



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας & νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Σπουδάστριες:

Ευθυμιάδου Μαρία

Ρόσιου Αθανασία

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

Ευχαριστούμε την καθηγήτριά μας κ. Πάκου Βαρβάρα για την αμέριστη βοήθεια της στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
Abstract	5
1.Εισαγωγή	6
2.Ιστορική αναδρομή	7
3.Επιδημιολογία.....	8
Α ΜΕΡΟΣ	
1.Ανατομία του γεννητικού συστήματος του θήλεος	10
2.Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος του θήλεος.....	12
3. Παθοφυσιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	14
4.Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου	15
5.Κλινική εικόνα	17
6.Διάγνωση	18
7. Διαφορική διάγνωση	21
8.Σταδιοποίηση	21
9.Πρόγνωση	23
10.Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	23
10.1.Πρωτογενής πρόληψη	23
10.2.Δευτερογενής Πρόληψη	26
11.Θεραπεία.....	28
11.1.Τοπικές μέθοδοι θεραπείας.....	28
11.2.Χειρουργική θεραπεία	29
11.3.Συντηρητική θεραπεία	29
11.3.1.Ακτινοθεραπεία.....	30
11.3.2.Στοχευμένες θεραπείες.....	30
11.3.3.Χημειοθεραπεία	31
11.4. Επιπλοκές του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	31
Β΄ ΜΕΡΟΣ	
1.Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς.....	32
2.Ο ρόλος του νοσηλευτή στο διαγνωστικό έλεγχο	33
3.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη	35
3.1.Πρωτογενής πρόληψη	35

3.2.Δευτερογενής πρόληψη	37
3.3.Τριτογενής πρόληψης	39
4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	39
4.1.Προεγχειρητική φροντίδα	39
4.1.1.Πληροφόρηση και ψυχολογική προεγχειρητική ετοιμασία	40
4.1.2.Φυσική προεγχειρητική ετοιμασία	41
4.2.Φροντίδα της ασθενούς στο χειρουργείο	42
4.3.Άμεση μεταναισθητική νοσηλευτική φροντίδα	42
4.4. Μετεγχειρητική φροντίδα στο τμήμα νοσηλείας	42
5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χημειοθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	44
5.1. Προβλήματα και παρεμβάσεις της ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία	45
6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	46
7.Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχο-συναισθηματική υποστήριξη της ασθενούς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.....	48
Γ' ΜΕΡΟΣ	
1.Το είδος της έρευνας.....	51
2.Περιγραφή δείγματος.....	51
3.Μέθοδος συλλογής δεδομένων	51
4.Αποτελέσματα	51
5.Σύνθεση δεδομένων	52
6.Ανάλυση των δεδομένων	54
Συμπεράσματα	58
Βιβλιογραφία	59

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο παθολογικός και ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός των κυττάρων που επενδύουν τον τράχηλο της μήτρας ονομάζεται καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Προκαλείται από την κακοήγη εξαλλαγή των κυττάρων του τραχήλου της μήτρας. Ως βασικός αιτιολογικός παράγοντας ενοχοποιείται ο ιός των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (Human PapillomaVirus-HPV). Οι προληπτικές παρεμβάσεις έχουν ιδιαίτερη σημασία, αφού μετά το τεστ Παπανικολάου, έχει προστεθεί ο εμβολιασμός έναντι του ιού.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία έχει σαν σκοπό να παρουσιάσει τα επιστημονικά δεδομένα, όπως αυτά εφαρμόζονται στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο τραχήλου της μήτρας

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία διετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Για την εύρεση των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως: καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ιός ανθρώπινου θηλώματος, τεστ Παπανικολάου, εμβόλιο.

Αποτελέσματα: Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί και να ιαθεί εάν ανιχνευθεί έγκαιρα. Η πρόληψη της νόσου έγκειται στην αποφυγή των παραγόντων κινδύνου και στον πρώιμο εντοπισμό των προκαρκινικών αλλοιώσεων. Αυτό επιτυγχάνεται με την δοκιμασία κατά Παπανικολάου. Ο έγκαιρος εντοπισμός και η σταδιοποίηση μιας προκαρκινικής κατάστασης, οδηγεί στην άμεση και σωστή θεραπεία πριν ακόμη μετεξελιχθεί σε καρκίνο. Ο εμβολιασμός σε συνδυασμό με τον τακτικό προληπτικό έλεγχο θα μπορούσε να μειώσει την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αναφέρονται σε όλο το φάσμα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Αναφέρονται στις προληπτικές διεργασίες, στη θεραπεία του πρώιμου και του εκτεταμένου καρκίνου, στην αποκατάσταση των ασθενών με καρκίνο και στην παρηγορητική θεραπεία αυτών.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ιός ανθρώπινου θηλώματος, τεστ Παπανικολάου, εμβόλιο

Abstract

Background: The abnormal and uncontrolled proliferation of cells lining the cervix is called cervical cancer. It is caused by the malignant metabolism of cervical cells. The human papilloma virus (HPV) is blamed as the main causative agent. Preventive interventions are of particular importance, since after the Pap test, the vaccination against the virus has been added.

Aim: The purpose of this study is to present the scientific data, as they are applied in the context of the nursing care of patients with cervical cancer.

Materials and Methods: A review of the Greek and international literature in the electronic databases PubMed and Google Scholar. The material of the study were articles published mainly in the last two years and the material was collected after a detailed study of the relevant literature. Keywords such as: cervical cancer, human papillomavirus, Pap smear, vaccine were used to find the articles.

Results: Cervical cancer can be prevented and cured if detected early. The prevention of the disease lies in the avoidance of risk factors and in the early detection of precancerous lesions. This is achieved with the Papanikolaou test. Early detection and staging of a precancerous condition leads to immediate and correct treatment before it even develops into cancer. Vaccination combined with regular screening could reduce the chance of developing cervical cancer.

Conclusions: Nursing interventions refer to the whole spectrum of cervical cancer. They refer to the preventive processes, to the treatment of early and widespread cancer, to the rehabilitation of cancer patients and to their palliative treatment.

Keywords: cervical cancer, human papillomavirus, Pap smear, vaccine

1.Εισαγωγή

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας από τους συχνότερους γυναικολογικούς καρκίνους και αποτελεί τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου σε παγκόσμια κλίμακα μετά τον καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί τον πλέον μελετημένο καρκίνο στον άνθρωπο. Η λοίμωξη μεταδίδεται εύκολα με τη σεξουαλική επαφή και εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο μολύνονται κάθε μέρα με αυτόν τον τρόπο.

Στη σύγχρονη εποχή αυτός ο καρκίνος μπορεί να προληφθεί αν διαγνωσθεί και αντιμετωπισθεί έγκαιρα. Η μόλυνση από ορισμένα ογκογόνα στελέχη του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων θεωρείται πλέον η βασική αιτία για την ανάπτυξη προκαρκινικών αλλοιώσεων και τελικά του διηθητικού καρκίνου. Σε αυτή τη βάση έχουν αναπτυχθεί μια σειρά από εμβόλια, που στοχεύουν την πρόληψη της λοίμωξης από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων και κατά συνέπεια στην πρόληψη αυτού του τύπου του καρκίνου.

Η παρούσα εργασία έχει σαν σκοπό να παρουσιάσει τα δεδομένα της βιβλιογραφίας σχετικά με αυτό τον τύπο καρκίνου. Στο πρώτο μέρος της εργασίας παρουσιάζονται τα ιστορικά στοιχεία για τη νόσο και τα δεδομένα της επιδημιολογίας. Ακολουθεί η παρουσίαση της ανατομίας και της φυσιολογίας του γεννητικού συστήματος του θήλεος. Στη συνέχεια παρουσιάζονται η παθοφυσιολογία, η αιτιολογία και οι παράγοντες κινδύνου, η κλινική εικόνα, η διάγνωση και η διαφορική διάγνωση, η σταδιοποίηση, η πρόγνωση, η πρόληψη και η θεραπεία. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς που παρουσιάζουν τη συγκεκριμένη νόσο. Ειδικότερα περιγράφονται η εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, ο ρόλος του νοσηλευτή στο διαγνωστικό έλεγχο, στην πρόληψη και στην θεραπεία. Στο τρίτο μέρος παρουσιάζονται τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα, όπως παρουσιάζονται στις σχετικές βάσεις δεδομένων.

2.Ιστορική αναδρομή

Το 1886, ο Sir John Williams περιέγραψε για πρώτη φορά τη βλάβη που τελικά θα ήταν γνωστή ως καρκίνωμα *in situ* του τραχήλου. Οι ιστολογικές παρατηρήσεις του απεικονίστηκαν παραστατικά στο κείμενο «Καρκίνος της μήτρας», το οποίο δημοσιεύθηκε το 1900 από τον Thomas Cullen. Ο Cullen, ο οποίος πέρασε το μεγαλύτερο μέρος της καριέρας του στο Johns Hopkins στη Βαλτιμόρη, ήταν πρώτος από τους σημαντικότερους κλινικούς-παθολόγους του 20^{ου} αιώνα στη γυναικολογία. Μεταξύ του 1908 και του 1912, οι Schauenstein, Pronai, Rubin, Schottlander και Kermauner προώθησαν την ιδέα ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ακολουθεί μετά από μια ενδοεπιθηλιακή φάση ανάπτυξης και πρότειναν για πρώτη φορά τον όρο, προ-επεμβατικό καρκίνωμα (Jenkins, 2020).

Η ανακάλυψη ότι μεμονωμένα κύτταρα από τον τράχηλο έχουν μορφολογικά χαρακτηριστικά που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διάγνωση του καρκινώματος αποδίδεται στον «πατέρα της κυτταρολογίας», Γιώργο Ν. Παπανικολάου. Ο Παπανικολάου, γεννημένος στην Ελλάδα το 1883, για πρώτη φορά το 1917, τεκμηρίωσε λεπτομερώς τα διαφορετικά κυτταρολογικά κολπικά πρότυπα, που σχετίζονται με τις φυσιολογικές αλλαγές στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας. Τα πρώτα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η κυτταρολογία είχε αξία ως δοκιμή στην έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου, προήλθαν από την ανακάλυψη καρκινικών κυττάρων από τον Παπανικολάου σε κολπικό δείγμα. Ο Παπανικολάου το 1928 παρουσίασε τα δεδομένα για την κυτταρολογική δειγματοληψία του τραχήλου της μήτρας, για τη διάγνωση του πρώιμου καρκινώματος. Ο Παπανικολάου και ο Traut το 1941, δημοσίευσαν τη μονογραφία με τίτλο «Διάγνωση του καρκίνου της μήτρας από το κολπικό επίχρισμα», η οποία περιείχε σχέδια των διαφόρων κυττάρων που παρατηρήθηκαν σε ασθενείς χωρίς δυσφορία, με φλεγμονώδεις καταστάσεις και με προ-κλινικό και κλινικό καρκίνωμα (Prendiville & Sankaranarayanan, 2017).

Ο όρος «δυσπλασία» εμφανίστηκε το 1953 από τους Reagan και Hicks και χαρακτηρίστηκε ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή ανάλογα με την αναλογία των επιθηλιακών στρωμάτων που εμπλέκονται στη δυσπλαστική διαδικασία. Το Carcinoma *in situ* θεωρήθηκε ότι είχε μεγαλύτερο βαθμό ανωμαλίας και ήταν η τελική προκαρκινική κατάσταση (Jenkins, 2020).

Ο Richart το 1968, υποδιαίρεσε το φάσμα της ανωμαλίας σε τρεις κατηγορίες, που ονομάζονται CIN βαθμοί 1 (ήπια δυσπλασία), 2 (μέτρια δυσπλασία) και 3 (σοβαρή δυσπλασία). Σε αυτήν την ταξινόμηση, καρκίνωμα *in situ* συνδυάστηκε με σοβαρή δυσπλασία. Τα τελευταία χρόνια η έρευνα έχει στραφεί στην κατανόηση της ογκογόνου δράσης του ιού

HPV (Human Papilloma Virus- Ιός Των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων) και των διαφορετικών επιδράσεών του στο πλακώδες επιθήλιο του κατώτερου γεννητικού συστήματος (Jenkins, 2020).

3.Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο 4^{ος} πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος και η 4^η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες, με περίπου 604.000 νέες περιπτώσεις και 342.000 θανάτους παγκοσμίως το 2020. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος σε 23 χώρες και είναι η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο σε 36 χώρες, με τη συντριπτική πλειονότητα αυτών των χωρών να βρίσκονται στις λεγόμενες χώρες του τρίτου κόσμου. Ειδικότερα η υψηλότερη συχνότητα και θνησιμότητα καταγράφεται στην υποσαχάρια Αφρική, με αυξημένα ποσοστά στην Ανατολική Αφρική (το Μαλάουι έχει το υψηλότερο ποσοστό επίπτωσης και θνησιμότητας στον κόσμο), τη Νότια Αφρική και τη Μέση Αφρική. Τα ποσοστά επίπτωσης και θνησιμότητας έχουν μειωθεί στις περισσότερες περιοχές του κόσμου τις τελευταίες δεκαετίες. Αυτές οι τάσεις μείωσης του επιπολασμού της νόσου αποδίδονται σε παράγοντες που συνδέονται με την αύξηση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και τη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και διαβίωσης, με τον μειωμένο κίνδυνο επίμονης μόλυνσης από τον HPV, που προκύπτει από βελτιώσεις στην υγιεινή των γεννητικών οργάνων, με τη μείωση της φτώχειας και με τη γενικότερη μείωση του επιπολασμού των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών (Global Cancer Statistics, 2021).

Σύμφωνα με στοιχεία του 2018, περίπου 61.072 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας διαγνώστηκαν στην Ευρώπη. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι η 9^η κύρια αιτία καρκίνου στις γυναίκες, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο 2^{ος} πιο κοινός γυναικείος καρκίνος σε γυναίκες ηλικίας 15 έως 44 ετών στην Ευρώπη (ICO/IARC, 2019).

Επίσης για το ίδιο έτος περίπου 25.829 νέοι θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας καταγράφηκαν στην Ευρώπη. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι η 11^η κύρια αιτία θανάτου των γυναικών από καρκίνο στην Ευρώπη. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι η 2^η αιτία θανάτου από καρκίνο σε γυναίκες ηλικίας 15 έως 44 ετών στην Ευρώπη (ICO/IARC, 2019).

Στην Ελλάδα, οι σχετικές εκτιμήσεις δείχνουν ότι κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται περίπου 307 γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και κατά μέσο όρο 159 γυναίκες πεθαίνουν από τη νόσο. Περίπου το 9,1% του γενικού πληθυσμού εκτιμάται ότι θα αναπτύξει τραχηλική

HPV-λοίμωξη κάποια στιγμή στην πορεία της ζωής του και ότι το 41,3% των διηθητικών καρκίνων του τραχήλου οφείλονται στον ιό HPV 16 και στον ιό HPV 18 (WHO/ICO, 2016).

Α ΜΕΡΟΣ

1.Ανατομία του γεννητικού συστήματος του θήλεος

Το γυναικείο γεννητικό σύστημα αποτελείται από τα εξωτερικά και εσωτερικά γεννητικά όργανα. Τα έξω γεννητικά όργανα συνολικά αναφέρονται με τον όρο αιδοίο και περιλαμβάνουν το εφήβαιο, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, τον πρόδρομο του κόλπου, την κλειτορίδα και τους μεγαλύτερους αδένες του προδόμου. Το εφήβαιο είναι ένας ινολιπώδης σχηματισμός που καλύπτεται από δέρμα, που φέρει τρίχες και καλύπτει τους κλάδους του ηβικού οστού. Τα μεγάλα χείλη είναι δύο δερματικές πτυχές με υποκείμενο λιπώδη ιστό, εκατέρωθεν του στομίου του κόλπου. Περιλαμβάνουν σμηματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες και λίγους εξειδικευμένους αποκρινείς αδένες. Τα μικρά χείλη είναι δύο λεπτές δερματικές πτυχές που βρίσκονται ανάμεσα στα μεγάλα χείλη. Η κλειτορίδα είναι μία στυτική δομή μήκους περίπου 0,5-3,5cm. Ο πρόδρομος είναι η περιοχή ανάμεσα στα μικρά χείλη. Περιλαμβάνει τα στόμια της ουρήθρας, των Bartholinίων αδένων και του κόλπου (Bickerstaff et al., 2020).

Ο κόλπος ή κολεός αναπαριστά έναν ινομυώδη διατατό σωλήνα, μήκους περίπου 8-9cm. Εκτείνεται από τον πρόδρομο του κόλπου μέχρι τον τράχηλο της μήτρας. Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από τέσσερις στιβάδες και παρουσιάζει πτυχές για να διατείνεται κατά την συνουσία. Το τοίχωμα του κόλπου σχηματίζεται από έναν ινώδη χιτώνα (συνδετικός ιστός και ελαστίνη), έναν μυϊκό χιτώνα (λείες μυϊκές ίνες, εκτός από τον σφιγκτήρα στην έξοδο του κόλπου που αποτελείται από γραμμωτές ίνες) και τον βλεννογόνο που επενδύει τον αυλό (Βαβίλης & Μπόντης, 2017).

Η μήτρα είναι ένα ιδιαίτερα διατατό όργανο που αποτελείται κυρίως από λείες μυϊκές ίνες, το μυομήτριο, το οποίο κατά τη διάρκεια της κύησης αυξάνεται σε βάρος από περίπου 40g σε περίπου 1.000g, καθώς οι ίνες του μυομητρίου υπόκεινται σε υπερπλασία και υπερτροφία. Εξασφαλίζει μια προστατευμένη περιοχή εμφύτευσης για το γενετικώς γονιμοποιημένο ωάριο, φιλοξενεί το αναπτυσσόμενο έμβρυο και τελικώς το ωθεί προς τον έξω κόσμο κατά τον τοκετό. Ενώ το σώμα της μήτρας σχηματίζεται από ένα παχύ στρώμα λείου μυός, ο τράχηλος, ο οποίος επικοινωνεί με το άνω τμήμα του κόλπου, αποτελείται κυρίως από πυκνότερο ιστό. Αυτός σχηματίζει έναν ανελαστικό δακτύλιο, που διατηρεί το έμβρυο εντός της μήτρας, ενώ το μυομήτριο υπερπλάσσεται και διατείνεται. Η περιοχή συνένωσης μεταξύ σώματος μήτρας και τραχήλου είναι γνωστή ως ισθμός, ο οποίος στο τέλος της

κύησης και στον τοκετό διαστέλλεται και λεπτύνεται, σχηματίζοντας το κατώτερο τμήμα της μήτρας. Σε αυτήν την λεπτή περιοχή διατέμνεται το τοίχωμα της μήτρας κατά την καισαρική τομή (Αντωνίου και συν, 2015).

Ο τράχηλος της μήτρας έχει μήκος 2-3cm και διακρίνεται στην υπερκοιλιακή και στην ενδοκοιλιακή μοίρα, η οποία προβάλλει μέσα στον κόλπο, σχηματίζοντας τους θόλους. Η ενδοκοιλιακή μοίρα καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ ο ενδοτραχηλικός αυλός από κυλινδρικό, που καταδύεται σε πτυχές ή κρύπτες με εκκριτική δραστηριότητα και παράγει κυρίως βλέννη από τους τραχηλικούς αδένες. Η τραχηλική βλέννη προφυλάσσει, ως πώμα, από την είσοδο μικροβίων στην μήτρα και στις σάλπιγγες και χρησιμεύει για την παραλαβή και ενεργοποίηση των σπερματοζωαρίων κατά την σεξουαλική επαφή. Το έξω στόμιο του τραχήλου έχει διάμετρο 4mm περίπου και είναι στρόγγυλο στις άτοκες, ενώ έχει διάμετρο 6mm περίπου και είναι εγκάρσιως ερρηγμένο στις πολυτόκες (Βαβίλης & Μπόντης, 2017).

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί είναι δύο λεπτοί μυϊκοί σωλήνες μήκους 10-12cm που εξορμούνται από τον πυθμένα της μήτρας και φθάνουν μέχρι τις ωοθήκες. Εσωτερικά υπάρχει ο μυϊκός χιτώνας, ενώ ο αυλός καλύπτεται από μονόστιβο κροσσωτό επιθήλιο. Ο μυϊκός χιτώνας είναι παχύτερος στην περιοχή του ισθμού και λεπτότερος στην λήκυθο και στο κωδωνικό τμήμα. Το επιθήλιο της σάλπιγγας αποτελείται από κροσσωτά, εκκριτικά, στυλοειδή και εφεδρικά κύτταρα. Τα κροσσωτά κύτταρα χρησιμεύουν για την μεταφορά των γαμετών και του γονιμοποιημένου ωαρίου, ενώ τα εκκριτικά για την ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου στην λήκυθο. Η διάμετρος του αυλού της σάλπιγγας στον ισθμό και το μητριαίο τμήμα είναι 5mm περίπου, ενώ στην λήκυθο περίπου 1cm (Αντωνίου και συν, 2015).

Οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, όπως οι όρχεις στον άνδρα, ευρίσκονται εκατέρωθεν της μήτρας. Έχουν σχήμα αμυγδάλου, μήκους 3-4cm και πάχους 1-3cm. Η θέση των ωοθηκών επηρεάζεται και από το μέγεθος των παρακειμένων οργάνων, δηλαδή της μήτρας, της ουροδόχου κύστης και του ορθοσιγμοειδούς εντέρου (Αντωνίου και συν, 2015).

2.Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος του θήλεος

Η μετάβαση από την παιδική ηλικία στην εφηβεία χαρακτηρίζεται από μεγάλες αλλαγές. Σταδιακά ολοκληρώνεται η σωματική και συναισθηματική ανάπτυξη της έφηβης. Από την εφηβεία και μετά, οι ορμονικές επιδράσεις παίζουν κάποιο ρόλο και στην ψυχική διάθεση της γυναίκας, με χαρακτηριστικότερες περιόδους εκείνες που περιλαμβάνουν το τέλος της εκκριτικής φάσης και την ωοθυλακιωρρηξία. Ο φυσιολογικός γεννητικός κύκλος της γυναίκας είναι αποτέλεσμα της λειτουργίας του άξονα, που περιλαμβάνει τον υποθάλαμο, την υπόφυση και τις ωοθήκες. Όλα τα γεγονότα που περιγράφονται κατά την καταμήνια λειτουργία του γεννητικού κύκλου έχουν ως βασικό στόχο την απελευθέρωση ενός ωοκυττάρου σε κάθε γεννητικό κύκλο (Ιατράκης, 2013).

Ο γεννητικός κύκλος είναι το διάστημα που μεσολαβεί από την πρώτη ημέρα της εμμήνου ρύσεως μέχρι την πρώτη ημέρα της επόμενης εμμήνου ρύσεως. Η συνήθης διάρκειά του είναι 28 ημέρες, αλλά μπορεί να ποικίλει από γυναίκα σε γυναίκα και από κύκλο σε κύκλο. Στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου εκκρίνονται ορμόνες από τον υποθάλαμο, την υπόφυση και τις ωοθήκες που προκαλούν την ωρίμανση και τελικά την απελευθέρωση του ωαρίου από την ωοθήκη. Οι ορμόνες αυτές εμφανίζουν μια αρμονικά αλληλορυθμιζόμενη σχέση μεταξύ τους, με σκοπό τη δημιουργία του κατάλληλου περιβάλλοντος για να ευοδωθεί η σύλληψη (Βαβίλης & Μπόντης, 2017).

Στην αρχή του γεννητικού κύκλου καταγράφεται αρχικά μια αύξηση της έκκρισης FSH (Follicle Stimulation Hormone- Θυλακιοτρόπος ή Ωοθυλακιοτρόπος Ορμόνη), με σκοπό την κινητοποίηση μιας ομάδας ωοθυλακίων για περαιτέρω ωρίμανση. Σε κάθε φυσικό κύκλο, υπό την αρχική αυτή επίδραση της FSH αρχίζουν να αναπτύσσονται 3-7 ωοθυλάκια. Από αυτά τα ωοθυλάκια επικρατεί μόνον ένα, το οποίο αυξάνεται πιο γρήγορα και ονομάζεται «κυρίαρχο» ωοθυλάκιο. Τα υπόλοιπα ωοθυλάκια θα καταστούν άτρητα (δηλαδή θα εκφυλισθούν με τον μηχανισμό της ατρησίας). Καθώς το ωοθυλάκιο αναπτύσσεται, τα κοκκιώδη κύτταρά του παράγουν την ορμόνη οιστραδιόλη σε διαρκώς αυξανόμενες ποσότητες. Η οιστραδιόλη έχει ποικίλες δράσεις στο αναπαραγωγικό σύστημα, με κυριότερη την αύξηση του βλεννογόνου της μήτρας (ενδομητρίου) με πολλαπλασιασμό των κυττάρων του. Τα υψηλά επίπεδα της οιστραδιόλης στο αίμα τελικά προκαλούν απότομη έκκριση LH (Luteinizing Hormone- Ωχρινοτρόπος ή Ωχρινοποιητική Ορμόνη) από την υπόφυση. Η ωοθυλακιωρρηξία έχει ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση του ωαρίου, το οποίο περνάει μέσα στη σάλπιγγα όπου είναι διαθέσιμο για να γονιμοποιηθεί. Ταυτόχρονα παρατηρείται μια πάχυνση του ενδομήτριου

προκειμένου να φιλοξενήσει το γονιμοποιημένο ωάριο. Εάν δεν πραγματοποιηθεί σύλληψη τότε το μη γονιμοποιημένο ωάριο μεταφέρεται στη μήτρα και μαζί με τα κατάλοιπα της πάχυνσης του ενδομήτριου αποβάλλεται από τον οργανισμό με αιμορραγία, γνωστή και ως έμμηνο ρύση ή αλλιώς περίοδος (Ιατράκης, 2015).

Η προώθηση του εμμηνορρυσιακού υλικού διαμέσου του τραχηλικού στομίου προς τα έξω γίνεται με τη βοήθεια μικροσυσπάσεων του μυομητρίου (που προκαλούνται από τις προσταγλανδίνες), με τη βοήθεια της βαρύτητας και λόγω του ότι ο τραχηλικός αυλός είναι ευρύτερος από τα σαλπινγικά στόμια. Το 50% του εμμηνορρυσιακού υλικού φαίνεται ότι αποβάλλεται τις πρώτες 24 ώρες και το υπόλοιπο στη συνέχεια. Το συνολικό ποσό του εμμηνορρυσιακού υλικού, σε φυσιολογικές συνθήκες, μπορεί να φτάσει και τα 80 mL (Ιατράκης, 2015).

Στον αντίποδα, η κλιμακτήριος είναι η χρονική περίοδος κατά την οποία η γυναίκα περνάει από την αναπαραγωγική στη μη παραγωγική φάση της ζωής της. Διαρκεί πολλά χρόνια (45°-65° έτος) και χωρίζεται σε επιμέρους μικρότερες χρονικές περιόδους. Στην προεμμηνοπαυσιακή φάση (40°-45° έτος), η διάρκεια της παραγωγικής φάσης του κύκλου μικραίνει και προκαλείται πρόωρη ωοθυλακιορρηξία. Στην περίοδο της περιεμμηνόπαυσης (45°-51° έτος), οι ορμονικές μεταβολές επιδρούν και στην εκκριτική φάση του έμμηνου κύκλου, και περιορίζεται η διαδικασία της ωχρινοποίησης και η παραγωγή της προγεστερόνης. Η εμμηνόπαυση αντιστοιχεί στην τελευταία φυσιολογική έμμηνο ρύση της γυναίκας (μέση ηλικία 51ο έτος) (Ιατράκης, 2015).

Κατά την εμμηνόπαυση, οι ωοθήκες παράγουν ελάχιστες ποσότητες οιστρογόνων, προγεστερόνης και ανδρογόνων. Η μεταεμμηνόπαυση ξεκινά από την εμμηνόπαυση και διαρκεί μέχρι το 65° έτος, οπότε και ολοκληρώνεται η περίοδος της κλιμακτηρίου. Περιλαμβάνει ένα σύνολο ορμονικών μεταβολών, οι οποίες μπορεί να δημιουργήσουν ψυχικά και σωματικά συμπτώματα στη γυναίκα, ακόμα και αρκετά έτη μετά τον τελευταίο έμμηνο κύκλο (Smith, 2019).

3. Παθοφυσιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Υπάρχουν δύο είδη καρκίνων τραχήλου της μήτρας, ανάλογα με τον τύπο των κυττάρων από τα οποία προέρχονται. Ο καρκίνος από πλακώδη κύτταρα εξορμάται από το πλακώδες επιθήλιο. Υπάρχει όμως και ο καρκίνος από αδενικά κύτταρα, που προέρχεται από τα αδενικά κύτταρα του τραχηλικού επιθηλίου. Ο πιο συχνός είναι ο καρκίνος από πλακώδη κύτταρα (Ιατράκης, 2013).

Οι τύποι HPV υψηλού κινδύνου πρέπει να διεισδύσουν βαθιά στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας για να προκαλέσουν μια χρόνια λοίμωξη. Έτσι η σεξουαλική επαφή παρέχει ένα σημείο εισόδου για τον HPV. Μόλις ο ιός εισέλθει στον τραχηλικό βλεννογόνο, προσκολλάται στα επιθηλιακά κύτταρα. Καθώς αυτά τα κύτταρα λαμβάνουν θρεπτικά συστατικά και άλλα στοιχεία, ενσωματώνουν επίσης τον ιό (Saxena, 2019).

Η συντριπτική πλειονότητα των λοιμώξεων από HPV είναι παροδικές και καθίστανται μη ανιχνεύσιμες σε 12-24 μήνες. Ωστόσο, σε ορισμένες γυναίκες των οποίων οι λοιμώξεις συνεχίζουν να παραμένουν, ο κίνδυνος εμφάνισης προκαρκινικών καταστάσεων είναι σημαντικός. Εάν οι αλλοιώσεις περιορίζονται μόνο στις στιβάδες του επιθηλίου (δεν επεκτείνονται κάτω από τη βασική μεμβράνη) χαρακτηρίζονται ως ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες τραχήλου ή CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia). Εάν τα άτυπα κύτταρα καταλαμβάνουν το κατώτερο ένα τρίτο του επιθηλίου, η αλλοίωση περιγράφεται ως CIN-1 (Αντσακλής, 2011).

Το CIN1 είναι μια χαμηλού βαθμού πλακώδης ενδοεπιθηλιακή βλάβη (LSIL-Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion). Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, πάνω από το 70-80% των βλαβών CIN1 υποχωρούν αυθόρμητα χωρίς θεραπεία ή γίνονται μη ανιχνεύσιμα. Έτσι, το CIN1 αντικατοπτρίζει μια κατάσταση μόλυνσης και όχι ένα στάδιο ανάπτυξης ασθενειών. Η ανίχνευση του CIN1 μετά από HPV μόλυνση δεν αντιπροσωπεύει αυτόματα την εξέλιξη της νόσου σε καρκίνο (Μορτάκης, 2016).

Οι βλάβες CIN2 και CIN3 θεωρούνται δυσπλασία υψηλού βαθμού ή υψηλής ποιότητας πλακώδης ενδοεπιθηλιακή βλάβη (HSIL-High Grade Squamous Intraepithelial Lesions). Ωστόσο, οι βλάβες CIN2 εξελίσσεται λιγότερο συχνά σε καρκίνο. Περίπου το 2% των βλαβών CIN2 αναπτύσσονται σε CIN3. Οι βλάβες CIN3 θεωρείται οριστική προκαρκινική βλάβη με τη δυνατότητα να εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνο με ρυθμό 0,2% έως 4% εντός 12 μηνών. Οι βλάβες CIN3 που δεν έχουν υποβληθεί σε θεραπεία, έχουν 30% πιθανότητα να εξελιχθούν σε διηθητικό καρκίνο για μια περίοδο 20 ετών, αν και μόνο περίπου το 1% των βλαβών CIN3

που έχει υποστεί σωστή θεραπεία θα γίνει διηθητικό. Το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου διαφέρει από το καρκίνωμα των πλακωδών κυττάρων καθώς προκύπτει από το αδενικό επιθήλιο του ενδοτραχηλικού σωλήνα και ο άμεσος πρόδρομος του είναι το αδενοκαρκίνωμα *in situ*. Ο χρόνος από τη μόλυνση από τον HPV στην ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι συνήθως 20 χρόνια. Επομένως, σπάνια εμφανίζεται ταχεία εξέλιξη των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας (Μορτάκης, 2016).

Η καρκινογένεση του τραχήλου της μήτρας μπορεί να οριστεί ως ο πολύπλοκος μηχανισμός της ανεξέλεγκτης κυτταρικής διαίρεσης που μπορεί να περιλαμβάνει την ενσωμάτωση γονιδίων HPV μαζί με άλλες κυτταρικές αλλαγές και επιγενετικούς παράγοντες. Καθώς συμβαίνει η μόλυνση με HPV, το DNA μπορεί να υποστεί μεταλλάξεις υπό τις κυτταρικές και άλλες περιβαλλοντικές συνθήκες, που οδηγούν σε ενσωμάτωση του ιού στον μηχανισμό γενετικής σύνθεσης του ξενιστή. Ως αποτέλεσμα, ο ιός μπορεί να ξεφύγει από κυτταρικούς και ανοσοποιητικούς μηχανισμούς άμυνας, ενώ προωθεί τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων και αναστέλλει τους κυτταρικούς αποπτωτικούς μηχανισμούς. Το ογκογόνο δυναμικό του HPV εξαρτάται από τη ρύθμιση των ιογενών μεταγραφικών παραγόντων. Ο HPV μπορεί να ενσωματώσει το γονιδίωμα του στο γονιδίωμα του ξενιστή, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη του τραχήλου της μήτρας και του τραχήλου της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας βαθμού III (Ιατράκης, 2013).

4.Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου

Ως κύριος αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη προκαρκινικών και καρκινικών βλαβών θεωρείται τεκμηριωμένα, βάσει επιδημιολογικών, κλινικών, ιστολογικών και μικροβιολογικών ενδείξεων, ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV-Human papilloma virus). Ο ιός HPV έχει συσχετιστεί με >99% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας. Στις σχετικές μελέτες έχει τεκμηριωθεί ότι οι τύποι HPV 16 και HPV 18 ευθύνονται για το 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Συγκεκριμένα, ο HPV 16 συνδέεται με >50% των καρκίνων του τραχήλου σε παγκόσμιο επίπεδο. Ειδικότερα, οι τύποι HPV 16 και HPV 18 ευθύνονται για την πλειοψηφία του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Μορτάκης, 2016).

Ένα άτομο διατρέχει αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης από HPV εάν έχει πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους ή εάν έχει έναν σύντροφο που είχε πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους. Η σεξουαλική δραστηριότητα σε νεαρή ηλικία καθώς και το ιστορικό άλλων

σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων ή καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή του πέους σε ένα άτομο ή σεξουαλικό σύντροφο μπορεί επίσης να αυξήσει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον HPV. Εκτός από τη σεξουαλική δραστηριότητα, η ηλικία αποτελεί σημαντικό καθοριστικό παράγοντα για τον κίνδυνο μόλυνσης από HPV. Η λοίμωξη είναι πιο συχνή σε σεξουαλικά ενεργές νεαρές γυναίκες ηλικίας μεταξύ 18 και 30 ετών με απότομη μείωση του επιπολασμού μετά την ηλικία των 30 ετών. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι πιο συχνός σε γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών, γεγονός που υποδηλώνει ότι η λοίμωξη εμφανίζεται σε νεότερη ηλικία, με μια αργή εξέλιξη που οδηγεί στον καρκίνο σε μεγαλύτερη ηλικία (Saxena, 2019).

Από τους περισσότερους από 100 ταξινομημένους γονότυπους του HPV, περισσότεροι από 40 τύποι μπορούν να μολύνουν το ανώτερο αναπνευστικό, το πεπτικό σύστημα και το αναπαραγωγικό σύστημα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η λοίμωξη από τον HPV αντιμετωπίζεται αυτόματα και γίνεται μη ανιχνεύσιμη, χωρίς να προκαλέσει κλινικές εκδηλώσεις. Ωστόσο, σε κάποιες περιπτώσεις προκαλούνται επίμονες λοιμώξεις από τον HPV, που αφορούν κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων ή και νεοπλασματικούς μετασχηματισμούς, που μπορεί να εξελιχθούν στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Πάνω από το 99% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας αποδίδονται σε επίμονη λοίμωξη από τον HPV, από τα στελέχη 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 και 68, σε σειρά συχνότητας. Μεταξύ αυτών, η αιτιώδης συσχέτιση μεταξύ της λοίμωξης και της καρκινογένεσης είναι ισχυρότερη για τους τύπους HPV 16 και 18. Αυτοί οι τύποι προκαλούν το 70% όλων των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και των ενδοεπιθηλιακών προκαρκινικών αλλοιώσεων (Saxena, 2019).

Επίσης, ο HPV σχετίζεται επίσης με εξωτερικά κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Ιδιαίτερα οι τύποι HPV 6 και 11 είναι υπεύθυνοι για πάνω από το 90% των περιπτώσεων κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων, καθώς και για την πρόκληση περίπου του 10% των τραχηλικών αλλοιώσεων χαμηλού βαθμού (Μορτάκης, 2016).

Μια σειρά από συναφείς παράγοντες κινδύνου έχουν τεκμηριωθεί για την πρόκληση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται οι επισφαλείς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, το κάπνισμα, η έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας σε νεαρή ηλικία, η συνεύρεση με περισσότερους από έναν σεξουαλικούς συντρόφους, η σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς χρήση μεθόδων προφύλαξης και η πρόωπη ηλικία κατά την πρώτη εγκυμοσύνη. Ειδικότερα:

- Οι άνδρες διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη μετάδοση του HPV λόγω της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς, επειδή ενεργούν ως φορείς ιών. Αυτό συνιστά ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα σε χώρες των οποίων ο ανδρικός πληθυσμός έχει συνήθως πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους.

- Η πρώτη εγκυμοσύνη σε νεαρή ηλικία (κάτω των 17 ετών) αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων υψηλού κινδύνου. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ορμονικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθιστούν πιθανώς τις γυναίκες πιο ευαίσθητες στη μόλυνση από τον HPV ή στην ανάπτυξη καρκίνου. Μια άλλη σκέψη είναι ότι το ανοσοποιητικό σύστημα των εγκύων μπορεί να είναι ασθενέστερο, επιτρέποντας τη μόλυνση από τον HPV και την ανάπτυξη του καρκίνου.

- Η νικοτίνη και οι καρκινογόνες ουσίες του καπνού έχουν βρεθεί στην τραχηλική βλέννα των ασθενών, υποστηρίζοντας έτσι την υπόθεση μιας συνδυασμένης δράσης καπνού και του HPV, στην εξέλιξη και στην επιμονή προκαρκινικών αλλοιώσεων, αυξάνοντας ακόμη περισσότερο τον κίνδυνο όταν εμφανίζεται η έκθεση και στους δύο παράγοντες σε νεαρή ηλικία. Έχει αποδειχθεί ότι οι χημικές ουσίες του καπνού δρουν ως καρκινογόνα, παράγοντας μια μιτογόνο επίδραση που μπορεί αργότερα να προκαλέσει βλάβη στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας.

- Έχει επίσης περιγραφεί συσχέτιση μεταξύ του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και με συν-λοιμώξεις που οφείλονται σε άλλους παράγοντες, όπως ο απλός έρπης τύπου 2 και η λοίμωξη από βακτήρια *Chlamydia trachomatis*. Προτείνεται ένας σχετικός ρόλος του τελευταίου στην ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθώς διαβρώνει τον βλεννογόνο του τραχήλου της μήτρας που ευνοεί την είσοδο του HPV και προκαλεί χρόνια φλεγμονή που μπορεί να επηρεάσει την επιμονή της ιογενούς λοίμωξης (Bickerstaff et al., 2020).

5.Κλινική εικόνα

Το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η μη φυσιολογική κολπική αιμορραγία. Άλλα κλινικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν την κολπική έκκριση (πιθανώς δύσοσμη), τη δυσπαρένεια (πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή), τον πυελικό πόνο και την απώλεια βάρους. Ωστόσο, συχνά η νόσος είναι ασυμπτωματική-ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της νόσου και πολλές περιπτώσεις η νόσος εντοπίζεται μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου (Μορτάκης, 2016).

Στα πρώιμα συμπτώματα αναφέρονται η κοιλιακή έκκριση (συνήθως δύσοσμη), η ακανόνιστη αιμορραγία (οποιασδήποτε μορφής) σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, οι κηλίδες αίματος μετά την συνουσία ή αιμορραγία σε γυναίκες κάθε ηλικίας, ακόμη και σε νέες γυναίκες. Στις γυναίκες στην εμμηνόπαυση μπορεί να εμφανιστούν μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία. Σε περίπτωση μη φυσιολογικής περι-εμμηνοπαυσιακής αιμορραγίας, θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ιδιαίτερα εάν η αιμορραγία δεν ανταποκρίνεται στην κατάλληλη θεραπεία. Σε προχωρημένη νόσο, η ασθενής μπορεί να εμφανίσει συχνουρία και επείγουσα ανάγκη για ούρηση, οσφυαλγία, κοιλιακό άλγος, απώλεια βάρους, μειωμένη παραγωγή ούρων (απόφραξη των ουρητήρων ή νεφρική ανεπάρκεια), διαρροή ούρων ή περιττωμάτων μέσω του κόλπου (λόγω συριγγίων), οιδήματα των κάτω άκρων ή ακόμα και δύσπνοια (λόγω αναιμίας ή σπάνια, πνευμονικών μεταστάσεων ή συλλογής ή νευροπάθεια). Αυτά συμβαίνουν συχνά ως αποτέλεσμα του καρκίνου που εισβάλλει σε γειτονικές δομές (Αντσακλής, 2011).

