσα σε όλους τους καρκίνους, ο καρκίνος του τραχήλου είναι από αυτούς που μπορούν να ελεγχθούν αποτελεσματικά μέσω προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, με το τεστ Παπανικολάου. Γι' αυτό και η επίπτωση της νόσου σε κάθε χώρα εξαρτάται και από τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Στις ανεπτυγμένες χώρες τα προγράμματα αυτά κατάφεραν να μειώσουν την επίπτωση και θνησιμότητα της νόσου κατά 75% τα τελευταία 50 χρόνια. Στην Ελλάδα, η εκτιμώμενη επίπτωση, για το 2012, είναι 6,2 νέα περιστατικά ανά 100.000 άτομα (Δημήτριος, 2017).

A΄ ΜΕΡΟΣ

1. Ανατομία Γεννητικού Συστήματος Γυναίκας

1.1 Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της Γυναίκας

Είναι γνωστά στο σύνολο τους ως αιδοίο. Αποτελούνται από: Το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης, το οποίο είναι έπαρμα του δέρματος που καλύπτεται από χαρακτηριστικό τρίχωμα. Ακόμη υπάρχουν τα μεγάλα χείλη, τα οποία είναι δύο εξωτερικές πτυχές δέρματος που περιβάλλουν το άνοιγμα του κόλπου. Τα μικρά χείλη, δημιουργούν δύο μικρότερες πτυχές και βρίσκονται εσωτερικά των μεγάλων χειλιών (Platzer et al., 2011).

Στην κορυφή του αιδοίου βρίσκεται η κλειτορίδα, η οποία βρίσκεται στο σημείο που ενώνονται τα άνω άκρα των μικρών χειλιών. Η κλειτορίδα είναι μικρό όργανο με στυτικό ιστό, όπως το πέος. Ο πρόδομος του κόλπου παριστά χώρο, στον οποίο εκβάλλουν: η ουρήθρα, ο κόλπος και τα στόμια των Bartholinείων και παραουρηθρικών αδένων. Επίσης, οι Bartholinείοι αδένες, είναι αδένες μικρού μεγέθους, που βρίσκονται όπισθεν των μικρών χειλέων και εκκρίνουν βλέννα για τη διευκόλυνση της σεξουαλικής επαφής (Platzer et al., 2011).

Τέλος, στο αιδοίο υπάρχουν οι παραουρηθρικοί αδένες (ονομάζονται και αδένες του Skene) που εκβάλλουν στον πρόδομο του κόλπου, ενώ μεταξύ κλειτορίδας και στομίου του κόλπου, βρίσκεται το έξω στόμιο της ουρήθρας (Ezeifeke, 2021).

1.2 Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της Γυναίκας

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν τις ωοθήκες, τις σάλπιγγες, τη μήτρα, τον τράχηλο της μήτρας και τον κόλπο (Ellis, 2011).

1.2.1. Ωοθήκες

Αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Είναι όργανα με διπλή λειτουργία. Παράγουν ωάρια (το γεννητικό υλικό της γυναίκας) και ορμόνες (κυρίως οιστρογόνα και προγεστερόνη). Η κύρια λειτουργία των ωοθηκών είναι η αναπαραγωγική. Από ανατομικής πλευράς, οι ωοθήκες αποτελούν δύο ωοειδή αποπεπλατυσμένα μορφώματα με μήκος 3-5cm, πλάτος 1,5-3cm και πάχος 1,5-2,5cm, που βρίσκονται στη μικρή πύελο. Έχουν χρώμα ροδίζον λευκό προς γκρι. Στις ωοθήκες διακρίνουμε δύο πόλους, δύο χείλη και δύο επιφάνειες, όπως επίσης και δύο ζώνες, τον φλοιό και τον μυελό. Ο φλοιός αποτελείται από

το επιθήλιο, τον ινώδη χιτώνα, το στρώμα και τα ωοθυλάκια. Ο μυελός καταλαμβάνει το εσωτερικό του αδένος, χωρίς να ξεχωρίζει σαφώς από τον φλοιό και αποτελείται από συνδετικό ιστό, αγγεία και νεύρα (Ellis, 2011).

Στην ωοθήκη συντελείται η αποθήκευση, η ωρίμανση και η απελευθέρωση των ωαρίων κατά την ωοθυλακιορρηξία. Ταυτόχρονα εμφανίζεται και η ενδοκρινής λειτουργία των ωοθηκών με έκκριση ορμονών. Οι δύο αυτές λειτουργίες (αναπαραγωγική και ενδοκρινής) δεν είναι ανεξάρτητες, αλλά συνδέονται άμεσα μεταξύ τους. Οι ωοθήκες λειτουργούν ως ενδοκρινείς αδένες υπό την επίδραση των υποφυσιακών ορμονών, της θυλακιοτρόπου (FSH, follicle-stimulating hormone) και της ωχρινότροπου (LH, luteinizing hormone) ορμόνης και παράγουν κυρίως οιστρογόνα. Παράλληλα, η ωοθήκη είναι και μια δεξαμενή ωοθυλακίων, τα οποία βρίσκονται σε διάφορα στάδια ωρίμανσης (αρχέγονα, πρωτογενή, δευτερογενή). Έχει περιγράψει ότι ενώ κατά τη γέννηση ο αριθμός των ωοθυλακίων είναι περίπου 2 εκατομμύρια, στην αρχή της ήβης απομένουν περί τις 300-400 χιλιάδες. Στην ηλικία των 38 ετών ο αριθμός ωοθυλακίων εκτιμάται στις 25.000 και στην εμμηνοπαυση περίπου σε 1.000 (Ellis, 2011).

Από αυτά, κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας το πολύ 400 θα εξελιχθούν σε κυρίαρχα ωοθυλάκια, που κατά τη διάρκεια της παραγωγικής φάσης του κύκλου θα μεγαλώσουν προοδευτικά και θα ραγούν (ωοθυλακιορρηξία). Με την ωοθυλακιορρηξία θα απελευθερωθεί το ωάριο, το οποίο εάν γονιμοποιηθεί θα εξελιχθεί σε έμβρυο. Μετά την ωοθυλακιορρηξία, το ωοθυλάκιο θα μετατραπεί σε ωχρό σωματίο, το οποίο παράγει κυρίως προγεστερόνη. Το ωχρό σωματίο διατηρείται επί 14 ημέρες και μετατρέπεται σε λευκό σωματίο, εκτός αν επιτευχθεί εγκυμοσύνη, οπότε μετατρέπεται σε ωχρό σωματίο της κήσεως (Ellis, 2011).

1.2.2. Σάλπιγγες

Είναι τα όργανα, εντός των οποίων φυσιολογικά επέρχεται η γονιμοποίηση. Έχουν σχήμα επιμήκους σωληνίσκου και συνδέουν την κοιλότητα της μήτρας με την κοιλότητα της κοιλιάς. Οι σάλπιγγες είναι δύο και εκφύονται από τα πλάγια του σώματος της μήτρας. Έχουν μήκος περίπου 10-13cm και εξωτερική διάμετρο 0,05-1,0cm. Διακρίνονται τέσσερα τμήματα της σάλπιγγας: το ενδομήτριο (διάμεσο) τμήμα της σάλπιγγας, ο ισθμός, η λήκυθος και ο κώδωνας, που το άκρο του καταλήγει στους κροσσούς. Το διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας πορεύεται εντός του τοιχώματος της μήτρας και εκβάλλει στο κέρασ δια του μητριαίου στομίου της σάλπιγγας. Ο ισθμός είναι το εστενωμένο μικρό τμήμα της σάλπιγγας πλησίον της μήτρας με εσωτερική διάμετρο 1 έως 3mm. Η λήκυθος είναι το μακρύτερο και ευρύτερο τμήμα και διευρύνεται στο ακραίο τμήμα της, καταλήγοντας στον

κώδωνα και στους κροσσούς (Roach & Andreotti, 2017).

Η σάλπιγγα, με τη βοήθεια των κροσσών, παραλαμβάνει το ωάριο μετά την ωοθυλακιορρηξία. Στον αυλό της σάλπιγγας το ωάριο γονιμοποιείται από ένα μόνο σπερματοζωάριο, από τα πολλά που έχουν φθάσει εν τω μεταξύ μέσω του τραχήλου και της μήτρας (Roach & Andreotti, 2017).

Το εσωτερικό της σάλπιγγας καλύπτεται από επιθήλιο που αποτελείται από κροσσωτά και εκκριτικά κύτταρα, όπως επίσης και από στυλοειδή και εφεδρικά κύτταρα. Τα κροσσωτά κύτταρα χρησιμεύουν για τη μεταφορά των γαμετών, ενώ τα εκκριτικά για την ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου. Έτσι η μεγαλύτερη αναλογία των κροσσωτών κυττάρων βρίσκεται στη λήκυθο (περίπου 65-75%), είναι μικρότερη στον ισθμό (15-20%), ενώ στο ενδομήτριο τμήμα της σάλπιγγας τα κροσσωτά κύτταρα απουσιάζουν εντελώς (Roach & Andreotti, 2017).

Η σάλπιγγα εξωτερικά καλύπτεται από ορογόνο χιτώνα, ενώ ανάμεσα σε ορογόνο και βλεννογόνο υπάρχει μυϊκό τοίχωμα. Το μυϊκό τοίχωμα είναι παχύτερο στην περιοχή του ισθμού και λεπτότερο στη λήκυθο και στον κώδωνα. Ο περισταλτισμός του μυϊκού τοιχώματος και η κίνηση του κροσσωτού επιθηλίου υποβοηθούν την προώθηση του ωαρίου και των σπερματοζωαρίων. Θεωρείται ότι η γονιμοποίηση επέρχεται στη λήκυθο της σάλπιγγας. Η σάλπιγγα φαίνεται να διαθέτει τη μοναδική ικανότητα μεταφοράς του ωαρίου σε αντίθετη κατεύθυνση από αυτήν του σπερματοζωαρίου. Μετά τη γονιμοποίηση, η κίνηση των κροσσωτών κυττάρων και ο περισταλτισμός του μυϊκού τοιχώματος προωθούν τον ζυγώτη προς την κοιλότητα της μήτρας. Τα εκκριτικά (μη κροσσωτά κύτταρα) παράγουν υγρό, το οποίο περιέχει πρωτεΐνες, λιποπρωτεΐνες, Ca, Mg, όξινη και αλκαλική φωσφατάση, θρεπτικά συστατικά που χρησιμεύουν για τη διατροφή του γονιμοποιημένου ωαρίου τις 4-5 πρώτες ημέρες της ζωής του, καθώς αυτό προωθείται προς την κοιλότητα της μήτρας όπου θα εμφυτευθεί και θα αναπτυχθεί (Roach & Andreotti, 2017).

1.2.3. Τράχηλος

Ο τράχηλος αποτελεί τμήμα της μήτρας με σχήμα κυλίνδρου, που συνδέει την κοιλότητα της μήτρας με τον κόλπο και διαστέλλεται κατά τον τοκετό. Το έξω στόμιο του τραχήλου προβάλλει στον θόλο του κόλπου και καλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο, όμοιο με το επιθήλιο του κόλπου. Ο αυλός του τραχήλου (ενδοτράχηλος) έχει μήκος περίπου 4cm και καλύπτεται από κυλινδρικό αδενικό επιθήλιο. Το έσω στόμιο του τραχήλου αποτελεί το ανατομικό όριο μεταξύ του τραχήλου και της κοιλότητας της μήτρας. Οι αδένες του ενδοτραχήλου παράγουν βλέννα, η οποία αποτελεί διάδρομο και ηθμό για τα σπερματοζωάρια. Η τραχηλική βλέννα υφίσταται ουσιαστικές αλλαγές κατά τη διάρκεια του

κύκλου υπό την επίδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης όσον αφορά την ποσότητα, τη σύσταση, την πυκνότητα. Οι αλλαγές αυτές της τραχηλικής βλέννας είναι άμεσα εξαρτώμενες από τον ωοθηκικό κύκλο, έτσι ώστε να προσφέρουν τις ιδανικότερες συνθήκες για τη διέλευση των σπερματοζωαρίων στη φάση της ωοθυλακιορρηξίας. Η ύπαρξη αντισπερματικών αντισωμάτων στην τραχηλική βλέννα δυσχεραίνει τη διέλευση των σπερματοζωαρίων (Ramírez-González et al., 2016).

1.2.3.1. Η λειτουργία του Τραχήλου

Ο τράχηλος της μήτρας πρωταρχικά ενεργεί ως το φυσικό εμπόδιο μεταξύ του εξωτερικού περιβάλλοντος (κολπικό κανάλι) και της μήτρας. Τα κύτταρα του ενδοτραχηλικού σωλήνα παράγουν όξινη και ουδέτερη βλέννη, που περιέχει ηλεκτρολύτες (κυρίως χλωριούχο νάτριο) και απλά σάκχαρα (γλυκογόνο) σε κολλώδες διάλυμα. Η βλέννη αποτελεί ένα φραγμό στο στόμιο δεσμεύοντας τη διέλευση ξένων παθογόνων μικροοργανισμών από τον κολπικό θόλο εντός της μήτρας. Ανοσοσφαιρίνες, ένζυμα, λευκοκύτταρα και αποφολιδωμένα πλακώδη επιθηλιακά κύτταρα δύναται επίσης να βρεθούν «μπλοκαρισμένα» εντός της βλέννης, δυναμώνοντας περαιτέρω τον φραγμό και προσθέτοντας βακτηριδιακή συμμετοχή στην βλέννη (Moore, 2012).

Ο φραγμός της βλέννης δεν είναι μία σταθερή κατάσταση και οι ορμόνες καθορίζουν την σύστασή της. Κατά την ωορρηξία, η βλέννη καθίσταται πιο λεπτή και αποτελείται από ένα λεπτό ακυτταρικό δίκτυο ινών, που διευκολύνει τη διέλευση του σπέρματος από τον κόλπο προς τη μήτρα και τελικά προς τις σάλπιγγες, όπου η σύλληψη λαμβάνει χώρα. Κατά την κύηση η βλέννη καθίσταται παχιά και προστατεύει την ανάπτυξη του εμβρύου σφραγίζοντας τον ενδοτραχηλικό σωλήνα εκ νέου (Moore, 2012).

Ο τράχηλος και η μήτρα είναι ευλύγιστες δομές που περιέχουν ελαστικές ίνες επιπλέον των μυϊκών. Αυτό είναι περισσότερο εμφανές κατά την διάρκεια του τοκετού όταν ο τράχηλος απαιτείται να διατεθεί περίπου 10cm σε διάμετρο προκειμένου να διευκολύνει την κάθοδο του εμβρύου εντός του κολπικού σωλήνα. Εάν η σύλληψη δεν λάβει χώρα, το μυομήτριο του τραχήλου διατάσσεται για να επιτρέπει την έμμηνο ρύση («κατάρρευση» του στρώματος του ενδομήτριου). Αυτή η διάταση προκαλεί πόνο και δυσφορία που συχνά αναφέρεται ως «πόνος περιόδου». Αυτά τα φυσιολογικά χαρακτηριστικά του τραχήλου ελέγχονται όλα από τις ορμόνες οιστρογόνα και προγεστερόνη (Vander et al., 2011).

2. Φυσιολογία Γεννητικού Συστήματος της Γυναίκας

2.1 Εμμηνορρυσία, εμμηναρχή και εφηβεία

Καθώς τα θήλυ άτομα εισέρχονται στην εφηβεία, αρχίζουν σιγά σιγά να αναπτύσσουν όλα τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου όπως είναι η τριχοφυΐα στις μασχάλες και στα γεννητικά όργανα. Συνήθως μετά από 1,5 χρόνο αφότου παρατηρηθεί η ανάπτυξη του μαστικού αδένα, έρχεται και η πρώτη περίοδος. Η έμμηνος ρύση δεν σηματοδοτεί μόνο το γεγονός πως ξεκίνησε η αιμόρροια, αλλά και το γεγονός πως πλέον η γυναίκα είναι σε θέση να τεκνοποιήσει. Για να καταστεί αυτό δυνατό οι ωοθήκες πρέπει να παράγουν δύο ορμόνες, τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη (Stephenson et al., 2018).

2.2 Εμμηνορρυσιακός Κύκλος

Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος αρχίζει από την πρώτη ημέρα της αιμόρροιας. Από τον εγκέφαλο παράγονται και απελευθερώνονται στην συστηματική κυκλοφορία ορμόνες που διεγείρουν την ωρίμανση πολλών ωαρίων στις ωοθήκες. Οι ωοθήκες περιέχουν περίπου 1 με 2 εκατομμύρια ανώριμα ωάρια. Μέσα στις πρώτες 14 ημέρες ωριμάζουν μερικά από αυτά τα ωάρια μέσα στα ωοθυλάκιά τους. Οι ορμόνες που παράγονται από το ωοθυλάκιο (οιστρογόνα) διασφαλίζουν την ανάπτυξη του ενδομήτριου της μήτρας. Επίσης, τα οιστρογόνα που απελευθερώνονται με την ανάπτυξη των ωοθυλακίων παράγουν ένα σήμα που προκαλεί την ωοθυλακιωρηξία. Το ωοθυλάκιο παραμένει στην ωοθήκη και σχηματίζει το ωχρο σωματίο που είναι σημαντικό για την παραγωγή της προγεστερόνης κατά το δεύτερο ήμισυ του κύκλου (Campbell & Monga, 2008).

Αυτό εξασφαλίζει για τις επόμενες 14 μέρες ότι το ενδομήτριο είναι έτοιμο για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και ότι δεν θα ωριμάσει κάποιο νέο ωάριο. Μετά την ωοθυλακιωρηξία (6-8 ώρες) μπορεί το ωάριο να γονιμοποιηθεί από ένα σπερματοζωάριο και αυτό γονιμοποιημένο πλέον ταξιδεύει προς την μήτρα. Εάν το ωάριο δε γονιμοποιηθεί, αυτό εκφυλίζεται μετά από 24 ώρες. Το ενδομήτριο, το οποίο ήταν προετοιμασμένο για να δεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο, αποπίπτει. Η έμμηνος ρύση αρχίζει και ένας καινούριος εμμηνορρυσιακός κύκλος ξεκινάει (Γκιόκα, 2016).

3. Ορισμός του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι η τρίτη πιο κοινή κακοήθεια στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού και του ενδομήτριου. Είναι νόσος που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη κακοηθών κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου αναπτύσσεται συνήθως μετά από μακρό χρονικό διάστημα εξέλιξης ιστολογικών μεταβολών στα κύτταρα του τραχήλου, οι οποίες είναι γνωστές ως δυσπλασία. Στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται ένα σύνολο μη φυσιολογικών κυττάρων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την προοδευτική αύξηση των καρκινικών κυττάρων και την εξάπλωση τους στον τράχηλο και στις ανατομικές δομές που τον περιβάλλουν. Οι συχνότερες μορφές είναι α) ο επιθηλιακός καρκίνος, που αποτελεί το 90% των περιπτώσεων, και αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου, και β) το αδενοκαρκίνωμα που εμφανίζεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού (ενδοτράχηλος) (Lea & Lin, 2012).

4. Παράγοντες

Πολλοί παράγοντες έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Αρχικά, η λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), όπου συγκεκριμένοι ορότυποι έχουν συσχετιστεί με υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σημαντικό ρόλο παίζει και το ατομικό ιατρικό ιστορικό προκαρκινικών αλλοιώσεων όπως και το ατομικό ιστορικό σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων όπως για παράδειγμα τα χλαμύδια και ο έρπης γεννητικών οργάνων. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ζήτημα δημόσιας υγείας, ακόμη περισσότερο στις υποανάπτυκτες χώρες, όπου τα ΣΜΝ διαδίδονται με γοργούς ρυθμούς λόγω της ελλειπούς ενημέρωσης και πρόληψης. Η έναρξη σεξουαλικών επαφών σε μικρή ηλικία και η εναλλαγή πολλαπλών συντρόφων είναι από τους κύριους λόγους που ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών εκδηλώνει σε κάποιο σημείο στη ζωή του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Belhadj et al., 2013).

Η χρόνια λήψη αντισυλληπτικών χαπιών είναι μια διαδεδομένη μέθοδος η οποία χρησιμοποιείται παγκοσμίως για την πρόληψη ανεπιθύμητων κυήσεων. Σε πολλές περιπτώσεις τα νεαρά άτομα κατέχουν λανθασμένα την αντίληψη πως δεν είναι απαραίτητη η χρήση προφυλακτικού εφόσον δεν μπορεί η γυναίκα δυνητικά να μείνει έγκυος (95-97%). Με αυτό τον τρόπο αυξάνεται η μετάδοση των στελεχών HPV, ειδικά όταν δεν γίνονται εξετάσεις για ΣΜΝ σε τακτά χρονικά διαστήματα και από τους δύο συντρόφους (Gadducci et al., 2011).

Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες το ανοσοποιητικό σύστημα αδυνατεί να ανταπεξέλθει ή και ανεπαρκή, εξαιτίας άλλων παθήσεων ή λοιμώξεων, και καθίσταται πιο εύκολη η είσοδος και η ανάπτυξη των μικροοργανισμών και κατά συνέπεια η δημιουργία εκτεταμένης βλάβης. Η λήψη συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής, όπως είναι η αντιρετροϊκή αγωγή, καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα, δημιουργώντας το κατάλληλο υπόστρωμα για να αναπτυχθούν οι διάφοροι μικροοργανισμοί (Ghosh et al., 2011).

