

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΚΑΛΑΜΠΟΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΩΝΣΤΑΝΤΗ ΖΩΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΜΕΡΟΣ 1 ^ο	9
1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	10
1.1.Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας	10
1.2.Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας	10
1.3.Ο Τράχηλος	11
1.4.Λειτουργία του τραχήλου	12
2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	15
2.1.Εμμηνορρυσία εμμηναρχή και εφηβεία	15
2.2.Εμμηνορρυσιακός Κύκλος	15
2.3.Ωοθηκικός κύκλος	16
2.4.Ο κύκλος του ενδομητρίου	17
3.ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	18
4.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	19
5.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	21
6. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ	22
7.ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	23
8.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	24
8.1.Οπτική εξέταση	24
8.2.Βιοψία μέσω κολποσκόπησης	25
8.3.HPV DNA test	25

9.ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	27
10.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	30
11.ΘΕΡΑΠΕΙΑ	32
11.1.Τοπικές μέθοδοι θεραπείας	32
11.2.Χειρουργική θεραπεία	33
11.3.Ακτινοθεραπεία	35
11.4.Χημειοθεραπεία	35
11.5.Διαχείριση της διάχυτης νόσου	35
12.ΠΡΟΓΝΩΣΗ- ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	37
13.ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΈΛΕΓΧΟΣ	38
13.1. Τεστ Παπανικολάου	38
13.2.HPV- DNA test	40
14.Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HUMAN PAPILLOMA VIRUS- HPV)	41
14.1.Ορισμός	41
14.2.Παράγοντες κινδύνου	41
14.3.Κλινικές εκδηλώσεις HPV μόλυνσης	43
14.4.Φυσική ιστορία της νόσου	44
14.5.Εμβόλια	44
14.6.Ενδείξεις του εμβολιασμού	45
ΜΕΡΟΣ 2 ^ο	47
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΙΣΤΟΡΙΚΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ	48
1.1.Γυναικολογικό ιστορικό	48
1.2. Γυναικολογική εξέταση	50

2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ _____	52
2.1.Δοκιμασία κατά Παπανικολάου (Pap test)- Νοσηλευτικές διεργασίες ____	52
3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ _____	54
3.1.Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου _____	54
3.1.1.Ψυχολογική προετοιμασία _____	54
3.1.2.Συγκατάθεση για διενέργεια επέμβασης _____	55
3.1.3.Γενική προεγχειρητική μελέτη του αρρώστου _____	55
3.1.4.Διδασκαλία αρρώστου _____	56
3.1.5.Προεγχειρητική ετοιμασία _____	57
3.1.6.Προεγχειρητική ετοιμασία - η μέρα επέμβασης _____	57
3.2.Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου _____	59
3.2.1.Ο άρρωστος στην αίθουσα ανάνηψης _____	59
3.2.2.Επιστροφή αρρώστου στο νοσηλευτικό τμήμα-Νοσηλευτικές ευθύνες _____	60
4.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ _____	62
5.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ _____	68
5.1.Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας _____	68
5.2.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις _____	70
6. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ _____	73
ΜΕΡΟΣ 3 ^ο _____	75
ΕΡΕΥΝΑ _____	76
Συμπεράσματα _____	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____	91

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μια κακοήθης πάθηση, η οποία ωστόσο μπορεί να προληφθεί, να θεραπευτεί και να ιαθεί πλήρως. Το ιδιαίτερα για τον συγκεκριμένο καρκίνο είναι ότι ξέρουμε τη βασικότερη αιτία και επίσης για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί αντίστοιχα εμβόλια. Η πρόληψη της νόσου βασίζεται στην κλασσική διαγνωστική δοκιμασία κατά Παπανικολάου, ενώ έχουν αναπτυχθεί και νεώτερες τεχνικές που συμπληρώνουν την παλιά, όπως το HPV-test. Οι πολιτικές πρόληψης αποσκοπούν στη διαμόρφωση ενός κλίματος προληπτικού ελέγχου στον γυναικείο πληθυσμό. Γνωρίζουμε με βεβαιότητα ότι η κύρια αιτία που προκαλεί τον καρκίνο του τραχήλου είναι ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων, γνωστός και ως HPV (Human Papilloma Virus), χωρίς να παραβλέπονται και άλλοι αιτιολογικοί ή επιβαρυντικοί παράγοντες. Έτσι έχουν αναπτυχθεί αντίστοιχα εμβόλια, που έχουν ενταχθεί στο εθνικό εμβολιαστικό πρόγραμμα. Οι θεραπευτικές επιλογές, που εφαρμόζονται στη σύγχρονη ιατρική για την αντιμετώπιση της παραπάνω νόσου είναι πολλές και ειδικεύονται κατά στάδιο και περίπτωση. Τέλος οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αφορούν όλα τα επίπεδα της νόσου, από τον προληπτικό έλεγχο του πληθυσμού, τον διαγνωστικό έλεγχο και την ενημέρωση, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, ως και την ψυχοσωματική αποκατάσταση της γυναίκας.

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι μια νόσος απειλητική για τη ζωή του ασθενούς. Πρόκειται για ένα τραυματικό γεγονός, χωρίς περιορισμένη και οριοθετημένη χρονική διάρκεια στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, που επεκτείνεται μέσα στον χρόνο και ανακινεί θέματα ψυχολογικής σημασίας για το άτομο. Τα στοιχεία της απειλής της ζωής, της ματαίωσης, των προσδοκιών και της ενδεχόμενης καταστροφής-ψυχικής και σωματικής, σε φαντασιωσικό ή πραγματικό επίπεδο κινητοποιούν τους μηχανισμούς άμυνας και τις ψυχικές εκείνες διεργασίες που θα μπορούσαν να ελέγξουν το άγχος που αναδύεται. Η εντόπιση του καρκίνου σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος συνδέεται με ορισμένες ιδιαιτερότητες σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Ανάλογα με τη συμβολική αξία του οργάνου που προσβάλλεται και τη συναισθηματική επένδυση σε αυτό, ανακινούνται φόβοι απόρριψης, τιμωρίας, αδυναμίας και εξάρτησης, που επιπλέκουν την προσαρμογή στη νόσο.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου έχει υψηλό άμεσο και έμμεσο οικονομικό κόστος. Το υψηλό άμεσο οικονομικό κόστος, που επιβαρύνει τα Συστήματα Υγείας, προκύπτει από την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τις υψηλής ακρίβειας και κόστους διαγνωστικές εξετάσεις αλλά κυρίως από τους θεραπευτικούς χειρισμούς που περιλαμβάνουν την ιδιαίτερα ακριβή φαρμακευτική αγωγή.