6. Διάγνωση

Η διάγνωση ξεκινά με την απλή γυναικολογική εξέταση κατά την οποία ο τράχηλος είναι εύκολα προσιτός, όπως και η εκτίμηση του δια γυμνού οφθαλμού. Περιλαμβάνει αρχικά τεστ Παπανικολάου. Ο κυτταρολογικός έλεγχος τραχηλικού επιχρίσματος στηρίζεται στο ότι τα κύτταρα που αποφολιδώνονται από τα επιθήλια των διαφόρων ιστών, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για εξέταση και συναγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τους ιστούς από τους οποίους προέρχονται. Η εξέταση αυτή, γνωστή ως τεστ (εξέταση ή δοκιμασία) Παπανικολάου, μπορεί να οδηγήσει σε συμπεράσματα για προκαρκινικές και καρκινικές καταστάσεις του τραχήλου της μήτρας. Το τεστ δεν βάζει οριστική διάγνωση αλλά αποκαλύπτει τις γυναίκες που χρειάζονται περαιτέρω έλεγχο με άλλες διαγνωστικές μεθόδους. Το τεστ Παπανικολάου συνέβαλε ουσιαστικά στη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου κατά 70% (Ιατράκης, 2015).

Στην κλινική εξέταση της πυέλου, ο γιατρός ελέγχει για ασυνήθιστες αλλαγές στον τράχηλο της ασθενούς, στη μήτρα, στον κόλπο, στις ωοθήκες και στα άλλα κοντινά όργανα. Με την ψηλάφηση αναζητούνται οποιεσδήποτε αλλαγές στο αιδοίο έξω από το σώμα και στη συνέχεια, με τη χρήση του κολποσκοπίου, διανοίγεται ο κόλπος και εξετάζεται ο τράχηλος. Συνήθως λαμβάνεται σε αυτή τη φάση δείγμα για τεστ Παπανικολάου (Magowan et al., 2012).

Το τεστ HPV γίνεται με δείγμα κυττάρων από τον τράχηλο. Λαμβάνεται δείγμα συγχρόνως με το τεστ Παπανικολάου ή αφού τα αποτελέσματα των τεστ Παπανικολάου δείχνουν μη φυσιολογικές αλλαγές στον τράχηλο. Σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να ανευρεθεί ο ιός HPV, αλλά χωρίς (προ)καρκινικές αλλοιώσεις τραχήλου της μήτρας, οπότε οι δοκιμές HPV από μόνες τους δεν αρκούν για τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Ιατράκης, 2015).

Επίσης, η κολποσκόπηση ελέγχει τον τράχηλο για μη φυσιολογικές περιοχές. Η κολποσκόπηση μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τον παραπέρα έλεγχο γυναικών με θετικό τεστ-Παπανικολάου ή κλινικά ύποπτα σημεία και συμπτώματα. Η κολποσκόπηση εκτελείται με την επάλειψη του τραχήλου της μήτρας με διάλυμα οξικού οξέος 3-5%. Το χρώμα που προσλαμβάνει το επιθήλιο μετά την επάλειψη με το οξικό οξύ, υποδηλώνει τη φυσιολογική κατάσταση του κόλπου ή μια νεοπλασματική εξεργασία. Άλλη μεθοδολογία που εφαρμόζεται κατά την κολποσκόπηση χρησιμοποιεί το διάλυμα Lugol. Το διάλυμα αυτό εφαρμόζεται στον τράχηλο και χρωματίζει το φυσιολογικό πλακώδες επιθήλιο σκούρο καφέ, ενώ η αδυναμία χρώσης του επιθηλίου, υποδηλώνει πιθανή επιθηλιακή βλάβη (Βαβίλης & Μπόντης, 2017).

Η βιοψία του τραχήλου εκτελείται με σκοπό τη λήψη ιστού από ύποπτες περιοχές του τραχήλου της μήτρας. Η βιοψία του τραχήλου ακολουθεί τη γυναικολογική εξέταση, το τεστ Παπανικολάου και την κολποσκόπηση, όταν αυτές οι εξετάσεις παρουσιάζουν ύποπτα ευρήματα. Η βιοψία πραγματοποιείται με την κολποσκόπηση και αφαιρείται τεμαχίδιο ιστού προς ιστολογική εξέταση. Εναλλακτικά μπορεί να πραγματοποιηθεί βιοψία εκτομής, κατά την οποία αφαιρείται ολόκληρο το τμήμα της ύποπτης περιοχής. Σε αυτές τις περιπτώσεις εκτελείται εξαίρεση ιστικού κώνου με νυστέρι ή με αγκύλη (μέθοδος LLETZ- Large Loop Excision Of The Transformation Zone και μέθοδος LEEP-Loop Electrosurgical Excision Procedure), με σκοπό την εκτομή μιας προκαρκινικής ή καρκινικής περιοχής (Magowan et al., 2012).

Η μαγνητική τομογραφία της πυέλου πραγματοποιείται με σκοπό τη σταδιοποίηση της πρωτοπαθούς εστίας. Με την μαγνητική τομογραφία μπορεί να γίνει η διάκριση των σταδίων, ο βαθμός διήθησης των παραμητρίων και οι λεμφαδενικές μεταστάσεις, επειδή σε κάθε περίπτωση οι θεραπευτικοί χειρισμοί είναι διαφορετικοί (Βαβίλης & Μπόντης, 2017).

Τέλος, η αξονική τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET-CTscan- Positron Emission Tomography-Computed Tomography), αναγνωρίζει την μεταστατική νόσο με βάση την μεταβολική δραστηριότητα των καρκινικών κυττάρων. Επίσης, πραγματοποιείται σε

περιπτώσεις υποτροπής του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, με σκοπό να αξιολογηθούν οι τοπικές μετεγχειρητικές αλλαγές και οι τοπικές ανατομικές αλλοιώσεις από την προηγηθείσα ακτινοθεραπεία (Βαβίλης & Μπόντης, 2017).

Το ThinPrep είναι μία από τις μεθόδους κυτταρολογίας για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των προδρόμων βλαβών του. Σε ένα συμβατικό τεστ Παπανικολάου, το συλλεγμένο κυτταρικό δείγμα του τραχήλου της μήτρας επιστρώνεται απευθείας σε γυάλινο πλακίδιο, στερεοποιείται με αιθανόλη 95% και στη συνέχεια αξιολογείται μικροσκοπικά. Αντιθέτως, στη μέθοδο ThinPrep Pap το συλλεγμένο κυτταρικό δείγμα του τραχήλου της τοποθετείται σε ένα φιαλίδιο με ασθενές στερεωτικό μέσο και αποστέλλεται σε εργαστήριο κυτταροπαθολογίας για περαιτέρω επεξεργασία. Η μέθοδος ThinPrep εξασφαλίζει τη συλλογή όλων των κυττάρων της λήψης και τη σωστή συντήρησή τους, ενώ αντίθετα, στο κλασικό τεστ Παπανικολάου απορρίπτεται μεγάλη ποσότητα των κυττάρων με τη σπάτουλα και το βουρτσάκι λήψης. Στο κλασικό τεστ Παπανικολάου η απλή επάλειψη των κυττάρων στα γυάλινα πλακίδια προκαλεί ακανόνιστη επίστρωση και συχνά δυσκολεύει την αξιολόγηση στο μικροσκόπιο. Αντιθέτως, το ThinPrep προσφέρει επιχρίσματα άριστης ποιότητας καθώς τα κύτταρα εμφανίζονται το ένα δίπλα στο άλλο και όχι σε συμπλέγματα, με αποτέλεσμα να φαίνονται ευκολότερα πιθανές ανωμαλίες των κυττάρων και ο κυτταρολόγος να κάνει ακριβέστερη διάγνωση. Τέλος, το ThinPrep Pap Test επιτρέπει τη διενέργεια επιπλέον εξετάσεων, που τυχόν θα χρειαστούν, στο ίδιο δείγμα, χωρίς επαναληπτική επίσκεψη και λήψη (Rosa et al., 2013).

Το Cobas HPV test είναι μία ειδική εξέταση με την οποία ανιχνεύεται στο επίχρισμα του τραχήλου της μήτρας η ύπαρξη ιού HPV υψηλού κινδύνου. Είναι ένα τεστ με υψηλή ευαισθησία, καθώς ανιχνεύει το DNA 14 τύπων υψηλού κινδύνου του ιού HPV δίνοντάς μας μία ξεκάθαρη θετική ή αρνητική απάντηση για την ύπαρξη αυτών. Επιπλέον δίνει συγκεκριμένο αποτέλεσμα για την ύπαρξη ενός από τους τύπους 16 και 18, οι οποίοι θεωρούνται πως φέρουν το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης (70 % περίπου) για την πρόκληση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το δείγμα συλλέγεται ακριβώς με τον ίδιο τρόπο που συλλέγεται και για το ThinPrep Test Pap. Οι HPV 16 και 18 ανιχνεύονται ξεχωριστά και άλλοι 12 τύποι HPV (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 και 68) ανιχνεύονται ως ομάδα από ένα κοκτέιλ ανιχνευτών με 3 διαφορετικά φθοροχρώματα. Τα αποτελέσματα εκφράζονται ως αρνητικά ή θετικά για κάθε HPV 16, HPV 18 ή για άλλους HR-HPV (Lloveras et al., 2013).

7. Διαφορική διάγνωση

Η αξιολόγηση των ορατών τραχηλικών τραυμάτων για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι σημαντική. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν θα εντοπιστεί ως εμφανής μάζα στα αρχικά στάδια και σε πολλές περιπτώσεις είναι ασυμπτωματικός. Άλλες πιθανές αιτίες τραχηλικών βλαβών ή μη φυσιολογικής αιμορραγίας περιλαμβάνουν σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, ινομώματα του τραχήλου της μήτρας, ενδομητρίωση και τραχηλικούς πολύποδες. Η διαφορική διάγνωση μπορεί να απαιτεί περαιτέρω έλεγχο και αξιολόγηση των συμπτωμάτων για να προσδιοριστεί εάν τα συνοδά συμπτώματα σχετίζεται με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, απαιτείται διαγνωστική βιοψία για την οριστική διάγνωση (Βαβίλης & Μπόντης, 2017).

8.Σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πραγματοποιείται χρησιμοποιώντας ένα από τα υπάρχοντα διεθνή συστήματα σταδιοποίησης, για τον προσδιορισμό της έκτασης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και της παρουσίας ή απουσίας μακρινών μεταστάσεων. Το στάδιο του καρκίνου της ασθενούς χρησιμοποιείται από τους ειδικούς για να επιλέξουν και να σχεδιάσουν την καταλληλότερη διαθέσιμη θεραπεία (Bickerstaff et al., 2020).

Πίνακας 1.Ταξινόμηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας FIGO (Πηγή: Bickerstaff et al., 2020).	
Στάδιο I	Το καρκίνωμα περιορίζεται αυστηρά στον τράχηλο
IA	Διηθητικό καρκίνωμα που μπορεί να διαγνωστεί μόνο με μικροσκόπηση, με μέγιστο βάθος εισβολής <5mm.
IA1	Μετρήσιμη στρωματική εισβολή σε βάθος <3mm.
IA2	Μετρήσιμη στρωματική εισβολή ≥ 3 mm και βάθος <5mm.
IB	Διηθητικό καρκίνωμα με μετρούμενη βαθύτερη εισβολή ≥ 5 mm (μεγαλύτερο από το στάδιο IA), η βλάβη περιορίζεται στον τράχηλο της μήτρας.
IB1	Διηθητικό καρκίνωμα βάθους 5mm στρωματικής εισβολής και <2cm στη μεγαλύτερη διάσταση.
IB2	Διηθητικό καρκίνωμα ≥ 2 cm και <4cm στη μεγαλύτερη διάσταση.

IB3	Διηθητικό καρκίνωμα $\geq 4\text{cm}$ στη μεγαλύτερη διάσταση.
Στάδιο II	Το καρκίνωμα εισβάλλει πέρα από τη μήτρα, αλλά δεν έχει επεκταθεί στο κάτω τρίτο του κόλπου ή στο πυελικό τοίχωμα.
IIA	Το καρκίνωμα έχει επεκταθεί στα δύο τρίτα του κόλπου χωρίς παραμητρική εμπλοκή.
IIA1	Διηθητικό καρκίνωμα $<4\text{cm}$ στη μεγαλύτερη διάσταση.
IIA2	Διηθητικό καρκίνωμα $\geq 4\text{cm}$ στη μεγαλύτερη διάσταση.
IIB	Καρκίνωμα με παραμητρική εμπλοκή αλλά όχι μέχρι το πυελικό τοίχωμα.
Στάδιο III	Το καρκίνωμα περιλαμβάνει το κάτω τρίτο του κόλπου ή / και εκτείνεται στο πυελικό τοίχωμα ή/ και προκαλεί υδρονέφρωση ή μη λειτουργικό νεφρό ή/και καταλαμβάνει πυελικούς ή/και παρα-αορτικούς λεμφαδένες.
IIIA	Το καρκίνωμα περιλαμβάνει το κάτω τρίτο του κόλπου, χωρίς επέκταση στο πυελικό τοίχωμα.
IIIB	Το καρκίνωμα επεκτείνεται στο πυελικό τοίχωμα ή/και προκαλεί υδρονέφρωση ή μη λειτουργικό νεφρό (εκτός εάν είναι γνωστό ότι οφείλεται σε άλλη αιτία).
IIIC	Συμμετοχή των πυελικών και/ή παρα-αορτικών λεμφαδένων, ανεξάρτητα από το μέγεθος και την έκταση του όγκου.
IIIC1	Μετάσταση στους λεμφαδένες της λεκάνης.
IIIC2	Μετάσταση στους μετα-αορτικούς λεμφαδένες.
Στάδιο IV	Το καρκίνωμα έχει επεκταθεί πέρα από την πύελο ή έχει εμπλακεί (με αποδεδειγμένη βιοψία) στον βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης ή του ορθού.
IVA	Εξάπλωση σε παρακείμενα πυελικά όργανα.
IVB	Εξάπλωση σε απομακρυσμένα όργανα.

9.Πρόγνωση

Η πρόγνωση εξαρτάται από το στάδιο του καρκίνου. Η πιθανότητα επιβίωσης είναι σχεδόν 100% για γυναίκες με μικροσκοπικές μορφές καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι παράγοντες κινδύνου που καθορίζουν την πρόγνωση της νόσου περιγράφουν τις λεμφαδενικές μεταστάσεις, την εμπλοκή των παραμητρίων και τα όρια της εκτομής. Επίσης λαμβάνονται υπόψη το βάθος της στρωματικής εισβολής του όγκου, το μέγεθος όγκου και το μέγεθος της λεμφαγγειακής εισβολής. Ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας αναφέρεται στην επέκταση της νόσου στους τοπικούς και επιχώριους λεμφαδένες. Σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες, η πενταετής επιβίωση φτάνει σε ποσοστό 85-90%, ενώ σε ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες η πενταετής επιβίωση μειώνεται κάτω του 50%, ανάλογα με τον αριθμό, τη θέση και το μέγεθος των διηθημένων λεμφαδένων (Βαβίλης & Μπόντης, 2017).

10.Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

10.1.Πρωτογενής πρόληψη

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας ακολουθούν ένα τυπικό πρότυπο σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος. Τα επιδημιολογικά ευρήματα, σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα μοριακών μελετών, θεωρούνται γενικά επαρκή για τον εντοπισμό της λοίμωξης από τον ιό του ανθρώπινου θηλώματος, ως αιτιολογικού παράγοντα στην ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Βάσει αποδεικτικών στοιχείων, προτείνονται μιας σειρά από συμπεριφορές που δυνητικά θα μειώσουν τη συχνότητα και τη νοσηρότητα που προκαλείται από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (ΙΑΕΑ, 2013):

- Καθυστέρηση στην πρώτη τεκνοποίηση: οι ορμόνες της εγκυμοσύνης μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Μια άλλη σκέψη είναι ότι το ανοσοποιητικό σύστημα των εγκύων γυναικών εξασθενεί, επιτρέποντας τη μόλυνση από τον HPV και την ανάπτυξη του καρκίνου.
- Περιορισμός του αριθμού των κυήσεων: οι γυναίκες που είχαν πέντε ή περισσότερα παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
- Περιορισμός του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων: όσο περισσότεροι σύντροφοι έχει ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να μολυνθεί από τον ιό HPV.

- Αποφυγή ή διακοπή του καπνίσματος: οι γυναίκες που καπνίζουν έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης όλων των καρκίνων, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.
- Παρεμβάσεις για τον ανδρικό πληθυσμό: μείωση του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων και χρήση προφυλακτικού, ειδικά με νέους συντρόφους.

Στη σύγχρονη εποχή, περισσότερες από 195 χώρες παγκοσμίως έχουν συμπεριλάβει το εμβόλιο κατά του ιού HPV στο εθνικό πρόγραμμα ανοσοποίησης. Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) είναι η πιο κοινή σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη. Για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ενοχοποιούνται δύο τύποι του HPV υψηλού κινδύνου. Αναφέρονται οι τύποι 16 και 18, οι οποίοι μαζί ευθύνονται για περίπου το 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε όλες τις χώρες του κόσμου. Για αυτό έχουν αναπτυχθεί δύο εμβόλια που προλαμβάνουν τις λοιμώξεις από υψηλού κινδύνου HPV. Και οι δύο τύποι εμβολίων παρουσιάζουν εξαιρετικά επίπεδα ασφαλείας και μπορεί να συγχωρηγηθούν με ασφάλεια με άλλα εμβόλια, όπως αυτά για τη διφθερίτιδα, τον τέτανο και τον κοκκύτη και την ηπατίτιδα Β. Το τετρασθενές εμβόλιο αποτρέπει επίσης μολύνσεις από HPV των τύπων 6 και 11, οι οποίοι προκαλούν το 90% των αναγεννητικών κονδυλωμάτων (Rajkumar, 2017).

Ο εμβολιασμός των εφήβων θηλέων πριν από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας αποτελεί σημαντική πρωτογενής παρέμβαση πρόληψης και βασίζεται σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρόληψης και ελέγχου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ο εμβολιασμός συνίσταται στην ηλικιακή ομάδα των 9-13 ετών. Τα κορίτσια που λαμβάνουν την πρώτη δόση του εμβολίου HPV πριν από την ηλικία των 15 ετών μπορούν να ενταχθούν σε ένα πρόγραμμα δύο δόσεων. Το διάστημα μεταξύ των δύο δόσεων πρέπει να είναι έξι μήνες. Δεν υπάρχει μέγιστο διάστημα μεταξύ των δύο δόσεων. Ωστόσο, προτείνεται ένα διάστημα όχι μεγαλύτερο από 12-15 μήνες. Εάν το διάστημα μεταξύ των δόσεων είναι μικρότερο από πέντε μήνες, τότε πρέπει να δοθεί μια τρίτη δόση τουλάχιστον έξι μήνες μετά την πρώτη δόση. Τα ανοσοκατεσταλμένα άτομα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που νοσούν από HIV και οι γυναίκες ηλικίας 15 ετών και άνω πρέπει επίσης να λάβουν το εμβόλιο και χρειάζονται τρεις δόσεις (σε πρόγραμμα 0, 1-2 και 6 μηνών) για να προστατευθούν πλήρως (Πεκτασίδης, 2015).

Τα εμβόλια δεν αντιμετωπίζουν προϋπάρχουσα λοίμωξη από HPV ή ασθένεια που σχετίζεται με τον HPV, για το λόγο αυτό συνιστάται ο εμβολιασμός πριν από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Επειδή τα εμβόλια δεν προστατεύουν από όλους τους τύπους HPV που μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, οι έφηβες που

εμβολιάζονται κατά του HPV, θα εξακολουθούν να υποβάλλονται σε έλεγχο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αργότερα στη ζωή τους (Πεκτασίδης, 2015).

Ο εμβολιασμός HPV πρέπει να εισαχθεί ως μέρος μιας συντονισμένης ολοκληρωμένης στρατηγικής για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και άλλων ασθενειών που σχετίζονται με τον HPV. Η εισαγωγή του εμβολιασμού HPV δεν θα πρέπει να υπονομεύει ή να εκτρέπει τα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Πεκτασίδης, 2015).