Τέλος, η τεκνοποίηση σε ηλικία κάτω των 17 ετών μπορεί να δημιουργήσει σωρεία προβλημάτων σε μια γυναίκα, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά, όπως και οι πολλαπλοί τοκετοί, συνήθως πάνω από πέντε. Όλα αυτά τα δεδομένα έχουν συλλεχθεί βάσει ποσοστών και αντικατοπτρίζουν μια πιθανότητα και όχι την βεβαιότητα (Stewart et al., 2010).

5. Κλινική Εικόνα

Στα αρχικά του στάδια, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι συχνά ασυμπτωματικός και μπορεί να διαγνωστεί μετά από συστηματικό έλεγχο ή πυελική εξέταση. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αιμορραγία μετά την συνουσία ή ανώμαλη κολπική αιμορραγία. Έντονη δυσοσμία λόγω κολπικών εκκρίσεων μπορεί επίσης να συγκαταλέγεται στα σύμπτωμα αλλά σπάνια είναι αυτό το σύμπτωμα εκλογής. Επιπρόσθετα, η τριάδα που περιλαμβάνει το οίδημα των κάτω άκρων, το πλευρικό άλγος και την ισχιαλγία υποδηλώνουν εισβολή στο πυελικό πλευρικό τοίχωμα. Υπάρχουν ακόμη δύο σοβαρές επιπλοκές της νόσου που υποδηλώνουν σοβαρότερη κλινική εικόνα, δυσμενή πρόγνωση και διήθηση σε άλλους ιστούς: η διέλευση ούρων μέσω του κόλπου που υποδηλώνει την δημιουργία κυστεοκολπικού συρίγγιου και άρα εισβολή του καρκίνου στην ουροδόχο κύστη και η διαφυγή κοπράνων μέσω του κόλπου που υποδηλώνει τον σχηματισμό ορθοκολπικού συριγγίου και άρα εισβολή του καρκίνου στο ορθό (Stewart et al., 2010).

6. Διάγνωση

Στις 24 Απριλίου του 2014, εγκρίθηκε το cobas HPV Test από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) ως εργαλείο πρώτης γραμμής για τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες άνω των 25 ετών. Είναι το πρώτο και μοναδικό HPV test το οποίο χρησιμοποιείται σαν πρωταρχικό διαγνωστικό μέσο στην Αμερική. Το τεστ μπορεί να δώσει αποτελέσματα για τα υψηλού κινδύνου στελέχη του HPV, όπως είναι ο HPV-31, 35,33,39,45,51,52,56,58,59,66 και 68 ενώ εξάγει διαφορετικά

αποτελέσματα για τα στελέχη HPV-16 και HPV-18, τα οποία είναι και αυτά υψηλού κινδύνου (Abraham & Stenger, 2014).

Μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για την διάγνωση του καρκίνου και πιο συγκεκριμένα για τον καρκίνου του ενδομήτριου είναι η Thin Prep Pap Test. Η απλή μέθοδος επιχρίσματος Παπανικολάου χρησιμοποιείται κυρίως για την ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, όμως δεν χρησιμοποιείται για την διάγνωση του καρκίνου του ενδομήτριου. Η νέα αυτή τεχνολογία λεπτού στρώματος με βάση το νερό προσφέρει πιο γρήγορη και καλύτερη πρόσφυση των κυττάρων στις πλάκες ανίχνευσης και παρατηρούνται ευκρινέστερα οι κυτταρικές ανωμαλίες. Αυτό το νέο διαγνωστικό εργαλείο για τον καρκίνο του ενδομήτριου αποδείχθηκε εξαιρετικά χρήσιμο. Μέχρι πριν λίγα χρόνια η αξιοπιστία του ήταν αμφισβητήσιμη, καθώς παρουσίαζε ευαισθησία σε ποσοστό 88,3% και 87,5% επιτυχία στην διάγνωση του καρκίνου του ενδομήτριου (Zhou et al., 2013).

Ο ιατρός είναι σε θέση να διαπιστώσει την εμφάνιση του επειδή στο σημείο δημιουργείται ένας νέος ιστός μικρότερου ή μεγαλύτερου όγκου, λόγω του ανεξέλεγκτου πολλαπλασιασμού των κυττάρων που έχει δημιουργήσει ο καρκίνος στην περιοχή. Ο όγκος που δημιουργείται στην περιοχή μπορεί να είναι είτε κακοήθης είτε καλοήθης. Η συχνότερη μορφή του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι ο επιθηλιακός καρκίνος (δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας) (Dasari et al., 2015).

Η διάγνωση βασίζεται στην ιστοπαθολογική εκτίμηση και στην βιοψία του τραχήλου. Γυναίκες με συμπτώματα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας απαιτούν πυελική εξέταση, οπτικοποίηση του τραχήλου της μήτρας και του κολπικού βλεννογόνου, και κυτταρολογικό έλεγχο του τραχήλου της μήτρας. Ο τράχηλος και ο βλεννογόνος του κόλπου θα πρέπει να απεικονίζεται με οίδημα κατά την εξέταση. Ο τράχηλος μπορεί να φαίνεται φυσιολογικός όταν η ασθένεια είναι περιορισμένη στον ιστό και μη ορατή στο μάτι ή στο ενδοτραχηλικό κανάλι. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να μεταναστεύσει μέσω λεμφικών αγγείων στην πυελική κοιλότητα, στην παρααορτική, στην μεσοθωρακική, στην υπερκλειδική και στους βουβωνικούς λεμφαδένες. Διευρυμένοι, επαγόμενοι βουβωνικοί και υπερκλειδικοί λεμφαδένες μπορούν να ψηλαφηθούν σε προχωρημένο στάδιο της ασθένειας (Dasari et al., 2015).

Θα πρέπει να γίνει κολποσκόπηση και βιοψία στους συμπτωματικούς ασθενείς ή στις γυναίκες με κυτταρολογική ένδειξη λόγω της εισβολής. Σε αρκετές περιπτώσεις όμως δεν υπάρχουν ορατές βλάβες. Η βιοψία κωνοειδούς σχήματος είναι υποχρεωτική εάν υπάρχει υποψία κακοήθειας είτε κλινικά είτε στην κυτταρολογία του τραχήλου της μήτρας αλλά δεν επιβεβαιώνεται με ιστοπαθολογική ανασκόπηση μέσω βιοψίας του τραχήλου της μήτρας. Για να καταστεί αυτό δυνατό ο κώνος πρέπει να λαμβάνει εκτομή τύπου III (βάθος > 1-5cm)

σε ένα κομμάτι (Dasari et al., 2015).

Μέσω απεικονιστικής μαγνητικής τομογραφίας 3-D μπορούν πλέον οι ογκολόγοι να διαγνώσουν τον τύπο του καρκίνου, εάν είναι καλοήθης ή κακοήθης, αλλά και σε ποια σημεία έχει εξαπλωθεί ακριβώς. Η μαγνητική τομογραφία είναι ένα σημαντικό εργαλείο που χρησιμοποιείται και κατά τη διάρκεια της θεραπείας, καθώς αξιολογείται η ιστική βλάβη από τις θεραπείες αλλά και η διήθηση στους γύρω ιστούς. Επίσης, με αυτό τον τρόπο υπολογίζεται και η ενδεχόμενη καταστροφή υγιούς ιστού (Dimopoulos, 2009).

Πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι η χρήση της φθόριο-18 τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων φθοροδεοξυγλυκόζης (18F-FDG PET) και η απλή τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) ή PET υπολογισμένη τομογραφία (PET/CT) έχουν υποσχόμενο ρόλο στη διαχείριση γυναικολογικών κακοηθειών (Zao et al., 2013).

Η χρήση τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων ή PET/CT έχει αποδειχθεί χρήσιμη για ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στην αρχική φάση, στην ανίχνευση της μετάστασης, στην αξιολόγηση της θεραπείας καθώς και στην πρόγνωση της νόσου. Η μέγιστη τυποποιημένη τιμή πρόσληψης (SUVmax) του τραχήλου της μήτρας στη διάγνωση αναφέρεται σε αντιστοιχία με έναν ευαίσθητο βιοδείκτη ο οποίος προβάλλει την ανταπόκριση στη θεραπεία, αλλά και την πρόγνωση στους ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Επιπλέον, ορισμένες μελέτες έχουν αποδείξει την αξία της χρήσης FDG-PET μετά τη θεραπεία για την ανίχνευση υποτροπής και πρόβλεψης των αποτελεσμάτων επιβίωσης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της προγνωστικής τιμής των PET και τον PET/CT στο καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας παραμένουν αβέβαια λόγω μικρού μεγέθους δείγματος, διαφόρων κριτηρίων συμπερίληψης αλλά και διαφορετικών στρατηγικών ανάλυσης δεδομένων της παρούσας έρευνας (Zao et al., 2013).

Καταλήγοντας, αυτές οι τεχνικές μπορεί να φανούν εξαιρετικά χρήσιμες για την εξακρίβωση της διαστρωμάτωσης του κινδύνου αλλά και όσον αφορά τις πιθανότητες επιβίωσης. Τέλος, οι ασθενείς με θετική εξέταση PET μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αποτυχίας της θεραπείας ή υποτροπής, δηλαδή αποτελεί δυσμενή παράγοντα πρόγνωσης (Zao et al., 2013).

Η λεμφαγγειογραφία περιλαμβάνει την ένεση με α αντιθετική χρωστική στο λεμφικό σύστημα πριν από την απεικόνιση ακτινών Χ. Εμφανίζονται οι φυσιολογικοί λεμφαδένες αδιαφανείς και λεμφαδένες με νεοπλασματικά κύτταρα. Επίσης, φαίνεται εάν ο τράχηλος έχει ανεπάρκεια από τοπικούς λεμφαδένες και ταιριάζει καλά στην λεμφαγγειογραφία (Lacombe et al., 2008).

Τα λεμφικά του ραχιαίου πεντάλ αναγνωρίζονται χρησιμοποιώντας μια ορατή μπλε βαφή. Τα αναγνωρισμένα λεμφικά κανάλια στη συνέχεια διοχετεύονται και

ακτινογραφούνται με χρωστική αντίθεσης που εγχέεται με άμεση παρατήρηση του πυελικού κόμβου και οι αναφερόμενες ευαισθησίες της εξέτασης κυμαίνονται από 28-83% (Lacombe et al., 2008).

7.Διαφοροδιάγνωση

Όσον αφορά τη διαφορική διάγνωση, διάφορες παθολογικές καταστάσεις του τραχήλου όπως οι λοιμώξεις της γενετικής οδού μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα του τεστ Pap με συνέπεια την εμφάνιση ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. Τα ινομύωματα, οι πολύποδες, η πρωτοπαθής ερπητική λοίμωξη και η ενδομητρίωση που αποτελούν καλοήθεις παθήσεις της μήτρας μπορεί να εμφανιστούν ως ψηλαφητές ή ορατές βλάβες στον τράχηλο. Τέλος, κατά τη διαφορική διάγνωση πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν πως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να επεκταθεί από τον τράχηλο και στον κόλπο (Colombo et al., 2012).

8.Σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση προσδιορίζεται κλινικά με βάση τον όγκο, το μέγεθος και τον βαθμό της πυελικής επέκτασης των καρκινικών κυττάρων. Για μικροσκοπικές βλάβες, το στάδιο ορίζεται με γνώμονα την συσσώρευση των καρκινικών κυττάρων μέσω της ιστολογικής εξέτασης. Το στάδιο πρέπει πάντα να σημειώνεται στην διάγνωση. Η κλινική σταδιοποίηση προτιμάται από τη χειρουργική σταδιοποίηση επειδή είναι προτιμότερο να γίνεται χειρουργικά με την μέθοδο LMIC, καθώς είναι ακριβής στην αξιολόγηση και στην σταδιοποίηση της ασθένειας (Cohen et al., 2019).

Η σταδιοποίηση συνδυάζει φυσική εξέταση, ενδοσκοπική εξέταση, καθώς και διαδικασίες και τρόπους απεικόνισης σύμφωνα με την Διεθνή Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής, αλλά δεν είναι πάντα απαραίτητο να χρησιμοποιούνται όλες οι μέθοδοι για όλους τους ασθενείς. Το σύστημα FIGO δεν περιλαμβάνει την κατάσταση των λεμφαδένων σε αντίθεση με την Αμερικανική μεικτή επιτροπή για το σύστημα αξιολόγησης του καρκίνου. Η ακριβής σταδιοποίηση του καρκίνου είναι ζωτικής σημασίας στο σχεδιασμό της θεραπείας. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η σωστή παροχή συμβουλών σε ασθενείς σχετικά με την πρόγνωση και την αξιολόγηση της κατάστασής τους (Cohen et al., 2019).

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά «Guidelines for the Management of Patients With Cervical Cancer» είναι η εξής:

Σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	
Στάδιο 1	
I	Ο καρκίνος περιορίζεται αυστηρά στον τράχηλο.
IA	Η διήθηση διαπιστώνεται μόνο μικροσκοπικά. Όλες οι εμφανείς βλάβες ακόμη και με επιπολής διήθηση θεωρούνται στάδιο IB. Η διήθηση του στρώματος έχει μέγιστο βάθος 5,0mm και οριζόντια έκταση 7,0mm.
IA1	Μέγιστο βάθος διήθησης 3,0mm και οριζόντια έκταση 7,0mm.
IA2	Βάθος διήθησης μεγαλύτερο από 3,0mm αλλά όχι μεγαλύτερο των 5,0mm, οριζόντια έκταση 7,0mm.
IB	Κλινικά εμφανής βλάβη περιοριζόμενη στον τράχηλο ή προκλινική (μικροσκοπική) βλάβη μεγαλύτερη από αυτή του σταδίου IA2.
IB1	Κλινική βλάβη όχι μεγαλύτερη από 4,0cm σε έκταση.
IB2	Κλινική βλάβη όχι μεγαλύτερη από 4,0cm.
Στάδιο 2	
II	Επέκταση πέραν του τραχήλου αλλά όχι του πυελικού τοιχώματος ή του κάτω τριτημορίου του κόλπου.
IIA	Χωρίς διήθηση του παραμητρίου.
IIB	Με διήθηση του παραμητρίου.
Στάδιο 3	
III	Επέκταση έως και το πυελικό τοίχωμα (δεν υπάρχει ελεύθερος χώρος μεταξύ όγκου και πυελικού τοιχώματος στην από ορθού δακτυλική εξέταση) ή/και επέκταση στο κάτω τριτημόριο του κόλπου ή/και προκαλώντας υδρονέφρωση ή μη λειτουργικό νεφρό.
IIIA	Όχι επέκταση στο πυελικό τοίχωμα, επέκταση όμως στο κάτω τριτημόριο του κόλπου.
IIIB	Επέκταση στο πυελικό τοίχωμα ή/και υδρονέφρωση ή μη λειτουργικό νεφρό.
Στάδιο 4	
IVA	Εξάπλωση του όγκου στον βλεννογόνο της κύστεως ή του ορθού ή/και εκτός της πυελικής χώρας.
IVB	Εξάπλωση σε απομακρυσμένα όργανα.

Πίνακας 1.Σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Πηγή: Cibula et al., 2018).

9. Πρόγνωση

9.1.Πρόγνωση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σταδίου 1

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επιβίωση είναι το στάδιο, η κατάσταση των λεμφαδένων, μέγεθος του όγκου, το βάθος εισβολής του όγκου στο αυχενικό στρώμα. Όταν ακολουθείται ριζική υστερεκτομή και αφαίρεση στους λεμφαδένες για τις γυναίκες με στάδιο IB η επιβίωση για 5 χρόνια ανέρχεται έως το 87% κατά το σύστημα πρόγνωσης LVSI. Στο πρώτο στάδιο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας τον πιο σημαντικό ρόλο για την επιδείνωσή του κατέχει η πιθανή μετάσταση μέσω των λεμφαδένων. Εάν αντιμετωπιστεί έγκαιρα μέσω χειρουργικής επέμβασης ή άλλων σχημάτων θεραπείας το ποσοστό ίασης είναι αρκετά μεγάλο (Duyn et al., 2002).

9.2.Πρόγνωση για τοπικά προχωρημένους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας

Προγνωστικοί παράγοντες για προχωρημένους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας περιλαμβάνουν την ηλικία, την φυλή, το στάδιο του καρκίνου, τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου (τα αδενοκαρκινώματα σχετίζονται με μικρότερη επιβίωση σε σύγκριση με πλακώδη καρκινώματα), τον βαθμό, την λεμφαδενική συμμετοχή και τοποθεσία (παραορτική εμπλοκή σχετίζεται με χειρότερα αποτελέσματα σε σύγκριση με την συμμετοχή μόνο εμπλοκής πυελικού κόμβου), το μέγεθος του όγκου, την απόδοση της θεραπείας που έλαβε ο ασθενής. Η πενταετής συνολική επιβίωση για γυναίκες με προχωρημένους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας ανέρχεται μέχρι το 70% μετά την ολοκλήρωση της ταυτόχρονης χημειο – ακτινοθεραπείας (Cohen et al., 2019).

10. Πρόληψη

Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας βασίζεται κυρίως στο Test Παπανικολάου και στο εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Χωρίζεται σε πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη.

Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει μέτρα για την αποφυγή της μόλυνσης από τον HPV που μπορεί να είναι η χρήση ανδρικού ή γυναικείου προφυλακτικού, η αποφυγή επιβαρυντικών παραγόντων της νόσου όπως είναι το κάπνισμα, η έναρξη σεξουαλικών επαφών σε μικρή ηλικία και η εναλλαγή πολλών ερωτικών συντρόφων. Ο πιο έγκυρος

τρόπος προστασίας από τους διάφορους τύπους HPV είναι το εμβόλιο. Ο εμβολιασμός δεν αφορά μόνο το γυναικείο φύλο αλλά και το αντρικό (Yang et al., 2016).

Σύμφωνα με την επικαιροποιημένη εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας με τίτλο «Πρόγραμμα Εμβολιασμού Παιδιών & Εφήβων 2020» καταγράφεται ότι ο εμβολιασμός κατά του HPV που ενδείκνυται για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και άλλων κακοηθών και καλοηθών νοσημάτων έχει κατώτερο όριο ηλικίας τα εννέα έτη ζωής. Η μέγιστη αποτελεσματικότητα και προστασία επιτυγχάνεται με την προϋπόθεση ότι διεξήχθη ο πλήρης εμβολιασμός πριν την έναρξη των σεξουαλικών επαφών του ατόμου. Στην Ελλάδα διατίθεται το διδύναμο (HPV2) και το εννεαδύναμο (HPV9) εμβόλιο. Η έναρξη του σχήματος εμβολιασμού συστήνεται σε κορίτσια ηλικίας 11-12 χρονών. Σε ειδικές περιπτώσεις όπου η πιθανότητα μετάδοσης του ιού και η πιθανότητα νοσημάτων σχετιζόμενων με τον ιό είναι μεγάλη συνιστάται εμβολιασμός και στα δύο φύλα σε ηλικία 11-26 χρονών με σχήμα 3 δόσεων. Σε αυτές τις περιπτώσεις συγκαταλέγονται άτομα με:

- Πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή ανοσοκαταστολή με επηρεασμένη την χημική ή κυτταρική ανοσία
- Λοίμωξη HIV
- Κακοήγη νεοπλάσματα
- Μεταμόσχευση
- Αυτοάνοσα νοσήματα
- Λήψη ανοσοκατασταλτικής αγωγής

Το εμβόλιο καλύπτεται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία. Ο εμβολιασμός γίνεται σε τρεις δόσεις. Μια αρχική δόση και δύο επιπλέον δόσεις μέσα σε έξι μήνες. Ο εμβολιασμός προετοιμάζει το ανοσοποιητικό σύστημα, βοηθώντας να προληφθεί η λοίμωξη από κάποιους ογκογόνους τύπους του ιού. Οπότε ο οργανισμός είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει επόμενες λοιμώξεις από αυτούς του τύπους (Yang et al., 2016).

Ο εμβολιασμός μπορεί να προλάβει πάνω από το 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που προκαλούνται από τους πιο κοινούς ογκογόνους τύπους, αλλά δεν προστατεύει έναντι όλων των ογκογόνων τύπων. Γι' αυτό και ο περιοδικός προσυμπτωματικός έλεγχος με την εξέταση επιχρίσματος (pap-test) παραμένει ιδιαίτερα σημαντικός. Η τακτική εφαρμογή του pap-test, μπορεί να περιορίσει τη θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας περισσότερο από 80% (Yang et al., 2016).

Υπάρχουν δύο είδη εμβολίων που θεωρούνται αποτελεσματικά. Το ένα είναι το Gardasil που είναι τετραδύναμο εμβόλιο και προφυλάσσει από τους τύπους 6, 11, 16 και 18 του HPV, ενώ το δεύτερο είναι το Cervarix που είναι διδύναμο εναντίον των τύπων 16 και 18. Οι τύποι 6 και 11 ευθύνονται για το 90% των κονδυλωματωδών αλλοιώσεων και για το

30% του χαμηλού βαθμού δυσπλασιών του τραχήλου. Ο τύπος 16 είναι υπεύθυνος για το 50% ενώ μαζί με το 18 περίπου για το 70% των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου παγκοσμίως (Φωτίου, 2009).