Το κοινωνικό κόστος του καρκίνου είναι δυσβάστακτο, πλήττει καίρια την κοινωνική ανάπτυξη και ευημερία, ενώ δοκιμάζει και την κοινωνική συνοχή. Οι πάσχοντες υφίστανται δραματικές συνέπειες στην προσωπική, οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή. Στην επαγγελματική τους ζωή υφίστανται τον παροπλισμό ή τη στασιμότητα στην ανέλιξή τους, υπό το πρόσχημα της μη περαιτέρω καταπόνησής τους. Στο φιλικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, αντιμετωπίζουν συχνά τον οίκτο ή και την απόρριψη, γεγονός που δημιουργεί πρόσθετο δυσβάστακτο ψυχικό φορτίο στους ασθενείς, οι οποίοι ενοχοποιούν τον εαυτό τους για ό,τι συνέβη.

Παράλληλα, η εκδήλωση φαινομένων κοινωνικού στιγματισμού εις βάρος των καρκινοπαθών πλήττει ανεπανόρθωτα την προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια τους, καθιστά μαρτυρική εμπειρία τη βίωση της ασθένειας αλλά και δοκιμάζει τη συνοχή και αλληλεγγύη της κοινωνίας μας.

Ο καρκίνος της γυναίκας είναι μια πολύπλοκη νόσος και διαχωρίζεται στον γυναικείο καρκίνο που αφορά στον καρκίνο του μαστού και στον γυναικολογικό που αφορά στο γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα όπως είναι ο καρκίνος των ωοθηκών και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Στην προσπάθεια για την σωστή και επιτυχή αντιμετώπιση των διαφορετικών μορφών του γυναικείου και γυναικολογικού καρκίνου, η γνώση και η έγκυρη ενημέρωση των ίδιων των γυναικών αποτελεί πρωταρχικό και καθοριστικό παράγοντα. Ο ρόλος μας ως εξειδικευμένοι επιστήμονες στον καρκίνο εκτείνεται - πολύ πέρα από τη θεραπευτική αντιμετώπιση - στην ευαισθητοποίηση του κοινού για την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία των συγκεκριμένων καρκίνων, που στην πλειοψηφία θα μπορούσαν να προληφθούν.

ΜΕΡΟΣ 1^ο

1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

1.1.Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούν το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, η κλειτορίδα, ο πρόδρομος του κόλπου, οι βολβοί του προδρόμου και οι αδένες τους. Όλα μαζί είναι γνωστά με τον όρο αιδοίο (Ιατράκης, 2012).

1.2.Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν τις ωοθήκες, τις σάλπιγγες, τη μήτρα, τον τράχηλο της μήτρας και τον κόλπο. Οι ωοθήκες του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι οι γεννητικοί αδένες της γυναίκας. Είναι δύο και βρίσκονται η μία δεξιά και η άλλη αριστερά από τη μήτρα, συνδεδεμένες με τις σάλπιγγες. Έχουν αναπαραγωγική αλλά και ενδοκρινική λειτουργία. Αναπαραγωγική, διότι είναι υπεύθυνες για την παραγωγή των γεννητικών της κυττάρων, των ωαρίων, και ενδοκρινική, διότι ρυθμίζουν τις ορμόνες για τον εμμηνορρυσιακό κύκλο, την εναπόθεση λίπους, την ανάπτυξη των μαστών και άλλα. Οι σάλπιγγες είναι δύο λεπτοί αγωγοί που ο ρόλος τους είναι να μεταφέρουν τα ωάρια των ωοθηκών στον αυλό τους, με σκοπό να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να τα γονιμοποιήσουν. Το μήκος τους είναι περίπου 10 με 12 εκατοστά, ανάλογα με την ηλικία και την ανατομία κάθε γυναίκας. Η μήτρα είναι το κοίλο, μυώδες όργανο σχήματος αχλαδιού και μήκους 6 έως 8 εκατοστά που βρίσκεται μέσα στην πυελική κοιλότητα ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και τον ορθό, μέσα στο οποίο θα εγκατασταθεί και θα αναπτυχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Αποτελείται από δύο τμήματα: το σώμα, προς τα πάνω, και τον τράχηλο, προς τα κάτω. Ο τράχηλος είναι το χαμηλότερο τμήμα της μήτρας, ένα μέρος του οποίου εισέρχεται στον κόλπο. Είναι κυλινδρικός και συμμετρικός. Έχει μήκος περίπου 3 εκατοστά και διάμετρο 2 έως 2,5 εκατοστά. Είναι ινομυώδες

όργανο και καλύπτεται από βλέννη. Τέλος, ο κόλπος είναι ένας κυλινδρικός ινομυώδης σωλήνας μήκους 8 έως 10 εκατοστών περίπου, που συνδέει τον υμένα με τη μήτρα. Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας, έτσι ώστε η κάτω μοίρα του τραχήλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο (Ιατράκης, 2012).