Η τεχνολογία ανασυνδυασμένου δεοξυριβονουκλεϊκού οξέος (DNA) χρησιμοποιείται για την παραγωγή εμβολίων κατά του HPV και για τα τρία εμβόλια που βρίσκονται σε χρήση. Το 2006, εγκρίθηκε το Gardasil®, ένα εμβόλιο κατά τεσσάρων τύπων HPV, για γυναίκες ηλικίας 9–13 ετών πριν από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας και για γυναίκες ηλικίας 14–26 ετών, ακόμη και αν έχουν ήδη σεξουαλική δραστηριότητα, με ιστορικό ανωμαλιών του τραχήλου της μήτρας ή προηγούμενη έκθεση στον HPV. Το εμβόλιο δεν συνιστάται για εγκυμονούσες γυναίκες ή γυναίκες ηλικίας κάτω των 9 ετών. Για γυναίκες άνω των 26 ετών, η ανοσοποίηση θα μπορούσε να είναι εξετάζεται σύμφωνα με μεμονωμένες περιστάσεις. Ένα άλλο εμβόλιο HPV, το Cervarix™, έγινε διαθέσιμο τον Μάιο του 2007 (Rajkumar, 2017).

Τα Gardasil® και Cervarix™ είναι προφυλακτικά εμβόλια για την πρωτογενή πρόληψη των τύπων HPV 16 και 18 (εμπλέκεται στο 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας). Επιπλέον, το Gardasil® προστατεύει από τους τύπους HPV 6 και 11 (εμπλέκονται στο κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων, τα οποία είναι μη θανατηφόρα αλλά επώδυνα και δύσκολο να αντιμετωπιστούν). Τα εμβόλια παράγουν σχετικά ισχυρή ανοσοαπόκριση έναντι στοχευμένων τύπων HPV σε γυναίκες ηλικίας 15-25 ετών. Από το 2017 κυκλοφορεί του Gardasil-9 (9-σθένες εμβόλιο κατά των HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 και 58) (Rajkumar, 2017).

Πίνακας 2. Συστάσεις της ΠΟΥ για τον έλεγχο και την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Πηγή:WHO, 2019).		
	Πρωτογενής πρόληψη: εμβολιασμός	Δευτερογενής πρόληψη: διαλογή
Μέθοδοι	Ένταξη του εμβολίου HPV στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών: (i) Δισθενές (ii) Τετρασθενές	(i) τραχηλική κυτταρολογία (συμβατικό test Pap) (ii) Οπτική επιθεώρηση με οξικό οξύ (VIA) / οπτική επιθεώρηση με ιώδιο Lugol (VILI)

		(iii) Test HPV για τύπους HPV υψηλού κινδύνου (δηλαδή, τύποι 16, 18, 31, 33, 45 και 58)
Πληθυσμιακή Ομάδα στόχος	(i) Κορίτσια 9–14 ετών (ii) Κορίτσια άνω των 15 ετών	Γυναίκες 30–49 ετών
Συχνότητα	(i) 2 δόσεις (ii) 3 δόσεις	(i) Μία φορά στη διάρκεια ζωής (ii) Μία φορά σε 10 χρόνια (iii) Μία φορά σε 5 χρόνια (α) VIA / κυτταρολογία σε διάστημα 3 έως 5 ετών (β) Test HPV τουλάχιστον κάθε 5 χρόνια
Προγραμματισμός	Στρατηγική ενημέρωσης με βάση το σχολείο	(i) Οργανωμένο πρόγραμμα (ii) Μη οργανωμένες/ευκαιριακές/σποραδικές πρωτοβουλίες (iii) Διαγνωστική προσέγγιση και θεραπεία

10.2. Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας βασίζεται στην ανίχνευση και τη χειρουργική αφαίρεση των πρόδρομων καρκινικών αλλοιώσεων. Σκοπός αυτών των παρεμβάσεων είναι να διακόψουν την εξέλιξη της καρκινογένεσης στα αρχικά στάδια και αποτρέψουν ενεργά την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινικών τραχηλικών αλλοιώσεων μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου παραμένει πολύ σημαντική για την έγκαιρη διάγνωση και μείωση της θνησιμότητας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι ανεπτυγμένες χώρες, με καθιερωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, έχουν επιτύχει μια εντυπωσιακή μείωση της συχνότητας εμφάνισης και της θνησιμότητας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Βαβίλης & Μπόντης, 2017).

Το τεστ Παπανικολάου είναι μια προληπτική εξέταση ρουτίνας με σκοπό τη διάγνωση αλλοιώσεων στα κύτταρα του τραχήλου που ενδέχεται να εξελιχθούν σε καρκίνο, επιτρέποντας έτσι την έγκαιρη διάγνωση και κατά συνέπεια τη θεραπεία. Το τεστ Παπανικολάου είναι μια απλή, ανώδυνη, αναίμακτη, οικονομική και γρήγορη εξέταση, που ελέγχει μικροσκοπικά τυχόν κυτταρικές αλλοιώσεις των τραχηλικών κυττάρων (Ιατράκης, 2015).

Η αξιολόγηση των ευρημάτων του τεστ-Παπανικολάου βασίζεται στο σύστημα Bethesda. Με το σύστημα Bethesda τα κυτταρολογικά επιχρίσματα διαχωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες (Πεκτασίδης, 2015):

- A. Επιχρίσματα αρνητικά για ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση ή κακοήθεια. Σε αυτήν την κατηγορία περιλαμβάνονται τα φυσιολογικά επιχρίσματα, το ατροφικό επιθήλιο και οι φλεγμονώδεις αλλοιώσεις ανεξαρτήτου αιτίας.
- B. Επιχρίσματα με παρουσία επιθηλιακών κυττάρων με αλλοιώσεις ενδεικτικές ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης ή καρκινώματος. Αυτή η κατηγορία χωρίζεται σε τρεις υποομάδες για την καλύτερη περιγραφή των κυτταρολογικών χαρακτηριστικών (Πεκτασίδης, 2015):
 - a. Στα άτυπα πλακώδη κύτταρα (ASCUS-Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) απροσδιόριστης σημασίας και στα άτυπα πλακώδη κύτταρα (ASC-H-Atypical Squamous Cells-High) που δεν μπορεί να αποκλειστεί η ύπαρξη πιθανής υψηλόβαθμης αλλοίωσης.
 - b. Στη χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση πλακώδους επιθηλίου (LSIL-Low Grade Squamous Intraepithelial Lesions), όπου περιλαμβάνονται αλλοιώσεις από τον HPV, και ήπια δυσπλασία (ιστολογική ταξινόμηση αλλοιώσεων CIN1).
 - c. Στην υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση πλακώδους επιθηλίου (HSIL-High Grade Squamous Intraepithelial Lesions) (ιστολογικές αλλοιώσεις CIN2 και CIN3).

Πίνακας 3. Κατευθυντήριες οδηγίες για το τεστ Παπανικολάου και το HPV τεστ (Πηγή: WHO, 2017).
• Η ηλικία έναρξης του τεστ Παπανικολάου είναι το 21ο έτος. • Το τεστ Παπανικολάου, μέχρι την ηλικία των 29 ετών πρέπει να γίνεται κάθε τρία χρόνια. • Μέχρι αυτή την ηλικία δεν ενδείκνυται το HPV τεστ.
Οι γυναίκες ηλικίας 30 – 65 ετών θα πρέπει να ελέγχονται: • Κάθε 3 χρόνια με το τεστ Παπανικολάου ή • Κάθε 5 χρόνια αν ακολουθούν τον συνδυασμό του τεστ Παπανικολάου μαζί με DNA HPV τεστ.
Γυναίκες άνω των 65 ετών, σταματούν τον έλεγχο: • Μετά από 3 συνεχόμενα φυσιολογικά τεστ Παπανικολάου (10 ετίας), • Είτε μετά από 2 συνεχόμενα φυσιολογικά HPV τεστ (10ετίας),

• Είτε μετά από αρνητικό ιστορικό τραχηλικής ενδοπλασίας [(CIN)2+ ή LSIL] της τελευταίας 20 ετίας. Σε περίπτωση θετικού ιστορικού, συνεχίζουν τον έλεγχο για 20 χρόνια από το χρόνο της διάγνωσης.
Γυναίκες οποιασδήποτε ηλικίας με παθολογικό τεστ Παπανικολάου ή DNA HPV τεστ, ελέγχονται με κολποσκόπηση και προσδιορισμός του τύπου του HPV κάθε χρόνο.
Γυναίκες με υφολική υστερεκτομή, ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες, σύμφωνα με την ηλικία τους.
Γυναίκες που έχουν εμβολιαστεί για το HPV, συνεχίζουν τις κατευθυντήριες οδηγίες, σύμφωνα με την ηλικία τους.

Με τη βοήθεια της τεχνολογίας το Τεστ Παπανικολάου εξελίχθηκε σε μια πιο αυτοματοποιημένη διαδικασία, που ορίζεται από τον όρο κυτταρολογία υγρής φάσης. Στην τεχνική αυτή τα κύτταρα συλλέγονται από τον τράχηλο με ένα ειδικό βουρτσάκι (συσκευή cervex). Συλλέγονται, συγχρόνως, κύτταρα από το εξωτερικό μέρος του τραχήλου και τον ενδοτραχηλικό σωλήνα. Στη συνέχεια, το τελικό τμήμα της βούρτσας αποσπάται και τοποθετείται σε ένα φιαλίδιο με ειδικό υγρό. Όλο το υλικό αποστέλλεται στο εργαστήριο. Γίνεται επεξεργασία με ειδικό μηχάνημα και απομονώνονται τα κύτταρα από το υγρό και τις άλλες προσμίξεις (βλέννη, αίμα κ.λπ.). Μετά, πάλι με τη βοήθεια μηχανήματος, τα κύτταρα στρώνονται πάνω σε πλακίδιο σε μονή στιβάδα (αποφεύγεται έτσι η αλληλοεπικάλυψη των κυττάρων) και κατόπιν εξετάζονται. Η τεχνική αυτή, επειδή μεσολαβεί μια φάση διατήρησης των κυττάρων σε υγρό, λέγεται διεθνώς LBC (Liquid Based Cytology). Στην Ελλάδα έχει επικρατήσει ο όρος Κυτταρολογία Υγρής Φάσης (Μορτάκης, 2016).

11.Θεραπεία

Η διαχείριση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από το στάδιο, τη συμμετοχή των λεμφαδένων, τις συννοσηρότητες των ασθενών και τους παράγοντες κινδύνου για υποτροπή. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει χειρουργική εκτομή, ακτινοβολία, χημειοθεραπεία ή συνδυασμό των παραπάνω (Μορτάκης, 2016).

11.1.Τοπικές μέθοδοι θεραπείας

Η μικροδιηθητική νόσος (βάθος εισβολής <3mm χωρίς εισβολή του λεμφικού αγγειακού χώρου) μπορεί να αντιμετωπιστεί με απλή υστερεκτομή ή κωνοειδής εκτομή, εάν προτιμάται η διατήρηση της γονιμότητας. Για πιο εκτεταμένα διηθητικά καρκινώματα με εισβολή

τραχήλου της μήτρας κάτω των 5mm, μπορεί επίσης να δικαιολογηθεί χειρουργική αξιολόγηση των πυελικών κόμβων για τον αποκλεισμό της μεταστατικής νόσου. Η πενταετής επιβίωση για γυναίκες σε αυτό το στάδιο είναι εξαιρετική - της τάξης του 95% (Πεκτασίδης, 2015).

Στην κωνοειδή εκτομή με νυστέρι με ή με λέιζερ, η εκτομή του πάσχοντος ιστού έχει σχήμα κώνου. Η μέθοδος μπορεί να συνδυάζεται με τοποθέτηση ραφών στον τράχηλο με διάφορες τεχνικές και επίσης μπορεί να ποικίλλει η ποσότητα του αφαιρούμενου τραχηλικού ιστού (μινι-κωνοειδής). Αντίθετα, στην ηλεκτροχειρουργική εκτομή με βρόχο (ή LEEP ή LLETZ) χρησιμοποιείται αγκύλη διαθερμίας, τροφοδοτούμενη με ρεύμα σχεδιασμένο να επιτυγχάνει τομή και πήξη ταυτοχρόνως, προς αφαίρεση της ζώνης μετάπτωσης (Ιατράκης, 2013).

11.2.Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου είναι επίσης μια επιλογή για γυναίκες με νόσο σταδίου IB ή IIA με διάμετρο μικρότερη από 4cm. Αυτή συνήθως λαμβάνει τη μορφή της ριζικής υστερεκτομής με αμφοτερόπλευρη λεμφαδενεκτομή της πυέλου (Βαβίλης & Μπόντης, 2017).

Η ριζική υστερεκτομή και η πυελική λεμφαδενεκτομή είναι το πρότυπο χειρουργικής θεραπείας που προσφέρεται στα προχωρημένα στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η διαδικασία περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας, του τράχηλου, των παρατραχηλικών και παραμητρικών ιστών και μέρος του άνω κόλπου. Η ριζική υστερεκτομή μπορεί επίσης να πραγματοποιηθεί λαπαροσκοπικά (Μορτάκης, 2016).

Η ριζική τραχηλεκτομή μπορεί να πραγματοποιηθεί κοιλιακά ή κοιλικά. Οι επιπλοκές είναι ασυνήθιστες, αν και οι γυναίκες που μπορούν να συλλάβουν μετά από χειρουργική επέμβαση είναι ευαίσθητες στον πρόωρο τοκετό και στην αποβολή. Συνιστάται αναμονή τουλάχιστον ενός έτους πριν την προσπάθεια εγκυμοσύνης. Επίσης συνιστάται στις γυναίκες να υποβάλλονται σε δοκιμασίες ελέγχου και παρακολούθησης, συμπεριλαμβανομένης της κολποσκόπησης, για παρακολούθηση τυχόν υποτροπής (Ιατράκης, 2013).

11.3.Συντηρητική θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ποικίλλει ανάλογα το στάδιο της νόσου και την ανάγκη διατήρησης της γονιμότητας σε άτεκνες γυναίκες. Στα αρχικά στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας παρέχονται θεραπευτικές επιλογές, που επιτρέπουν τη διατήρηση της γονιμότητας. Επειδή ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι

ραδιοευαίσθητος, η ακτινοβολία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλα τα στάδια όπου δεν υπάρχουν χειρουργικές επιλογές. Επιπλέον, η χημειοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, και έχει αποδειχθεί πιο αποτελεσματική όταν συνδυάζεται με την ακτινοθεραπεία. Συνολικά ο συνδυασμός χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας φαίνεται ότι αυξάνει τη συνολική επιβίωση και να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου (Ιατράκης, 2013).

11.3.1.Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία πλεονεκτεί στο ότι μπορεί να εφαρμοσθεί σε όλα τα στάδια της νόσου αλλά υστερεί στη μη διατήρηση της ωοθηκικής λειτουργίας. Στο στάδιο I, η πενταετής επιβίωση δεν διαφέρει ουσιαστικά συγκρίνοντας τη χειρουργική επέμβαση με την ακτινοθεραπεία ή τον συνδυασμό τους (αν και ο συνδυασμός έχει αυξημένη νοσηρότητα). Η ακτινοθεραπεία γίνεται συνήθως σε δύο φάσεις. Στη διάρκεια της πρώτης φάσης, ολόκληρη η πύελος δέχεται εξωτερική ακτινοβολία για να ελαττωθεί το μέγεθος του όγκου, να ελεγχθεί η διασπορά της νόσου μέσα στην πύελο και να αποστειρωθούν οι περιοχικοί λεμφαδένες. Σε αυτή τη φάση χορηγούνται συνήθως 4.500-5.000 cGy. Στη διάρκεια της δεύτερης φάσης, γίνεται βραχυθεραπεία που περιλαμβάνει την εισαγωγή καθετήρα διά μέσου του τραχήλου προς την ενδομητρική κοιλότητα. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να γίνει με την τοποθέτηση ραδιενεργών πηγών (συνήθως καίσιο ή ιρίδιο) μέσα στον αυλό του καθετήρα. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να χορηγηθούν στο κέντρο του όγκου δόσεις πάνω από 10.000 cGy. Η ενδοκοιλιακή ακτινοβολία σκοπεύει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου στον τράχηλο και τους γύρω ιστούς (Ιατράκης, 2013).

11.3.2.Στοχευμένες θεραπείες

Η στοχευμένη θεραπεία είναι ένας τύπος θεραπείας που χρησιμοποιεί φάρμακα ή άλλες ουσίες για τον εντοπισμό και την επίθεση συγκεκριμένων καρκινικών κυττάρων χωρίς να βλάπτει τα φυσιολογικά κύτταρα. Η θεραπεία με μονοκλωνικά αντισώματα είναι ένας τύπος στοχευμένης θεραπείας που χρησιμοποιεί αντισώματα που παράγονται στο εργαστήριο. Αυτά τα αντισώματα μπορούν να αναγνωρίσουν ουσίες σε καρκινικά κύτταρα ή φυσιολογικές ουσίες που μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων. Τα αντισώματα προσκολλώνται στις ουσίες και σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα, εμποδίζουν την ανάπτυξή τους ή εμποδίζουν την εξάπλωσή τους. Το Bevacizumab είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα που συνδέεται με μια πρωτεΐνη που ονομάζεται αγγειακός ενδοθηλιακός αυξητικός παράγοντας (VEGF) και μπορεί να αποτρέψει την ανάπτυξη νέων αιμοφόρων αγγείων που πρέπει να

αναπτυχθούν όγκοι. Το Bevacizumab χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που έχει μετασταθεί (εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος) και του υποτροπιάζοντος καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Bickerstaff et al., 2020).

11.3.3.Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που παρουσιάζει μεταστάσεις και σε περιπτώσεις με εξωπυελικές επιπλοκές της νόσου. Επιπλέον, η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία για την μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος της ακτινοθεραπείας σε πιο πρώιμα στάδια. Η σισπλατίνη αποτελεί την πρώτη επιλογή στη χημειοθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η καρβοπλατίνη έχει αποδειχθεί ότι παρέχει μια κατάλληλη εναλλακτική λύση έναντι της σισπλατίνης σε ασθενείς που δεν είναι υποψήφιοι για έγχυση σισπλατίνης (Βαβίλης & Μπόντης, 2017).

11.4. Επιπλοκές του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Οι επιπλοκές του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μπορεί να εμφανιστούν ως παρενέργεια της θεραπείας ή ως αποτέλεσμα του προχωρημένου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Magowan et al., 2012).

Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της θεραπείας με πυελική ακτινοβολία, επηρεάζονται συχνά οι γύρω φυσιολογικοί ιστοί (π.χ. έντερο, ουροδόχος κύστη και περινεϊκό δέρμα). Αυτό μπορεί να συνδέεται με ανεπιθύμητες ενέργειες του γαστρεντερικού, που περιλαμβάνουν διάρροια, κοιλιακές κράμπες και αιμορραγία. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί κυστουρηθρίτιδα, οδηγώντας σε δυσουρία, συχνουρία και νυκτουρία. Οι απώτερες συνέπειες της ακτινοθεραπείας εμφανίζονται συνήθως 1-4 χρόνια μετά τη θεραπεία. Τα κύρια επακόλουθα περιλαμβάνουν στένωση του ορθού ή του κόλπου, απόφραξη του λεπτού εντέρου, δυσαπορρόφηση, ακτινική εντερίτιδα και χρόνια κυστίτιδα (Magowan et al., 2012).

Σε περίπτωση ριζικής υστερεκτομής περιγράφονται μια σειρά από επιπλοκές, όπως στένωση του κόλπου, ουρητηροκολπικό συρίγγιο, αιμορραγία, λοίμωξη της περιοχής, απόφραξη του εντέρου, στένωση και ίνωση του εντέρου και ορθοκολπικά συρίγγια. Σε περίπτωση λεμφαδενικού καθαρισμού στην περιοχή της πυέλου, μπορεί να διαταραχθεί η φυσιολογική λειτουργία του λεμφικού συστήματος. Αυτό μπορεί να εκδηλωθεί με συσσώρευση της λέμφου (λεμφοίδημα), που κλινικά εκδηλώνεται με οίδημα συνήθως στα κάτω άκρα (Bickerstaff et al., 2020).

Β' ΜΕΡΟΣ

1. Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς

Το ιστορικό υγείας αποτελεί το πρώτο βήμα για κάθε γυναίκα που προσέρχεται με οξύ ή χρόνια πρόβλημα υγείας, το οποίο χρήζει εισαγωγή στο νοσοκομείο για περαιτέρω έλεγχο ή και για προγραμματισμό χειρουργικής επέμβασης. Αυτό το ιστορικό περιλαμβάνει τα δημογραφικά στοιχεία της ασθενούς και επιπλέον το γυναικολογικό και το μαιευτικό ιστορικό, την πορεία της παρούσας νόσου, το οικογενειακό κληρονομικό ιστορικό, την προηγούμενη κατάσταση υγείας της γυναίκας, το προσωπικό και κοινωνικό ιστορικό, το ατομικό ιστορικό και την αντικειμενική εξέταση (DeWit, 2013).