Επίσης, την τελευταία πενταετία περίπου κυκλοφορεί το Gardasil 9 το εννιάδυναμο εμβόλιο το οποίο καλύπτει τους τύπους του HPV: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 και 58. Προσφέρει προστασία για πέντε επιπλέον τύπους του HPV που είναι υπεύθυνοι για το 20% περίπου των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και δεν καλύπτονται από τα προηγούμενα εγκεκριμένα εμβόλια. Ο εμβολιασμός γίνεται σε τρεις δόσεις ενδομυϊκά με τη 2η δόση 2 μήνες μετά την 1η και την 3η δόση 6 μήνες μετά την 1η. Χορηγείται σε ηλικίες 9-26 ετών και κυρίως συστήνεται η χορήγηση του να ξεκινά στις ηλικίες 12-16 ετών καθώς τότε εμφανίζεται καλύτερη ανοσολογική απόκριση (Μπανκόνουλι, 2008).

Η δευτερογενής πρόληψη πραγματοποιείται κυρίως μέσω του test Παπανικολάου (Pap Test) στις γυναίκες 25 ετών και άνω ελαττώνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά 80%. Εάν το test είναι αρνητικό, πρέπει να γίνεται μία φορά το χρόνο μεταξύ 10ης και 20ης ημέρας από την πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμήνου ρύσης και απαραίτητο είναι η αποφυγή: σεξουαλικής επαφής 24 ώρες πριν από τη λήψη του κολποτραχηλικού επιχρίσματος (Pap Test), η εσωτερική κολπική πλύση και να μην έχει προηγηθεί κολπική θεραπεία (Denny, 2012).

Στις γυναίκες μετά την ηλικία των 60 ετών που είχαν συνεχείς τρεις ή περισσότερες φορές υποβληθεί σε Pap Test και ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, είναι δυνατόν ο έλεγχος να γίνεται κάθε 2-3 χρόνια αφού ελαττώνεται η συχνότητα των αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας μετά τη μέση ηλικία (Denny, 2012).

Στις γυναίκες που έχει γίνει αφαίρεση της μήτρας (υστερεκτομή) πρέπει να έχουν ιατρική οδηγία για τη συχνότητα ελέγχου του κολπικού κολοβώματος με το test Παπανικολάου. Ο κυριότερος παράγων κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου της μήτρας είναι η φλεγμονή που προκαλείται από τους διάφορους τύπους του ιού (16, 18, 31, 33) του ανθρωπίνου θηλώματος (HPV) που ανευρίσκονται με τη μέθοδο Μοριακής Βιολογίας (Clarke-Pearson & Geller, 2013).

11.Θεραπεία

Για την βέλτιστη θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να ληφθούν υπόψιν πολλές παράμετροι του καρκίνου και να υπάρχει συζήτηση με την πάσχουσα με σκοπό να ληφθεί η καλύτερη δυνατή θεραπευτική λύση (Alberts, 2012).

Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει αρχικά να ληφθούν οι σχετικές για την ασθενή πληροφορίες. Τέτοιου τύπου πληροφορίες είναι το ατομικό ιστορικό, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, ειδικά καρκίνου του μαστού και ωοθηκών. Επίσης, η παρουσία ή όχι της εμμήνου ρύσεως παίζει σημαντικό ρόλο. Ακόμη, λαμβάνεται υπόψιν η γενική ευεξία της ασθενούς. Οι σχετικές πληροφορίες για τον καρκίνο λαμβάνονται από τα αποτελέσματα της βιοψίας η οποία έγινε με ειδική συσκευή, η οποία εισήχθη μέσα στη μήτρα, κατά τη διάρκεια της γυναικολογικής εξέτασης. Η εξέταση αυτής της βιοψίας ονομάζεται ιστοπαθολογική. Σε δεύτερο χρόνο πραγματοποιείται και δεύτερη εξέταση του όγκου και των λεμφαδένων μετά από την χειρουργική αφαίρεσή τους (de Freitas, 2012).

Πριν από τη χειρουργική επέμβαση, τα αποτελέσματα της βιοψίας πρέπει να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (Koh et al., 2013):

- Τον ιστοπαθολογικό τύπο του καρκίνου μέσω του οποίου διακρίνεται ο τύπος των κυττάρων από τα οποία αποτελείται ο όγκος.
- Ο βαθμός διαφοροποίησης βασίζεται στη μορφή και τις διαφορές που παρουσιάζουν τα κύτταρα του καρκινώματος από τα φυσιολογικά κύτταρα του τραχήλου της μήτρας καθώς και στην ταχύτητα με την οποία αναπτύσσονται τα καρκινικά κύτταρα.
- Η διήθηση αιμοφόρων και λεμφικών αγγείων μέσω της οποίας ανιχνεύεται η λεμφαγγειακή διήθηση σημαίνοντας πως τα καρκινικά κύτταρα ανιχνεύτηκαν στα λεμφαγγεία του όγκου. Η ανακάλυψη των κυττάρων του όγκου μέσα σε αγγεία ή λεμφαγγεία σημαίνει ότι είναι πιθανότερο τα κύτταρα του όγκου να έχουν επεκταθεί στους λεμφαδένες ή σε άλλα όργανα.
- Το προφίλ της γονιδιακής έκφρασης είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας καθώς η ποσοτική αποτίμηση συγκεκριμένων γονιδίων, που εκφράζονται στον όγκο, μπορεί να πραγματοποιηθεί στη βιοψία. Αυτό βέβαια δεν αποτελεί πράξη ρουτίνας, αλλά μπορεί να βοηθήσει στην πρόβλεψη της επιθετικότητας του όγκου και την πιθανότητα οφέλους από την χημειοθεραπεία.

Ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας είναι η χειρουργική επέμβαση. Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία που εφαρμόζονται μετά από τη χειρουργική επέμβαση ονομάζονται επικουρικές θεραπείες, που σημαίνει ότι εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τη χειρουργική επέμβαση. Οι θεραπείες που αναφέρονται παρακάτω έχουν τα οφέλη, τους κινδύνους και

τις αντενδείξεις τους. Συνιστάται, οι γιατροί να ενημερώνουν την ασθενή για τα αναμενόμενα οφέλη και τους κινδύνους κάθε θεραπείας, προκειμένου να υπάρχει επαρκής πληροφόρηση για τις συνέπειες της θεραπείας. Για κάποιους ασθενείς, είναι διαθέσιμες περισσότερες θεραπευτικές δυνατότητες και η επιλογή θα πρέπει να συζητείται σύμφωνα με την ισορροπία που υπάρχει ανάμεσα στα αναμενόμενα οφέλη και τους κινδύνους (Oak & Iyer, 2020).

11.1.Χειρουργική αντιμετώπιση

Στο στάδιο IA1, ο κίνδυνος μετάστασης των λεμφαδένων είναι μικρότερος από 1% και η θεραπεία μπορεί να εξατομικευτεί για τις γυναίκες που επιθυμούν να διατηρήσουν τη γονιμότητα τους ή να πραγματοποιηθεί υστερεκτομή εάν δεν είναι επιθυμητή η γονιμότητα.

Στο στάδιο IA2, οι καρκίνοι έχουν κίνδυνο προσβολής των λεμφαδένων έως και 8%. Η τυπική θεραπεία για το στάδιο IA2 είναι η ριζική υστερεκτομή και η αμφοτερόπλευρη λεμφαδενεκτομή πυέλου. Η ριζική υστερεκτομή περιλαμβάνει την εκτομή της μήτρας, του τραχήλου και την παραμετρία του άνω κόλπου. Έως και το ένα τρίτο των ασθενών που υποβάλλονται σε ριζική υστερεκτομή μπορεί να έχουν μακροχρόνιες συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της μακροχρόνιας δυσλειτουργίας του κενώματος των ούρων, του κυστιδικού κολπικού συριγγίου, του σχηματισμού λεμφοκυττάρων και την αποφρακτική και γεννητομηριαία νευροπραξία. Η λεμφαδενεκτομή της πυέλου περιλαμβάνει εκτομή του εμφρακτικού, εσωτερικού, εξωτερικού και κοινού λαγόνιου κόμβου. Το λεμφοίδημα των κάτω άκρων βρέθηκε να επηρεάζει το 47% των ασθενών μετά από λεμφαδενεκτομή πυέλου (Clarke-Pearson & Geller, 2013).

Προβλήματα στην ουροδόχο κύστη, στο έντερο και στη σεξουαλική πράξη και επιθυμία υπάρχουν λόγω της διατάραξης των αυτόνομων νευρικών ινών κατά τη διάρκεια της παραμερεκτομής. Με την ικανότητα της μαγνητικής τομογραφίας να οροθετηθεί η έκταση του όγκου και ο χαμηλός κίνδυνος (<1%) της παραμετρίας, συστήνεται ως νέα μέθοδος θεραπείας η υστερεκτομή και η λεμφαδενεκτομή πυέλου (Clarke-Pearson & Geller, 2013).

Η δοκιμή SHAPE είναι μια συνεχής τυχαιοποιημένη μελέτη που στοχεύει στην αξιολόγηση της ογκολογικής ασφάλειας των απλών εξωφασικών υστερεκτομών και διαχωρίζει τον πυελικό κόμβο έναντι της ριζικής υστερεκτομής για τις γυναίκες που δεν έχουν πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Γυναίκες κάτω των 40 ετών, με στάδιο καρκίνου IA1 χωρίς να υπάρχει λεμφαγγειακή εισβολή στο χώρο (LVSI) και δευτέρου σταδίου IA2 με διάμετρο όγκου IB1 (διάμετρος <2cm), χωρίς στοιχεία μεταστάσεων στους λεμφαδένες στις απεικονιστικές εξετάσεις και χωρίς αποδεικτικά στοιχεία για ενδοτραχηλική επέκταση στη μαγνητική τομογραφία, εάν

επιθυμούν να διατηρήσουν τη γονιμότητά τους, ενδείκνυται η ριζική τραχειλεκτομή η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω κοιλιακής λαπαροτομής, και περιλαμβάνει την εκτομή ολόκληρου του τραχήλου της μήτρας, 2 έως 3cm άνω του κόλπου. Η συρραφή του άπω κάτω τμήματος της μήτρας στον κοιλιακό βλεννογόνο γίνεται για τη δημιουργία ενός λεγόμενου νεοτραχήλου, γύρω από τον οποίο τοποθετείται μόνιμο αυχενικό ράμμα (cerclage). Η υποτροπή είναι παρόμοια με αυτή της ριζικής υστερεκτομής. Οι παράγοντες κινδύνου για υποτροπή περιλαμβάνουν μεγαλύτερες βλάβες όπως είναι ο κίνδυνος αποβολής πρώτου τριμήνου (Clarke-Pearson & Geller, 2013).

11.2.Συντηρητική

Στις συντηρητικές θεραπείες κατατάσσονται η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία, η βραχυθεραπεία και η διαχείριση της νόσου με άλλα μέσα εφόσον η ασθενής δεν δέχεται τίποτα από τα παραπάνω για διάφορους λόγους (Laurelli et al., 2011).

11.2.1.Επικουρική ακτινοθεραπεία για ασθενείς με στάδιο 1A2-1B2

Η βοηθητική ακτινοθεραπεία της πυέλου αντιμετωπίζει θέσεις όπου δεν είναι εύκολο να βρεθούν καρκινικά κύτταρα. Με την έλευση του προγραμματισμού θεραπείας με υπολογιστική αξονική και μαγνητική τομογραφία, περιοχές μαλακών ιστών σε κίνδυνο, συμπεριλαμβανομένων των παραμετρικών και κοιλιακών ιστών, καθώς και των πυελικών λεμφαδένων, μπορεί να αντιμετωπιστούν στοχευμένα χωρίς να δέχονται αντίκτυπο και οι γειτονικοί υγιείς ιστοί όπως π.χ. η κύστη, το λεπτό έντερο και ορθό, χρησιμοποιώντας τρισδιάστατη συμβατική θεραπεία ή ακτινοθεραπεία με διαμόρφωση έντασης (IMRT). Ολόκληρη η λεκάνη διαιρείται σε 25 έως 28 κλάσματα. Η κατώτατη δόση είναι συνήθως τα 4 Gy και η μέγιστη τα 50 Gy (Cohen et al., 2019).

Μαγνητική τομογραφία και PET/CT, όταν είναι διαθέσιμα, είναι χρήσιμα στο σχεδιασμό της ακτινοθεραπείας επειδή διευκολύνουν την αξιολόγηση των διαστάσεων του πρωτογενούς όγκου, την έκταση παραμετρικής εισβολής και των οζώδων μεταστάσεων. Αυτές οι ανατομικές θέσεις μπορεί να αυξηθούν για επιπλέον δόση ανάλογα με παθολογικούς παράγοντες, όπως είναι τα θετικά περιθώρια ή τα πολλά εναπομείναντα καρκινικά κύτταρα (Sala et al., 2013).

11.2.2.Επικουρική χημειοακτινοθεραπεία για ασθενείς με καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σταδίου 1A2-1B2

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως ως επικουρική θεραπεία και όχι ως θεραπεία εκλογής καθώς στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας προτείνεται η χειρουργική αντιμετώπιση άμα δεν συντρέχει κάποιος αποτρεπτικός λόγος. Οι χημειοθεραπείες άμα είναι στοχευμένες και υπάρχει η σωστή χημειοπροφύλαξη φαίνεται να είναι χρήσιμες για την καταπολέμηση του καρκίνου. Σε πολλές όμως περιπτώσεις η χημειοθεραπεία είναι αυτή που σκοτώνει την ασθενή. Σημαντικό ρόλο βέβαια παίζει το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η ασθενής, καθώς όσο πιο επιθετικός είναι ο καρκίνος τόσο πιο επιθετική θεραπεία χρειάζεται και τόσο πιο ζημιογόνα είναι για το σύνολο του οργανισμού της (Wiebe & Thomas, 2012).

11.2.3.Ενδοκοιλιακή βραχυθεραπεία για τοπικά προχωρημένη νόσο

Η βραχυθεραπεία χρησιμοποιεί πηγή ακτινοβολίας τοποθετημένη στη μήτρα και στον κόλπο, γεγονός που επιτρέπει υψηλότερη δόση ακτινοβολίας στον τράχηλο σε σύγκριση με την εξωτερική δέσμη ακτινοθεραπείας, ενώ αποφεύγεται η τοξικότητα στους παρακείμενους ιστούς. Η βραχυθεραπεία ξεκινά κατά τη διάρκεια της πυελικής ακτινοθεραπείας. Παρατηρείται συνήθως μείωση στον πρωτογενή όγκο έως και 50% μετά από 2 έως 5 εβδομάδες θεραπείας. Η βραχυθεραπεία έχει συνήθως χαμηλό ρυθμό δόσης (0.4–2 Gy/h) με καίσιο-137 που χορηγείται σε συνδυασμό με ωοειδή. Το ποσοστό υψηλών δόσεων και το ποσοστό χαμηλών δόσεων σχετίζονται με παρόμοια περιστατικά επιβίωσης και όψιμων επιπλοκών όπως είναι περιστατικά ακραίας τοξικότητας (Cohen et al., 2019).

Σε μια μεγάλη μελέτη μητρώου των ΗΠΑ για γυναίκες με τοπικά προχωρημένους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας, η βραχυθεραπεία σχετίστηκε με τετραετή επιβίωση που σχετίζεται με τον καρκίνο κατά 64% σε σύγκριση με 52% για γυναίκες που έλαβαν πυελική ακτινοθεραπεία μόνο. Οι συγγραφείς ανέφεραν μια ανησυχητική μείωση στη χρήση της βραχυθεραπείας στις ΗΠΑ μεταξύ 1988 και 2009 και τονίστηκε πως η βραχυθεραπεία πρέπει να είναι πρότυπο περίθαλψης για τέτοιους ασθενείς με βάση την επιβίωση και τα οφέλη που προκύπτουν από τα αποτελέσματά της. Οι αξονικές τομογραφίες και οι μαγνητικές τομογραφίες επιτρέπουν την προσαρμογή της θεραπείας με γνώμονα την εικόνα για την βραχυθεραπεία (IGABT) για αύξηση της δόσης ακτινοβολίας στον όγκο ελαχιστοποιώντας ταυτόχρονα την ακτινοβολία που επηρεάζει και τους υγιείς ιστούς (Bermudez, 2015).

11.3. Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Έπειτα από την χειρουργική επέμβαση ο γιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνουν την ασθενή για την έγκαιρη ενημέρωση τους για συμπτώματα που μπορεί να σχετίζονται με πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Σε περίπτωση που η κατάσταση της ασθενούς είναι τέτοια που να μην της επιτρέπει ακόμη να κινηθεί, τότε συνιστάται η έναρξη φυσικοθεραπευτικών χειρισμών παρουσία φυσικοθεραπευτή ώστε να βελτιωθεί ομαλά η κατάστασή της. Η ασθενής θα παίρνει ενδοφλέβια υγρά μέχρι να μπορέσει να σιτίζεται κανονικά. Συνήθως είναι εισαγωγή ουροκαθετήρα πριν ή κατά την διάρκεια της επέμβασης. Μετά από κάθε επέμβαση ο γιατρός οφείλει να μεριμνεί και να ελέγχει το θέμα του πόνου με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Η παραμονή της ασθενούς στο νοσοκομείο διαρκεί από έξι έως οκτώ ημέρες και αναχωρεί αφού έχει γίνει η αφαίρεση των ραμμάτων. Η πλειοψηφία των γυναικών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση λόγω καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συνήθως δεν παρουσιάζουν κάποια μετεγχειρητική επιπλοκή (Ferrandina et al., 2014).

Από την άλλη μεριά όμως μπορεί να υπάρξουν διαταραχές στην περίοδο και στη γονιμότητα. Μέχρι να επουλωθεί η περιοχή της επέμβασης, η γυναίκα δεν πρέπει να έχει σεξουαλικές επαφές για τουλάχιστον έξι εβδομάδες. Εκτός του σωματικού πόνου, η ασθενής έχει και έντονη ψυχολογική φόρτιση, η οποία μπορεί να την οδηγήσει στην απομόνωση. Άλλες πιθανές επιπλοκές που θα μπορούσαν συμβούν είναι βλάβες στα νεφρά, ακράτεια ούρων ή κοπράνων και σε περίπτωση που έχει γίνει αφαίρεση λεμφαδένων, εμφανίζεται το σύμπτωμα του οιδήματος λόγω ελλιπούς κυκλοφορίας του λεμφικού υγρού (Ferrandina et al., 2014).

Β' ΜΕΡΟΣ

1.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς

1.1 Ιστορικό

Κατά την διάρκεια της λήψης του ιστορικού, ιδανικά η συζήτηση θα πρέπει να διεξάγεται σε έναν κλειστό χώρο, όπου κανείς άλλος δεν θα είναι παρών. Θα πρέπει να δίνεται αρκετός χρόνος στην ασθενή ώστε να εκφραστεί και ο τρόπος συμπεριφοράς του επαγγελματία υγείας θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από ενδιαφέρον και κατανόηση και ποτέ με επικριτικό ύφος. Είναι σημαντικό, επίσης, να χρησιμοποιείται τυποποιημένο έντυπο για την λήψη του ιστορικού, καθώς έτσι προλαμβάνεται η παράληψη σημαντικών σημείων (Campbell & Monga, 2008).

Κατά την λήψη του ιστορικού μπορούμε να εκτιμήσουμε τη συναισθηματική κατάσταση της ασθενούς. Ένα ιστορικό το οποίο λαμβάνεται με ευαισθησία, ενθαρρύνει συχνά την ασθενή να αποκαλύψει λεπτομέρειες, οι οποίες μπορούν να φανούν χρήσιμες για μελλοντικούς χειρισμούς (Osborn et al., 2013).

Στο τυποποιημένο έντυπο λήψης ιστορικού συνιστάται να υπάρχει το όνομα, η ηλικία και το επάγγελμα της ασθενούς, καθώς και μια σύντομη περιγραφή της γενικής φύσης και της διάρκειας των κυρίων συμπτωμάτων. Στην συνέχεια, θα ληφθούν η παρούσα νόσος τα οποία μπορεί να είναι η ανώμαλη έμμηνος ρύση, η περιοδικότητα αιμορραγίας – τακτική ή άτακτη, η αιμορραγία μεταξύ των περιόδων, η ποσότητα της έμμηνου ρύσης – μεγαλύτερη ή μικρότερη από ότι συνήθως, η παρουσία πηγμάτων ή μηνορραγία, πυελικό άλγος – εντόπιση, φύση και σχέση με την εμμηνορροία, άλλοι παράγοντες που επιδεινώνουν ή ανακουφίζουν το άλγος και η κοιλιακή έκκριση – ποσότητα, χρώμα, οσμή και παρουσία αίματος (Campbell & Monga, 2008).

Η ασθενής μετά ερωτάται για την ηλικία εμμηναρχής, για την διάρκεια κάθε εμμηνορρυσίας και διάρκεια κύκλου, καθώς και πότε ήταν η πρώτη μέρα της τελευταίας περιόδου. Λαμβάνεται επίσης το προηγούμενο γυναικολογικό ιστορικό το οποίο περιλαμβάνει κάθε προηγούμενη γυναικολογική θεραπεία ή εγχείρηση. Θα πρέπει επίσης να καταγράφεται η ημερομηνία της τελευταίας λήψης του τραχηλικού επιχρίσματος (Osborn et al., 2013).