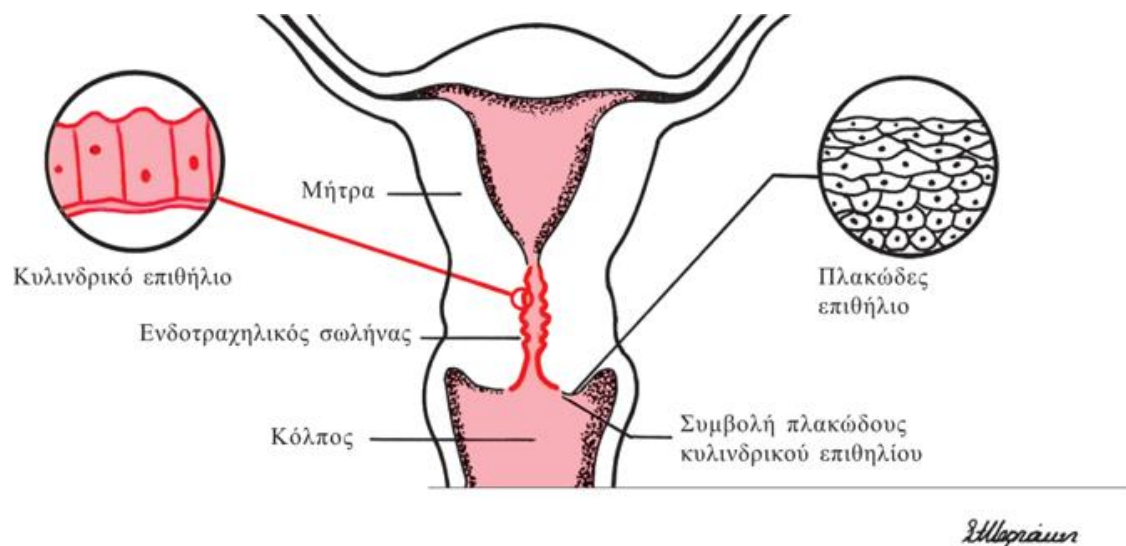


Εικόνα 1: Το Γεννητικό σύστημα της γυναίκας

1.3.Ο Τράχηλος

Ο τράχηλος αποτελεί το κατώτερο, στενό τμήμα της μήτρας το οποίο εισέρχεται στον κολεό και με αυτό τον τρόπο διαιρείται σε υπερκολεϊκό και ενδοκολεϊκό μέρος. Η κοιλότητα του τραχήλου, ο τραχηλικός σωλήνας, έχει σχήμα ατρακτοειδές και επικοινωνεί με την κοιλότητα του σώματος της μήτρας με το έσω στόμιο της μήτρας και με την κοιλότητα του κολεού με το έξω στόμιο της μήτρας. Ιστολογικά το στρώμα του τραχήλου αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες και ίνες κολλαγόνου των οποίων η αναλογία ποικίλλει με την ηλικία. Ο ενδοτραχηλικός αυλός, επενδύεται από υψηλό μονόστιβο κυλινδρικό βλεννο-εκκριτικό επιθήλιο του οποίου οι πτυχές και οι εσοχές μέσα στο στρώμα σχηματίζουν σύνθετους αδένες και κρύπτες. Η εξωτερική επιφάνεια του τραχήλου που προβάλλει στον αυλό του κόλπου και εφάπτεται

με τους κολπικούς θόλους (εξωτράχηλος) καλύπτεται από μη κερατινοποιημένο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Το σημείο στο οποίο ενώνονται τα δύο επιθήλια είναι γνωστό ως ζώνη μετασχηματισμού. Στο σημείο αυτό τα κυλινδρικά κύτταρα μετατρέπονται σε πλακώδη, συνεχώς κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας. Ως πλακώδης μεταπλασία του τραχήλου ορίζεται η αντικατάσταση ενός τύπου κυττάρων με άλλο ώριμο τύπο κυττάρων. Η περιοχή του τραχήλου όπου το κυλινδρικό επιθήλιο αντικαθίσταται από το νέο μεταπλαστικό πλακώδες επιθήλιο είναι γνωστή ως ζώνη μετάπλασης. Η ζώνη μετάπλασης είναι η περιοχή του τραχήλου όπου λαμβάνει χώρα η διαδικασία βαθμιαίας αντικατάστασης των άωρων κυλινδρικών κυττάρων με νέο ώριμο μεταπλαστικό πλακώδες επιθήλιο (Αντσακλής, 2008).

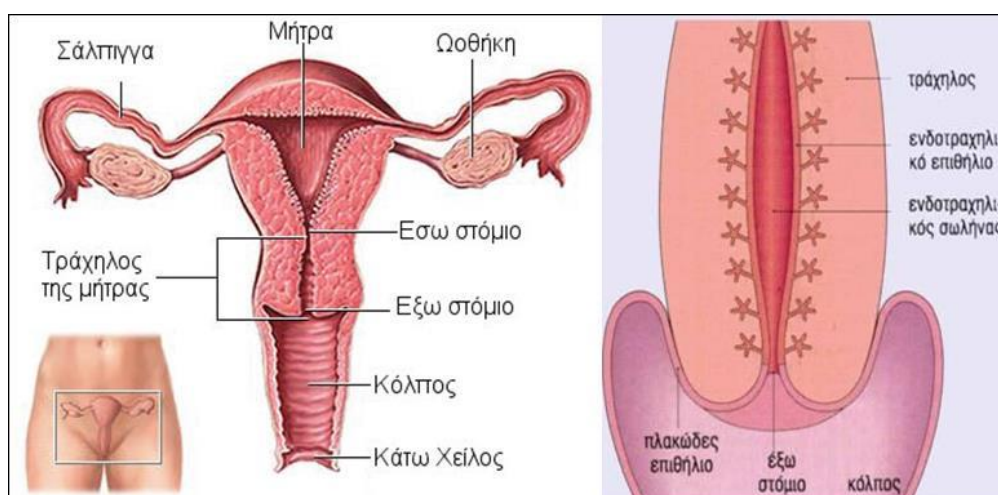


Εικόνα 2: Ο τράχηλος της μήτρας και το τραχηλικό επιθήλιο

1.4.Λειτουργία του τραχήλου

Ο τράχηλος της μήτρας πρωταρχικά ενεργεί ως το φυσικό εμπόδιο μεταξύ του εξωτερικού περιβάλλοντος (κολπικό κανάλι) και της μήτρας. Τα κύτταρα του ενδοτραχηλικού σωλήνα παράγουν όξινη και ουδέτερη βλέννη,

που περιέχει ηλεκτρολύτες (κυρίως χλωριούχο νάτριο) και απλά σάκχαρα (γλυκογόνο) σε κολλώδες διάλυμα. Η βλέννη αποτελεί ένα φραγμό στο στόμιο δεσμεύοντας τη διέλευση ξένων παθογόνων μικροοργανισμών από τον κολπικό θόλο εντός της μήτρας. Ανοσοσφαιρίνες, ένζυμα, λευκοκύτταρα και αποφολιδωμένα πλακώδη επιθηλιακά κύτταρα δύναται επίσης να βρεθούν «μπλοκαρισμένα» εντός της βλέννης, δυναμώνοντας περαιτέρω τον φραγμό και προσθέτοντας βακτηριδιακή συμμετοχή στην βλέννη (Αντσακλής, 2008).



Εικόνα 3: Ο τράχηλος της μήτρας

Ο φραγμός της βλέννης δεν είναι μία σταθερή κατάσταση και οι ορμόνες καθορίζουν την σύστασή της. Κατά την ωορρηξία, η βλέννη καθίσταται πιο λεπτή και αποτελείται από ένα λεπτό ακυτταρικό δίκτυο ινών, που διευκολύνει τη διέλευση του σπέρματος από τον κόλπο προς τη μήτρα και τελικά προς τις σάλπιγγες, όπου η σύλληψη λαμβάνει χώρα. Κατά την κύηση η βλέννη καθίσταται παχιά και προστατεύει την ανάπτυξη του εμβρύου σφραγίζοντας τον ενδοτραχηλικό σωλήνα εκ νέου (Αντσακλής, 2008).