Πίνακας 4. Ιστορικό υγείας της γυναίκας (Πηγή: Lowdermilk & Shannon, 2013).	
Το οικογενειακό-κληρονομικό ιστορικό	Αφορά στην κατάσταση υγείας του πατέρα, της μητέρας των αδελφών, του συζύγου, των παιδιών και των συγγενών της γυναίκας, με έμφαση σε κληρονομικές ασθένειες, όπως καρδιακές παθήσεις, σακχαρώδης διαβήτης, καρκίνος κ.λ.π.
Η προηγούμενη κατάσταση υγείας της γυναίκας	Αφορά τα παιδικά νοσήματα που έχει περάσει, τις εγχειρήσεις-επεμβάσεις, τα τραύματα και τις κακώσεις, τα φάρμακα που έχει λάβει ή συνεχίζει να λαμβάνει, τις πιθανές αλλεργίες.
Το προσωπικό και κοινωνικό ιστορικό	Αφορά τη θρησκεία, την εκπαίδευση, την απασχόληση, την οικογενειακή ζωή, τη διατροφή, τη χρήση οινόπνευματων, το κάπνισμα, τη χρήση ουσιών και την έκθεση σε επιβλαβείς περιβαλλοντικούς παράγοντες.
Το ατομικό ιστορικό	Περιλαμβάνει πληροφορίες κατά συστήματα (δέρμα, αισθητήρια όργανα, αναπνευστικό σύστημα, καρδιαγγειακό σύστημα, πεπτικό σύστημα, ουροποιητικό και γεννητικό σύστημα, νευρικό και κατάσταση της ψυχικής υγείας).
Το ιστορικό παρούσας νόσου	Εξετάζονται στοιχεία σχετικά με την έναρξη του προβλήματος, την εντόπιση, την ποιότητα ή χαρακτήρα, το χρόνο (έναρξη, διάρκεια, συχνότητα), τις συνθήκες και του παράγοντες που συντελούν στην επιδείνωση ή στην ανακούφιση.

Το μαιευτικό ιστορικό	Εξετάζονται στοιχεία σχετικά με την τεκνοποίηση, τις εγκυμοσύνες και τους τοκετούς.
Το γυναικολογικό ιστορικό	Διερευνάται το εμμηνορρυσιακό ιστορικό (ηλικία εμμηναρχής, διάρκεια και ροή έμμηνου ρύσης, τελευταία εμμηνορρυσία, δυσμηνόρροια, μεσοκυκλική αιμορραγία, ηλικία εμμηνόπαυσης ή σημεία εμμηνόπαυσης), Δίνεται έμφαση σε στοιχεία σχετικά με την κολπική αιμόρροια που δεν σχετίζεται με την εμμηνορρυσία, τις κολπικές εκκρίσεις, τον πόνο κατά τη συνουσία (δυσπαρευνία), το αίσθημα βάρους (κυστεοκήλη, ορθοκήλη, πρόπτωση μήτρας) ή ακόμα τον οξύ ή χρόνιο πυελικό (ή κοιλιακό) πόνο. Διερευνώνται τα αποτελέσματα και ο χρόνος του προσυμπτωματικού ελέγχου και ειδικότερα το τεστ Παπανικολάου και η μαστογραφία. Διερευνάται η σεξουαλική υγεία και σεξουαλική δραστηριότητα, η λήψη αντισυλληπτικών και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

2.Ο ρόλος του νοσηλεύτη στο διαγνωστικό έλεγχο

Μετά την ολοκλήρωση του ιστορικού, των προκαταρκτικών εξετάσεων και της φυσικής εξέτασης, παραγγέλλονται σχεδόν πάντα περαιτέρω διαγνωστικές διαδικασίες. Πολλές από αυτές τις διαδικασίες απαιτούν τη γραπτή συγκατάθεση της ασθενούς. Ένα βασικό στοιχείο, που πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπ' όψιν είναι η ενημέρωση της ασθενούς: Ειδικότερα η ασθενής πρέπει να γνωρίζει (DeWit, 2013):

- Για ποιο λόγο η ασθενής χρειάζεται να υποβληθεί σε αυτή την εξέταση και ποιος ο ρόλος της στη διαγνωστική διαδικασία.
- Τι περιλαμβάνει η εξέταση, ποια είναι η προετοιμασία και ποια είναι τα βήματα που ακολουθούνται.
- Ποιες είναι οι πιθανές επιπλοκές.
- Αν υπάρχουν άλλες εναλλακτικές λύσεις και ποιες είναι.

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις προκαλούν άγχος και αναστάτωση, αφού η διαγνωστική εξέταση συνδέεται με το φόβο της διάγνωσης του καρκίνου. Ο νοσηλεύτης οφείλει να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχό της, σε αυτή τη αγχώδη κατάσταση και ταυτόχρονα προσπαθεί την ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς και τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Ο νοσηλεύτης οφείλει να εξηγήσει στην ασθενή τη διαδικασία, να την

ενθαρρύνει και να την υποστηρίξει. Πριν από την προετοιμασία της ασθενούς, πρέπει να εκτιμηθεί η κατάσταση της ασθενούς. Η εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής (Lemone & Burke, 2014):

- Ποια είναι η φυσική κατάσταση της υγείας της ασθενούς; Σημειώνεται η παρουσία αφυδάτωσης, πόνου, κινητικότητας, δυσφορίας, επιπέδου συνεργασίας;
- Είναι η ασθενής αλλεργική σε κάποιο από τα φάρμακα που πρέπει να χορηγηθούν κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής εξέτασης;
- Αν η κατάσταση της ασθενούς είναι ασταθής, αλλά η εξέταση είναι απαραίτητη, οφείλει η νοσηλεύτρια να συνοδεύει την ασθενή. Με ποια μέσα είναι δυνατή η εξασφάλιση της άνεσης και της ασφάλειας της ασθενούς;
- Πρέπει η ασθενής να λάβει κάποια αγωγή πριν από την εξέταση, για να αισθάνεται πιο άνετα;

Τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων εκτιμώνται από τους γιατρούς και συνήθως από ομάδα ογκολόγων. Οι διαγνωστικές εξετάσεις πραγματοποιούνται για τη διαπίστωση της παρουσίας μάζας ή της συγκεκριμενοποίησης του τύπου του όγκου ή της εντόπισης των ορίων ανώμαλης μάζας (DeWit, 2013).

Η κολποσκόπηση συνιστά βασική εξέταση στον διαγνωστικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Με την κολποσκόπηση αναγνωρίζονται οι ύποπτες περιοχές και λαμβάνεται βιοψία για τον ιστολογικό έλεγχο. Ο ιστολογικός έλεγχος καθορίζει τελικά το βαθμό σοβαρότητας της βλάβης και η ακρίβεια της διάγνωσης εξαρτάται από την ικανότητα της ορθής αξιολόγησης των κολποσκοπικών ευρημάτων και εκτέλεσης μιας κολποσκοπικά κατευθυνόμενης βιοψίας (Διακομανώλης, 2010).

Η ασθενής τοποθετείται σε ειδικό εξεταστικό τραπέζι σε θέση γυναικολογικής εξέτασης. Μετά τη μακροσκοπική επισκόπηση του αιδοίου επιλέγεται ο κατάλληλος κολποδιαστολέας, ανάλογα με τα ανατομικά χαρακτηριστικά του κόλπου. Χρησιμοποιείται διάλυμα οξικού οξέος 3% ή 5%, με το οποίο επαλείφεται ή ψεκάζεται ο τράχηλος. Η επάλειψη του τραχήλου με το διάλυμα οξικού οξέος αναδεικνύει λευκές περιοχές που αντιστοιχούν συνήθως στις παθολογικές περιοχές του τραχηλικού επιθηλίου. Το διάλυμα οξικού οξέος μπορεί να προκαλέσει αίσθημα καύσου, ιδιαίτερα εάν το διάλυμα είναι πυκνότερο του 5%, ή όταν η ασθενής έχει κολπική λοίμωξη. Μια άλλη μεθοδολογία που χρησιμοποιείται στην κολποσκόπηση είναι η εφαρμογή διαλύματος Lugol (υδατικό διάλυμα ιωδίου σε αναλογία ¼ ιώδιο προς ¾ νερό). Το διάλυμα Lugol χρωματίζει το φυσιολογικό πλακώδες επιθήλιο σκούρο

καφέ, λόγω της ύπαρξης γλυκογόνου στα κύτταρα. Η αδυναμία χρώσης του επιθηλίου υποδηλώνει απουσία γλυκογόνου, χωρίς αυτό να αποτελεί απαραίτητα ένδειξη επιθηλιακής βλάβης (Διακομανώλης, 2010).

Μετά την εξέταση ο νοσηλευτής παρακολουθεί την ασθενή, ώστε να εξασφαλισθεί ότι τα ζωτικά σημεία είναι σταθερά. Συνιστά στην ασθενή να αποφύγει οποιαδήποτε κοπιαστική δραστηριότητα για την υπόλοιπη ημέρα. Ενημερώνει την ασθενή ότι η πιθανή εμφάνιση αίματος από τον κόλπο δεν πρέπει να την ανησυχεί και αναμένεται αυτό το συμβάν για 24 ως 48 ώρες μετά τη διαδικασία. Τέλος συνιστά στη γυναίκα να αποφύγει τη σεξουαλική επαφή για 48 ώρες μετά την εξέταση (Lemone & Burke, 2014).

3.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη

3.1.Πρωτογενής πρόληψη

Το πρώτο βήμα για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η προώθηση της ενημέρωσης των γονέων σχετικά με το εμβόλιο HPV. Η εκπαίδευση των γονέων, ιδιαίτερα σε περιοχές με χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου έχει αποδειχθεί πρόκληση για τους επαγγελματίες στο τομέα της υγείας. Σε αυτούς τους πληθυσμούς οι αποφάσεις των γονέων καθορίζουν τη απόφαση του εμβολιασμού κατά του HPV. Σε αυτή την προσέγγιση είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπ' όψιν η ποικιλία των λόγων που υπαγορεύουν τις απόψεις των γονέων για αρνητική στάση στον εμβολιασμό, όπως το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και ο βαθμός πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Thomas, 2016).

Σε ένα άλλο επίπεδο, οι σχολικοί νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην επιτυχία της εφαρμογής προγραμμάτων εμβολιασμού. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να έχουν επαρκή γνώση σχετικά με τον HPV για να διασφαλίσουν ότι αισθάνονται άνετα με όλες τις διαδικασίες που σχετίζονται με τους εμβολιασμούς. Για το λόγο αυτό απαιτείται οι σχολικοί νοσηλευτές να έχουν επαρκείς γνώσεις και κατάλληλη συνεχιζόμενη εκπαίδευση σχετικά με τον HPV. Οι σχολικοί νοσηλευτές έχουν μια μοναδική θέση στην ενημέρωση των γονέων και στην αντιμετώπιση των ερωτήσεων και των ανησυχιών τους σχετικά με τον εμβολιασμό με HPV. Οι επικοινωνιακές δεξιότητές τους σχετικά με τον εμβολιασμό με HPV είναι απαραίτητες για την προώθηση της γονικής αποδοχής. Αυτό βασίζεται στη θέση ότι οι γονείς έχουν ανάγκη να συζητήσουν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου. Το προφίλ ασφάλειας του εμβολίου HPV είναι καλά εδραιωμένο και δεν έχουν βρεθεί σοβαρές

ανεπιθύμητες ενέργειες. Επομένως, εάν αυτές οι πληροφορίες επισημαίνονται ξεκάθαρα, στις πληροφορίες που παρέχονται στους γονείς, ορισμένες από τις ανησυχίες τους μπορεί να μετριαστούν (Grandahl et al., 2014).

Οι οδηγίες για το 2020 σύμφωνα με την American Cancer Society και την American College of Obstetricians and Gynecologists παραθέτουν τα εξής:

- Συστήνεται ο εμβολιασμός έναντι του HPV να γίνεται σε αγόρια και κορίτσια ηλικίας από 9 ετών και άνω, ως μέρος του προγράμματος εμβολιασμού, με σκοπό τη μείωση της επίπτωσης των καρκίνων του γεννητικού συστήματος.
- Επίσης αναφέρεται ότι ο εμβολιασμός μπορεί να γίνεται μέχρι την ηλικία των 45 ετών. Ωστόσο σημειώνεται ότι μεγαλύτερη ανοσιακή απάντηση εμφανίζεται στις μικρότερες ηλικίες.
- Ο εμβολιασμός συστήνεται ανεξαρτήτως της έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας ή της έκθεσης στους HPV. Αν και το εμβόλιο μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματικό σε άτομα που έχουν ήδη ξεκινήσει της σεξουαλική δραστηριότητα, θεωρείται ότι θα έχουν κάποια προστασία καθώς είναι απίθανο να έχουν εκτεθεί σε όλους τους HPV υπότυπους.
- Ο εμβολιασμός συστήνεται ακόμη και αν τα άτομα έχουν θετικό HPV DNA test. Η διενέργεια HPV DNA test δεν είναι απαραίτητη πριν τον εμβολιασμό σε καμία ηλικιακή ομάδα.
- Το 4-δύναμο και το 9-δύναμο έχουν παρόμοιο προφίλ ασφαλείας. Το 9-δύναμο έχει υψηλότερο ποσοστό ερυθήματος και οιδήματος στην περιοχή όπου γίνεται η έγχυση. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερωθούν για την πιθανή δυσφορία ή λιποθυμική τάση μετά τον εμβολιασμό. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν τις ασθενείς ότι μπορεί να προκύψει μια ήπια τοπική δυσφορία μετά τον εμβολιασμό. Οι έφηβοι θα πρέπει να παρακολουθούνται για 15 λεπτά μετά τον εμβολιασμό, γιατί έχουν υψηλότερο κίνδυνο λιποθυμικού επεισοδίου. Τέλος κάθε αλλεργική αντίδραση σε κάποιο από τα έκδοχα του εμβολίου ή σε προηγούμενη δόση αυτού θα πρέπει να αναφερθεί και να αποκλειστεί ο εμβολιασμός.
- Αν και ο εμβολιασμός κατά την κύηση δε συστήνεται, δεν απαιτείται ούτε τεστ κυήσεως πριν τη διενέργεια. Αν κατά τη διάρκεια της περιόδου του εμβολιασμού προκύψει κύηση, τότε το πρόγραμμα του εμβολιασμού ολοκληρώνεται μετά τον τοκετό. Το HPV εμβόλιο μπορεί να ολοκληρωθεί κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

3.2.Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει τον έλεγχο ασυμπτωματικών ασθενών ή τη διεξαγωγή διαγνωστικών εξετάσεων σε συμπτωματικά ή θετικά για προκαρκινικές αλλοιώσεις άτομα. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι για τον έλεγχο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Αναφέρονται μια σειρά από διαγνωστικές μεθόδους, που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της προκαρκινικής νόσου: (1) η κυτταρολογία του τραχήλου της μήτρας - συμβατική και υγρή (test – Pap), (2) η κολποσκόπηση με τη χρήση διαφόρων τεχνικών (οπτική επιθεώρηση με χρήση 3% -5% οξικού οξέος, οπτική επιθεώρηση με χρήση ιωδίου Lugol), (3) η δοκιμασία για HPV DNA, (4) η φασματοσκοπία και (5) η τραχηλογραφία και η μικρο-κολπο-υστεροσκόπηση για περαιτέρω αξιολόγηση των μη φυσιολογικών αποτελεσμάτων (Nettina, 2019).

Η κυτταρολογία του τραχήλου της μήτρας (test – Pap) είναι η παγκοσμίως προτιμώμενη μέθοδος διαλογής και έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έως και 80%. Ο κυτταρολογικός έλεγχος του τραχηλικού επιχρίσματος στηρίζεται στην απόπτωση των τραχηλικών κύτταρων. Αυτά τα κύτταρα εξετάζονται με ειδικές διαδικασίες και ταξινομούνται σε φυσιολογικά, προκαρκινικά και καρκινικά. Ο κυτταρολογικός έλεγχος του τραχηλικού επιχρίσματος, γνωστή ως τεστ (εξέταση ή δοκιμασία) Παπανικολάου, μπορεί να οδηγήσει σε συμπεράσματα για προκαρκινικές και καρκινικές καταστάσεις του τραχήλου της μήτρας. Το τεστ δεν βάζει οριστική διάγνωση, αλλά αποκαλύπτει τις γυναίκες που χρειάζονται περαιτέρω έλεγχο με άλλες διαγνωστικές μεθόδους (Ιατράκης και συν, 2017).

Οι νοσηλεύτες διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, οι νοσηλεύτες σε πολλές χώρες εκπαιδεύονται σε προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου και διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στον έλεγχο της δημόσιας υγείας και στα εκπαιδευτικά προγράμματα, συνεργαζόμενοι με άλλους επαγγελματίες υγείας. Ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει την κάλυψη των αναγκών ενημέρωσης των γυναικών, την ενθάρρυνση των γυναικών να συμμετάσχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο, την πραγματοποίηση τεστ Παπανικολάου, τη συλλογή και αξιολόγηση των δεδομένων και την καθοδήγηση των γυναικών σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για έγκαιρη διάγνωση ή / και πρόληψη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με βάση τη διάγνωσή τους (Pillitteri, 2014).

Πριν τη διαδικασία ο νοσηλευτής (Ιατράκης και συν, 2017):

- Βεβαιώνεται ότι η γυναίκα δεν έχει κάνει κολπικές πλύσεις, δεν έχει χρησιμοποιήσει κολπικά φάρμακα και δεν είχε σεξουαλική επαφή τουλάχιστον 24 έως 48 ώρες πριν από τη διαδικασία. Αν η γυναίκα έχει έμμηνη ρύση προγραμματίζεται μελλοντικά η εξέταση. Καλύτερος χρόνος για τη δοκιμασία θεωρείται το μέσον του έμμηνου κύκλου.

- Εξασφαλίζει τη συγκατάθεση της ασθενούς. Η διαδικασία και η σκοπιμότητα της δοκιμασίας πρέπει να εξηγηθούν λεπτομερώς, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις απαιτείται η συγκατάθεση μετά από ενημέρωση της ασθενούς.

- Λαμβάνει το ιστορικό υγείας της ασθενούς. Σε αυτά περιλαμβάνονται το ιστορικό εγκυμοσύνης και τεκνοποίησης, η ημερομηνία της τελευταίας εμμηνορροϊκής περιόδου, η χρήση αντισυλληπτικών, το ιστορικό κολπικής αιμορραγίας, το ιστορικό προηγούμενων δοκιμασιών Παπανικολάου και το ιστορικό ακτινοβολίας ή χημειοθεραπείας.

- Ενημερώνει την ασθενή ότι η διαδικασία είναι σχεδόν επώδυνη. Η δοκιμασία απαιτεί ότι το δείγμα λαμβάνεται από τον τράχηλο με ειδικό εξάρτημα, με την ελάχιστη ενόχληση και χωρίς πόνο.

Μετά τη διαδικασία ο νοσηλεύτης (Ιατράκης και συν, 2017):

- Καθαρίζει την περινεϊκή περιοχή. Οι εκκρίσεις ή το υπερβολικό λιπαντικό από τον κόλπο αφαιρούνται και καθαρίζονται. Τοποθετείται σερβιέτα. Ενημερώνει την ασθενή ότι κηλίδες αίματος μπορεί να εμφανιστούν μετά την εξέταση.

- Παρέχει πληροφορίες για τον επόμενο έλεγχο. Συνίσταται ο έλεγχος κάθε τρία χρόνια για γυναίκες ηλικίας 21 έως 29 ετών και η συνεκτίμηση για τον κίνδυνο HPV και κάθε πέντε χρόνια για γυναίκες ηλικίας 30 έως 65 ετών.

- Ενημερώνει την ασθενή για παράγοντες που πρέπει να αποφύγει μετά την εξέταση. Η ασθενής ενημερώνεται για την αποφυγή της σεξουαλικής επαφής για τις επόμενες 24 ώρες, τη χρήση ταμπόν ή η εφαρμογή κολπικών κρεμών ή λοσιόν, που μπορεί να μεταβάλλουν το φυσιολογικό κολπικό pH.

- Ανταποκρίνεται σε τυχόν ερωτήσεις ή φόβους της ασθενούς ή της οικογένειας. Ενημερώνει για τις επιπτώσεις των μη φυσιολογικών αποτελεσμάτων των εξετάσεων και τις πιθανές παρεμβάσεις που ίσως χρειαστούν.

3.3.Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη επιδιώκει να περιορίσει την αναπηρία και να προωθήσει την αποκατάσταση της γυναίκας που έχει ήδη διαγνωσθεί με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι βασικές προτεραιότητες σε αυτή την ομάδα του πληθυσμού περιλαμβάνουν (Itano, 2016):

- Τη μελέτη της υγείας των ασθενών με καρκίνο μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία (συνολική κατάσταση της υγείας, επικράτηση συννοσηρότητας, ανάγκη φροντίδας κ.λπ.) και ο αντίκτυπος της αλλαγής συμπεριφοράς στην κατάσταση της υγείας.
- Την καλύτερη κατανόηση των αναμενόμενων οφελών από διαφορετικές στρατηγικές πρόληψης που εφαρμόζονται σε ασθενείς.
- Την καταγραφή του επιπολασμού των παραγόντων κινδύνου και το βαθμό έκθεσης σε αυτούς τους παράγοντες πριν και μετά τη διάγνωση, καθώς και παράγοντες που καθορίζουν τις αλλαγές στις επικίνδυνες συμπεριφορές.
- Την παρακολούθηση των φραγμών που αναπτύχθηκαν από τους ασθενείς ή από τους επαγγελματίες υγείας στην εφαρμογή της στρατηγικής πρόληψης ως μέρος της θεραπείας μετά από διάγνωση καρκίνου.
- Παρεμβάσεις που βοηθούν στην εξάλειψη των εμποδίων στην αλλαγή συμπεριφοράς, που αναπτύσσουν ασθενείς ή στην εφαρμογή μηχανισμών θετικής αλλαγής συμπεριφοράς.