Στο προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό περιλαμβάνεται ο αριθμός των τέκνων με ηλικίες και βάρη γέννησης, τυχόν ανωμαλίες κατά την κύηση, τον τοκετό ή τη λοχεία. Ακόμη

αναφέρεται ο αριθμός των αποβολών και εβδομάδα κύησης κατά την οποία συνέβησαν. Επιπλέον, αναφέρεται κάθε προκλητός τερματισμός κύησης, η εβδομάδα κύησης στην οποία έγινε ο τερματισμός και τυχόν επιπλοκές. Το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό περιλαμβάνει επίσης σοβαρές ασθένειες και εγχειρήσεις με τις αντίστοιχες ημερομηνίες καθώς και το οικογενειακό ιστορικό (Campbell & Monga, 2008).

Η γυναίκα θα πρέπει επίσης να ερωτηθεί για το σεξουαλικό και αντισυλληπτικό ιστορικό. Πιο συγκεκριμένα, για ιστορικό δυσφορίας, άλγους και αιμορραγίας κατά την σεξουαλική επαφή, καθώς και για χρήση μεθόδου και τύπου αντισύλληψης. Ακόμη, ερευνώνται και τα άλλα συστήματα όπως είναι η όρεξη, η απώλεια ή η πρόσληψη βάρους, οι εντερικές συνήθειες, η διούρηση και η διερεύνηση άλλων συστημάτων (Campbell & Monga, 2008).

Τέλος, θα καταγραφεί το κοινωνικό ιστορικό το οποίο περιλαμβάνει το ιστορικό καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ. Είναι σημαντικό να διευκρινίζεται εάν η γυναίκα έχει σεξουαλικό σύντροφο ή εάν είναι παντρεμένη. Τυχόν οικογενειακά προβλήματα θα πρέπει να συζητούνται, και είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε περίπτωση κοινωνικά ευπαθών ασθενών, να διερευνάται η ύπαρξη καταλύματος, εφόσον σκεπτόμαστε να προχωρήσουμε σε επέμβαση (Osborn et al., 2013).

1.2.Κλινική εξέταση

Είναι σημαντικό ο εξεταστής να χαμογελά και να συστήνεται με το όνομά του και εάν χρειάζεται να ρωτά και το όνομα της ασθενούς. Μια χειραψία βοηθά, ώστε να νιώσει η ασθενής πιο άνετα. Πριν προχωρήσουμε στην εξέταση της κοιλίας, πρέπει να προηγηθεί μια γενική κλινική εξέταση της ασθενούς. Σε αυτή περιλαμβάνεται, εξέταση των χεριών και των βλεννογόνων για ανεύρεση σημείων αναιμίας. Οι υπερκλείδιοι λεμφαδένες θα πρέπει πάντοτε να εξετάζονται, κυρίως στην αριστερή πλευρά, όπου σε περίπτωση ενδοκοιλιακής κακοήθειας, κανείς μπορεί να ψηλαφίσει διογκωμένο αδένα του Virchow (σημείο Troissier). Ο θυροειδής θα πρέπει επίσης να ψηλαφάται. Ο θώρακας και οι μαστοί θα πρέπει να εξετάζονται πάντοτε, κι αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, εάν υποπτευόμαστε μάζα στις ωοθήκες, καθώς μπορεί να υπάρχει όγκος του μαστού με δευτερογενείς εντοπίσεις στις ωοθήκες (όγκοι Krukenburg). Επιπρόσθετα, μπορεί να εντοπισθεί μια πλευριτική συλλογή, ως επακόλουθο κοιλιακού ασκίτη. Στη συνέχεια προχωράμε την εξέταση της κοιλίας και της πυέλου (Campbell & Monga, 2008).

2.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

2.1 Προετοιμασία της ασθενούς για Test Παπανικολάου

Ο νοσηλευτής ετοιμάζει την ασθενή για να διενεργηθεί το test Παπανικολάου. Πρέπει να σιγουρευτεί πως δεν έχουν γίνει προηγουμένως κολπικές πλύσεις και πως δεν έχουν χρησιμοποιηθεί φάρμακα τα οποία λαμβάνονται από τον κόλπο. Ακόμη, η ασθενής πρέπει να ερωτηθεί για το εάν είχε σεξουαλικές επαφές τις προηγούμενες 24-48 ώρες καθώς η σεξουαλική επαφή αλλοιώνει τα αποτελέσματα. Επιπρόσθετα, δεν θα πρέπει να έχει περίοδο. Σε αυτή την περίπτωση αναπρογραμματίζεται το ραντεβού στα μέσα του κύκλου (Κατσαμάγκας, 2020).

Ο επαγγελματίας υγείας είναι επίσης υποχρεωμένος να εξηγήσει στην γυναίκα την διαδικασία και να την καθησυχάσει σε περίπτωση που έχει άγχος. Τα δείγματα μετά την συλλογή τους στέλνονται στο εργαστήριο για την ανίχνευση τυχόν παθολογικών ευρημάτων (Κατσαμάγκας, 2020).

3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη

3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη

Η πρόληψη για τον καρκίνου του τραχήλου της μήτρας χωρίζεται σε πρωτογενή και σε δευτερογενή. Η πρωτογενής πρόληψη επιτυγχάνεται μέσω του εμβολιασμού του πληθυσμού. Ο οργανισμός δημιουργεί αντισώματα έναντι συγκεκριμένων στελεχών του ιού και δεν νοσεί. Ο ρόλος του νοσηλευτή διευρύνεται και πέρα του εμβολίου (Brabin et al., 2011).

Αρχικά, η κοινοτική νοσηλευτική είναι ένας κλάδος του επαγγέλματος ο οποίος έχει σαν στόχο την προαγωγή της φροντίδας στην κοινότητα. Μέσω αυτής μπορεί να υπάρξει ενημέρωση του ευρύτερου πληθυσμού για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αλλά και των στελεχών HPV που μπορεί να προκαλέσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Fernandez-Pineda et al., 2021).

Επίσης, θεμιτό είναι να ενημερώνονται όλοι ανεξαρτήτως φύλου για τις μεθόδους αντισύλληψης και προφύλαξης. Επιπρόσθετα, ένα ακόμη θέμα το οποίο πρέπει να τονιστεί

είναι οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, το άγχος και η χρησιμοποίηση διάφορων προϊόντων για την πλύση του αιδοίου. Είναι πλέον γνωστό πως όσο πιο υγιεινές είναι οι τροφές που καταναλώνει κάποιος, τόσο πιο υγιής είναι και τόσο πιο δυνατό ανοσοποιητικό έχει (Sieri et al., 2015).

Το κάπνισμα από την άλλη μεριά είναι υπεύθυνο για την δημιουργία πολλών συνοδών νοσημάτων. Επίσης, λόγω της αρνητικής του επίδρασης στο ανοσοποιητικό, βοηθά έμμεσα την ανάπτυξη διαφόρων λοιμώξεων. Ενδείκνυται σε κάθε περίπτωση η διακοπή του και υποδεικνύονται από τον νοσηλευτή διάφοροι τρόποι παύσης του. Το άγχος μαστίζει στις μέρες μας και είναι μια από τις κύριες αιτίες των αυτοάνοσων νοσημάτων και όχι μόνο. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα και η ανάπτυξη των ελεύθερων ριζών είναι μόνο μερικά από τα παρελκόμενα (Warren et al., 2013).

Ο ρόλος του νοσηλευτή διευρύνεται και στην ενημέρωση σχετικά με τον εμβολιασμό. Πρέπει να υπερτονιστούν τα οφέλη του εμβολιασμού τόσο στο γυναικείο αλλά και στο αντρικό φύλο. Πλέον υπάρχουν εμβόλια που τα κάνουν οι γυναίκες αλλά και οι άντρες. Θωρακίζοντας το ανοσοποιητικό μεγάλου μέρους του πληθυσμού επιτυγχάνεται ανοσία και μειωμένη μεταδοτικότητα. Η ενημέρωση πρέπει να ξεκινάει από το σχολείο και ιδιαίτερα στο γυμνάσιο όπου τα παιδιά εισέρχονται στο στάδιο της εφηβείας και θέλουν τα εξερευνήσουν και να πειραματιστούν με την σεξουαλικότητά τους. Η ειδικότητα των σχολικών νοσηλευτών ανήκει στον κλάδο της κοινοτικής νοσηλευτικής και επιτελεί εξειδικευμένο και ιδιαίτερο έργο. Η προαγωγή της υγείας και της φροντίδας στα σχολεία γίνεται σχεδόν αποκλειστικά από τον νοσηλευτή ο οποίος μέσω ομαδικών συνεδριών, αλλά και μέσω μεμονωμένων συζητήσεων με μαθητές φροντίζει να ενημερώνονται για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τους κινδύνους που ενέχουν, αλλά και για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Τέλος, καλό είναι να χορηγούνται ενημερωτικά φυλλάδια στους γονείς των μαθητών σχετικά με τον HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Brabin et al., 2011).

3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτερογενή πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται κυρίως στον προληπτικό έλεγχο ανά τα προβλεπόμενα χρονικά διαστήματα. Ο προληπτικός έλεγχος επιτυγχάνεται μέσω του τεστ Παπανικολάου, της κολποσκόπησης αλλά και άλλων διαγνωστικών εξετάσεων εφόσον κρίνεται απαραίτητο (Jeronimo et al., 2017).

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να προωθήσει την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών πρόληψης κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μέσω της ενημέρωσης, της

ευαισθητοποίησης και την εκπαίδευσης του γυναικείου και αντρικού πληθυσμού. Ένα σύστημα το οποίο χρησιμοποιείται από το 1950 και έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα χρήσιμο είναι το Health Belief Model (HMB). Μέσω αυτού του μοντέλου δίνεται η δυνατότητα στον νοσηλευτή να εξηγήσει και να διαμορφώσει συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Επιπρόσθετα, μπορούμε να διακρίνουμε τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι δεν προστατεύονται επαρκώς έναντι του HPV, ενώ υπάρχει εκτεταμένη ενημέρωση. Ακόμη, μπορούμε να αποδομήσουμε σκέψεις, πράξεις, συναισθήματα και την αντάρκεια κάθε ατόμου ξεχωριστά (Donadiki et al., 2014).

Ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού φοβάται να εμβολιαστεί, καθώς θεωρεί πως το εμβόλιο θα προκαλέσει πιθανές παρενέργειες. Ενώ το τεστ Παπανικολάου έπρεπε να θεωρείται ιδιάζουσας σημασίας, ιδιαίτερα μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών, πολλές γυναίκες δεν επισκέπτονται τον γυναικολόγο λόγω ντροπής, έλλειψης χρημάτων, κοινωνικού στρώματος (τσιγγάνοι κ.λπ.) και άγνοιας. Ο νοσηλευτής πρέπει να προάγει τον εμβολιασμό εκθειάζοντας τα ευεργετικά του αποτελέσματα για την υγεία μακροπρόθεσμα. Επίσης, πρέπει να ενημερώνει όλες τις πληθυσμιακές ομάδες σχετικά με το τεστ Παπανικολάου και για την πρόληψη που προσφέρει. Μέσω των προληπτικών διαγνωστικών εξετάσεων μπορεί να αποφευχθεί η νόσηση κατά 100% και μέσω του εμβολιασμού κατά 90%. Καταλαβαίνουμε λοιπόν την σημασία που έχει η πρόληψη και πως με την κατάλληλη εκπαίδευση και ενημέρωση μπορούν να μειωθούν δραματικά τα ποσοστά επιπολασμού του HPV και κατ' επέκταση τα ποσοστά των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Cook & Dickens, 2014).

4.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

4.1 Προεγχειρητική φροντίδα

Τα τρόφιμα και τα υγρά συνήθως δεν επιτρέπονται για μια χρονική περίοδο προεγχειρητικά. Οι πρακτικές κατευθυντήριες γραμμές για την προεγχειρητική νηστεία σε υγιείς ασθενείς που υποβάλλονται σε εκλεκτικές διαδικασίες, επιτρέπουν την κατανάλωση υγρών έως και 2 ώρες πριν από την επέμβαση, ελαφρύ πρωινό 6 ώρες πριν το χειρουργείο και ένα πιο βαρύ γεύμα 8 ώρες μετά από αυτό. Κάθε ασθενής πρέπει να έχει σαφείς οδηγίες γραμμένες από το προσωπικό του αναισθησιολογικού, στις οποίες να υπογραμμίζεται η προεγχειρητική διατροφή. Γενικά, το φαγητό και τα υγρά δεν επιτρέπονται 4 με 8 ώρες πριν το χειρουργείο για να αποφευχθεί μια πιθανή εισρόφηση. Επίσης, πρέπει να ενθαρρύνουμε τους ασθενείς

που καπνίζουν να μειώσουν την χρήση των τσιγάρων καθώς η νικοτίνη καθυστερεί την επούλωση τραυμάτων και αυξάνει τον κίνδυνο για λοίμωξη του τραύματος μέσω αγγειοσυστολής (Melamed & Ramirez, 2020).

Επειδή πολλοί ασθενείς εισάγονται στο νοσοκομείο την ημέρα της επέμβασης, ένα μεγάλο μέρος της προεγχειρητικής προετοιμασίας της ασθενούς έγκειται συχνά στον υπεύθυνο βάρδιας. Είναι σημαντικό να υπάρχει ένας νοσηλευτής πριν την εισαγωγή ώστε να παρθούν οι σωστές και επαρκείς πληροφορίες. Η διδασκαλία της ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει τυχόν περιορισμούς στην λήψη τροφής και υγρών, ποια φάρμακα, αν χορηγούνται πρέπει να ληφθούν το πρωί της ημέρας της χειρουργικής επέμβασης και την ανάγκη προετοιμασίας του σημείου τομής τη νύχτα πριν το χειρουργείο. Είναι επίσης σημαντικό να συμπεριληφθούν ενέργειες που πρέπει να λάβει η ασθενής εάν κάποια από αυτές τις οδηγίες έχει παραλειφθεί εκ παραδρομής. Οι γραπτές οδηγίες είναι χρήσιμο συμπλήρωμα στη διδασκαλία, επειδή η ασθενής και η οικογένειά μπορεί να ανατρέξει σε αυτές για οποιαδήποτε σημεία θεωρούν ασαφή ή έχουν ξεχάσει. Βίντεο και φυλλάδια είναι επίσης χρήσιμες προσθήκες στην προετοιμασία των ασθενών και των οικογενειών τους (Puleo, 2015).

Ένας τελικός έλεγχος επαλήθευσης πραγματοποιείται αμέσως πριν από την έναρξη της διαδικασίας και περιλαμβάνει ολόκληρη τη χειρουργική ομάδα. Αν το περιστατικό περιλαμβάνει συγκεκριμένο σημείο του σώματος όπως στην συγκεκριμένη περίπτωση με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στην περιοχή της πυέλου, τότε η τελική επαλήθευση θα πρέπει να περιλαμβάνει μια περιοχή σήμανσης από το πρόσωπο που εκτελεί την διαδικασία. Αμέσως πριν από την έναρξη της της διαδικασίας υπάρχει πάντα μια διακοπή, ώστε όλη η ομάδα με δραστική επικοινωνία να επαληθεύσει τη σωστή ταυτότητα του ασθενούς, τη σωστή πλευρά και σημείο τομής, τη διαδικασία που πρόκειται να ακολουθηθεί, τη σωστή θέση της ασθενούς και τη διαθεσιμότητα των σωστών εμφυτευμάτων και τον τυχόν ειδικό εξοπλισμό ή τις ειδικές απαιτήσεις. Η τελική αυτή διαδικασία επαλήθευσης θα πρέπει να καταγράφεται (Puleo, 2015).

4.2 Πληροφόρηση της ασθενούς

Η προετοιμασία της ασθενούς για την χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει δραστηριότητες και διαδικασίες που βοηθούν να μειωθεί το άγχος, εξασφαλίζουν την ασφάλεια των ασθενών και μειώνουν τον κίνδυνο επιπλοκών. Μια διεξοδική νοσηλευτική εκτίμηση είναι απαραίτητη για την καταγραφή των δεδομένων αναφοράς για μελλοντικές συγκρίσεις ώστε να καθοριστεί η επίδραση της διδασκαλίας και να παρακολουθηθούν οι ασθενείς που

βρίσκονται σε κίνδυνο για επιπλοκές κατά την περιεγχειρητική φάση (Ljungqvist, 2017:Λαμπρινού & Λεμονίδου, 2009).

Ο χειρουργός θα πρέπει να δώσει στην ασθενή πληροφορίες για την έκταση και το είδος της χειρουργικής επέμβασης, τις εναλλακτικές θεραπείες, τους συνήθεις κινδύνους και τα οφέλη και τις συνέπειες του να μην γίνει η επέμβαση, με έναν τρόπο που δεν θα πανικοβάλλει την ασθενή (Ljungqvist, 2017:Λαμπρινού & Λεμονίδου, 2009).

Η ασθενής ή ο νόμιμος κηδεμόνας της ασθενούς πρέπει να υπογράψει ένα χειρουργικό έντυπο συγκατάθεσης που περιλαμβάνει αυτές τις πληροφορίες. Η συγκατάθεση πρέπει να υπογραφεί επίσης από έναν μάρτυρα που θα βεβαιώσει ότι το άτομο που υπέγραψε ότι το άτομο που υπέγραψε είναι ο ίδιος ή ο νόμιμος κηδεμόνας του. Μερικοί ασθενείς έχουν οδηγία «μη αναζωογόνησης». Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να γίνει γνωστό στην ασθενή ή στο άτομο που θα είναι υπεύθυνο για αυτόν ότι υπάρχει περίπτωση κατά την διάρκεια του χειρουργείου να χρειαστεί αναζωογόνηση (Todd & Birch, 2019).

4.3 Ψυχολογική προεγχειρητική ετοιμασία

Το άγχος παρεμβαίνει στην αποτελεσματικότητα της αναισθησίας και στην ικανότητα των ασθενών να συμμετέχουν ενεργά στην φροντίδα τους. Πρέπει να παρέχονται στους ασθενείς πληροφορίες σχετικά με το τι πρόκειται να συμβεί κατά την διάρκεια της περιεγχειρητικής φάσης, καθώς επίσης και τι να αναμένεται να αισθανθούν. Η επίδειξη μιας στάσης φροντίδας απέναντι στην ασθενή και στα μέλη της οικογένειας θα αυξήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης και θα μειώσει το άγχος. Ακόμα, η πληροφορημένη συναίνεση απαιτείται από τον νόμο για την προστασία των δικαιωμάτων της ασθενούς, της αυτονομίας της και της ιδιωτικής της ζωής (Spring et al., 2019).

4.4 Επισημάνσεις ανάθεσης

Ο νοσηλευτής πρέπει να διατηρεί τα ατομικά μέτρα προστασίας που χρειάζονται για κάθε ασθενή, να εκτελεί υποκλυσμό ή λουτρό της ασθενούς εάν χρειάζεται, να εφαρμόζει κάλτσες κατά των θρομβώσεων και να βοηθά τους ασθενείς να αφαιρέσουν τα ρούχα, τα κοσμήματα και οτιδήποτε προσθετικό έχουν πάνω τους, όπως είναι οι μασέλες (Perry & Potter, 2010).

Ο εξοπλισμός του θα πρέπει να είναι το στηθοσκόπιο, η φόρμα πληροφορημένης συναίνεσης, η προεγχειρητική λίστα ελέγχου, σερ υποκλυσμού με το κατάλληλο διάλυμα, σερ για λουτρό, ενδοφλέβια διαλύματα και εξοπλισμός, σερ μόνιμου καθετήρα, κάλτσες κατά των θρομβώσεων εάν απαιτούνται και φάρμακα (Perry & Potter, 2010).

Προσδιορίζουμε σωστά την ασθενή από τα λεγόμενά του για το όνομα και χρησιμοποιούμε και δεύτερο αναγνωριστικό στοιχείο που θα επιβεβαιώσει την ταυτότητα της ασθενούς όπως είναι το αναγνωριστικό βραχιολάκι στο χέρι της ασθενούς. Καθορίζουμε την δυνατότητα της ασθενούς να απαντήσει στις ερωτήσεις σχετικά με το ιστορικό της υγείας και τη χειρουργική επέμβαση που πρόκειται να πραγματοποιηθεί. Στη συνέχεια συλλέγουμε το νοσηλευτικό ιστορικό και προσδιορίζουμε του παράγοντες κινδύνου. Πραγματοποιούμε κλινική εξέταση ώστε να επικεντρωθούμε στα συστήματα που θα επηρεάσει η χειρουργική επέμβαση. Επιπρόσθετα, εφαρμόζουμε ταινία ευαισθησίας/αλλεργίας και ρωτάμε για τις προσδοκίες της ασθενούς και των μελών της οικογένειας σχετικά για την χειρουργική επέμβαση και τη φροντίδα. Συμπεριλαμβάνουμε ερωτήσεις σχετικά με φόβους, πολιτιστικές πρακτικές και θρησκευτικά πιστεύω εφόσον ενδείκνυται. Ελέγχουμε τις προεγχειρητικές οδηγίες της ασθενούς και εάν η ασθενής αποτελεί εισαγωγή μιας ημέρας ή είναι περιπατητική. Επιβεβαιώνουμε ότι οι προεγχειρητικές προετοιμασίες ολοκληρώθηκαν βάση των οδηγιών. Συγκεκριμένες προετοιμασίες που πρέπει να ελεγχθούν είναι η κατάσταση τα νηστείας, η χορήγηση φαρμάκων, η προετοιμασία του δέρματος και η προετοιμασία του εντέρου (Perry & Potter, 2010).