Ο τράχηλος και η μήτρα είναι ευλύγιστες δομές που περιέχουν ελαστικές ίνες επιπλέον των μυϊκών. Αυτό είναι περισσότερο εμφανές κατά

την διάρκεια του τοκετού όταν ο τράχηλος απαιτείται να διαταθεί περίπου 10cm σε διάμετρο προκειμένου να διευκολύνει την κάθοδο του εμβρύου εντός του κολπικού σωλήνα. Εάν η σύλληψη δεν λάβει χώρα, το μυομήτριο του τραχήλου διατάσσεται για να επιτρέπει την έμμηνο ρύση («κατάρρευση» του στρώματος του ενδομητρίου). Αυτή η διάταση προκαλεί πόνο και δυσφορία που συχνά αναφέρεται ως «πόνος περιόδου». Αυτά τα φυσιολογικά χαρακτηριστικά του τραχήλου ελέγχονται όλα από τις ορμόνες οιστρογόνα και προγεστερόνη (Αντσακλής, 2008).

2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

2.1.Εμμηνορρυσία εμμηναρχή και εφηβεία

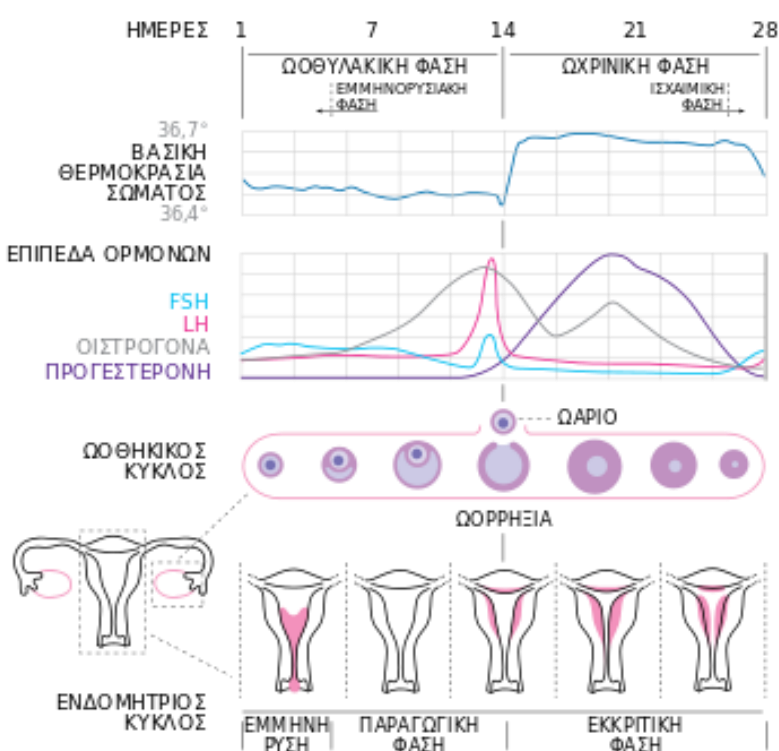
Η εφηβεία είναι ένας ευρύς όρος που χαρακτηρίζει ολόκληρο το μεταβατικό στάδιο μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της σεξουαλικής ωριμότητας. Παρόλο που τα νεαρά κορίτσια εκκρίνουν μικρές και σχετικά σταθερές ποσότητες οιστρογόνων, παρουσιάζεται μια αξιοσημείωτη αύξηση στην ηλικία μεταξύ 8 και 11 ετών. Ο όρος εμμηναρχή υποδηλώνει την πρώτη έμμηνη ρύση (Lowdermilk & Shannon, 2013).

2.2.Εμμηνορρυσιακός Κύκλος

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

2.3.Ωοθηκικός κύκλος

Τα αρχέγονα γραφιανά ωοθυλάκια περιέχουν ανώριμα ωκύτταρα (αρχέγονα ωάρια). Πριν την ωοθυλακιωρηξία, υπό την επίδραση της FSH και των οιστρογόνων, αρχίζουν να ωριμάζουν σε κάθε ωοθήκη από 1 έως 30 ωοθυλάκια. Η προωοθυλακιωρηκτική αύξηση της LH επηρεάζει το επιλεγμένο ωοθυλάκιο. Το ωκύτταρο ωριμάζει, επέρχεται η ωοθυλακιωρηξία και το κενό ωοθυλάκιο αρχίζει να μεταμορφώνεται σε ωχρό σωματίο. Η ωοθυλακική αυτή φάση (προωοθυλακιωρηκτική φάση) του ωοθηκικού κύκλου διαφέρει σε διάρκεια από γυναίκα σε γυναίκα και θεωρείται υπεύθυνη σχεδόν για όλες τις παρατηρούμενες διαφορές στη διάρκεια του ωοθηκικού κύκλου. Σπανίως (περίπου 1 στους 100 εμμηνορρυσιακούς κύκλους) επιλέγονται περισσότερα από ένα ωοθυλάκια και ωριμάζουν περισσότερα από ένα ωκύτταρα, υποκείμενα στη διαδικασία της ωοθυλακιωρηξίας (Lowdermilk & Shannon, 2013).



Εικόνα 4: Ο κύκλος της γυναίκας

Μετά την ωοθυλακιορρηξία, τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται. Στο 90% των γυναικών εμφανίζεται μόνο μια μικρή ποσότητα αίματος εκ διαφυγής, που περνά απαρατήρητη. Στο 10% των γυναικών υπάρχει επαρκής αιμόρροια ώστε να είναι ορατή, καταλήγοντας στο φαινόμενο που λέγεται μεσοκυκλική αιμορραγία. Η ωχρινική φάση αρχίζει αμέσως μετά την ωοθυλακιορρηξία και τελειώνει με την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Αυτή η μεταωοθυλακιορρηκτική φάση συνήθως απαιτεί 14 ημέρες (κυμαίνεται από 13 έως 15 ημέρες). Το ωχρό σωματίο αγγίζει την κορυφή της λειτουργικής του δραστηριότητας 8 ημέρες μετά την ωοθυλακιορρηξία, εκκρίνοντας οιστρογόνα και προγεστερόνη. Τη στιγμή που η ωχρινική λειτουργία φτάνει στη μέγιστη δυνατότητα της, το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται στο ενδομήτριο. Αν δεν γίνει η εμφύτευση, το ωχρό σωματίο υποστρέφεται, τα επίπεδα των στεροειδών ορμονών στο αίμα μειώνονται και παρουσιάζεται η εμμηνορρυσία (Lowdermilk & Shannon, 2013).