4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

4.1.Προεγχειρητική φροντίδα

Η ασθενής προετοιμάζεται ψυχολογικά και σωματικά για τη χειρουργική επέμβαση κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου. Οι παρεμβάσεις στοχεύουν στη φυσική και ψυχολογική προετοιμασία της ασθενούς και στην παροχή πληροφοριών για την εμπειρία της χειρουργικής επέμβασης. Ο προγραμματισμός για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων ξεκινά με την αξιολόγηση της ασθενούς. Η ασθενής και η οικογένεια περιλαμβάνονται αποτελούν το επίκεντρο της προεγχειρητικής ετοιμασίας (Nettina, 2019).

Πριν από τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής προχωρά στην εκτίμηση του χειρουργικού ασθενή, με τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού και την φυσική εξέταση της ασθενούς. Οι πληροφορίες αυτές χρησιμοποιούνται προκειμένου να εκτιμηθεί η αρχική κατάσταση της ασθενούς πριν το χειρουργείο, να

αναγνωρισθούν οι σωματικές ανάγκες του, να προσδιορισθούν οι απαιτήσεις όσον αφορά την εκπαίδευση και την ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου και της οικογένειας του και να ιεραρχηθούν οι προτεραιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας (Lemone & Burke, 2014).

4.1.1.Πληροφόρηση και ψυχολογική προεγχειρητική ετοιμασία

Το πλήθος των πληροφοριών που είναι επιθυμητό να δοθούν, ποικίλει από την μια ασθενή στην άλλη. Επομένως, να γίνεται εκτίμηση των αναγκών της κάθε ασθενούς και της ετοιμότητάς της να αφομοιώσει τις πληροφορίες. Η εκπαίδευση κατευθύνεται και με βάση το είδος της συγκεκριμένης χειρουργικής επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί η ασθενής (Lemone & Burke, 2014).

Οι πιο συνηθισμένες νοσηλευτικές διαγνώσεις κατά την προεγχειρητική περίοδο σχετίζονται με το έλλειμμα γνώσης και το άγχος. Το έλλειμμα γνώσης μπορεί να είναι αποτέλεσμα της μειωμένης ικανότητας επικοινωνίας, του γλωσσικού φραγμού, της ανεπαρκούς διανοητικής ικανότητας μιας ασθενούς ή της έλλειψης πληροφοριών σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να είναι κατάλληλες για την αιτιολογία του ελλείμματος γνώσης της ασθενούς και σύμφωνα με τις μαθησιακές ανάγκες της ασθενούς. Το άγχος μπορεί να κυμαίνεται από ήπιο έως σοβαρό και μπορεί οφείλεται σε διάφορες αιτίες. Μερικοί ασθενείς βιώνουν το μεγαλύτερο άγχος λίγο πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Για άλλους, το άγχος είναι πιο οξύ τη στιγμή που λαμβάνεται η απόφαση για χειρουργική επέμβαση. Ο αυξημένος καρδιακός και αναπνευστικός ρυθμός και η αυξημένη αρτηριακή πίεση μπορεί να είναι σημάδια άγχους. Η ασθενής μπορεί να αισθάνεται νευρική ή αγχωμένη και μπορεί να μην είναι σε θέση να συγκεντρωθεί ή να διατηρήσει τις πληροφορίες. Οι ασθενείς που είναι ανήσυχοι, αγχωμένοι ή νευρικοί δεν μπορούν πάντα να εντοπίσουν την ακριβή αιτία του άγχους τους (DeWit, 2013).

Οι ακόλουθες νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως μέτρα αντιμετώπισης του άγχους και του φόβου (Nettina, 2019):

- Επιβεβαίωση της ταυτότητας της ασθενούς.
- Επαλήθευση του χειρουργικού χώρου και της διαδικασίας .
- Επαλήθευση της συγκατάθεσης και της αντίληψης της ασθενούς σχετικά με την προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση.
- Υποβολή ερωτήσεων σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση.
- Επεξήγηση των χειρουργικών ρουτινών.

- Επεξήγηση των διαδικασιών που πρέπει να ακολουθηθούν μετεγχειρητικά.
- Επεξήγηση πιθανών αλλαγών στην εικόνα του σώματος.

4.1.2.Φυσική προεγχειρητική ετοιμασία

Η προετοιμασία της ασθενούς την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα το νοσηλευτικό κέντρο και ανάλογα τη χειρουργική επέμβαση. Στόχος είναι η προετοιμασία του σώματος της ασθενούς, εξασφαλίζοντας την ατομική υγιεινή, την τήρηση της ασηψίας του εγχειρητικού πεδίου και την ελαχιστοποίηση άλλων παραγόντων που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση προβλημάτων και επιπλοκών. Οι βασικές νοσηλευτικές διεργασίες κατά την φυσική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνουν (deWit, 2013):

- Εξασφάλιση της νηστείας της ασθενούς (NPO- Nothing Per-Os) από το βράδυ της προηγούμενης ημέρας, με σκοπό τη διατήρηση κενού του ανώτερου πεπτικού, για την πρόληψη της αναγωγής και εισρόφησης κατά τη διάρκεια της αναισθησίας.
- Αφαίρεση ξένων σωμάτων, όπως η οδοντοστοιχία ή πρόσθετα δόντια. Αυτό έχει σαν σκοπό την αποφυγή μετακίνησης αυτών των ξένων σωμάτων κατά τη διαδικασία της αναισθησίας και πιθανώς της απόφραξης της αναπνευστικής οδού με σοβαρές συνέπειες, ασφυξίας ή και θανάτου.
- Απομάκρυνση βερνικιών νυχιών κα κάθε είδους μακιγιάζ. Τα νύχια και τα χείλη παρακολουθούνται κατά τη διάρκεια της επέμβασης ως δείκτες οξυγόνωσης του σώματος, αφού η κυάνωση αυτών των περιοχών υποδεικνύει κακή οξυγόνωση των ιστών.
- Προετοιμασία του δέρματος. Ο στόχος αυτής της παρέμβασης είναι ο μηχανικός και χημικός καθαρισμός του δέρματος και η μείωση των βακτηρίων του δέρματος στο χειρουργικό πεδίο. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μικροβιοκτόνο σαπούνι και απομάκρυνση των τριχών της περιοχής του χειρουργικού πεδίου με τη χρήση ξυριστικής ή κουρευτικής μηχανής.
- Τοποθέτηση καθετήρα κύστης. Σε πολλές χειρουργικές επεμβάσεις και μεταξύ αυτών η υστερεκτομή, τοποθετείται καθετήρας ουροδόχου κύστης, για την κένωση της κύστης μετεγχειρητικά και για την πρόληψη της τρώσης της κύστεως κατά την χειρουργική επέμβαση, αφού βρίσκεται κοντά στα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας.

4.2.Φροντίδα της ασθενούς στο χειρουργείο

Η ασθενής μεταφέρεται στην αίθουσα αναμονής, παραλαμβάνεται από τον υπεύθυνο νοσηλευτή εξακριβώνεται η ταυτότητα της, ελέγχεται το έντυπο συναίνεσης και επιβεβαιώνεται η εγκυρότητα της προεγχειρητικής ετοιμασίας. Στη συνέχεια η ασθενής τοποθετείται στη σωστή θέση, πάνω στο χειρουργικό τραπέζι και ασφαρίζεται με ειδικούς ιμάντες ασφαλείας (deWit, 2013).

4.3.Άμεση μεταναισθητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας ή αλλιώς ανάνηψη έχει σαν σκοπό την άμεση παρακολούθηση της ασθενούς, τις πρώτες στιγμές μετά το χειρουργείο, με σκοπό την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών μετεγχειρητικά. Για το σκοπό αυτό ο υπεύθυνος νοσηλευτής ελέγχει τα ζωτικά σημεία (αρτηριακή πίεση, σφύξεις και οξυγόνωση), το επίπεδο πόνου και η αντίληψη του χώρου και του χρόνου. Ελέγχονται επίσης τα χορηγούμενα υγρά, το αίμα και τα παράγωγα του αίματος και τα αποβαλλόμενα υγρά από τις παροχετεύσεις και την ουροδόχο κύστη, αν υπάρχει ουροκαθετήρας. Η ασθενής παραμένει στη μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας, μέχρι να θεωρηθεί ότι έχουν σταθεροποιηθεί τα ζωτικά σημεία και έχει ανανήψει από την αναισθησία. Αυτές είναι οι προϋποθέσεις που καθορίζουν την μεταφορά της ασθενούς στο τμήμα νοσηλείας της (deWit, 2013).

4.4. Μετεγχειρητική φροντίδα

Μετά τη σταθεροποίηση και την αφύπνιση της, η ασθενής μεταφέρεται στο τμήμα νοσηλείας της. Η άμεση και συνεχής εκτίμηση της ασθενούς είναι βασικής σημασίας για την αναγνώριση ή/και την πρόληψη των επιπλοκών. Για την καταγραφή των ευρημάτων από την εκτίμηση της ασθενούς ο νοσηλευτής συμπληρώνει το ατομικό διάγραμμα στο οποίο περιγράφεται η κατάσταση της. Αξιολογούνται τα ζωτικά σημεία, το επίπεδο του πόνου, το επίπεδο συνείδησης, η κατάσταση του τραύματος, τα χορηγούμενα υγρά και η διούρηση (Lemone & Burke, 2014).

Σε αυτό το στάδιο εφαρμόζονται μια σειρά από νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν σαν σκοπό:

- Την προστασία της ασθενούς από βλάβη. Η ασθενής τοποθετείται σε θέση αναπαυτική και εξασφαλίζεται η ασφάλεια του με προστατευτικά κάγκελα, μέχρι την πλήρη ανάνηψη της (deWit, 2013).

- Την προστασία του χειρουργικού τραύματος. Για το σκοπό αυτό ελέγχεται το χειρουργικό τραύμα, έμμεσα με την επισκόπηση των επιθεμάτων. Επίσης έμμεσα ελέγχεται η κατάσταση του τραύματος με την επισκόπηση και καταγραφή του είδους και της ποσότητας του υλικού των παροχετεύσεων. Φυσιολογικά το υλικό το παροχετεύσεων από αιματηρό τις πρώτες ώρες, σταδιακά γίνεται οροαιματηρό και καταλήγει ορώδες (Lemone & Burke, 2014).

- Την προαγωγή της αναπνευστικής λειτουργίας. Η ασθενής μετεγχειρητικά αντιμετωπίζει κίνδυνο εμφάνισης αναπνευστικών προβλημάτων, λόγω της δράσης της αναισθησίας στους πνεύμονες, της περιορισμένης κινητικότητας κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο και του αισθήματος του πόνου, που περιορίζει τις αναπνευστικές κινήσεις και τον βήχα. Ο βασικός στόχος είναι η πρόληψη της μετεγχειρητικής ατελεκτασίας (σύμπτωση των τοιχωμάτων των κυψελίδων). Ο υπεύθυνος νοσηλευτής εκτιμά την ύπαρξη βρογχικών εκκρίσεων, τον βήχα (παραγωγικός ή ξηρός, βαθύς ή επιφανειακός), τη συχνότητα και το βάθος της αναπνοής και το επίπεδο της οξυγόνωσης με τη χρήση της παλμικής οξυμετρίας. Η ατελεκτασία έχει σαν αποτέλεσμα τη μετεγχειρητική πνευμονία, λόγω της στάσης των βρογχικών εκκρίσεων. Για το λόγο αυτό η ασθενής παροτρύνεται να βήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές (Lemone & Burke, 2014).

- Τη διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών. Για το σκοπό αυτό παρακολουθείται συστηματικά η αποβολή των ούρων, σε σχέση με τα προσλαμβανόμενα υγρά. Επίσης υπολογίζονται οι απώλειες, από το τραύμα, από εμέτους ή από τον ιδρώτα. Εάν δεν υπάρχει καθετήρας ουροδόχου κύστης, η ασθενής πρέπει να ουρήσει εντός 8 ωρών από την επέμβαση. Εάν η ασθενής αδυνατεί να ουρήσει, πρέπει να δοθεί οδηγία για καθετηριασμό της κύστης (deWit, 2013).

- Την πρόληψη της ναυτίας και του εμετού. Η αναισθησία πιθανόν να προκαλέσει στην ασθενή ναυτία και έμετο. Η ασθενής σε αυτή την περίπτωση τοποθετείται στο πλάι προκειμένου να προληφθεί η εισρόφιση. Σε περίπτωση υπερβολικής ναυτίας ή εμέτου συνήθως δίνεται ιατρική οδηγία για τη χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Η λήψη τροφής απαγορεύεται μέχρι να επανέλθουν οι εντερικοί ήχοι. Η σίτιση της ασθενούς αρχίζει σταδιακά, αρχικά με υδρική δίαιτα και στη συνέχεια με στερεές τροφές. Φυσιολογικά η εντερική κινητικότητα επανέρχεται σε 2-3 ημέρες (deWit, 2013).

- Την κινητοποίηση της ασθενούς. Η ασθενής την επόμενη ημέρα της επέμβασης πρέπει να ξεκινήσει την κινητοποίηση. Αν επιβάλλεται κλινοστατισμός, η ασθενής μπορεί να εκτελεί ενεργητικές ασκήσεις στο κρεβάτι ή αν αυτό δεν είναι εφικτό, τότε πρέπει να πραγματοποιούνται παθητικές ασκήσεις με την επίσκεψη φυσικοθεραπευτή. Η κινητοποίηση της ασθενούς έχει σαν σκοπό την αποκατάσταση της κυκλοφορίας και την πρόληψη της εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης και της πιθανής πνευμονικής εμβολής (Lemone & Burke, 2014).

5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χημειοθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Η χημειοθεραπεία, που ονομάζεται επίσης κυτταροτοξική ή αντινεοπλαστική θεραπεία, περιλαμβάνει μια ομάδα ειδικών φαρμάκων, που έχουν σαν σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κύτταρων, με την ελάχιστη επίδραση στα υγιή κύτταρα. Η χημειοθεραπεία λειτουργεί παρεμβαίνοντας στον κανονικό κυτταρικό κύκλο, βλάπτοντας τη σύνθεση του DNA και την αναπαραγωγή των κυττάρων, γεγονός που εμποδίζει τα καρκινικά κύτταρα να διαιρεθούν, να πολλαπλασιαστούν και να σχηματιστούν σε νέα καρκινικά κύτταρα (Yarbro et al., 2018).

Η χημειοθεραπεία πλέον αναφέρεται σε μια σειρά από παρεμβάσεις, που σε κάθε περίπτωση μπορεί να έχει διαφορετικούς στόχους. Έτσι η ανοσοενισχυτική χημειοθεραπεία χορηγείται για να συρρικνωθεί ένας όγκος, έτσι ώστε η επακόλουθη χειρουργική επέμβαση να μην είναι τόσο εκτεταμένη. Η επικουρική χημειοθεραπεία χορηγείται μετά την αρχική θεραπεία και στοχεύει στην πρόληψη της υποτροπής και στη μείωση των μικρο-μεταστάσεων. Η χημειοθεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για ανακούφιση. Η παρηγορητική χημειοθεραπεία στοχεύει στην ανακούφιση ή την καθυστέρηση των συμπτωμάτων του καρκίνου, εστιάζοντας στην άνεση, τη διαχείριση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Τέλος, η χημειο-πρόληψη συνίσταται στην χορήγηση επιλεγμένων φαρμακευτικών παραγόντων για την πρόληψη του καρκίνου σε άτομα υψηλού κινδύνου (Itano, 2016).

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα κατανέμονται σε όλο το σώμα, μέσω της κυκλοφορίας του αίματος και έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα, εάν δεν τηρηθούν οι σχετικοί κανόνες. Για το λόγο αυτό θεωρείται σημαντική η εκπαίδευση, η κατάρτιση και η πιστοποίηση των ειδικών νοσηλευτών χημειοθεραπείας. Η

πιο συνηθισμένη οδός χορήγησης της χημειοθεραπείας είναι ενδοφλέβια, μπορεί επίσης να χορηγηθεί μέσω άλλων οδών, όπως από του στόματος, υποδόρια, ενδομυϊκή, ενδορραχιαία, ενδοκολπικά ή ενδοπεριτοναϊκά (Itano, 2016).

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων, προκαλούν μια σειρά από συμπτώματα όπως: ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από την στοματική κοιλότητα ως το έντερο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα (Itano, 2016).

5.1. Προβλήματα και παρεμβάσεις της ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία

Η κόπωση κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι διαφορετική από την καθημερινή κόπωση. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν αίσθημα φθοράς ή συνολική έλλειψη ενέργειας που δεν εξαφανίζεται με την ξεκούραση ή τον ύπνο. Σύμφωνα με το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας η ασθενής πρέπει να επικεντρωθεί στην υγιεινή του ύπνου. Προτείνονται μικρής διάρκειας ύπνοι κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι δραστηριότητες πρέπει να συνοδεύονται από περιόδους ανάπαυσης. Η ασθενής συμβουλεύεται να καταναλώνει μια ισορροπημένη διατροφή, με τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες, σίδηρο και βιταμίνες και να διατηρεί καλό επίπεδο ενυδάτωσης (Itano, 2016).

Το ανοσοποιητικό σύστημα καταστέλλεται, αυξάνοντας την ευαισθησία σε λοιμώξεις, μειώνεται η παραγωγή των αιμοπεταλίων, με αποτέλεσμα την αιμορραγική διάθεση και μειώνεται η παραγωγή των ερυθροκυττάρων με αποτέλεσμα την αναιμία. Σε αυτές τις περιπτώσεις παρατηρούνται καταστάσεις όπως η ουδετεροπενία [Ασυνήθιστα χαμηλά επίπεδα λευκών αιμοσφαιρίων (ουδετερόφιλα) $<500/\text{mm}^3$], θρομβοπενία [Χαμηλός αριθμός αιμοπεταλίων κίνδυνος αιμορραγίας ($<50.000/\text{mm}^3$)] και αναιμία [Χαμηλός αριθμός ερυθρών αιμοσφαιρίων, χαμηλός αιματοκρίτης (φυσιολογικά στις γυναίκες 36-42%)] (Itano, 2016).

Σύμφωνα με το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής πρέπει να εκπαιδεύσει την ασθενή στην πρόληψη των λοιμώξεων (εκπαίδευση στις συνθήκες υγιεινής, προφύλαξη από επαφές στην κοινότητα, ενημέρωση για τα σημεία της λοίμωξης: βήχας, δύσπνοια, δυσουρία).

Επίσης οι ασθενείς εκπαιδεύονται να παρακολουθούν σημεία αιμορραγίας (μώλωπες, αιμόπτυση, αιματοουρία). Ακόμα οι ασθενείς εκπαιδεύονται να αποφεύγουν δραστηριότητες που αυξάνουν τον κίνδυνο τραυματισμού. Οι ασθενείς ενημερώνονται να μην λαμβάνουν φάρμακα όπως ασπιρίνη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ). Η αναιμία συνδέεται με συμπτώματα που μπορεί να περιλαμβάνουν: κόπωση, αδυναμία, ωχρότητα, πόνο στο στήθος, δύσπνοια, δυσανεξία στη δραστηριότητα. Οι ασθενείς συμβουλευονται να καταναλώνουν δίαιτα πλούσια σε σίδηρο και να λαμβάνουν συμπληρώματα σιδήρου (Itano, 2016).

Σημειώνεται ότι δεν προκαλούν όλοι οι παράγοντες χημειοθεραπείας απώλεια των μαλλιών. Συνήθως η αλωπεκία ξεκινά περίπου 7-15 ημέρες μετά την πρώτη δόση. Η ασθενής ενημερώνεται να χρησιμοποιεί ήπιο, ενυδατικό σαπούνι και λοσιόν για να μειώσει την ξηρότητα του δέρματος, τον κνησμό και τον ερεθισμό. Η ασθενής ενημερώνει το νοσηλευτή για σημεία λοίμωξης (ερυθρότητα, οίδημα, εξίδρωμα). Σε περίπτωση φωτοευαισθησίας, λαμβάνει τις κατάλληλες προφυλάξεις κατά την έκθεση στον ήλιο (Itano, 2016).