4.5 Φάσεις Μετεγχειρητικής φροντίδας σε χειρουργικό ασθενή

Η νοσηλευτική φροντίδα ενός μετεγχειρητικού χειρουργικού ασθενή διαιρείται σε δύο φάσεις: την άμεση αποκατάσταση και την μετεγχειρητική ανάρρωση. Κατά την διάρκεια και των δύο φάσεων πρέπει να γίνεται λεπτομερής αξιολόγηση της κατάστασης της ασθενούς. Η επίδραση της αναισθησίας και οι φυσιολογικοί παράγοντες άγχους που επιβάλλονται από την χειρουργική επέμβαση μπορούν να θέσουν την ασθενή σε κίνδυνο για ποικίλες φυσιολογικές αλλαγές (Perry & Potter, 2010).

Η πρώτη φάση της μετεγχειρητικής φροντίδας πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της άμεσης περιόδου αποκατάστασης. Για τους νοσηλευόμενους ασθενείς αυτό αφορά στο διάστημα από το χρόνο που η ασθενής φεύγει από το χειρουργείο μέχρι το χρόνο που η ασθενής έχει σταθεροποιηθεί στην αίθουσα ανάνηψης, στο δωμάτιο μετά την αναισθησία ή στη μονάδα αυξημένης φροντίδας, ικανοποιεί κριτήρια εξόδου και έχει μεταφερθεί στην νοσηλευτική μονάδα. Για έναν περιπατητικό χειρουργικό ασθενή η πρώτη φάση της αποκατάστασης διαρκεί κανονικά 1 με 2 ώρες πριν από το εξιτήριο. Η πρώτη φάση είναι η κρίσιμότερη μετεγχειρητική φάση για αξιολόγηση μετά την επίδραση της αναισθησίας, συμπεριλαμβανομένου και τον καθαρισμό των αεροφόρων οδών, τις καρδιαγγειακές επιπλοκές, τον έλεγχο της θερμοκρασίας και τον νευρολογικό έλεγχο (Perry & Potter, 2010).

Η δεύτερη φάση αποκατάστασης είναι η μετεγχειρητική περίοδος ανάρρωσης. Αυτή η περίοδος εκτείνεται από την ώρα που η ασθενής φεύγει από τη μονάδα ανάνηψης ή τη μονάδα εντατικής θεραπείας μέχρι την ώρα που η ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο. Προωθούμε την ανεξαρτησία της ασθενούς, εκπαιδεύουμε την ασθενή και την οικογένεια της για οποιουδήποτε περιορισμούς που επιβάλλονται από την χειρουργική επέμβαση και παρέχουμε τους απαραίτητους πόρους για την ασθενή ώστε να επιτευχθεί ένα βελτιωμένο επίπεδο ευεξίας (Perry & Potter, 2010).

Η μετεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς αμέσως μετά την έξοδό του από το χειρουργείο περιλαμβάνει δύο φάσεις (Perry & Potter, 2010):

- Φάση 1: Άμεση περίοδος αποκατάστασης. Λαμβάνουμε την έκθεση από τον νοσηλευτή κίνησης ή και τον αναισθησιολόγο, που περιλαμβάνει τη διαδικασία που πραγματοποιήθηκε, το εύρος των ζωτικών σημείων, τυχόν επιπλοκές, την εκτιμώμενη απώλεια αίματος, άλλη απώλεια υγρών, την αντικατάσταση υγρών, τον τύπο της αναισθησίας, τα φάρμακα που δόθηκαν, τον τύπο του αεραγωγού και το μέγεθος, την έκταση του χειρουργικού τραύματος, τους περιορισμούς στην κίνηση κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και οποιεσδήποτε προεγχειρητικές ιατρικές και νοσηλευτικές διαγνώσεις. Κατά την άφιξη της ασθενούς στην αίθουσα ανάνηψης/μονάδα εντατικής, λαμβάνουμε αναφορά από το χειρουργό και τον αναισθησιολόγο. Εξετάζουμε τον τύπο της χειρουργικής διαδικασίας, τον περιορισμό στην κίνηση και τον τύπο αναισθησίας που χρησιμοποιήθηκε. Αφότου λάβουμε την αναφορά, πραγματοποιούμε ενδελεχή εκτίμηση της ασθενούς, συμπεριλαμβάνοντας τα ζωτικά σημεία, την παλμική οξυμετρία, την κατάσταση του αναπνευστικού, της καρδιάς, του νευρικού συστήματος, του γαστρεντερικού, του ουροποιητικού και των υγρών. Παρακολουθούμε την θερμοκρασία της ασθενούς, το σημείο της τομής, τις παροχετεύσεις, την ακεραιότητα του δέρματος, την άνεση, την ασφάλεια και τα επίπεδα άγχους.

- Φάση 2: Περίοδος ανάρρωσης. Λαμβάνουμε τηλεφωνική αναφορά από τον νοσηλευτή της αίθουσας ανάνηψης / μονάδας εντατικής. Κατά την άφιξη της ασθενούς στο τμήμα, συλλέγουμε πιο λεπτομερή αναφορά από τον νοσηλευτή που συνοδεύει την ασθενή. Αξιολογούμε το διάγραμμα του χειρουργημένου για πληροφορίες σχετικά με τον τύπο της εγχείρησης, τις επιπλοκές, τα φάρμακα που χορηγήθηκαν, τις φυσιολογικές τιμές των ζωτικών σημείων και τα συνήθη φάρμακα που δόθηκαν ή όχι στην ασθενή προεγχειρητικά. Στην συνέχεια, ανατρέχουμε στις μετεγχειρητικές οδηγίες και αξιολογούμε τις γνώσεις και τις προσδοκίες της ασθενούς για την χειρουργική αποκατάσταση.

5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι μια διαδικασία η οποία εξαντλεί την ασθενή τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Είναι πολύ σημαντικό πριν ξεκινήσει η χημειοθεραπεία να αξιολογείται η γενικότερη κατάσταση της ασθενούς και να λαμβάνεται το νοσηλευτικό ιστορικό, όπως είναι οι πρότερες χημειοθεραπείες, το σημείο εισαγωγής φλεβοκαθετήρα, τυχόν ευαισθησία σε διάφορα σημεία του σώματος και οι αλλεργικές αντιδράσεις. Επιπρόσθετα, η ασθενής μπορεί να εκδηλώνει φόβο για τις βελόνες, διάχυτο άγχος, εφίδρωση και υπερκινητικότητα. Πρέπει να υπάρξει ενημέρωση για την διαδικασία της χημειοθεραπείας και τις πιθανές παρενέργειές της, να ελεγχθεί η σταθερότητα των ζωτικών σημείων και να ενημερωθεί ο θεράπωντας ιατρός για τυχόν συνοδά νοσήματα όπως είναι η αναιμία, η ουδετεροπενία ή κάποια λοίμωξη (Traeger et al., 2015).

Αμέσως μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας είναι επιτακτικό να παρακολουθούνται στενά τα ζωτικά σημεία, αλλά και οι άμεσες αλλεργικές αντιδράσεις, όπως είναι η ερυθρότητα και το αναφυλακτικό σοκ. Ακόμη, πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην έγχυση της αγωγής. Η ροή πρέπει να είναι σταθερή και η ασθενής να την λάβει στον προβλεπόμενο χρόνο. Πολλές φορές κατά την διάρκεια της θεραπείας επέρχεται κόπωση στην ασθενή, τόσο ψυχολογική όσο και σωματική, για αυτό πρέπει να παροτρύνεται να συγκεντρωθεί στην διαδικασία. Τέλος, εάν η γυναίκα έχει παροχέτευση, γίνεται έλεγχος της διούρησης και εάν υπάρχουν συγγενείς στον χώρο αναμονής πρέπει να παρέχεται ενημέρωση για την εξέλιξη (Fidalgo et al., 2012).

6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι μια διαδικασία στην οποία υποβάλλεται η ασθενής και δυνητικά μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα. Ίσως το πιο σημαντικό κομμάτι κατά την ακτινοθεραπεία είναι η ακτινοπροστασία κατά την οποία το ιατρικό προσωπικό φροντίζει η ιονίζουσα ακτινοβολία να βλάπτει μόνο τα καρκινικά κύτταρα και να μην επηρεάζει παρακείμενους υγιείς ιστούς. Εάν η δόση υπερβεί για κάποιο λόγο τη συνιστάμενη, απόρροια είναι ο εμετός, η ζάλη, κνησμός, το έγκαιμα, ακόμα και ο θάνατος (Cibula et al., 2018).

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Πριν την εισαγωγή της ασθενούς στην αίθουσα πρέπει να προστατεύεται η περιοχή από την ηλιακή ακτινοβολία και να καθαριστεί με σαπούνι το οποίο περιέχει ουδέτερο Ph. Εάν έχει ληφθεί οδηγία για χορήγηση αντιδιαρροϊκών γίνεται η εφαρμογή της. Ο νοσηλευτής φροντίζει να έχουν απομακρυνθεί ξένα σώματα από το στόμα της ασθενούς, όπως για παράδειγμα κάποια τεχνητή

οδοντοστοιχία. Το τελευταίο βήμα είναι η παρακολούθηση της ασθενούς για τυχόν εμφάνιση λοίμωξης ή τραυματισμού στην περιοχή που πρόκειται να ακτινοβοληθεί. Κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας, εάν παρατηρηθεί ναυτία ενδείκνυται η χορήγηση ηρεμιστικών ή αντιεμετικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Επίσης, λόγω των παραπάνω πρέπει να παρακολουθείται η περιοχή για τυχόν ερυθρότητα και ξηρότητα (Barnas et al., 2012).

7.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Η διάγνωση του καρκίνου είναι η αρχή μιας διαδικασίας που δεν αποτελεί απλά μία χρόνια νόσο. Το άτομο μπορεί να παρουσιάσει μια σειρά από εκδηλώσεις οι οποίες μπορεί να το επηρεάσουν σε σημαντικό βαθμό, να μεταβάλλουν τις απόψεις του σχετικά με τη ζωή, καθώς και τις απόψεις και τις προοπτικές της οικογένειας και των φίλων του. Ποσοστό έως και 50% των ατόμων με καρκίνο παρουσιάζουν ψυχολογική δυσφορία σε κάποιο στάδιο της νόσου τους και αυτό μπορεί να σχετίζεται με μια σειρά μεταβλητών (Καλαβανά, 2010).

Ενδείκνυται οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν τον καρκίνο να ζητούν βοήθεια πρώτα από την οικογένειά τους και μετά από ομάδες ψυχολογικής στήριξης που ασχολούνται με τέτοια θέματα. Σε πολλές περιπτώσεις, επισκέπτονται κάποιον ειδικό μόνες τους όπως είναι ο ψυχολόγος ή ο ψυχίατρος. Τέλος, καλό θα ήταν η φαρμακευτική αγωγή να είναι η τελευταία λύση για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Η χειρουργηθείσα γυναίκα μπορεί να βιώσει κοινωνικό αποκλεισμό, κατάθλιψη, μειωμένη αυτοεκτίμηση, μειωμένη λειτουργικότητα, αγχώδεις διαταραχές και άλλα πολλά που όμως αντιμετωπίζονται (Καλαβανά, 2010).

Γίνεται αντιληπτό πως ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την διάρκεια της ψυχολογικής αποκατάστασης είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Αρχικά, παρέχονται πολλά εκπαιδευτικά προγράμματα ώστε να προσαρμοστεί πιο εύκολα η γυναίκα στην νέα κατάσταση. Επιπρόσθετα, τα προγράμματα αυτού του είδους περιλαμβάνουν εξατομικευμένες συνεδρίες για κάθε άτομο και ομαδικές ολιγομελείς συνεδρίες. Στο διαδίκτυο υπάρχει πλήθος πληροφοριών που μπορεί να χρησιμοποιηθούν από τον νοσηλευτή ως εκπαιδευτικό υλικό το οποίο δίνεται στους επιζήσαντες από καρκίνο (Watson et al., 2018).

Ο νοσηλευτής που εργάζεται σε κλινικές όπως είναι η ογκολογική και η αιματολογική, γνωρίζει ενδελεχώς το άγχος και την ανησυχία του ασθενή. Εάν έχει την δυνατότητα, μπορεί να πραγματοποιήσει ατομικές συναντήσεις τόσο με τον ασθενή, αλλά και με την οικογένεια του. Κατά την διάρκεια των συναντήσεων δίνονται συμβουλές για την φροντίδα της ασθενούς, αλλά και για την γενικότερη προαγωγή της ποιότητας της ζωής (Watson et al., 2018).

Γ΄ ΜΕΡΟΣ

Έρευνα (Νέα δεδομένα)

Abstract 1

Human Papillomavirus (HPV) Infection in Early Pregnancy: Prevalence and Implications

Introduction: Young women (20-35 years) are at high risk of HPV infection, although the majority of the infections are asymptomatic and are cleared spontaneously by the host immune system. These are also the group of women who are sexually active and are in the population of pregnant women. During pregnancy, the changes in the hormonal milieu and immune response may favor persistence of HPV infection and may aid in transgenerational transmission thereby furthering the cancer risk. In the present study, we determined the prevalence of vaginal HPV infection in early pregnancy and attempted to relate with pregnancy outcome.

Material and Methods: Vaginal cytology samples were collected from the condoms used to cover the vaginal sonography probe during a routine first trimester visit to the hospital. All women were followed up throughout pregnancy and childbirth. Maternal and neonatal outcomes were recorded.

Results: We found a prevalence of HPV infection around 39.4% in our population. Interestingly all HPV positive women were infected with one or more high risk HPV viruses with an overlap of intermediate and low risk in 43% and 7.3%, respectively. Women with preterm pre labor rupture of membranes (PPROM) showed a statistically higher incidence in HPV positive (7.3%) group as compared to the HPV negative (3.2%) group.

Conclusion: The prevalence of genital HPV infection is high during pregnancy (around 40%) and was associated with higher incidence of PPRM (Pandey et al., 2019).

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι νεαρές γυναίκες (20-35 ετών) διατρέχουν υψηλό κίνδυνο μόλυνσης από HPV, αν και η πλειονότητα των λοιμώξεων είναι ασυμπτωματικές και εξαφανίζονται αυθόρμητα από το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή. Αυτές είναι επίσης η ομάδα των γυναικών που είναι σεξουαλικά ενεργές και ανήκουν στον πληθυσμό των εγκύων γυναικών. Κατά τη

διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι αλλαγές στο ορμονικό περιβάλλον και στην ανοσολογική απόκριση μπορεί να ευνοήσουν την επιμονή της λοίμωξης από τον HPV και μπορεί να βοηθήσουν στη μετάδοση μέσω γενεών, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο καρκίνου. Στην παρούσα μελέτη, προσδιορίστηκε ο επιπολασμός της κολπικής λοίμωξης από HPV στην αρχή της εγκυμοσύνης και συσχετίστηκε με την έκβαση της εγκυμοσύνης.

Υλικό και μέθοδοι: Δείγματα κολπικής κυτταρολογίας συλλέχθηκαν από τα προφυλακτικά που χρησιμοποιήθηκαν για την κάλυψη του κολπικού υπερηχογραφικού καθετήρα κατά τη διάρκεια μιας τακτικής επίσκεψης πρώτου τριμήνου στο νοσοκομείο. Όλες οι γυναίκες παρακολουθήθηκαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Καταγράφηκαν μητρικά και νεογνικά αποτελέσματα.

Αποτελέσματα: Βρέθηκε ένας επιπολασμός λοίμωξης από HPV περίπου 39,4% στον πληθυσμό μας. Είναι ενδιαφέρον ότι όλες οι HPV θετικές γυναίκες είχαν μολυνθεί με έναν ή περισσότερους ιούς HPV υψηλού κινδύνου με επικάλυψη ενδιάμεσου και χαμηλού κινδύνου σε 43% και 7,3%, αντίστοιχα. Γυναίκες με πρόωρη προγεννητική ρήξη μεμβρανών (PPROM) εμφάνισαν στατιστικά υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης στην ομάδα των θετικών HPV (7,3%) σε σύγκριση με την ομάδα των HPV αρνητικών (3,2%). Συμπέρασμα: Ο επιπολασμός της λοίμωξης από HPV των γεννητικών οργάνων είναι υψηλός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (περίπου 40%) και συσχετίστηκε με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης PPRM.

Abstract 2

Impact of HPV infection on vaginal microecology and maternal and neonatal outcomes.

Objectives: Human papillomavirus (HPV) is a kind of spherical DNA virus, which is related to many factors such as immune status and pregnancy. Due to the decrease of immunity, pregnant women are more likely to have HPV infection, which causes serious imbalance of vaginal microecology and is not beneficial to pregnancy outcome. Therefore, this study focuses on the impact of HPV infection on vaginal microecology and maternal and neonatal outcomes.

Methods: A total of 140 pregnant women with HPV infection during pregnancy, who received obstetric examination in the First Affiliated Hospital of Hainan Medical College from November 2017 to July 2019, were selected as a HPV infection group, and 150 normal pregnant women with HPV negative in the same period were selected as a control group. Vaginal secretions were collected from all the pregnant women at 28-34 weeks of gestation

to evaluate vaginal pH, cleanliness and microecological status, and to record pregnancy outcomes for all pregnant women.

Results: The proportions of vaginal pH>4.5, constituent ratio of flora density and diversity of I-II, positive detection rate of vulvovaginal candidiasis (VVC) and bacterial vaginosis (BV) in HPV infected pregnant women were significantly higher than those in the control group (all $P<0.05$). There was no significant difference in vaginal cleanliness, dominant bacteria classification, detection rate of trichomonas vaginitis (TV), BV negative, and BV intermediate type between the 2 groups (all $P>0.05$). The incidence of microecological imbalance in pregnant women with HPV infection was significantly higher than that in the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in natural delivery rate and cesarean section rate between the control group and the HPV infection group ($P>0.05$). The incidences of premature delivery, puerperal infection, postpartum hemorrhage, and chorioamnionitis in the HPV infection group were significantly higher than those in the control group (all $P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of premature rupture of membranes between the 2 groups ($P>0.05$). The incidences of premature delivery, postpartum hemorrhage, and premature rupture of membranes of HPV-infected pregnant women in microecological imbalance group were significantly higher than those in the microecological normal group (all $P<0.05$). There was no significant difference in the incidences of puerperal infection and chorioamnionitis between the microecological normal group and the microecological imbalance group (all $P>0.05$).

Conclusions: Pregnant women with HPV infection during pregnancy are more likely to have vaginal microecological disorders, and can increase the risk of adverse pregnancy outcomes such as premature delivery and chorioamnionitis (Wu et al., 2021).

Περίληψη

Στόχοι: Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι ένα είδος σφαιρικού DNA ιού, ο οποίος σχετίζεται με πολλούς παράγοντες όπως η ανοσολογική κατάσταση και η εγκυμοσύνη. Λόγω της μείωσης της ανοσίας, οι έγκυες γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν λοίμωξη από HPV, η οποία προκαλεί σοβαρή ανισορροπία της μικροοικολογίας του κόλπου και δεν είναι ευεργετική για την έκβαση της εγκυμοσύνης. Ως εκ τούτου, αυτή η μελέτη εστιάζει στην επίδραση της λοίμωξης από HPV στη μικροοικολογία του κόλπου καθώς και στις επιδράσεις στη μητέρα και το νεογνό.

Μέθοδοι: Συνολικά 140 έγκυες γυναίκες με λοίμωξη από HPV κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι οποίες υποβλήθηκαν σε μαιευτική εξέταση στο First Affiliated Hospital of Hainan Medical College από τον Νοέμβριο 2017 έως τον Ιούλιο 2019, επιλέχθηκαν ως

ομάδα που πάσχουν από HPV και 150 φυσιολογικές έγκυες γυναίκες, HPV αρνητικές, την ίδια περίοδο επιλέχθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Οι κολπικές εκκρίσεις συλλέχθηκαν από όλες τις έγκυες γυναίκες στις 28-34 εβδομάδες κύησης για να αξιολογηθεί το pH του κόλπου, η καθαριότητα και η μικροοικολογική κατάσταση και να καταγραφούν τα αποτελέσματα της εγκυμοσύνης για όλες τις έγκυες γυναίκες.