2.4.Ο κύκλος του ενδομητρίου

Ο κύκλος του ενδομητρίου διαιρείται σε τέσσερις φάσεις. Κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσιακής φάσης, η απόπτωση των λειτουργικών δύο τρίτων του ενδομητρίου (της συμπαγούς και της σπογγώδους στιβάδας) ξεκινά από την περιοδική αγγειοσυστολή στις ανώτερες στιβάδες του ενδομητρίου. Το βασικό στρώμα διατηρείται πάντοτε και η αναγέννηση αρχίζει κατά το τέλος του κύκλου, από τα κύτταρα που προέρχονται από τα εναπομείναντα αδενικά υπολείμματα ή από τα κύτταρα του στρώματος στη βασική στιβάδα. Η παραγωγική φάση είναι η περίοδος της ταχείας ανάπτυξης που διαρκεί περίπου από την 5η ημέρα μέχρι την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας. Η επιφάνεια του ενδομητρίου αποκαθίσταται πλήρως σε 4 ημέρες περίπου, ή λίγο πριν το τέλος της αιμορραγίας. Μετά το σημείο αυτό παρουσιάζεται οκταπλασιασμός ή δεκαπλασιασμός του πάχους του ενδομητρίου με μια τάση σταθεροποίησης της ανάπτυξης κατά την ωοθυλακιορρηξία. Η παραγωγική φάση εξαρτάται από την οιστρογονική διέγερση που προέρχεται από τα ωοθυλάκια (Lowdermilk & Shannon, 2013).

3.ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

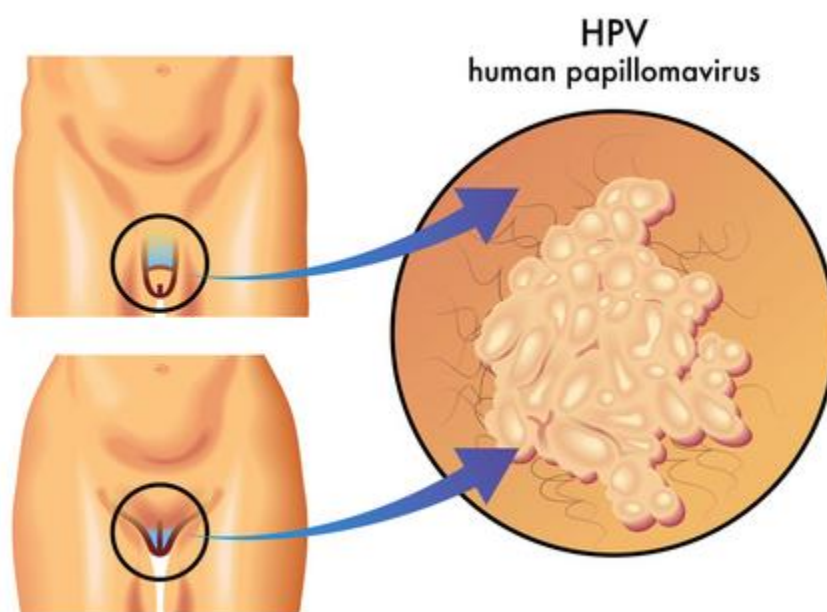
Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, 2014), ο παθολογικός και ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός των κυττάρων που λαμβάνει χώρα στη ζώνη μετάπλασης του τραχήλου της μήτρας, ονομάζεται καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Ο κυριότερος λόγος που προκαλείται αυτή η κακοήθης αλλαγή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



Εικόνα 5: Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

4.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus- HPV) έχει καταδειχθεί ότι είναι ο αιτιολογικός παράγοντας στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου εξαρτάται από την επικράτηση του HPV στον πληθυσμό μαζί με άλλους συμπαραγόντες, όπως η σεξουαλική δραστηριότητα και η κύηση σε νεαρή ηλικία, το κάπνισμα, η ανοσοποιητική επάρκεια, ο τύπος και η διάρκεια χρήσης αντισυλληπτικών, η διατροφή και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (Gadducci et al., 2011).



Εικόνα 6: Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus- HPV) είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται, επίσης, η ανοσοκαταστολή, η μικρή ηλικία της πρώτης συνουσίας, (διπλάσιος κίνδυνος σε ηλικίες <18 έτη), οι πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι, ο “υψηλού κινδύνου”

σεξουαλικός σύντροφος, ο τοκετός σε μικρή ηλικία, το κάπνισμα (ή η έκθεση σε περιβάλλον καπνιστών), το ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων (π.χ. χλαμύδια, έρπητας γεννητικών οργάνων), το ιστορικό αιδοϊκής ή κολπικής ενδοεπιθηλιακής βλάβης ή καρκίνου, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η μη λευκή φυλή. Ιδιαίτερο ρόλο φαίνεται να παίζει η συνολική έκθεση στο κάπνισμα, με τις συστηματικές καπνίστριες να έχουν υπερδιπλασιο κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου (Frumovitz 2014).

5.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Κλασικό σύμπτωμα της νόσου είναι αρχικά η κολπική αιμόρροια μετά από σεξουαλική επαφή ή αυτόματα. Σε προχωρημένη νόσο προστίθεται δύσσομη κολπική υπερέκκριση. Σε παραμελημένες περιπτώσεις, μπορεί να υπάρχει επίσης διόγκωση των βουβωνικών λεμφαδένων και συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα λόγω απόφραξης των ουρητήρων ή/και απώλεια βάρους. Η κολποσκόπηση βοηθά στη διάγνωση και στη λήψη βιοψιών. Αν ο τράχηλος εμφανίζεται φυσιολογικός μακροσκοπικά, αλλά η κυτταρολογική εξέταση έχει διαπιστώσει την ύπαρξη κυττάρων που αντιστοιχούν σε διηθητικό καρκίνο, θα πρέπει να ληφθούν κολποσκοπικά κατευθυνόμενες βιοψίες. Σε κάθε περίπτωση, η οριστική διάγνωση γίνεται με την ιστολογική εξέταση (Han et al., 2013).

6. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Η τραχηλική νεοπλασία προέρχεται συχνότερα από το πλακώδες επιθήλιο και μάλιστα από το πλακώδες μεταπλασθέν κυλινδρικό επιθήλιο. Τα καρκινώματα εκ πλακώδους επιθηλίου αποτελούν το 75% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και ξεκινούν μέσα στα επίπεδα λεπτά πλακώδη κύτταρα. Τα αδενοκαρκινώματα και τα αδеноπλακώδη καρκινώματα ευθύνονται για το 20% των διηθητικών καρκινωμάτων. Τα αδενοκαρκινώματα προκύπτουν από τα αδενικά κύτταρα του ενδοτραχήλου, ενώ τα αδеноπλακώδη αποτελούνται από μικτά κακοήγη πλακώδη επιθηλιακά και αδενικά στοιχεία και, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, είναι γνωστό ότι έχουν χειρότερη πρόγνωση από τα πλακώδη και τα αδενοκαρκινώματα. Τέλος ακολουθούν τα μικροκυτταρικά νευροενδοκρινή καρκινώματα με ποσοστό μικρότερο του 5%. Όπως οι πλακώδεις αλλοιώσεις, έτσι και οι αδενικές σχετίζονται με την HPV λοίμωξη, η οποία θα αναλυθεί εκτενέστερα ακολούθως. Οι παραπάνω κακοήθειες φαίνεται να προέρχονται από προκαρκινικές αλλοιώσεις (CIS). Η νόσος θα εξελιχθεί από την προκαρκινική της μορφή, εάν αφεθεί δίχως θεραπεία, σε διηθητική όπως φαίνεται σε κάθετες επιδημιολογικές μελέτες (Αντσακλής, 2008).

7.ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

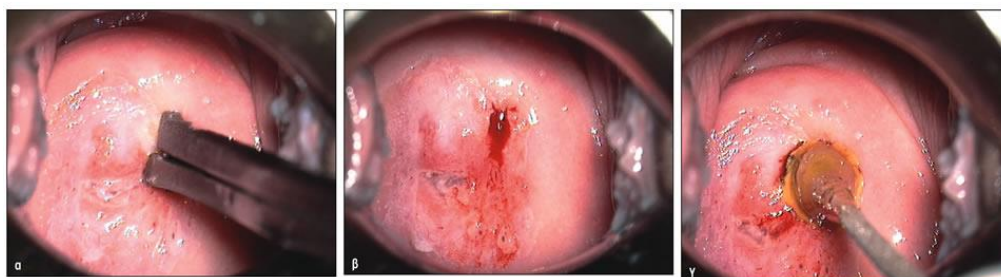
Η φυσική ιστορία της ανάπτυξης του όγκου βασίζεται στην εξέλιξη μιας μικροσκοπικής διήθησης του στρώματος και επιφανειακής επέκτασης της βλάβης. Η σχηματιζόμενη μάζα κυττάρων διηθεί τοπικά το υποκείμενο στρώμα και στη συνέχεια τους παραμητρικούς και παρατραχηλικούς ιστούς. Σε προχωρημένη μορφή παρατηρείται διήθηση των παρακείμενων οργάνων, της ουροδόχου κύστης, του εντέρου και μεθίσταται σε επιχώριους πυελικούς λεμφαδένες. Η διασπορά των καρκινικών κυττάρων μέσω του κυκλοφορικού συστήματος συμβαίνει συνήθως σε πιο προχωρημένη μορφή της νόσου και αφορά στους πνεύμονες, στα οστά ή στα ενδοκοιλιακά όργανα. Από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα παρατηρείται αύξηση της συχνότητας των αδενοκαρκινωμάτων και ιδιαίτερα μεταξύ γυναικών νεαρής ηλικίας (≤ 35 ετών). Το παραπάνω γεγονός αντικατοπτρίζει μια απόλυτη αύξηση της συχνότητας της νόσου και όχι σχετική, λόγω μείωσης της συχνότητας των πλακωδών καρκινωμάτων ως απόρροια του αποτελεσματικού πληθυσμιακού ελέγχου. Η λοίμωξη από HPV αποτελεί την πιθανότερη αιτία αυτής της αύξησης της εμφάνισης των αδενοκαρκινωμάτων (Αντσακλής, 2008).

8.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Όπως σε όλα τα είδη καρκίνων, έτσι και στην περίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η έγκαιρη διάγνωση είναι πολύ σημαντική καθώς, όσο νωρίτερα ανιχνευθούν τυχόν τραχηλικές αλλοιώσεις, τόσο πιο αποτελεσματικά μπορεί να αντιμετωπιστούν. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με ειδικές εξετάσεις, οι οποίες μπορούν να ανιχνεύσουν την ύπαρξη ή όχι του ιού.

8.1.Οπτική εξέταση

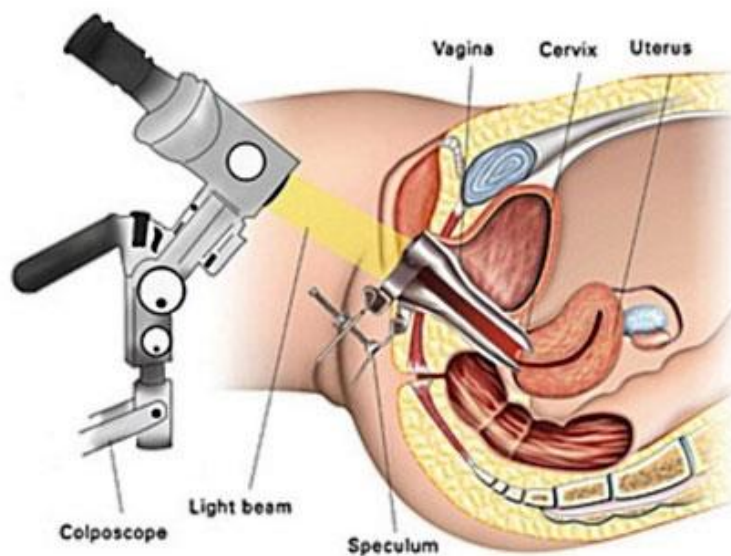
Στην εξέταση αυτή, οι τραχηλικές αλλοιώσεις επισημαίνονται με ασετικό οξύ και με ιώδιο Lugol. Ασετικό οξύ εφαρμόζεται στον τράχηλο με τη βοήθεια βαμβακιού στην άκρη ενός ειδικού εργαλείου και μετά από 1 λεπτό ο τράχηλος φωτίζεται με μια λάμπα των 100 W. Με την εξέταση αυτή, ο γιατρός μπορεί να διαγνώσει αν υπάρχει μεταπλασία, τραχηλίτιδα, κυστίτιδα, κονδύλωμα, CIN 1, CIN 2, CIN 3 νεοπλασία ή καρκίνος κ.α. Αν εμποτιστεί ο τράχηλος με το ιώδιο Lugol, μπορεί να διαγνωστεί αν ο τράχηλος είναι φυσιολογικός, μη φυσιολογικός ή πιθανόν καρκινικός. Το ιώδιο Lugol εμποτίζει το φυσιολογικό επιθήλιο γιατί είναι πλούσιο σε γλυκογόνο. Έτσι, αν το επιθήλιο είναι χρωματισμένο είναι υγιές ενώ αν δεν είναι, το επιθήλιο είναι μη φυσιολογικό (Ιατράκης, 2010).