Η ασθενής συμβουλευεται να αλλάξει διατροφικές συνήθειες (μικρά, συχνά γεύματα και ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες σε όλη τη διάρκεια της ημέρα αντί για τρία μεγάλα γεύματα), να αποφεύγει τα τρόφιμα που είναι πικάντικα, λιπαρά ή έχουν έντονες οσμές. Η ασθενής διατηρεί καλό επίπεδο ενυδάτωσης. Για να διατηρηθεί η ακεραιότητα του στοματικού βλεννογόνου, οι ασθενείς πρέπει να ξεπλένουν το στόμα με αλμυρό νερό (φυσιολογικό αλατούχο διάλυμα) συχνά, ειδικά πριν και μετά τα γεύματα για να διατηρήσουν το στόμα καθαρό. Για επώδυνα έλκη οι ασθενείς πρέπει να χρησιμοποιούν ειδικά στοματικά σκευάσματα (Mouthwash) που περιέχουν τοπικά αναλγητικά για την ανακούφιση του πόνου (Itano, 2016).

6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Η ακτινοβολία παίζει σημαντικό ρόλο σε πολλούς τύπους καρκίνου, με περισσότερο από το 60% των καρκινοπαθών να λαμβάνουν ακτινοβολία κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της νόσου. Η ακτινοθεραπεία είναι ένας τύπος τοπικής θεραπείας για καρκίνο που χρησιμοποιεί ιονίζουσα ακτινοβολία για τη θεραπεία καρκινικών όγκων, με πρωταρχικό στόχο την παροχή μιας επακριβώς μετρημένης δόσης ακτινοβολίας σε έναν καθορισμένο όγκο με όσο το δυνατόν λιγότερη βλάβη στον περιβάλλοντα υγιή ιστό. Η ακτινοβολία προκαλεί κυτταρική βλάβη στα

καρκινικά κύτταρα, οδηγώντας σε βιολογικές αλλαγές στο DNA. Αυτό προκαλεί τα κύτταρα να πεθαίνουν σε ημέρες, εβδομάδες και μήνες, καθιστώντας τα ανίκανα να αναπαραχθούν ή να εξαπλωθούν (Olsen et al., 2019).

Η ακτινοβολία μπορεί να είναι η μόνη θεραπευτική προσέγγιση που απαιτείται για ορισμένους καρκίνους, ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέρος μιας συνδυασμένης προσέγγισης. Μερικοί ασθενείς θα υποβληθούν σε ταυτόχρονη χημειοακτινοβολία, στην οποία η χημειοθεραπεία χορηγείται για να δράσει ως ραδιοευαισθητοποιητής, καθιστώντας έτσι τα καρκινικά κύτταρα πιο ευάλωτα στις επιπτώσεις της ακτινοβολίας. Άλλοι ασθενείς ενδέχεται να λάβουν ακτινοβολία μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας ή της χειρουργικής επέμβασης. Η παρηγορητική ακτινοβολία μπορεί να χορηγηθεί σε ασθενείς τελικού σταδίου, με σκοπό την ανακούφιση των συμπτωμάτων (Yarbro et al., 2018).

Η βραχυθεραπεία συνήθως εφαρμόζεται ως μέθοδος στην περίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η ασθενής περιορίζεται σε ένα απομονωμένο, ασφαλές θάλαμο, για να προστατεύσει τους άλλους από την έκθεση στην ακτινοβολία. Η βραχυθεραπεία περιλαμβάνει την τοποθέτηση ραδιενεργών ράβδων, οι οποίες απαιτούν από την ασθενή να παραμείνει σε κλινήρης για την περίοδο της δράσης των ράβδων (Yarbro et al., 2018).

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση της ασθενούς και των μελών της οικογένειας. Περιορίζει την επαφή των μελών της οικογένειας με την ασθενή κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Παρέχει συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή, η οποία συχνά αισθάνεται μόνη και απομονωμένη. Πρέπει να δοθούν οδηγίες στις ασθενείς να αποφεύγουν τα μικρά παιδιά και τις έγκυες γυναίκες, ειδικά κατά τη διάρκεια του χρόνου που απαιτείται για την αποσύνθεση της ραδιενέργειας του εμφυτεύματος σε ασφαλή επίπεδα. Πρόκειται για μια χρονική περίοδο που ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο του ραδιενεργού υλικού στο εμφύτευμα και αφορά κάθε ασθενή ξεχωριστά με βάση το θεραπευτικό σχήμα του (DeVita et al., 2015).

Η ακτινοβολία στον τράχηλο και τον κόλπο μπορεί να οδηγήσει σε κολπική ατροφία, προκαλώντας συμπτώματα ξηρότητας του κόλπου, ερεθισμό, ουλές και σεξουαλική δυσλειτουργία. Τα πεδία ακτινοβολίας που επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη μπορούν να προκαλέσουν κυστίτιδα (φλεγμονή της ουροδόχου κύστης), που οδηγεί σε δυσουρία (επώδυνη ούρηση), αιματουρία (αίμα στα ούρα), ακράτεια ούρων και απώλεια μυϊκής δύναμης πυελικού εδάφους (DeVita et al., 2015)

Οι οξείες επιδράσεις της ακτινοβολίας είναι συνήθως παροδικές και εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας και γενικά υποχωρούν εντός 1-2 εβδομάδων από τη διακοπή της θεραπείας. Οι πληγείσες περιοχές είναι συνήθως οι ιστοί με χαρακτηριστικά ταχείας ανανέωσης, όπως το δέρμα, οι βλεννογόνοι και ο μυελός των οστών. Η αύξηση της ηλικίας, η διατροφική κατάσταση και η προηγούμενη θεραπεία ή ταυτόχρονη χημειοθεραπεία επηρεάζουν συχνά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Η κόπωση και η ανορεξία είναι τα πιο κοινά γενικευμένα αποτελέσματα (Nettina, 2019).

Η περιποίηση του δέρματος είναι κρίσιμη σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοβολία, καθώς έως το 95% των ασθενών που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία θα παρουσιάσουν κάποιο βαθμό δερματικής αντίδρασης. Οι νοσηλευτές έχουν ουσιαστικό ρόλο στην εκπαίδευση και την αξιολόγηση και παρακολούθηση των ασθενών για δερματίτιδα ακτινοβολίας ή ραδιοδερματίτιδα. Οι οξείες δερματικές αντιδράσεις αρχίζουν γενικά περίπου 7-14 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας, και τα πρώτα σημάρδια περιλαμβάνουν ξηρότητα και ελαφρύ ερύθημα. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να εξελιχθούν σε έντονο κόκκινο ερύθημα, εξάνθημα και απολέπιση καθώς εξελίσσεται η θεραπεία. Τα αποτελέσματα της ραδιοδερματίτιδας μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής ενός ασθενούς, καθώς προκαλούν πόνο και δυσφορία, περιορίζουν τις δραστηριότητες και να καθυστερούν τη θεραπεία (Yarbro et al., 2018).

7.Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχο-συναισθηματική υποστήριξη της ασθενούς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Η διάγνωση του καρκίνου δεν επηρεάζει μόνο την ασθενή. Επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια. Ο καρκίνος προκαλεί φόβο, αβεβαιότητα και άγχος. Οι ασθενείς μπορεί αρχικά να αισθάνονται ανίσχυροι ή απελπισμένοι ή μπορεί να βιώσουν θλίψη για τα σχέδια ζωής που έχουν αλλάξει από την ασθένεια. Οι ασθενείς χρειάζονται καθοδήγηση και συναισθηματική υποστήριξη σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου, ξεκινώντας από τη στιγμή της διάγνωσης (Olsen et al., 2019).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης είναι πολύπλευρος και ενσωματώνει την ακρόαση, την καθοδήγηση, τον καθησυχασμό και την υποστήριξη των ασθενών στα πρώτα στάδια της θλίψης. Συνήθως είναι η πρώτη φορά που η ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με σκέψεις σχετικά με την υγεία του και τον επικείμενο θάνατο του. Θα χρειαστεί

συμπόνια, ενσυναίσθηση και βοήθεια για να ξεπεράσει αυτά τα δυσάρεστα συναισθήματα. Εάν η ασθενής εμφανίζει σημάδια συναισθηματικής δυσφορίας, κακής αντιμετώπισης ή άλλων ψυχολογικών δυσκολιών που σχετίζονται με τη διάγνωση του καρκίνου, ο νοσηλευτής θα πρέπει επιπλέον να εξετάσει το ενδεχόμενο να παραπέμψει την ασθενή σε κοινωνικό λειτουργό, ψυχο-θεραπευτή ή σε ομάδα υποστήριξης καρκίνου. Επίσης, θα πρέπει να αναπτύξει ισχυρές διαπροσωπικές δεξιότητες, να συμμετάσχει στην ενεργή ακρόαση, να αξιολογεί την κατανόηση της ασθενούς για τη διαδικασία της νόσου και να αξιολογεί τη συναισθηματική κατάσταση της ασθενούς σε τακτική και επαναλαμβανόμενη βάση. Οι νοσηλευτές ογκολογίας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της ασθενούς καθ' όλη τη διάρκεια του καρκίνου (Nettina, 2019).

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει εξίσου ζωτικό ρόλο στην εκπαίδευση της ασθενούς και στην εκπαίδευση της οικογένειας. Ως εκ τούτου, πρέπει να διασφαλίσουν ότι όλες οι ανάγκες της ασθενούς (σωματικές και συναισθηματικές) αντιμετωπίζονται πριν από την έξοδο. Οι ασθενείς και οι φροντιστές τους πρέπει να κατανοήσουν τις λεπτομέρειες του τρόπου χορήγησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, των δοσολογικών προγραμμάτων, της συνεχιζόμενης φροντίδας του χειρουργικού τραύματος και σημείων και συμπτωμάτων πιθανής λοίμωξης. Η διατροφή είναι μια κρίσιμη πτυχή της μετεγχειρητικής περιόδου, καθώς έχει επιπτώσεις στην επούλωση τραυμάτων, στον έλεγχο των λοιμώξεων και στη συνολική πρόγνωση. Ο υποσιτισμός, με χαμηλή πρόσληψη πρωτεϊνών και θερμίδων, είναι συνηθισμένο ζήτημα σε καρκινοπαθείς, γεγονός που οδηγεί σε επιπλοκές όπως η μειωμένη επούλωση, η εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος και το ενδεχόμενο επιστροφής στο νοσοκομείο (Yarbro et al., 2018).

Η επικοινωνία με κοινοτικές υπηρεσίες, που θα παρέχουν φροντίδα στην ασθενή μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, είναι επίσης επιτακτική ανάγκη για την εξασφάλιση επαρκούς κατανόησης των μετεγχειρητικών οδηγιών και της απρόσκοπτης μετάβασης χωρίς διακοπή στην απαραίτητη φροντίδα. Οι ασθενείς μπορεί να βιώσουν ένα σημαντικό συναισθηματικό συστατικό όταν υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση και πολλοί ασθενείς μαθαίνουν επίσημα τη διάγνωση του καρκίνου κατά την επιστροφή στο σπίτι. Η κοινοτική νοσηλευτική φροντίδα έχει σαν σκοπό να παρέχει συναισθηματική ανακούφιση και να ενισχύσει την εκπαίδευση των ασθενών και της οικογένειας (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2014).

Η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία έχουν όλες επιπτώσεις στη σεξουαλική υγεία της γυναίκας με διάφορους τρόπους. Ειδικότερα η ακτινοθεραπεία επιδρά αρνητικά στη σεξουαλική λειτουργία, με μια σειρά από σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. Οι σωματικές επιπτώσεις περιλαμβάνουν διαταραχές της διέγερσης, του οργασμού και δυσπαρευνία. Γενικά, ο πόνος κατά τη συνουσία μετά τη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας οφείλεται κυρίως σε κολπική ξηρότητα, στένωση και συρρίκνωση του εύρους του κόλπου. Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν επίσης κολπική αιμορραγία. Επιπρόσθετα οι ψυχολογικές επιπτώσεις περιλαμβάνουν άγχος, κατάθλιψη, φόβο αλλοίωσης της εικόνας του σώματος και μειωμένη σεξουαλική ικανοποίηση, τόσο για την ασθενή όσο και για το σύντροφο της. Ως αποτέλεσμα, οι επιζώντες βιώνουν συχνά διαταραγμένες συζυγικές σχέσεις και ευρύτερα προβλήματα συναναστροφής και συμβίωσης (Shankar et al., 2017).

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)

1. Το είδος της έρευνας

Η παρούσα εργασία βασίζεται στη μεθοδολογία της δευτερογενούς έρευνας. Η δευτερογενής ανάλυση δεδομένων επιδιώκει να μελετήσει φαινόμενα, χρησιμοποιώντας δεδομένα που έχουν παραχθεί στο πλαίσιο προγενέστερων ερευνητικών εγχειρημάτων.

2. Περιγραφή δείγματος

Σε αυτή τη μελέτη τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω της αναζήτησης στη βάση δεδομένων Pubmed, με τη χρήση συγκεκριμένων λέξεων, που περιγράφουν στο βασικό θέμα της εργασίας, τα οποία είναι δημοσιευμένα τα τελευταία πέντε χρόνια. Συγκεκριμένα επιλέχθηκαν 10 άρθρα με τη χρήση των σχετικών λέξεων κλειδιών. Στη συνέχεια τα ευρήματα ομαδοποιήθηκαν ως προς το περιεχόμενό τους, για την καλύτερη παρουσίαση και κατανόηση των ευρημάτων.

3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed, προκειμένου να αναζητηθούν και να επιλεγθούν τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με το θέμα. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στη σχετική αναζήτηση, ήταν: cervical cancer, HPV (Human papilloma virus), vaccination, nursing.

4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε περιεκτική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed, προκειμένου να αναζητηθούν και να επιλεγθούν τα ερευνητικά δεδομένα της πρωτογενούς έρευνας, με βάση τα οποία θα πραγματοποιηθεί η σύνθεση του περιεχομένου της παρούσας μελέτης. Η σχετική αναζήτηση αναφέρεται σε δημοσιευμένες μελέτες για τα έτη 2016-2021. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στη σχετική αναζήτηση, βασίστηκαν στον τελεστή: [cervical cancer AND (HPV Human papilloma virus) AND nursing care]. Από την αναζήτηση προέκυψαν 94 αποτελέσματα από άρθρα διαφόρων τύπων και επιλέχθηκαν 10 από αυτά.

5. Επιλογή μελετών και σύνθεση δεδομένων

α/α	Συγγραφέας, έτος δημοσίευση, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Κύρια Ευρήματα
1	Andersen et al., 2020, Νεπάλ.	Ποιοτική μελέτη με ημι-δομημένη συνέντευξη σε δείγμα πληθυσμού σε 4 γυναίκες και 4 επαγγελματίες υγείας.	Η διερεύνηση των εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στο Νεπάλ στον προληπτικό έλεγχο για καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.	Βασικά εμπόδια στον προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αποτελούν η έλλειψη υποστήριξης από το σύζυγο, το στίγμα, η έλλειψη ευαισθητοποίησης και η δυσκολία πρόσβασης στους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης.
2	Bacalhau et al., 2020, Πορτογαλία.	Περιγραφική συγχρονική μελέτη σε δείγμα 113 γυναικών.	Η εκτίμηση της συζυγικής προσαρμογής και ο ρόλος της εικόνας του σώματος στη σεξουαλική λειτουργία και η σεξουαλική ικανοποίηση σε γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.	Η σεξουαλική λειτουργία και ικανοποίηση καθορίζεται από τη συζυγική προσαρμογή και την εικόνα του σώματος. Απαιτούνται ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα για την ενίσχυση της εξασθενημένης σεξουαλικής λειτουργίας, καθώς και προγράμματα συναισθηματικής υποστήριξης για τα ζευγάρια.
3	Christianse et al., 2020, Πορτογαλία.	Ποιοτική μελέτη με συνέντευξη σε δείγμα 10 γυναικών.	Η διερεύνηση του τρόπου αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και η διαχείριση τους κατά την καθημερινή ζωή κατά τη διάρκεια της θεραπείας, σε γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.	Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, απαιτείται ένας διανοητικός μετασχηματισμός που περιλαμβάνει τη χρήση διαφόρων ατομικών κοινωνικών, διανοητικών και φυσικών στρατηγικών διαχείρισης των συμπτωμάτων στην καθημερινή ζωή. Οι επαγγελματίες υγείας παίζουν καθοριστικό ρόλο στην υποστήριξη και καθοδήγηση των γυναικών και στην εξασφάλιση της βέλτιστης διαχείρισης των συμπτωμάτων.
4	Correia et al., 2020, Βραζιλία.	Περιγραφική συγχρονική μελέτη σε δείγμα 46 γυναικών.	Η περιγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τη σεξουαλική ζωή και σεξουαλική δυσλειτουργία στις γυναίκες μετά από θεραπεία καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.	Η σεξουαλική δυσλειτουργία εντοπίζεται στις γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και έχει σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής.
5	Gele et al., 2017, Νορβηγία.	Ποιοτική μελέτη σε δείγμα 35 γυναικών.	Τα αντιληπτά εμπόδια και οι προκλήσεις για τον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου	Η μελέτη διαπίστωσε τρία επίπεδα εμποδίων στον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε ατομικό επίπεδο αναγνωρίζεται η έλλειψη κατανόησης των

			της μήτρας μεταξύ των γυναικών της Σομαλίας και του Πακιστάν στην περιοχή του Όσλο.	πλεονεκτημάτων του ελέγχου, σε κοινωνικο-πολιτισμικό επίπεδο αναγνωρίζεται το στίγμα που συνδέεται με την ασθένεια και σε επίπεδο συστήματος υγείας αναγνωρίζεται η έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.
6	Gizaw et al., 2020, Αιθιοπία.	Περιγραφική συγχρονική μελέτη σε δείγμα 2,356.	Ο εντοπισμός των παραγόντων που σχετίζονται με τη μη συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.	Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη μη συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αναφέρονται στην έλλειψη χρόνου, στους αντιληπτούς εργασιακούς περιορισμούς και στη διαμονή σε αγροτικές περιοχές.
7	Karasu et al., 2019, Τουρκία.	Συγχρονική μελέτη σε δείγμα 499 φοιτητών.	Η αξιολόγηση των βασικών γνώσεων των νοσηλευτών σχετικά με τη λοίμωξη από τον HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και η στάση τους απέναντι στον έλεγχο κολπικού επιχρίσματος και τον εμβολιασμό για τον ιό HPV.	Οι νοσηλευτές φαίνεται να έχουν ικανοποιητικές βασικές γνώσεις σχετικά με τη λοίμωξη από τον ιό HPV. Ωστόσο, οι απόψεις τους σχετικά με τον εμβολιασμό δεν ήταν θετικές.
8	Pelullo et al., 2019, Ιταλία	Συγχρονική μελέτη σε δείγμα 556 φοιτητών νοσηλευτικής.	Η αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων των φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με τη λοίμωξη και τον εμβολιασμό κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) στην Ιταλία.	Σχεδόν το 1/3 των ερωτώμενων είχε γνώση για την λοίμωξη από τον HPV και για τους παράγοντες κινδύνου. Η πλειοψηφία των φοιτητών έδειξε θετική στάση για το εμβόλιο έναντι του HPV. Το σύνολο των φοιτητών έδειξε θετική στάση στην μελλοντική ενημέρωση του πληθυσμού για τον εμβολιασμό έναντι του HPV. Αυτά τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν την ανάγκη κάλυψης των εκπαιδευτικών κενών και βελτίωσης των γνώσεων για τον εμβολιασμό κατά του HPV.
9	Pu et al., 2020, Κίνα.	Συγχρονική μελέτη σε δείγμα 323 ασκούμενων νοσηλευτών.	Η αξιολόγηση των γνώσεων των ασκούμενων νοσηλευτών σχετικά με τη λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) και την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.	Σε αυτή τη μελέτη αποτυπώνεται ένα χαμηλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τη λοίμωξη από τον ιό HPV και την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για περισσότερη εκπαίδευση σε αυτό το θέμα για την αύξηση της γνώσης των ασκούμενων νοσηλευτών.
10	Trucchi et al., 2020, Ιταλία.	Συγχρονική πολυκεντρική μελέτη σε δείγμα	Η αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων των	Παρόλο που οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έδειξαν συνολικά θετικές στάσεις απέναντι στην πρόληψη του

		1410 επαγγελματιών υγείας.	εργαζομένων στον τομέα της υγείας σχετικά με τη λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), τις σχετικές ασθένειες και την πρόληψη.	HPV, η σχετική γνώση ήταν σε μεγάλο βαθμό μη βέλτιστη. Τα ληφθέντα αποτελέσματα επιτρέπουν την ανάδειξη των κενών γνώσεων και συνεπώς τη βελτίωση της παρεχόμενη γνώσης.
--	--	----------------------------------	---	--

6.Ανάλυση των δεδομένων

Τα δέκα άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση με βάση το θέμα τους χωρίστηκαν σε ομάδες δημιουργώντας νέες θεματικές ενότητες για την καλύτερη κατανόηση των ευρημάτων και για την ανάδειξη χρήσιμων πληροφοριών.