Αποτελέσματα: Οι αναλογίες κολπικού $pH > 4,5$, αναλογία συστατικών πυκνότητας χλωρίδας και ποικιλομορφίας I-II, θετικός ρυθμός ανίχνευσης αιδοιοκολπικής καντιντίασης (VVC) και βακτηριακής κολπίτιδας (BV) σε έγκυες γυναίκες με λοίμωξη από HPV ήταν σημαντικά υψηλότερες από εκείνες της ομάδας ελέγχου (όλα $P < 0,05$). Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στην κολπική καθαριότητα, στην ταξινόμηση των κυρίαρχων βακτηρίων, στο ποσοστό ανίχνευσης της τριχομοναδικής κολπίτιδας (TV), του αρνητικού BV και του ενδιάμεσου τύπου BV μεταξύ των 2 ομάδων (όλες $P > 0,05$). Η επίπτωση της μικροοικολογικής ανισορροπίας σε έγκυες γυναίκες με λοίμωξη από HPV ήταν σημαντικά υψηλότερη από αυτή στην ομάδα ελέγχου ($P < 0,05$). Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στο ρυθμό φυσικού τοκετού και στο ποσοστό καισαρικής τομής μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας μόλυνσης από HPV ($P > 0,05$). Οι συχνότητες πρόωρου τοκετού, επιλόχειας λοίμωξης, αιμορραγίας μετά τον τοκετό και χοριοαμνιονίτιδας στην ομάδα μόλυνσης από HPV ήταν σημαντικά υψηλότερες από εκείνες της ομάδας ελέγχου (όλες $P < 0,05$). Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην επίπτωση της πρόωρης ρήξης των μεμβρανών μεταξύ των 2 ομάδων ($P > 0,05$). Τα περιστατικά πρόωρου τοκετού, αιμορραγίας μετά τον τοκετό και πρόωρης ρήξης των μεμβρανών εγκύων γυναικών με μόλυνση με HPV στην ομάδα μικροοικολογικών ανισορροπιών ήταν σημαντικά υψηλότερες από εκείνες της μικροοικολογικής φυσιολογικής ομάδας (όλες $P < 0,05$). Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στα περιστατικά επιλόχειας λοίμωξης και χοριοαμνιονίτιδας μεταξύ της μικροοικολογικής φυσιολογικής ομάδας και της ομάδας μικροοικολογικής ανισορροπίας (όλες $P > 0,05$).

Συμπεράσματα: Οι έγκυες γυναίκες με λοίμωξη HPV κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πιο πιθανό να έχουν κολπικές μικροοικολογικές διαταραχές και μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο ανεπιθύμητων εκβάσεων της εγκυμοσύνης, όπως ο πρόωρος τοκετός και η χοριοαμνιονίτιδα.

Abstract 3

Cervical cancer prevention and control in women living with human immunodeficiency virus

Despite being highly preventable, cervical cancer is the fourth most common cancer and cause of cancer death in women globally. In low-income countries, cervical cancer is often the leading cause of cancer-related morbidity and mortality. Women living with human immunodeficiency virus (HIV)/acquired immunodeficiency syndrome are at a particularly high risk of cervical cancer because of an impaired immune response to human papillomavirus, the obligate cause of virtually all cervical cancers. Globally, approximately 1 in 20 cervical cancers is attributable to HIV; in sub-Saharan Africa, approximately 1 in 5 cervical cancers is due to HIV. Here, the authors provide a critical appraisal of the evidence to date on the impact of HIV disease on cervical cancer risk, describe key methodologic issues, and frame the key outstanding research questions, especially as they apply to ongoing global efforts for prevention and control of cervical cancer. Expanded efforts to integrate HIV care with cervical cancer prevention and control, and vice versa, could assist the global effort to eliminate cervical cancer as a public health problem (Castle et al., 2021).

Περίληψη

Παρά το γεγονός ότι μπορεί να προληφθεί, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τέταρτος πιο συχνός καρκίνος και αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες παγκοσμίως. Σε χώρες χαμηλού εισοδήματος, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι συχνά η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας που σχετίζεται με τον καρκίνο. Οι γυναίκες που ζουν με τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV)/σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας διατρέχουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας λόγω της μειωμένης ανοσολογικής απόκρισης στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων, την αιτία σχεδόν όλων των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας. Παγκοσμίως, περίπου 1 στους 20 καρκίνους του τραχήλου της μήτρας αποδίδεται στον HIV. Στην υποσαχάρια Αφρική, περίπου 1 στους 5 καρκίνους του τραχήλου της μήτρας οφείλεται στον HIV. Οι συγγραφείς παρέχουν μια κριτική αξιολόγηση των μέχρι σήμερα αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με τον αντίκτυπο της νόσου του HIV στον κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, περιγράφουν βασικά μεθοδολογικά ζητήματα και πλαισιώνουν τα βασικά εκκρεμή ερευνητικά ερωτήματα, ειδικά καθώς εφαρμόζονται σε συνεχείς παγκόσμιες προσπάθειες για την πρόληψη και τον έλεγχο του Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Οι διευρυμένες προσπάθειες για την ενσωμάτωση της φροντίδας του HIV με την πρόληψη και τον έλεγχο

του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, και αντίστροφα, θα μπορούσαν να βοηθήσουν την παγκόσμια προσπάθεια για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ως πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Abstract 4

Cervical Cancer: Prevention and Early Detection

Objective: To review effective methods of prevention that can be used to control the incidence of cervical cancer and detection strategies that can identify the precancerous lesions before they become true cancer.

Data Sources: Current medical, scientific and nursing literature, and national and international guidelines of cervical cancer.

Conclusion: Nearly all cervical cancers are caused by specific types of human papillomavirus (HPV). Prophylactic vaccination for HPV provides the most effective method of primary prevention against HPV-related diseases. The use of the Pap test and HPV test, according to published guidelines, provides the most effective means of screening for cervical cancer.

Implications for Nursing Practice: Nurses are in a key position to provide health education with the goal of supporting vaccine uptake and screening guidelines (Kessler, 2017).

Περίληψη

Σκοπός της έρευνας είναι η αναθεώρηση των αποτελεσματικών μεθόδων πρόληψης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και στρατηγικές ανίχνευσης που μπορούν να εντοπίσουν τις προκαρκινικές αλλοιώσεις πριν γίνουν πραγματικός καρκίνος. Ως πηγές δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν η σύγχρονη ιατρική, η επιστημονική και νοσηλευτική βιβλιογραφία και εθνικές και διεθνείς οδηγίες για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο ότι σχεδόν όλοι οι καρκίνοι του τραχήλου της μήτρας προκαλούνται από συγκεκριμένους τύπους ιών ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Ο προληπτικός εμβολιασμός για τον HPV παρέχει την πιο αποτελεσματική μέθοδο πρωτογενούς πρόληψης έναντι των ασθενειών που σχετίζονται με τον HPV. Η χρήση του τεστ Παπανικολάου και του τεστ HPV, σύμφωνα με τις δημοσιευμένες οδηγίες, παρέχει τα πιο αποτελεσματικά μέσα ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Τέλος, οι νοσηλευτές κατέχουν μια πολύ σημαντική θέση στην παροχή εκπαίδευσης του πληθυσμού για την υγεία με στόχο την

υποστήριξη των οδηγιών πρόσληψης και ελέγχου του εμβολίου κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Abstract 5

Cervical Cancer Screening: Past, Present, and Future

Aim: The aim of this study was to describe methods for detection and treatment of human papillomavirus (HPV), cervical dysplasia (CD), and cervical cancer. New technologies and updated screening strategies will be emphasized.

Methods: A literature search was conducted using PubMed to identify publications relevant to the subject.

Main Outcome Measure: Sensitivity and cost-effectiveness of new cervical cancer screening methods were the main outcome measures.

Results: HPV and cervical cancer have a significant global impact. Research and innovations related to detection and treatment are key in reducing their burden worldwide.

Conclusion: Screening a woman for HPV and CD can dramatically decrease her risk of dying from cervical cancer. New, rapid, low-cost, HPV testing can allow for high-volume screening for the approximately 1.5 billion women who have never been screened. HPV screening can then be combined with high resolution digital colposcopy to detect CD. In the near future, these colposcopic images will be interpreted by artificial intelligence software. Detected lesions can then be treated easily and effectively with thermocoagulation. This see-and-treat model is a sensitive, efficient, and low-cost vision for the future (Bedell et al., 2020).

Περίληψη

Σκοπός: Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να περιγράψει μεθόδους για την ανίχνευση και τη θεραπεία του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), της δυσπλασίας του τραχήλου της μήτρας (CD) και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Δίνεται έμφαση στις νέες τεχνολογίες και τις ενημερωμένες στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου.

Μέθοδοι: Διεξήχθη βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιώντας το PubMed για τον εντοπισμό δημοσιεύσεων σχετικών με το θέμα.

Μέτρο κύριου αποτελέσματος: Η ευαισθησία και η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των νέων μεθόδων προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ήταν τα κύρια μέτρα έκβασης.

Αποτελέσματα: Ο HPV και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχουν σημαντικό παγκόσμιο αντίκτυπο. Η έρευνα και οι καινοτομίες που σχετίζονται με την ανίχνευση και τη θεραπεία είναι βασικές για τη μείωση του φόρτου τους παγκοσμίως.

Συμπέρασμα: Ο έλεγχος μιας γυναίκας για HPV και CD μπορεί να μειώσει δραματικά τον κίνδυνο να πεθάνει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το νέο, γρήγορο, χαμηλού κόστους τεστ HPV μπορεί να επιτρέψει τον προσυμπτωματικό έλεγχο μεγάλου όγκου για περίπου 1,5 δισεκατομμύρια γυναίκες που δεν έχουν υποβληθεί ποτέ σε προληπτικό έλεγχο. Ο έλεγχος HPV μπορεί στη συνέχεια να συνδυαστεί με ψηφιακή κολποσκόπηση υψηλής ανάλυσης για ανίχνευση CD. Στο εγγύς μέλλον, αυτές οι κολποσκοπικές εικόνες θα ερμηνεύονται από λογισμικό τεχνητής νοημοσύνης. Οι ανιχνευμένες βλάβες μπορούν στη συνέχεια να αντιμετωπιστούν εύκολα και αποτελεσματικά με θερμοπηξία. Αυτό το μοντέλο είναι ένα ευαίσθητο, αποτελεσματικό και χαμηλού κόστους όραμα για το μέλλον.

Abstract 6

Nurses' Knowledge and Opinions on HPV Vaccination: a Cross-Sectional Study from Istanbul

Implementing a HPV vaccination program is currently under evaluation by the Turkish health ministry. For screening and vaccination programs to be successful, the cooperation of nurses is essential. We aimed to evaluate (1) basic knowledge of nurses and nursing interns regarding HPV infection and cervical cancer, (2) their attitudes towards smear testing and HPV vaccination, and (3) their viewpoint on vaccination of school age children. This cross-sectional study was undertaken at Bezmialem Vakif University. The survey was designed to assess knowledge about HPV infection, Pap smear testing, cervical cancer, HPV vaccine, attitudes towards HPV vaccination, and school-based vaccination programs. Validity content was determined by expert gynecologists, and a pilot study was performed on 10 nurses. A total of 550 questionnaires were handed out; 499 were completed. Our response rate was 90.7%. Fifty-nine participants answered all the knowledge questions correctly.

The calculated knowledge score of the female participants was 6.99 ± 2.22 , the male participants was 5.89 ± 2.92 . Female participants were more knowledgeable ($p < 0.0001$). Out of the 353 female participants, 18.6% ($n = 66$) had undergone smear testing. There were 20 (5.6%) female and 6 (4%) male participants who were vaccinated against HPV. The leading answer for not having a HPV vaccine was "I'm not at risk for a HPV infection" ($n = 106, 34.9\%$). There was a statistical relationship between "HPV knowledge score" and

answering “Yes” to “Do you want your children/future children to be vaccinated?” ($p = 0.001$) and “Do you think including the vaccine in the Turkish immunization program is necessary?” ($p = 0.001$). Nurses in our cohort seem to have satisfactory basic knowledge regarding HPV infection; however, their viewpoints on vaccination were not favorable. Strategies and intervention materials for HPV vaccination will be necessary if a national immunization program will be initiated (Karasu et al., 2019).

Περίληψη

Η εφαρμογή ενός προγράμματος εμβολιασμού κατά του HPV βρίσκεται επί του παρόντος υπό αξιολόγηση από το Τουρκικό υπουργείο Υγείας. Για να είναι επιτυχή τα προγράμματα ελέγχου και εμβολιασμού, η συνεργασία των νοσηλευτών είναι απαραίτητη. Σκοπός ήταν η αξιολόγηση των βασικών γνώσεων νοσηλευτών σχετικά με τη λοίμωξη από τον HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, δεύτερον η στάση τους απέναντι στον εμβολιασμό κατά του HPV και τρίτον η άποψη σχετικά με τον εμβολιασμό των παιδιών σχολικής ηλικίας. Αυτή η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο Bezmialem Vakif. Η έρευνα σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις γνώσεις σχετικά με τη λοίμωξη από τον HPV, το τεστ Παπανικολάου, τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το εμβόλιο HPV, τη στάση απέναντι στον εμβολιασμό κατά του HPV και τα προγράμματα εμβολιασμού που βασίζονται στο σχολείο.

Το περιεχόμενο εγκυρότητας καθορίστηκε από ειδικούς γυναικολόγους και πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε 10 νοσηλεύτριες. Παραδόθηκαν συνολικά 550 ερωτηματολόγια. 499 ολοκληρώθηκαν. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 90,7%. Πενήντα εννέα συμμετέχοντες απάντησαν σωστά σε όλες τις ερωτήσεις γνώσης. Η υπολογισμένη βαθμολογία γνώσης των γυναικών συμμετεχόντων ήταν $6,99 \pm 2,22$, οι άνδρες συμμετέχοντες ήταν $5,89 \pm 2,92$. Οι γυναίκες συμμετέχουσες ήταν πιο ενημερωμένες ($p < 0.0001$). Από τις 353 γυναίκες συμμετέχουσες, το 18,6% ($n = 66$) είχε υποβληθεί σε έλεγχο επιχρίσματος. Συμμετείχαν 20 (5,6%) γυναίκες και 6 (4%) άνδρες που εμβολιάστηκαν έναντι του HPV. Η κύρια απάντηση για την μη ύπαρξη εμβολίου HPV ήταν «Δεν κινδυνεύω από μόλυνση από HPV» ($n = 106$, 34,9%). Υπήρχε μια στατιστική σχέση μεταξύ της «βαθμολογίας γνώσης HPV» και της απάντησης «Ναι» στο «Θέλετε τα παιδιά σας/τα μελλοντικά παιδιά σας να εμβολιαστούν;» ($p = 0,001$) και «Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητο να συμπεριληφθεί το εμβόλιο στο τουρκικό πρόγραμμα ανοσοποίησης;» ($p = 0,001$). Οι νοσηλεύτριες στην ομάδα μας φαίνεται να έχουν ικανοποιητικές βασικές γνώσεις σχετικά με τη μόλυνση από τον HPV. Ωστόσο, οι απόψεις τους για τον εμβολιασμό δεν ήταν ευνοϊκές.

Στρατηγικές και υλικά παρέμβασης για τον εμβολιασμό κατά του HPV θα είναι απαραίτητα εάν ξεκινήσει ένα εθνικό πρόγραμμα ανοσοποίησης.

Abstract 7

Risk of human papillomavirus infection in women with rheumatic disease: cervical cancer screening and prevention

Human Papillomavirus (HPV) is the most common sexually transmitted infection in the USA, with over 14 million people acquiring HPV each year. HPV is also the cause of most anogenital cancers. About 90% of HPV infections spontaneously resolve over 3 years. However, about 10% remain as persistent infection defined as repeatedly detected in cervical samples. As HPV is controlled by local and systemic immune responses, individuals with immunosuppression are at risk for cervical cancer. It is hypothesized that immunosuppressed individuals are more likely to have HPV persistence, which is necessary for malignant transformation. Accordingly, women with rheumatic diseases such as SLE and RA are likely vulnerable to HPV infection and the progression of cervical disease. The HPV vaccine, given as a series of vaccinations, is safe and effective that can prevent HPV infection and cervical cancer. There is no contraindication to HPV vaccination for women to age 26 with rheumatic disease, as it is not live. As in the general population, timing is key for the efficacy of the HPV vaccine as the goal is to vaccinate prior to sexual debut and exposure to HPV. There are no formal recommendations for cervical cancer screening in women with rheumatic disease but recommendations for the HIV-positive population can be adopted, meaning to screen with a Pap test annually for three consecutive years and if all normal, to extend the interval to every 3 years with the option of co-testing with HPV at 30 years and older (Kim et al., 2018).

Περίληψη

Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι η πιο κοινή σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη στις ΗΠΑ, με πάνω από 14 εκατομμύρια ανθρώπους να προσβάλλονται τον HPV κάθε χρόνο. Ο HPV είναι επίσης η αιτία των περισσότερων καρκίνων του γεννητικού συστήματος. Περίπου το 90% των λοιμώξεων από τον HPV υποχωρούν αυθόρμητα σε διάστημα 3 ετών. Ωστόσο, περίπου το 10% παραμένει ως επίμονη λοίμωξη που ορίζεται ως επανειλημμένη ανίχνευση σε δείγματα του τραχήλου της μήτρας. Καθώς ο HPV ελέγχεται από τοπικές και συστηματικές ανοσοαποκρίσεις, τα άτομα με ανοσοκαταστολή διατρέχουν κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Υποτίθεται ότι τα άτομα με

ανοσοκαταστολή είναι πιο πιθανό να έχουν επιμονή του HPV, η οποία είναι αιτία για τη δημιουργία κακοήθειας. Αντίστοιχα, οι γυναίκες με ρευματικές παθήσεις όπως ο ΣΕΛ (ερυθηματώδης λύκος) και η ΡΑ (ρευματοειδής αρθρίτιδα) είναι πιθανώς ευάλωτες στη μόλυνση από τον ιό HPV και στην εξέλιξη της νόσου του τραχήλου της μήτρας. Το εμβόλιο HPV, που χορηγείται ως σειρά εμβολιασμών, είναι ασφαλές και αποτελεσματικό που μπορεί να αποτρέψει τη μόλυνση από τον HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Δεν υπάρχει αντένδειξη για τον εμβολιασμό κατά του HPV για γυναίκες έως 26 ετών με ρευματική νόσο, καθώς δεν είναι ζωντανός. Όπως και στον γενικό πληθυσμό, το χρονοδιάγραμμα είναι το κλειδί για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου HPV, καθώς ο στόχος είναι ο εμβολιασμός πριν από το σεξουαλικό ντεμπούτο και την έκθεση στον HPV. Δεν υπάρχουν επίσημες συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες με ρευματική νόσο, αλλά μπορούν να υιοθετηθούν συστάσεις για τον οροθετικό πληθυσμό, δηλαδή να γίνεται έλεγχος με τεστ Παπανικολάου ετησίως για τρία συνεχόμενα χρόνια και αν είναι φυσιολογικό, να επεκτείνεται το διάστημα σε κάθε 3 ετών με δυνατότητα συν-εξέτασης με HPV σε ηλικία 30 ετών και άνω.

Abstract 8

Factors associated with school nurses' HPV vaccine attitudes for school-aged youth

School nurses are at the intersection of the healthcare and school communities, thus, they can be considered opinion leaders in providing health advice – including information about the human papillomavirus (HPV) vaccine – to parents and students. This study examined school nurses' attitudes toward the HPV vaccine based on age, years as a school nurse, geographic location, urban vs. rural work setting, HPV and vaccine knowledge, perception of role as opinion leaders, and school district support in providing health education. Participants ($n = 413$) were systematically sampled from the National Association of School Nurses' membership and completed a web-based survey. Multiple regression was used to predict positive HPV vaccine attitudes.

The model was statistically significant accounting for 50.8% of the variance ($F [9, 400] = 45.96, p < .001$). Positive attitudes regarding the HPV vaccine were predicted by higher HPV and vaccine knowledge ($\beta = .096, p < .001$) and stronger perceptions of role as opinion leaders for the vaccine ($\beta = .665, p < .001$). No other variables were found to be statistically significant. These results suggest knowledge is essential in predicting positive attitudes, but not the strongest predictor as perceptions of role as opinion leaders was more crucial in terms of predicting school nurses' positive attitudes towards HPV vaccine. Despite school

nurses being seen as champions for adolescent vaccines, they need additional professional development to increase their HPV vaccine knowledge and attitudes to encourage parents and adolescents to consider the uptake of HPV vaccination. To engage school nurses' in promoting HPV vaccine uptake, interventions need to focus on increasing school nurses' perception of their role as opinion leaders for HPV vaccine and knowledge to increase positive attitudes towards HPV vaccination for youth (Rosen et al., 2017).

Περίληψη

Οι σχολικοί νοσηλευτές βρίσκονται στο επίκεντρο της υγειονομικής περίθαλψης και των σχολικών κοινοτήτων, επομένως, μπορούν να θεωρηθούν ηγέτες της γνώμης στην παροχή συμβουλών υγείας - συμπεριλαμβανομένων πληροφοριών σχετικά με το εμβόλιο του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) - σε γονείς και μαθητές. Αυτή η μελέτη εξέτασε τις στάσεις των σχολικών νοσηλευτών απέναντι στο εμβόλιο HPV με βάση την ηλικία, τα έτη ως σχολικός νοσηλευτής, τη γεωγραφική τοποθεσία, το εργασιακό περιβάλλον έναντι της υπαίθρου, τη γνώση του HPV και του εμβολίου, την αντίληψη του ρόλου ως ηγέτες της γνώμης και της παροχής υγείας στις σχολικές μονάδες.