Εικόνα 7: Κολποσκοπικός έλεγχος του τραχήλου

8.2.Βιοψία μέσω κολποσκόπησης

Με τη βοήθεια του κολποσκοπίου, ο εκάστοτε γιατρός μπορεί να προσδιορίσει τυχόν ανώμαλες περιοχές στο τραχηλικό επιθήλιο, να εντοπίσει τα όρια τους καθώς και περιοχές «στόχους» για βιοψία, να πραγματοποιήσει βιοψία για ιστολογική εξέταση και να σχηματίσει διάγνωση για την καλύτερη θεραπεία (Ιατράκης, 2010).



Εικόνα 8: Κολποσκόπηση

8.3.HPV DNA test

Το HPV DNA test είναι μια νέα, αυτοματοποιημένη εξέταση της μοριακής κυτταρολογίας που έρχεται να αντικαταστήσει το συμβατικό τεστ Παπ, καθώς είναι πιο ευαίσθητη και πιο αξιόπιστη αυτό. Αυτό συμβαίνει διότι τα κύτταρα που θα ληφθούν από την απόξεση θα εξεταστούν γενετικά, ώστε να ανιχνευθεί το DNA του HPV που πιθανόν να έχει μολύνει τον τράχηλο και, ταυτόχρονα, θα ταυτοποιηθεί ο τύπος του. Η διαδικασία της

εξέτασης είναι ακριβώς ίδια με αυτήν του τεστ Παπ. Αξίζει να σημειωθεί πως ο συνδυασμός του με το τεστ Παπ μπορεί να αγγίξει και το 100% αξιοπιστίας. Παρόλ' αυτά, η εξέταση αυτή δε χρησιμοποιείται μόνο για προληπτικό έλεγχο, αλλά και ως βοηθητικό μέσο της κυτταρολογίας ως μέθοδος παρακολούθησης έπειτα από θεραπεία, ώστε να αποφευχθεί το ενδεχόμενο υποτροπής (Ιατράκης, 2010).

9.ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

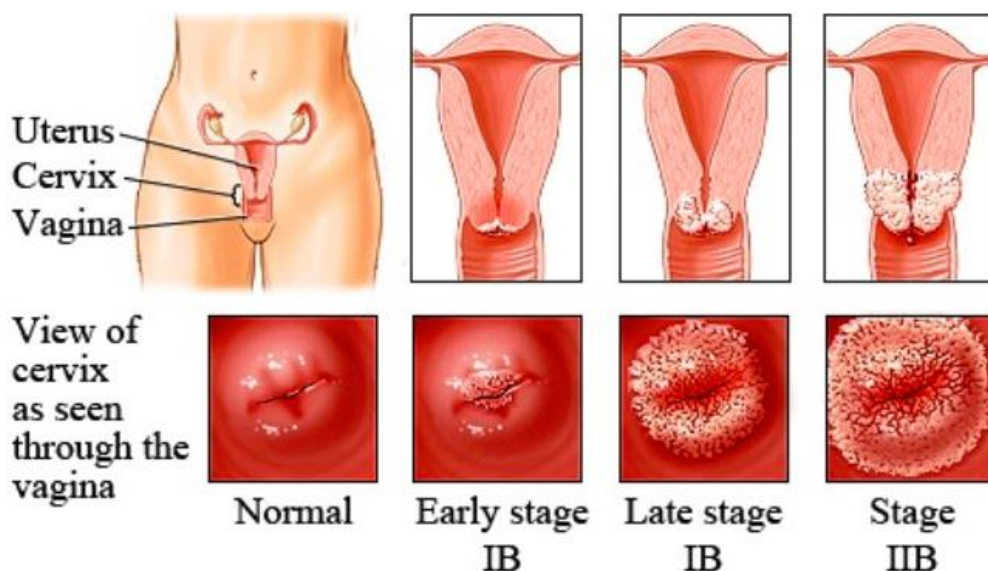
Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας πιστεύεται ότι προκαλείται από πρόδρομες μορφές που ονομάζονται τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) ή πλακώδεις ενδοεπιθηλιακές βλάβες (SIL – Squamous Intraepithelial Lesions). Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να τονισθεί ότι ενώ όλα τα διηθητικά καρκινώματα εκ πλακώδους επιθηλίου ξεκινούν από CIN, δεν εξελίσσονται όλα σε διηθητικό καρκίνο, ενώ δύναται να παραμένουν αμετάβλητα ή ακόμα και να υποχωρήσουν. Η CIN είναι δυνατόν να ανιχνευθεί κυτταρολογικά αρκετό καιρό πριν γίνει αντιληπτή, μακροσκοπικά, οποιαδήποτε ανωμαλία. Ο τακτικός έλεγχος των γυναικών αυτών αποκάλυψε ότι τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες, προηγούνται επί πολλά έτη και ορισμένες φορές επί δεκαετίες, της ανάπτυξης εμφανούς καρκίνου. Παρόλα αυτά όπως προαναφέρθηκε, μόνο τμήμα των αλλοιώσεων αυτών εξελίσσονται σε διηθητικό καρκίνωμα (Αντσακλής, 2008).

Οι CIN μπορεί να αρχίσουν ως χαμηλού βαθμού και να εξελιχθούν σε υψηλού βαθμού ή μπορεί να ξεκινήσουν εξ αρχής ως υψηλού βαθμού, γεγονός που εξαρτάται από την εντόπιση της λοίμωξης από τον HPV, τον τύπο του HPV αλλά και άλλων παραγόντων που συμμετέχουν. Σύμφωνα με τα ιστολογικά ευρήματα, οι προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις ταξινομούνται ως εξής:

- CIN I: Ήπια δυσπλασία
- CIN II: Μέτρια δυσπλασία
- CINIII: Σοβαρή δυσπλασία και καρκίνωμα in situ

Παρόλα αυτά, σε κυτταρολογικά επιχρίσματα, σύμφωνα με το τρέχον σύστημα της Bethesda, οι προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις διακρίνονται σε δύο μόνο ομάδες: χαμηλού και υψηλού βαθμού SIL. Οι χαμηλού βαθμού

βλάβες αντιστοιχούν σε CIN I ή επίπεδο κονδύλωμα και οι υψηλού βαθμού βλάβες σε CIN II ή CIN III. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχει δυνατότητα εξέλιξης από χαμηλότερο σε υψηλότερο βαθμό (Αντσακλής, 2008).