6.1.Επίπεδο γνώσης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον εμβολιασμό κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων

Η σύγχρονη μελέτη των Trucchi et al., 2020 έχει σκοπό τη διερεύνηση του επιπέδου των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον εμβολιασμό κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Η πρώτη μελέτη αναφέρεται στην αξιολόγηση της γνώσης και της στάσης των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τη λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), τις σχετικές ασθένειες και την πρόληψη. Σημαντικά υψηλότερη γνώση και καλύτερη πληροφόρηση είχαν οι γιατροί. Αυτό βασίζεται στην πρακτική να παρακολουθούν μαθήματα/συνέδρια και να συμβουλευονται την επιστημονική βιβλιογραφία, για να λάβουν πληροφορίες σχετικά τη νόσο και με το εμβόλιο κατά του HPV. Αντίθετα οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας έδειξαν συνολικά θετικές στάσεις απέναντι στις προληπτικές πρακτικές και στην προώθηση του εμβολιασμού. Ωστόσο τα σχετικά στοιχεία ανέδειξαν κενά στη γνώση και συνεπώς, απαιτείται η βελτίωση των παρεχόμενων γνώσεων στην ομάδα των επαγγελματιών υγείας .

Μια δεύτερη μελέτη των Pu et al., 2020, αναφέρεται στις γνώσεις των ασκούμενων νοσηλευτών σχετικά με τη λοίμωξη από τον ιό του ανθρώπινου θηλώματος (HPV) και την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε ένα χαμηλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τη λοίμωξη από τον HPV και την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μεταξύ των ασκούμενων. Τα ευρήματα της μελέτης υπογραμμίζουν

την ανάγκη για περισσότερη εκπαίδευση σε αυτό το θέμα, με σκοπό την αύξηση της σχετικής γνώσης.

Σε μια άλλη σύγχρονη μελέτη των Pelullo et al., 2019, αξιολογήθηκαν οι γνώσεις και οι στάσεις των φοιτητών της νοσηλευτικής σχετικά με τη λοίμωξη και τον εμβολιασμό έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) στην Ιταλία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 556 μαθητών νοσηλευτικής. Σχεδόν όλοι ανέφεραν ότι είχαν ακούσει για τη λοίμωξη από τον HPV, ενώ μόνο το 36,5% γνώριζε τους παράγοντες κινδύνου της λοίμωξης από τον HPV και ότι αυτό θα μπορούσε να προληφθεί από το εμβόλιο HPV. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφεραν ως μελλοντικοί φορείς της υγειονομικής περίθαλψης, θα συστήσουν το εμβόλιο έναντι HPV. Αυτά τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν την ανάγκη να συμπληρωθεί η ειδική εκπαίδευση των φοιτητών νοσηλευτικής, ώστε να βελτιώσουν τις γνώσεις και την ευαισθητοποίησή τους σχετικά με τον εμβολιασμό έναντι του HPV.

Τέλος, σε μια πρόσφατη μελέτη των Karasu et al., 2019, αξιολογεί τις βασικές γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη λοίμωξη από τον HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, τη στάση τους απέναντι στον προληπτικό έλεγχο και τον εμβολιασμό HPV και την άποψή τους σχετικά με τον εμβολιασμό των παιδιών της σχολικής ηλικίας έναντι του HPV. Οι νοσηλευτές σε αυτή την έρευνα φαίνεται να έχουν ικανοποιητικές βασικές γνώσεις σχετικά με τη λοίμωξη από τον ιό HPV. Ωστόσο, οι απόψεις τους σχετικά με τον εμβολιασμό δεν θεωρούνται θετικές. Για το λόγο αυτό απαιτούνται στρατηγικές παρέμβασης για την αλλαγή των στάσεων έναντι του εμβολισμού κατά του ιού HPV.

6.2.Εμπόδια και ανασταλτικοί παράγοντες στον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Σε μια ποιοτική μελέτη των Andersen et al., 2020 αναφέρετε ο προληπτικός έλεγχος είναι το πιο αποτελεσματικό εργαλείο για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ωστόσο σε πολλές χώρες έχουν εντοπιστεί μια σειρά από ανασταλτικούς παράγοντες και εμπόδια, που αποθαρρύνουν τις γυναίκες να υποβληθούν στον προληπτικό έλεγχο έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε σχετική μελέτη αναφέρονται ως εμπόδια και ανασταλτικοί παράγοντες η έλλειψη υποστήριξης από τον σύζυγο, ο στιγματισμός από το κοινωνικό περιβάλλον, η έλλειψη ευαισθητοποίησης σχετικά με τις επιλογές ελέγχου και οι δυσκολίες πρόσβασης στους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Για τους

παραπάνω λόγους απαιτείται η βελτιστοποίηση της ευαισθητοποίησης και η εξασφάλιση της πρόσβασης στις σχετικές υπηρεσίες υγείας.

Στη μελέτη των Gizaw et al., 2020, οι ανασταλτικοί παράγοντες συστηματοποιούνται σε κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες συνδέονται με κοινωνικο-δημογραφικά και οικονομικά. Έτσι αναφέρεται ως βασικό εμπόδιο η διαβίωση σε απομακρυσμένες και αγροτικές περιοχές, γεγονός που συνδέεται με τη δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Στην ίδια μελέτη οι ερωτώμενες γυναίκες θεωρούν ότι δεν διατρέχουν κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Επίσης αναφέρεται η έλλειψη χρόνου και ο φόβος της εξέτασης. Για τους λόγους αυτούς προτείνεται η παροχή κατάλληλων υπηρεσιών διαλογής, προσαρμοσμένων στα πληθυσμιακά χαρακτηριστικά, με σκοπό να αυξηθεί η συμμετοχή των γυναικών στον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε κοινοτικό επίπεδο.

Σε μια ποιοτική μελέτη των Gele et al., 2017, εξετάζεται η συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας των μεταναστριών σε μια ευρωπαϊκή χώρα. Η μελέτη διαπίστωσε τρία επίπεδα εμποδίων στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το ατομικό επίπεδο περιελάμβανε την έλλειψη κατανόησης των πλεονεκτημάτων του ελέγχου. Το κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο περιελάμβανε το στίγμα που συνδέεται με την ασθένεια και την πεποίθηση ότι οι γυναίκες που είναι άγαμες θεωρούνται σεξουαλικά ανενεργές. Το επίπεδο που σχετίζεται με το σύστημα περιελάμβανε την έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Για την βελτίωση της συμμετοχής των γυναικών στον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας προτείνονται μέτρα όπως η προσωπική επικοινωνία και ενημερωτικό υλικό σε κέντρα υγείας, η προφορική επικοινωνία με τις γυναίκες μέσω σεμιναρίων και η επικοινωνία με τη χρήση της μητρικής γλώσσας.

6.3.Ψυχο-συναισθηματικά ζητήματα μετά τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Οι Christiansen et al., 2020 σε μια ποιοτική μελέτη αναφέρουν ότι η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία εφαρμόζονται για τη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ωστόσο δημιουργούν βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας βιώνουν αυτές της παρενέργειες και καλούνται να διαχειριστούν την καθημερινή ζωή κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Κατά τη

διάρκεια αυτής της περιόδου, σε πολλές γυναίκες γεννιέται ένας διανοητικός μετασχηματισμός που περιλαμβάνει τη χρήση ατομικών κοινωνικών, διανοητικών και φυσικών στρατηγικών αντιμετώπισης. Αυτές οι στρατηγικές αυτοδιαχείρισης αποσκοπούν στη διατήρηση της αίσθησης της κανονικότητας, στην προσπάθεια αντιμετώπισης των δυσμενών επιπτώσεων και στην απόδοση προτεραιότητας στον εαυτό τους και στις οικογένειές τους. Οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης παίζουν καθοριστικό ρόλο στην υποστήριξη και καθοδήγηση των γυναικών και στην εξασφάλιση της βέλτιστης διαχείρισης των συμπτωμάτων.

Σε μια σύγχρονη μελέτη των Correia et al., 2020, εξετάζεται η σεξουαλική δυσλειτουργία στις γυναίκες μετά από τη θεραπεία για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Από την έρευνα φαίνεται ότι η σεξουαλική επαφή μετά από τη θεραπεία για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αποφεύγεται και όταν αυτή πραγματοποιείται, στις μισές των περιπτώσεων παρατηρείται σεξουαλική δυσλειτουργία. Σε αυτό το γεγονός συμβάλλουν η προηγούμενη ακτινοθεραπεία, που δημιουργεί προβλήματα λίπανσης του κόλπου και πόνο. Αυτή η κατάσταση με τη σειρά της δημιουργεί αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής.

Τέλος, σε μια σύγχρονη μελέτη των Bacalhau et al., 2020, η πλειονότητα των επιζώντων γυναικών από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αντιμετωπίζει σεξουαλικά προβλήματα με την πάροδο του χρόνου. Ειδικότερα η εξασθένηση της σεξουαλικής λειτουργίας και της ικανοποίησης δεν περιορίζεται στις φυσικές διαστάσεις, αλλά και στη στάση των συζύγων. Τα σχετικά αποτελέσματα έδειξαν ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία είχε άμεση επίδραση στη σεξουαλική ικανοποίηση. Ακόμα η συζυγική προσαρμογή και η εικόνα του σώματος ήταν σημαντικοί παράγοντες επιδείνωσης της σεξουαλικής ικανοποίησης. Με αυτό το σκεπτικό πρέπει να εφαρμοστούν ψυχοπαιδαγωγικά προγράμματα για να βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν την εξασθένηση της σεξουαλικής λειτουργίας, καθώς και προγράμματα συναισθηματικής υποστήριξης για τα ζευγάρια, με σκοπό την ενίσχυση της συζυγικής σχέσης.

Συμπεράσματα

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί ένα παράδειγμα σχεδόν ολοκληρωμένης παρέμβασης στην πρόληψη και στην έγκαιρη θεραπεία αυτού του τύπου του καρκίνου. Στις σύγχρονες γυναίκες παρέχονται σημαντικά εργαλεία για την πρόληψη της νόσου. Η βασική προληπτική στρατηγική, που αναφέρεται στο τεστ Παπανικολάου, έχει εξελιχθεί και πλέον με τη χρήση της τεχνολογίας παρέχεται ακρίβεια και εγκυρότητα στα αποτελέσματα. Η αιτιολογική σύνδεση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων έχει οδηγήσει στη δημιουργία ενός εμβολίου με αναγνωρισμένη αποτελεσματικότητα.

Ωστόσο οι δυσκολίες συνεχίζουν να υφίστανται. Σε πολλές περιπτώσεις παρουσιάζονται εμπόδια και ανασταλτικοί παράγοντες, που αναφέρονται τόσο στον προληπτικό έλεγχο, όσο και στον εμβολιασμό. Ειδικότερα περιγράφονται μια σειρά από κοινωνικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς, θρησκευτικούς και προσωπικούς παράγοντες, που θέτουν φραγμούς στις γυναίκες να ενταχθούν σε ένα πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου ή εμβολιασμού.

Σε αυτό το πεδίο πρέπει να αναδειχθεί και να ενισχυθεί ο ρόλος του νοσηλευτή. Ο καταρτισμένος σε αυτό το θέμα νοσηλευτής πρέπει να επικεντρώνει τις προσπάθειες του στην ενημέρωση των γυναικών για τα οφέλη και τις θετικές εκβάσεις, που προκύπτουν από τον προσυμπτωματικό έλεγχο και τον εμβολιασμό. Για να επιτευχθεί αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να κατανοεί σε βάθος όλους τους ανασταλτικούς παράγοντες. Στη συνέχεια με την τεκμηριωμένη προσέγγιση πρέπει να δημιουργεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης και να προσεταιρίζεται τις γυναίκες στις ενδεδειγμένες διαδικασίες. Αυτό απαιτεί συνεχή εκπαίδευση και ενημέρωση στο ζήτημα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Βιβλιογραφία

Ελληνική και μεταφρασμένη στα ελληνικά

- Bickerstaff, H., Kenny, L., & Myers, J., 2020. *Ten Teachers Γυναικολογία και Μαιευτική*. 2η Ελληνική Έκδοση. Εκδόσεις Broken Hill.
- Dewit, S., 2013. *Βασικές Αρχές Και Δεξιότητες Της Νοσηλευτικής Φροντίδας*. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Lemone P., Burke K., 2014. *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*. Τόμος II. Έκδοση 3η. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
- Lowdermilk D., Shannon P., 2013. *Νοσηλευτική Μητρότητας*. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
- Magowan, B., Owen, P., & Thomson, A., 2012. *Κλινική Μαιευτική και Γυναικολογία*. 2η έκδοση. Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Osborn, K., Wraa, C., & Watson, A., 2013. *Παθολογική –χειρουργική νοσηλευτική*. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Smith, R., 2019. *Netter's Μαιευτική και Γυναικολογία*. 2η Έκδοση. Εκδόσεις Broken Hill.
- Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου, Α., 2014. *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα- Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Αντσακλής Α., 2011. *Μαιευτική & Γυναικολογία*. Β' Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Αντωνίου, Α., Μουλοπούλου, Λ., & Μπουργιώτη, Χ., 2015. *Ανατομία Γεννητικών Οργάνων Θήλεος*. Στο Αντωνίου, Α., Μουλοπούλου, Λ., Μπουργιώτη, Χ. *Απεικονιστική προσέγγιση των παθήσεων της γυναικείας πύελου*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Βαβίλης, Δ., Μπόντης, Ι., 2017. *Βασικές Γνώσεις Μαιευτικής και Γυναικολογίας*. 3η Έκδοση. Εκδόσεις University Press.
- Διακομανώλης, Ε., 2010. *Κολποσκόπηση & παθολογία του κατώτερου γεννητικού συστήματος της γυναίκας*. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Ιατράκης, Γ., 2013. *Γυναικολογική Ογκολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός.
- Ιατράκης, Γ., 2015. *Φυσιολογία του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας - γεννητικός κύκλος - ορμονικές επιδράσεις*. Στο Ιατράκης, Γ. *Γυναικολογικά προβλήματα και λύσεις*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών.

- Ιατράκης, Γ., Πεχλιβάνη, Φ., Αντωνίου, Ε., & Ροκοπάνου, Θ., 2017. *Γυναικολογική νοσηλευτική φροντίδα*. Εκδόσεις Δεσμός.
- Μορτάκης, Α., 2016. *Γυναίκα και HPV*. Εκδόσεις Πατάκη.
- Πεκτασίδης, Δ., 2015. *Γυναικολογική Ογκολογία*. 2η Έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.

Ξενόγλωσση

- Andersen, JB., Shrestha, AD., Gyawali, B., Neupane, D., & Kallestrup, P., 2020. Barriers and facilitators to cervical cancer screening uptake among women in Nepal - a qualitative study. *Women Health*, 60(9):963-974.
- Bacalhau, MRN., Pedras, S., & Alves, MGP., 2020. Attachment style and body image as mediators between marital adjustment and sexual satisfaction in women with cervical cancer. *Support Care Cancer*, 28(12):5813-5819.
- Christiansen, MG., Piil, K., & Jarden, M., 2020. The Symptom Experience and Self-management Strategies of Women Undergoing Cervical Cancer Treatment: A Qualitative Study. *Cancer Nurs.*, 3(3):345-356.
- Correia, RA., do Bonfim, CV., Feitosa, KMA., Furtado, BMA., da Silva Ferreira, DK., Dos & Santos, SL., 2020. Sexual dysfunction after cervical cancer treatment. *Rev Esc Enferm USP.*, 54:e03636.
- DeVita, V., T., Lawrence, T., S., & Rosenberg, S., A., 2015. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's cancer principles & practices of oncology*. (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.
- Gele, A., Qureshi, S., Kour, P., Kumar, B., & Diaz, E., 2017. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study. *Int J Womens Health*, 9:487-496.
- Gizaw, M., Tekla, B., Ruddies, F., Kassahun, K., & Worku, D., 2020. Reasons for Not Attending Cervical Cancer Screening and Associated Factors in Rural Ethiopia. *Cancer Prev Res (Phila)*, 13(7):593-600.
- Grandahl, M., Tydén, T., Rosenblad, A., Oscarsson, M., Nevéus, T., & Stenhammar, C., 2014. School nurses' attitudes and experiences regarding the human papillomavirus

vaccination programme in Sweden: a population-based survey. *BMC Public Health*, 14: 540.

- ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre), 2019. *Human Papillomavirus and Related Diseases in Europe*. Summary Report 17 June 2019.
- International Atomic Energy Agency., 2013. *Management of cervical cancer: strategies for limited resource centres*. Vienna: International Atomic Energy Agency-Vienna International Centre.
- Itano, K., 2016. *Core curriculum for oncology nursing* (5th ed.). (J. Brant, F. Conde, & M. Saria, Eds.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Jenkins, D., 2020. A Brief History of Cervical Cancer. In *Human Papillomavirus*. Jenkins, D., Bosch, X. 1st Edition. Academic Press.
- Karasu, AFG., Adanir, I., Aydin, S., Ilhan, GK., & Ofli, T., 2019. Nurses' Knowledge and Opinions on HPV Vaccination: a Cross-Sectional Study from Istanbul. *J Cancer Educ.*, 34(1):98-104.
- Lloveras, B., Gomez, S., Alameda, F., Bellosillo, B., Mojal, S., & Muset, M., 2013. HPV Testing by cobas HPV Test in a Population from Catalonia. *PLoS ONE*, 8(3): e58153.
- Nettina, S. M. (Ed.), 2019. *Lippincott manual of nursing practice* (11th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Olsen, M., LeFebvre K., & Brassil, K., 2019. *Chemotherapy and Immunotherapy Guidelines and Recommendations for Practice*. (1st Ed.). Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.
- Oncology Nursing Society., 2019. *ONS/ONCC Radiation Therapy Certificate Course*. Retrieved from <https://www.ons.org/courses/ononcc-radiation-therapy-certificate-course>
- Pelullo, CP., Esposito, MR., & Di Giuseppe, G., 2019. Human Papillomavirus Infection and Vaccination: Knowledge and Attitudes among Nursing Students in Italy. *Int J Environ Res Public Health*, 16(10): 1770.
- Pillitteri, A., 2014. *Maternal and Child Health Nursing: Care of the Childbearing and Childrearing Family*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Prendiville, W., Sankaranarayanan, R., 2017. *Colposcopy and Treatment of Cervical Precancer*. Lyon (FR): International Agency for Research on Cancer.

- Pu, J., He, M., Pu, Y., Liu, Z., Le, L., Wang, H., & Du, X., 2020. Knowledge about Human Papillomavirus and Cervical Cancer Prevention among Intern Nurses. *Asia Pac J Oncol Nurs.*, 8(1):46-50.
- Rajkumar, R., 2017. *Cervical Cancer - Screening, Treatment and Prevention*. Published: Intechopen.
- Rosa, M., Pragasam, P., Saremian, J., Aoalin, A., Graf, W., Mohammadi, A., 2013. The unsatisfactory ThinPrep® PapTest™: Analysis of technical aspects, most common causes, and recommendations for improvement. *Diagn Cytopathol.*, 41:588–94.
- Saslow, D., Andrews, K., Manassaram-Baptiste, D., Smith, R., Fontham, E., on behalf of the American Cancer Society Guideline Development Group., 2020. Human Papillomavirus Vaccination 2020 Guideline Update: American Cancer Society Guideline Adaptation. *CA Cancer J Clin*, 70:274–280.
- Saxena, S., 2019. *Current Perspectives in Human Papillomavirus*. Published: Intechopen.
- Shankar, A., Prasad, N., & Roy, S., 2017. Sexual dysfunction in females after cancer treatment: an unresolved issue. *Asian Pac J Cancer Prev*, 18:1177–82.
- Thomas, T., 2016. Cancer Prevention: HPV Vaccination. *Semin Oncol Nurs.*, 32(3): 273–280.
- Trucchi, C., Restivo, V., Amicizia, D., Fortunato, F., Manca, A., & Martinelli, D., 2020. Article Italian Health Care Workers' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Human Papilloma virus Infection and Prevention. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 5278.
- WHO, 2014. *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice*. WHO. Geneva, Switzerland. 2nd edition.
- WHO, 2017. Recommendations for the use of the HPV-DNA test in cervical cancer screening and after an abnormal cytology. WHO. Geneva, Switzerland.
- WHO, 2019. Cervical cancer. Elimination of cervical cancer as a global health problem is within reach. WHO. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization/Institut Catala D' Oncologia, HPV Information Centre, 2016. *Human papillomavirus and related cancers*. Summary report update. 3rd ed. Europe, WHO/ICO.
- Yarbrow, C. H., Wujcik, D., & Gobel, B. H. (Eds.), 2018. *Cancer nursing: Principles and practice* (8th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