Οι συμμετέχοντες ($n = 413$) επιλέχθηκαν συστηματικά από την ιδιότητα μέλους της Εθνικής Ένωσης Σχολικών Νοσηλευτών και συμπλήρωσαν μια διαδικτυακή έρευνα. Χρησιμοποιήθηκε πολλαπλή παλινδρόμηση για την πρόβλεψη θετικών συμπεριφορών εμβολίου HPV. Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό για το 50,8% της διακύμανσης ($F [9, 400] = 45,96, p < .001$). Θετικές στάσεις σχετικά με το εμβόλιο HPV προβλέπονταν από υψηλότερη γνώση για τον HPV και το εμβόλιο ($\beta = .096, p < .001$) και ισχυρότερες αντιλήψεις για το ρόλο ως ηγέτες γνώμης για το εμβόλιο ($\beta = .665, p < .001$). Δεν βρέθηκαν άλλες μεταβλητές να είναι στατιστικά σημαντικές.

Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η γνώση είναι απαραίτητη για την πρόβλεψη θετικών στάσεων. Η γνώμη των νοσηλευτών σχετικά με τον εμβολίο κατά του HPV είναι πολύ σημαντική και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την πρόβλεψη των θετικών στάσεων των γονέων και παιδιών έναντι του εμβολίου HPV. Παρά το γεγονός ότι οι σχολικοί νοσηλευτές θεωρούνται πρωταθλητές στην χορήγηση των εμβολίων στους εφήβους, χρειάζονται πρόσθετη επαγγελματική εξέλιξη για να αυξήσουν τις γνώσεις και τις στάσεις τους για τον εμβολιασμό κατά του HPV για να ενθαρρύνουν τους γονείς και τους εφήβους να εξετάσουν την πρόσληψη του εμβολιασμού κατά του HPV. Τέλος, οι νοσηλευτές πρέπει να κατανοήσουν πως διατελούν ένα πολύ σημαντικό επιστημονικό έργο για την κοινότητα και πως πρέπει να αναλαμβάνουν περισσότερες πρωτοβουλίες για την ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τον HPV.

Abstract 9

Knowledge, attitudes and awareness of the human papillomavirus amongst primary care practice nurses: an evaluation of current training in England

Background: The incorporation of Human papillomavirus (HPV) testing into the English cervical screening program has been met with fear and anxiety. Healthcare professionals need to be adequately informed about HPV to help alleviate patient concerns.

The aim of this study was to evaluate the HPV training provided to practice nurses (PNs) and determine their level of HPV knowledge.

Method: A web-based survey was distributed to 147 General Practice surgeries in the Leicester, Leicestershire and Rutland regions, between May and July 2015. The survey explored four broad areas; demographics/level of experience, HPV knowledge, attitudes towards the HPV vaccine and self-perceived adequacy of HPV knowledge.

Results: A total of 128 surveys were completed, with 94 complete responses. Overall awareness of basic HPV facts was adequate; however, detailed, and in some cases basic, knowledge was lacking. 9.6% failed to identify that HPV can cause cervical cancer and 62.8% believed that HPV requires treatment. Not all PNs felt adequately informed about HPV and a need to improve the provision of training was identified.

Conclusion: PNs play a key role in increasing public awareness of HPV and implementing cervical cancer screening. The provision of education to PNs needs to be a priority and current methods of training need to be re-evaluated (Patel et al., 2017).

Περίληψη

Η ενσωμάτωση των δοκιμών για την ανεύρεση στελεχών του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) στο αγγλικό πρόγραμμα ελέγχου του τραχήλου της μήτρας αντιμετώπισε εμπόδια. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ενημερώνονται επαρκώς για τον HPV για να ανακουφίζουν τις ανησυχίες των ασθενών.

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την εκπαίδευση για τον HPV που παρέχεται σε νοσηλεύτριες (PN) και να καθορίσει το επίπεδο γνώσεων τους κατά του HPV.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω μιας διαδικτυακής έρευνας η οποία διανεμήθηκε σε 147 εξωτερικές δομές υγείας στις περιοχές Leicester, Leicestershire και Rutland, μεταξύ Μαΐου και Ιουλίου 2015. Η έρευνα διερεύνησε τέσσερις ευρείες περιοχές: δημογραφικά στοιχεία/επίπεδο εμπειρίας, γνώσεις για τον HPV, στάσεις απέναντι στον εμβόλιο HPV και αυτονόητη επάρκεια της γνώσης για τον HPV.

Συνολικά ολοκληρώθηκαν 128 έρευνες, με 94 πλήρεις απαντήσεις. Η συνολική επίγνωση των βασικών στοιχείων για τον HPV ήταν επαρκής. Ωστόσο, δεν υπήρχαν λεπτομερείς και σε ορισμένες περιπτώσεις βασικές γνώσεις. Το 9,6% απέτυχε να προσδιορίσει ότι ο HPV μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και το 62,8% πίστευε ότι ο HPV απαιτεί θεραπεία. Δεν αισθάνθηκαν όλοι οι PN επαρκώς ενημερωμένοι για τον HPV και διαπιστώθηκε η ανάγκη βελτίωσης της παροχής εκπαίδευσης.

Τα συμπεράσματα της έρευνας έδειξαν πως οι νοσηλευτές παίζουν βασικό ρόλο στην αύξηση της ευαισθητοποίησης του κοινού για τον HPV και στην εφαρμογή του ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η παροχή εκπαίδευσης στους νοσηλευτές πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα και οι τρέχουσες μέθοδοι κατάρτισης πρέπει να επανεκτιμηθούν.

Abstract 10

Locally advanced cervical cancer - neoadjuvant chemotherapy followed by concurrent chemoradiation and targeted therapy as maintenance: A phase II study

Aim: The survival in locally advanced cervical cancer remains low. We evaluated the role of neoadjuvant chemotherapy (NACT), chemoradiotherapy (CRT), followed by gefitinib maintenance in locally advanced cervical cancer.

Materials and methods: Twenty-five patients with locally advanced carcinoma cervix were enrolled between July 2012 and May 2013. Patients received 6 weekly doses of NACT Paclitaxel (60 mg/m²) and carboplatin (AUC 2), followed by CRT and brachytherapy. The analysis of epidermal growth factor receptor (EGFR) expression was carried out by immunohistochemistry. Gefitinib (250 mg daily) was given as maintenance therapy for 1 year after completion of chemoradiation. Comparison of EGFR expression and survival outcomes was done.

Results: Twenty-four of 25 patients completed the neoadjuvant chemotherapy and concurrent chemoradiotherapy. Post-CRT, all patients were started on gefitinib maintenance, and twenty patients completed the intended 1 year of gefitinib maintenance. Nineteen (76%) patients had a radiological complete response to NACT. EGFR was moderately or strongly expressed in 86.3% of the patients. The 3-year overall survival was 69.8%, and 3-year progression-free survival was 51.4%. Expression of EGFR was not found to be a significant factor affecting overall survival or progression-free survival.

Conclusions: Weekly neoadjuvant chemotherapy is associated with a good response rate in locally advanced cervical cancer. Neoadjuvant chemotherapy, chemoradiation, followed by

gefitinib maintenance gives good survival outcome in patients with locally advanced cervical cancer (Benson et al., 2019).

Περίληψη

Σκοπός: Η επιβίωση στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παραμένει χαμηλή. Αξιολογήσαμε τον ρόλο της νεοεπικουρικής χημειοθεραπείας (NACT), της χημειοακτινοθεραπείας (CRT), ακολουθούμενη από τη συντήρηση με τη φαρμακευτική ουσία γεφτινίμη στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Υλικά και μέθοδοι: Είκοσι πέντε ασθενείς με τοπικά προχωρημένο καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας εγγράφηκαν μεταξύ Ιουλίου 2012 και Μαΐου 2013. Οι ασθενείς έλαβαν 6 εβδομαδιαίες δόσεις NACT Paclitaxel (60 mg/m²) και καρβοπλατίνη (AUC 2), ακολουθούμενες από CRT και βραχυθεραπεία. Η ανάλυση της έκφρασης του υποδοχέα του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (EGFR) πραγματοποιήθηκε με ανοσοϊστοχημεία. Η γεφτινίμη (250mg ημερησίως) χορηγήθηκε ως θεραπεία συντήρησης για 1 έτος μετά την ολοκλήρωση της χημειοακτινοβολίας. Έγινε σύγκριση της έκφρασης του EGFR και των αποτελεσμάτων επιβίωσης.

Αποτελέσματα: Είκοσι τέσσερις από τους 25 ασθενείς ολοκλήρωσαν τη νεοεπικουρική χημειοθεραπεία και την ταυτόχρονη χημειοακτινοθεραπεία. Μετά τη CRT, όλοι οι ασθενείς ξεκίνησαν τη συντήρηση με γεφτινίμη και είκοσι ασθενείς ολοκλήρωσαν τον προβλεπόμενο 1 χρόνο συντήρησης. Δεκαεννέα (76%) ασθενείς είχαν πλήρη ακτινολογική ανταπόκριση στο NACT. Ο EGFR εκφράστηκε μέτρια ή έντονα στο 86,3% των ασθενών. Η 3ετής συνολική επιβίωση ήταν 69,8%, και η 3ετής επιβίωση χωρίς εξέλιξη ήταν 51,4%. Η έκφραση του EGFR δεν βρέθηκε να είναι σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη συνολική επιβίωση ή την επιβίωση χωρίς εξέλιξη.

Συμπεράσματα: Η εβδομαδιαία νεοεπικουρική χημειοθεραπεία σχετίζεται με καλό ποσοστό ανταπόκρισης σε τοπικά προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η νεοεπικουρική χημειοθεραπεία, η χημειοακτινοβολία, που ακολουθείται από τη συντήρηση με τη φαρμακευτική ουσία γεφτινίμη δίνει καλό αποτέλεσμα επιβίωσης σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Abstract 11

Sexual distress and associated factors among cervical cancer survivors: A cross-sectional multicenter observational study

Background: To assess whether sexual distress among cervical cancer (CC) survivors is associated with frequently reported vaginal sexual symptoms, other proposed biopsychosocial factors and whether worries about painful intercourse mediate the relation between vaginal sexual symptoms and sexual distress.

Methods: A cross-sectional study was conducted among 194 sexually active partnered CC survivors aged 25 to 69 years. Sexual distress, vaginal sexual symptoms, sexual pain worry, anxiety, depression, body image concerns, and relationship dissatisfaction and the sociodemographic variables age, time since treatment, and relationship duration were assessed by using validated self-administrated questionnaires.

Results: In total, 33% (n = 64) of the survivors scored above the cut-off score for sexual distress. Higher levels of sexual distress were shown to be associated with higher levels of vaginal sexual symptoms, sexual pain worry, relationship dissatisfaction, and body image concerns. Furthermore, the results showed that sexual pain worry partly mediated the association between vaginal sexual symptoms and sexual distress, when controlling for relationship dissatisfaction and body image concerns.

Conclusions: Appropriate rehabilitation programs should be developed for CC survivors to prevent and reduce not only vaginal sexual symptoms but also sexual pain worry, relationship dissatisfaction, and body image concerns to reduce sexual distress (Bakker et al., 2017).

Περίληψη

Ιστορικό: Για να εκτιμηθεί εάν η σεξουαλική δυσφορία μεταξύ των γυναικών που έχουν νοσήσει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (CC) σχετίζεται με συχνά αναφερόμενα κολπικά σεξουαλικά συμπτώματα, άλλους προτεινόμενους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες και εάν οι ανησυχίες για επώδυνη επαφή μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ κολπικών σεξουαλικών συμπτωμάτων και σεξουαλικής δυσφορίας.

Μέθοδοι: Μια συγχρονική μελέτη διεξήχθη μεταξύ 194 σεξουαλικά ενεργών γυναικών που έχουν νοσήσει από CC ηλικίας 25 έως 69 ετών. Η σεξουαλική δυσφορία, τα κολπικά σεξουαλικά συμπτώματα, η ανησυχία για τον σεξουαλικό πόνο, το άγχος, η κατάθλιψη, οι ανησυχίες για την εικόνα του σώματος, οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, η ηλικία

και ο χρόνος θεραπείας αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας επικυρωμένα ερωτηματολόγια αυτοχορήγησης.

Αποτελέσματα: Συνολικά, το 33% ($n = 64$) των επιζώντων σημείωσε υψηλότερη βαθμολογία για τη σεξουαλική δυσφορία. Τα υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικής δυσφορίας φάνηκε να σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα κολπικών σεξουαλικών συμπτωμάτων, ανησυχία για τον σεξουαλικό πόνο, δυσαρέσκεια στη σχέση και ανησυχίες για την εικόνα του σώματος. Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ανησυχία για τον σεξουαλικό πόνο μεσολάβησε εν μέρει τη συσχέτιση μεταξύ των κολπικών σεξουαλικών συμπτωμάτων και της σεξουαλικής δυσφορίας, όταν ελέγχεται η δυσαρέσκεια στη σχέση και οι ανησυχίες για την εικόνα του σώματος.

Συμπεράσματα: Θα πρέπει να αναπτυχθούν κατάλληλα προγράμματα αποκατάστασης για γυναίκες που έχουν νοσήσει από CC για την πρόληψη και τη μείωση όχι μόνο των κολπικών σεξουαλικών συμπτωμάτων αλλά και της ανησυχίας για τον σεξουαλικό πόνο και τις ανησυχίες σχετικά με την εικόνα του σώματος για τη μείωση της σεξουαλικής δυσφορίας.

Abstract 12

Psychiatric problems of anxiety and depression disorder are associated with medical service utilization and survival among patients with cervical cancer

Objective: There are few nationwide studies regarding the long-term analysis of cervical cancer patients in Taiwan. Thus, this study aimed to evaluate medical service utilization, and survival among cervical cancer patients initially diagnosed with or without anxiety and/or depressive disorders.

Materials and methods: This was a retrospective longitudinal study using data from the National Health Insurance Research Database from 1996 to 2010. The study subjects were cervical cancer patients identified by ICD-9-CM codes 180.X, while subjects with anxiety and/or depressive disorders were identified using the following codes: 300.0X-300.9X (minus 300.4X) for anxiety disorder, and 296.2X, 296.3X, 300.4, and 311.X for depressive disorder. The cervical patients with anxiety or/and depression disorder were classified as anxiety/depression (AD) group or the non-disorder (ND) group. Propensity score matching (PSM) was used to adjust for differences between the AD and ND groups. T-tests were used to evaluate differences in medical utilization and the Kaplan-Meier method was used to evaluate survival conditions between the two groups. Statistical analyses were performed using SPSS Statistics 20.0.

Results: A total of 3664 patients were identified, with 862 (23.5%) having anxiety, 149 (4.1%) with depression, and 349 (9.5%) having both anxiety and depression. In total, 1360 cervical cancer patients had anxiety/depression disorders. After PSM, the AD group had significantly more outpatient department (OPD) visits than the ND group ($p < 0.001$) but the survival status was better in the AD group than the ND group ($p < 0.001$).

Conclusions: Cervical cancer patients with anxiety/depression disorders visited the OPD more frequently than those without anxiety/depression disorders but had better survival status. Gynecologists should also consider cancer patients' mental status during follow-up, referring patients to psychiatric professionals for appropriate psychiatric care if appropriate (Wu et al., 2021).

Περίληψη

Στόχος: Υπάρχουν λίγες πανεθνικές μελέτες σχετικά με μακροπρόθεσμη ανάλυση της κατάστασης των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στην Ταϊβάν. Έτσι, αυτή η μελέτη στόχευε να αξιολογήσει τη χρήση ιατρικών υπηρεσιών και την επιβίωση σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας που είχαν αρχικά διαγνωστεί με ή χωρίς αγχώδεις και/ή καταθλιπτικές διαταραχές.

Υλικά και μέθοδοι: Αυτή ήταν μια αναδρομική διαχρονική μελέτη χρησιμοποιώντας δεδομένα από την National Health Insurance Research Database από το 1996 έως το 2010. Τα υποκείμενα της μελέτης ήταν ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας που προσδιορίστηκαν με κωδικούς ICD-9-CM 180.X, ενώ άτομα με άγχος και/ή οι καταθλιπτικές διαταραχές ταυτοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους κωδικούς: 300.0X-300.9X (μείον 300.4X) για την αγχώδη διαταραχή και 296.2X, 296.3X, 300.4 και 311.X για την καταθλιπτική διαταραχή. Οι τραχηλικοί ασθενείς με διαταραχή άγχους ή/και κατάθλιψης ταξινομήθηκαν ως ομάδα άγχους/κατάθλιψης (AD) ή ομάδα χωρίς διαταραχή (ND). Η αντιστοίχιση βαθμολογίας τάσης (PSM) χρησιμοποιήθηκε για την προσαρμογή των διαφορών μεταξύ των ομάδων AD και ND. Χρησιμοποιήθηκαν T-test για την αξιολόγηση των διαφορών στην ιατρική χρήση και η μέθοδος Kaplan-Meier για την αξιολόγηση των συνθηκών επιβίωσης μεταξύ των δύο ομάδων. Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας SPSS Statistics 20.0.

Αποτελέσματα: Συνολικά εντοπίστηκαν 3664 ασθενείς, με 862 (23,5%) να έχουν άγχος, 149 (4,1%) με κατάθλιψη και 349 (9,5%) να έχουν και άγχος και κατάθλιψη. Συνολικά, 1360 ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είχαν αγχώδεις/καταθλιπτικές διαταραχές. Μετά το PSM, η ομάδα AD είχε σημαντικά περισσότερες επισκέψεις στο τμήμα

εξωτερικών ασθενών (OPD) από την ομάδα ND ($p < 0,001$), αλλά η κατάσταση επιβίωσης ήταν καλύτερη στην ομάδα AD από την ομάδα ND ($p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας με διαταραχές άγχους/κατάθλιψης επισκέφθηκαν το OPD πιο συχνά από εκείνους χωρίς διαταραχές άγχους/κατάθλιψης αλλά είχαν καλύτερη κατάσταση επιβίωσης. Οι γυναικολόγοι θα πρέπει επίσης να λαμβάνουν υπόψη την ψυχική κατάσταση των καρκινοπαθών κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, παραπέμποντας τους ασθενείς σε επαγγελματίες ψυχιάτρους για κατάλληλη ψυχιατρική φροντίδα, εάν χρειάζεται.

Abstract 13

Clinical nurses' awareness and caring experiences for patients with cervical cancer: A qualitative study

To determine the degree to which nurses are aware of cervical cancer and to describe nurses' experiences of caring for patients with cervical cancer. To promote quality of nursing care of cervical cancer, we need to explore their perceptions and nursing experience in doing cervical-cancer care. This study was a qualitative descriptive design. Interviews were conducted with 14 registered nurses. The interviews were audiotaped, transcribed and analyzed. Content analysis was performed. Fourteen nurses who had been working at wards and cancer education centers were recruited in this study. Nine key themes emerged from three categories such as nurses' awareness of cervical cancer, awareness of cervical cancer patient and caring experience. Nurses expressed fear of cervical cancer and helplessness in the face of a life-threatening prognosis. Nurses stated that they might have prejudice about cervical cancer, since it is caused by a sexually transmitted disease. They also recalled that patients with cervical cancer were more sensitive and demanding. Our findings provide a comprehensive and in-depth perspective in understanding the experience of caring for cervical cancer patients. Clinical nurses showed complex emotional reactions to cervical cancer, and expressed prejudice against the sex life of cervical-cancer patients. More education is required to ensure that clinical nurses can provide a nurse-led intervention with patients by managing nurses' fear, prejudice, and the care burden (Kim et al., 2019).

Περίληψη

Στόχος να προσδιοριστεί ο βαθμός στον οποίο οι νοσηλευτές γνωρίζουν τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και να περιγράψουν οι εμπειρίες των νοσηλευτών από τη φροντίδα ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Για να προωθήσουμε την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, πρέπει να διερευνήσουμε τις αντιλήψεις και τη νοσηλευτική εμπειρία τους στην παροχή φροντίδας για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η παρούσα μελέτη ήταν ένας ποιοτικός περιγραφικός σχεδιασμός. Πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με 14 εγγεγραμμένους νοσηλευτές. Οι συνεντεύξεις μαγνητοσκοπήθηκαν, μεταγράφηκαν και αναλύθηκαν. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση περιεχομένου. Δεκατέσσερις νοσηλευτές που εργάζονταν σε θαλάμους και κέντρα εκπαίδευσης για τον καρκίνο επιστρατεύτηκαν σε αυτή τη μελέτη. Εννέα βασικά θέματα προέκυψαν από τρεις κατηγορίες, όπως η ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, η ευαισθητοποίηση του ασθενούς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και η εμπειρία φροντίδας. Οι νοσηλευτές εξέφρασαν φόβο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και αδυναμία μπροστά σε μια απειλητική για τη ζωή πρόγνωση. Οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι μπορεί να έχουν προκαταλήψεις για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, καθώς προκαλείται από σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Υπενθύμισαν επίσης ότι οι ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ήταν πιο ευαίσθητοι και απαιτητικοί. Τα ευρήματά μας παρέχουν μια ολοκληρωμένη και σε βάθος προοπτική για την κατανόηση της εμπειρίας της φροντίδας ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι νοσηλεύτριες έδειξαν περίπλοκες συναισθηματικές αντιδράσεις στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και εξέφρασαν προκατάληψη για τη σεξουαλική ζωή των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Απαιτείται περισσότερη εκπαίδευση για να διασφαλιστεί ότι οι νοσηλεύτριες μπορούν να παρέχουν παρέμβαση υπό την καθοδήγηση των ασθενών με τη διαχείριση του φόβου, της προκατάληψης και του φόρτου περίθαλψης των νοσηλευτών.

Abstract 14

Cancer of the cervix uteri: 2021 update

Since the publication of the 2018 FIGO Cancer Report, giant strides have been made in the global effort to reduce the burden of cervical cancer, with the World Health Organization (WHO) rolling out a global strategy for cervical cancer elimination, aiming for implementation by 2030. In over 130 countries, including low- and middle-income countries, HPV vaccination is now included in the national program. Screening has seen

major advances with wider implementation of HPV testing. These interventions will take a few years to show their impact. Meanwhile, over half a million new cases are added each year. FIGO's revised staging of cervical cancer (2018) has been widely implemented and retrospective analyses of data based on the new staging have been published. Minimally invasive surgery has been shown to be disadvantageous in women with cervical cancer. This chapter discusses the management of cervical cancer based on the stage of disease, including attention to palliation and quality of life issues (Bhatla et al., 2021).

Περίληψη

Έπειτα από τη δημοσίευση της Έκθεσης για τον Καρκίνο του 2018 FIGO, έχουν γίνει τεράστια βήματα στην παγκόσμια προσπάθεια να μειωθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) να αναπτύσσει μια παγκόσμια στρατηγική για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με στόχο την εφαρμογή έως το 2030. Σε περισσότερες από 130 χώρες, συμπεριλαμβανομένων χωρών χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, ο εμβολιασμός κατά του HPV περιλαμβάνεται πλέον στο εθνικό πρόγραμμα. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος έχει σημειώσει σημαντικές προόδους με την ευρύτερη εφαρμογή του τεστ HPV. Αυτές οι παρεμβάσεις θα χρειαστούν μερικά χρόνια για να δείξουν τον αντίκτυπό τους. Εν τω μεταξύ, πάνω από μισό εκατομμύριο νέες περιπτώσεις προστίθενται κάθε χρόνο. Η αναθεωρημένη σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (2018) του FIGO έχει εφαρμοστεί ευρέως και έχουν δημοσιευθεί αναδρομικές αναλύσεις δεδομένων με βάση τη νέα σταδιοποίηση. Η ελάχιστη επεμβατική χειρουργική έχει αποδειχθεί ότι είναι μειονεκτική σε γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Αυτή η μελέτη συζητά τη διαχείριση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με βάση το στάδιο της νόσου, συμπεριλαμβανομένης της προσοχής σε θέματα ανακούφισης και ποιότητας ζωής.

Συμπεράσματα

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένα ζήτημα δημόσιας υγείας και ο τέταρτος σε συχνότητα καρκίνος που αφορά το γυναικείο πληθυσμό με μεγάλη επίπτωση (σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας περίπου 570.000 γυναίκες διαγνώστηκαν με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και περίπου 311.00 γυναίκες κατέληξαν από την ασθένεια εν έτη 2018).

Ένα συντριπτικό ποσοστό των περιπτώσεων οφείλεται στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Ο νοσηλευτής έχει ρόλο υψίστης σημασίας τόσο για την περίθαλψη όσο και για την ενημέρωση των ασθενών και του γενικού πληθυσμού για τα πρωτογενή και δευτερογενή μέτρα πρόληψης. Τα μέτρα πρόληψης δύναται να προφυλάξουν αλλά και να εντοπίσουν προκαρκινικές αλλοιώσεις γεγονός που καθιστά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας εύκολο στον εντοπισμό και στην διάγνωση, στην αντιμετώπιση των πρόδρομων αλλοιώσεων και στην έναρξη της θεραπείας όσον δυνατόν νωρίτερα σε γυναίκες με καρκίνο.

Στην πρωτογενή πρόληψη ανήκουν τα εμβόλια έναντι στελεχών του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων που οφείλονται για σημαντικό ποσοστό καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να ενημερώνουν το γενικό πληθυσμό πως τα εμβόλια δεν αφορούν μόνο τον γυναικείο αλλά και τον ανδρικό πληθυσμό που χαρακτηρίζεται από υψηλό ποσοστό φορείς του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων. Το τεστ Παπανικολάου είναι μία κυτταρολογική εξέταση που έχει βοηθήσει στην διάγνωση χιλιάδων γυναικών στον πλανήτη. Μία εξέταση φθινή και απλή που όμως απαιτεί την απόκτηση οικειότητας με τον ασθενή από τον νοσηλευτή για την καλύτερη δυνατή λήψη του ιστορικού, για την εξέταση και την λήψη του κολπικού επιχρίσματος. Επιπρόσθετα ο νοσηλευτής οφείλει να δημιουργεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας και πότε κατάκρισης ειδικά στην λήψη του σεξουαλικού ιστορικού της ασθενούς που φέρει σπουδαίας σημασίας. Οπότε απαραίτητη είναι η αποβολή στερεοτύπων και προκαταλήψεων για την γυναίκα που πάσχει αλλά και για την γυναίκα που θα εξεταστεί και αυτό ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας έχει καθήκον να το προάγει στην κοινωνία.

Όπως συμπεραίνεται από τα παραπάνω η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μπορεί να μειωθεί σε τεράστιο βαθμό με τα μέτρα πρόληψης και άρα να μειωθεί η επιβάρυνση τόσο του συστήματος υγείας οικονομικά αλλά και σημαντική μείωση της κοινωνικοοικονομικής και ψυχικής επιβάρυνσης της οποίας είναι αποδέκτης η γυναίκα που πάσχει. Η γυναίκα που νοσεί φέρει την επιβάρυνση με κοινωνικές προεκτάσεις όπως αυτή του στίγματος για την σεξουαλική της ζωή αλλά και οικονομικά για τις θεραπείες της και

τις άδειες εργασίας. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πρωταγωνιστικός ως προασπιστής της δημόσιας υγείας και ειδικά στο ζήτημα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που λαμβάνει μεγάλες διαστάσεις και που μπορεί να αντιμετωπιστεί με την ανάλογη ενημέρωση και πρόληψη.

Βιβλιογραφία

Ξένη βιβλιογραφία

- Abraham, J., & Stenger, M., 2014. Cobas HPV test for first-line screening for cervical cancer. *The Journal of community and supportive oncology*, 12 (5), p. 156-157.
- Abshire, D., & Lang, M. K., 2018. The Evolution of Radiation Therapy in Treating Cancer. *Seminars in oncology nursing*, 34 (2), p. 151–157.
- Alberts, D. S, et al., 2012. Phase II trial of nab-paclitaxel in the treatment of recurrent or persistent advanced cervix cancer: A gynecologic oncology group study. *Gynecologic oncology*, 127 (3), p. 451-455.
- Bakker, R. M., Kenter, G. G., Creutzberg, C. L., Stiggelbout, A. M., Derks, M., Mingelen, W., ... & Ter Kuile, M. M. (2017). Sexual distress and associated factors among cervical cancer survivors: A cross-sectional multicenter observational study. *Psycho-oncology*, 26(10), 1470-1477.
- Barnaś, E., Skręt-Magierło, J., Skręt, A., & Bidziński, M., 2012. The quality of life of women treated for cervical cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16 (1), p. 59-63.
- Beaver, C. C., & Magnan, M. A., 2016. Managing Chemotherapy Side Effects: Achieving Reliable and Equitable Outcomes. *Clinical journal of oncology nursing*, 20 (6), p. 589–591.
- Bedell, S. L., Goldstein, L. S., Goldstein, A. R., & Goldstein, A. T. (2020). Cervical cancer screening: past, present, and future. *Sexual medicine reviews*, 8(1), 28-37.
- Belhadj, H. et al., 2013. Sexual and reproductive health and HIV services: Integrating HIV/AIDS and cervical cancer prevention and control. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 121, p. 29-34.
- Benson, R., Pathy, S., Kumar, L., Mathur, S., Dadhwal, V., & Mohanti, B. K. (2019). Locally advanced cervical cancer–neoadjuvant chemotherapy followed by concurrent chemoradiation and targeted therapy as maintenance: A phase II study. *Journal of cancer research and therapeutics*, 15(6), 1359.
- Bermudez, A., Bhatla, N., & Leung, E., 2015. Cancer of the cervix uteri. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131, p. 88-95.
- Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N., & Sankaranarayanan, R. (2021). Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155, 28-44.

- Brabin, L. et al., 2011. The school nurse, the school and HPV vaccination: a qualitative study of factors affecting HPV vaccine uptake. *Vaccine*, 29 (17), p. 3192-3196.
- Bray, F, et al., 2018. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68 (6), p. 394-424.
- Caldeira, S., Timmins, F., de Carvalho, E. C., & Vieira, M., 2017. Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28 (1), p. 44-52.
- Cambell, S., & Monga, A., 2008. Ten Teachers- Μαιευτική & Γυναικολογία- Τόμος 2. 1 η Έκδοση. Λευκωσία: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Castle, P. E., Einstein, M. H., & Sahasrabudhe, V. V. (2021). Cervical cancer prevention and control in women living with human immunodeficiency virus. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*.
- Clarke-Pearson, D. L., & Geller, E. J., 2013. Complications of hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 121 (3), p. 654-673.
- Cibula, D. et al., 2018. The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients With Cervical Cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 28 (4), p. 641–655
- Cook, R. J., & Dickens, B. M., 2014. Reducing stigma in reproductive health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 125 (1), p. 89-92.
- Colombo, N., Carinelli, S., Colombo, A., Marini, C, et al., 2012. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology*, (23), p. 27-32.
- Dasari, S., Wudayagiri, R., & Valluru, L., 2015. Cervical cancer: Biomarkers for diagnosis and treatment. *Clinica chimica acta*, p. 445, 7-11.
- Dimopoulos, J. C., Schirl, G., Baldinger, A., Helbich, T. H, et al., 2009. MRI assessment of cervical cancer for adaptive radiotherapy. *Strahlentherapie und Onkologie*, 185(5), p. 282-287.
- Donadiki, E. M. et al., 2014. Health Belief Model applied to non-compliance with HPV vaccine among female university students. *Public health*, 128 (3), p. 268–273.
- Duyn, A., VanEijkeren, M., Kenter, G., Zwinderman, K, et al., 2002. Recurrent cervical cancer: detection and prognosis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 81 (4), p. 351-355.

- de Freitas, A. C., Gurgel, A. P. A. D., Chagas, B. S., Coimbra, E. C, et al., 2012. Susceptibility to cervical cancer: an overview. *Gynecologic oncology*, 126 (2), p. 304-311.
- Denny, L., 2012. Cervical cancer: prevention and treatment. *Discovery medicine*, 14 (75), p. 125-131.
- Ellis, H., 2011. Anatomy of the uterus. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 12 (3), p. 99-101.
- Ezeifeke, C. R., 2021. Chinweizu and Woman's Place: A Response to Anatomy of Female Power. *African and Asian Studies*, 20 (1-2), p. 179-199.
- Fernandez-Pineda, M. et al., 2021. Preferred HPV and HPV vaccine learning methods to guide future HPV prevention interventions among rural Hispanics. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, p. 139-145.
- Ferrandina, G., Ercoli, A., Fagotti, A., Fanfani, F, et al., 2014. Completion surgery after concomitant chemoradiation in locally advanced cervical cancer: a comprehensive analysis of pattern of postoperative complications. *Annals of surgical oncology*, 21 (5), p. 1692-1699.
- Fidalgo, J. P. et al., 2012. Management of chemotherapy extravasation: ESMO–EONS clinical practice guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*, 16 (5), p. 528-534.
- Gadducci, A. et al., 2011. Smoking habit, immune suppression, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use and cervical carcinogenesis: a review of the literature. *Gynecological Endocrinology*, 27 (8), p. 597-604.
- Ghosh, R. K., Ghosh, S. M., & Chawla, S., 2011. Recent advances in antiretroviral drugs. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 12 (1), p. 31-46.
- Jeronimo, J. et al., 2017. Secondary prevention of cervical cancer: ASCO resource-stratified clinical practice guideline. *Journal of global oncology*, 3 (5), p. 635-657.
- Johnson, C. A., James, D., Marzan, A., & Armaos, M., 2019. Cervical Cancer: An Overview of Pathophysiology and Management. *Seminars in oncology nursing*, 35 (2), p. 166–174.
- Johnson, M. J. et al., 2016. Qualitative Study of Cervical Cancer Screening Among Lesbian and Bisexual Women and Transgender Men. *Cancer nursing*, 39 (6), p. 455-463.
- Karasu, A. F. G. et al., 2019. Nurses' knowledge and opinions on HPV vaccination: a cross-sectional study from Istanbul. *Journal of Cancer Education*, 34 (1), p. 98-104.
- Kessler, T. A. (2017, May). Cervical cancer: prevention and early detection. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 33, No. 2, pp. 172-183). WB Saunders.

- Kim, H. W., Kim, D. H., Kim, Y. H., Lee, E. J., Kang, S. Y., Lee, D. B., & Kim, Y. (2019). Clinical nurses' awareness and caring experiences for patients with cervical cancer: A qualitative study. *Plos one*, 14(5), e0217201.
- Kim, S. C., Feldman, S., & Moscicki, A. B. (2018). Risk of human papillomavirus infection in women with rheumatic disease: cervical cancer screening and prevention. *Rheumatology*, 57(suppl_5), v26-v33.
- Koh, W. J, et al., 2013. Cervical cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 11 (3), p. 320-343.
- Kovachev, S. M., 2020. Cervical cancer and vaginal microbiota changes. *Archives of microbiology*, 202 (2), p. 323-327.
- Lacombe, J. A., Del Priore, G., & Hillier, J, 2008. Cervical Cancer. In *Atlas of Staging in Gynecological Cancer*, Springer, London, p. 1-5.
- Laurelli, G. et al., 2011. Conservative treatment of early endometrial cancer: preliminary results of a pilot study. *Gynecologic oncology*, 120 (1), p. 43-46.
- Lea, J. S & Lin, K. Y, 2012. Cervical cancer. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 39 (2), p. 233-253
- Li, J., Huang, J., Zhang, J., & Li, Y. 2016. A home-based, nurse-led health program for postoperative patients with early-stage cervical cancer: A randomized controlled trial. *European Journal of oncology nursing*, 21, p. 174-180.
- Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C., 2017. Enhanced recovery after surgery: a review. *JAMA surgery*, 152 (3), p. 292-298.
- Melamed, A. & Ramirez, P. T., 2020. Changing treatment landscape for early cervical cancer: outcomes reported with minimally invasive surgery compared with an open approach. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 32 (1), p. 22-27.
- Oak, P., & Iyer, B., 2020. Specular reflection detection for early prediction of cervix cancer. In *Emerging Trends in Electrical, Communications, and Information Technologies*. p. 683-691. Springer, Singapore.
- Pandey, D., Solleti, V., Jain, G., Das, A., Shama Prasada, K., Acharya, S., & Satyamoorthy, K. (2019). Human papillomavirus (HPV) infection in early pregnancy: prevalence and implications. *Infectious diseases in obstetrics and gynecology*, 2019.
- Patel, H. et al., 2017. Knowledge, attitudes and awareness of the human papillomavirus amongst primary care practice nurses: an evaluation of current training in England. *Journal of public health (Oxford, England)*, 39 (3), p. 601–608.
- Perry, A., & Potter, P.A., 2010. *Clinical Nursing Skills and Techniques* (7th Edition). Mosby, Elsevier, New York.

- Platzer W. et al., 2011. Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής -Κινητικό Σύστημα - Εσωτερικά Όργανα -Νευρικό Σύστημα & Αισθητήρια Όργανα. 3 η Έκδοση. Λευκωσία: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Puleo, F., 2015. New challenges in perioperative management of pancreatic cancer. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 21 (8), p. 2281.
- Ramírez-González, J. A. et al., 2016. Overview of the female reproductive system. In *Exercise and Human Reproduction*, Springer, New York, NY. p. 19-46.
- Roach, M. K., & Andreotti, R. F., 2017. The Normal Female Pelvis. *Clinical obstetrics and gynecology*, 60 (1), p. 3–10.
- Rosen, B. L. et al., 2017. Factors associated with school nurses' HPV vaccine attitudes for school-aged youth. *Psychology, health & medicine*, 22 (5), p. 535-545.
- Sala, E. et al., 2013. The added role of MR imaging in treatment stratification of patients with gynecologic malignancies: what the radiologist needs to know. *Radiology*, 266 (3), p. 717-740.
- Saslow, D. et al., & ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee, T, 2012. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, 62 (3), p. 147-172.
- Sieri, S. et al., 2015. Dietary habits and cancer: The experience of EPIC-Italy. *Epidemiologia e prevenzione*, 39 (5-6), p. 333-338.
- Spring, B. et al., 2019. Toward a health-promoting system for cancer survivors: Patient and provider multiple behavior change. *Health Psychology*, 38 (9), p. 840.
- Stewart, J. et al., 2010. Automated weekly replanning for intensity-modulated radiotherapy of cervix cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 78 (2), p. 350-358.
- Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D. A, 2018. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *The Lancet*, 391 (10132). Taylor, S. E., 2015. *Health psychology*. McGraw-Hill Education, p. 1830-1841.
- Todd, N. V & Birch, N. C., 2019. Informed consent in spinal surgery. *The bone & joint journal*, 101 (4), p. 355-360.
- Vander, A., Sherman, J., Luciano, D., Τσακόπουλος, ΦΜ., 2011. Φυσιολογία του Ανθρώπου – Μηχανισμοί της Λειτουργίας του Οργανισμού. 8 η Έκδοση. Λευκωσία: Π.Χ. Πασχαλίδης.

- Warren, G. W. et al., 2013. Smoking at diagnosis and survival in cancer patients. *International journal of cancer*, 132 (2), p. 401-410.
- Watson, E. K. et al., 2018. Supporting prostate cancer survivors in primary care: findings from a pilot trial of a nurse-led psycho-educational intervention (PROSPECTIV). *European Journal of Oncology Nursing*, 32, p. 73-81.
- Wiebe, E., Denny, L., & Thomas, G., 2012. Cancer of the cervix uteri. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, p. 100-109.
- Wu, C. Y., Chan, T. F., Shi, H. Y., & Kuo, Y. L. (2021). Psychiatric problems of anxiety and depression disorder are associated with medical service utilization and survival among patients with cervical cancer. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 60(3), 474-479.
- Wu, X., Wang, L., & Xing, Z. (2021). Impact of HPV infection on vaginal microecology and maternal and neonatal outcomes. *Zhong nan da xue xue bao. Yi xue ban= Journal of Central South University. Medical Sciences*, 46(5), 497-502.
- Yang, A., Farmer, E., Wu, T. C., & Hung, C. F., 2016. Perspectives for therapeutic HPV vaccine development. *Journal of biomedical science*, 23 (1), p. 1-19.
- Zhou, J. et al., 2013. The diagnostic value of the ThinPrep pap test in endometrial carcinoma: a prospective study with histological follow-up. *Diagnostic cytopathology*, 41 (5), p. 408–412.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Γκιοκά, Ε., 2016. *Ο ρόλος του igf-1 στα λειομνώματα της μήτρας* (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Μορφολειτουργικός. Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας.
- Δημήτριος, Κ., 2017. Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Νεότερα δεδομένα. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, p. 16 (4).
- Δημητρίου, Θ., Σκανδαλάκης, Π. Ν., & Αρβανίτης, Δ. Λ., κ.α., 2013. *Κλινική Ανατομία*. 6^η Αγγλική Έκδοση. 2^η Ελληνική Έκδοση. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από τον Λεωνίδα Δ. Αρβανίτη. Λευκωσία: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας “Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2020, Αθήνα 04/6/2020 Αρ Πρωτοκόλλου Δ1α/Γ.Π. οικ. 34709

- Ιατράκης, Γ., 2015. *Γυναικολογικά προβλήματα και λύσεις*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. κεφ. 7. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/1869>
- Καλαβανά, Θ., Β., 2010. *Η ψυχολογία στη Νοσηλευτική Επιστήμη*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Κατσαμάγκας, Τ. Γ., 2020. Συγκριτική μελέτη μεταξύ Pap test και HPV DNA test ως μεθόδων πληθυσμιακού ελέγχου για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (No. GRI-2020-27745). *Aristotle University of Thessaloniki*.
- Κουμαντάκης, Ε., 2008. *Μαιευτική και Γυναικολογία* 17^η έκδοση, Τόμος Δεύτερος. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Μαλιάγκα, Γ. Συμεωνίδης, Θ. Καλαμπόκας, Ι. Χατζιδάκης, Ζ. Σιάσου & Λ. Λαβασίδης. Τετραπόλεως 14, Αθήνα, 2008. Εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ.
- Λαμπρινού, Α., & Λεμονίδου, Χ., 2009. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*. 2^η Ελληνική Έκδοση, Κύπρος, 2009: Broken Hill Publishers LTD & Εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ.
- Μπανκούσλι, Μ.Ι., 2008. *Πρακτική Προσέγγιση Στην Κλινική Ογκολογία*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- Παπανικολάου, Α., 2008. *Επιδημιολογία και φυσική ιστορία της HPV λοίμωξης στον τράχηλο της μήτρας*. Στο: Αγοραστός, Θ., Βαβύλης, Δ., Μπόντης, Ι., Λοίμωξη από τον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV). Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.
- Φωτίου, Σ.Κ., 2009. *Γυναικολογική Ογκολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