Εικόνα 9:Σχηματική σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι κλινική και πραγματοποιείται κατά κανόνα με την ασθενή σε γενική νάρκωση για πιο αξιόπιστη εκτίμηση. Η σταδιοποίηση, δηλαδή ο καθορισμός του κλινικού σταδίου νόσου δεν αλλάζει μεταγενέστερα ανεξαρτήτως ευρημάτων. Οι κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται στον καθορισμό του σταδίου της νόσου, εκτός από την κλινική εκτίμηση, είναι ο ακτινολογικός έλεγχος ρουτίνας, αξονική τομογραφία, η κολποσκόπηση, η ενδοφλέβιος πυελογραφία, κυστεοσκόπηση και η πρωκτοσιγμοειδοσκόπηση. Εξετάσεις όπως η λεμφαγγειογραφία, μαγνητική τομογραφία, υστεροσκόπηση και τελευταία το PET-Scan εφαρμόζονται σε πιο εξατομικευμένη βάση, επειδή η διαθεσιμότητα τους από κέντρο σε κέντρο διαφέρει (Αντσακλής, 2008).

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά International Federation of Gynaecology and Obstetrics είναι η εξής:

Στάδιο 0	Καρκίνωμα in situ, ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN).
Στάδιο I	Καρκίνωμα εντοπισμένο στο τράχηλο (ανεξάρτητα επέκτασης στο σώμα της μήτρας).
Στάδιο Ia	Διηθητικός καρκίνος που ανιχνεύεται μικροσκοπικά. Βάθος διήθησης 0-5mm και εύρος διήθησης 0-7mm *Διήθηση αγγείων-λεμφαγγείων δεν αλλάζει το στάδιο.
Στάδιο Ia₁	Μικροδιηθητικό καρκίνωμα τραχήλου (MIC-MIAC). Βάθος διήθησης $\leq 3\text{mm}$ και εύρος διήθησης 7mm.
Στάδιο Ia₂	Βάθος διήθησης 3-5mm και εύρος διήθησης 7mm.
Στάδιο Ib	Διηθητικός καρκίνος κλινικά αναγνωρίσιμος.
Στάδιο Ib₁	Κλινική νόσος μ. διαμ. $< 4\text{cm}$
Στάδιο Ib₂	Κλινική νόσος μ. διαμ. $> 4\text{cm}$
Στάδιο II	Διήθηση παραμητρίων χωρίς επέκταση στο πυελικό τοίχωμα ή διήθηση κόλπου χωρίς συμμετοχή κάτω τριτημορίου.
Στάδιο IIa	Διήθηση κόλπου χωρίς συμμετοχή παραμητρίων
Στάδιο IIb	Διήθηση παραμητρίων χωρίς επέκταση στο πυελικό τοίχωμα.
Στάδιο III	Διήθηση κάτω τριτημορίου κόλπου η επέκταση στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα (συμπεριλαμβάνονται όλες οι περιπτώσεις υδρονέφρωσης ή μη λειτουργικού νεφρού).
Στάδιο IIIa	Διήθηση κάτω τριτημορίου κόλπου χωρίς διήθηση παραμητρίου και μέχρι και το πυελικό τοίχωμα.
Στάδιο IIIb	Διήθηση μέχρι πυελικού τοιχώματος ή/και υδρονέφρωση ή μη λειτουργικός νεφρός.
Στάδιο IV	Επέκταση νόσου εκτός γεννητικής οδού.
Στάδιο IVa	Διήθηση βλεννογόνου ουροδόχου κύστης ή ορθού.
Στάδιο IVb	Απομακρυσμένες μεταστάσεις εκτός πυέλου.

10.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος πιο κοινός καρκίνος και η τρίτη σημαντικότερη αιτία θνησιμότητας από καρκίνο σε όλο τον κόσμο, μεταξύ των γυναικών. Ευθύνεται για περίπου για το 12% όλων των καρκίνων στις γυναίκες. Κάθε χρόνο, 493.000 νέες περιπτώσεις εμφανίζονται και περίπου 274.000 γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Alves et al.,2010).

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι πιο συχνός στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Έτσι οι διάφορες μετρήσεις δείχνουν ότι περιοχές όπως η Νότια Αφρική, η Νότια Αμερική και η Νότια Κεντρική Ασία έχουν τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης, με πάνω από 25 ανά 100.000 γυναίκες. Τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης αναφέρθηκαν στην Αϊτή (64 στις 100.000 γυναίκες), στο Λεσότο (46 ανά 100.000 γυναίκες) και στη Βολιβία (42 ανά 100.000 γυναίκες). Στην Ευρώπη, η Φινλανδία ανέφερε το χαμηλότερο ποσοστό εμφάνισης (6,2 ανά 100.000 γυναίκες) που ακολουθείται από τη Μάλτα (7,1 ανά 100.000 γυναίκες) και την Ιρλανδία (8,4 ανά 100.000 γυναίκες) (Alves et al.,2010).

Οι τάσεις εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας επηρεάζονται σαφώς επηρεάζονται από την πρακτική του προσυμπτωματικού ελέγχου. Έτσι για παράδειγμα στις σκανδιναβικές χώρες, τα τυποποιημένα ποσοστά επίπτωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχουν δείξει μια πτωτική τάση από τη δεκαετία του 1960, επιδεικνύοντας μια μείωση από 21,2 ανά 100.000 το 1966 σε 7,6 ανά 100.000 γυναίκες το ο 2006. Από την άλλη πλευρά, κάποιες υποσαχάριες Αφρικανικές περιοχές σημείωσαν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου (Alves et al.,2010).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, λιγότερο από το 50% των γυναικών που πλήττονται από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας επιβιώνουν

περισσότερο από 5 χρόνια, ενώ στις αναπτυγμένες χώρες, η 5ετής επιβίωση είναι περίπου 66%. Περίπου το 80% όλων των περιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των θανάτων που οφείλονται σε αυτόν, συμβαίνουν στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας αναφέρονται στο Λεσότο (38 ανά 100.000 γυναίκες), στην Αϊτή (35 ανά 100.000 γυναίκες) και στην Τανζανία (33 ανά 100.000 γυναίκες). Μια πτωτική τάση στη θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σαφώς παρατηρείται, στις ανεπτυγμένες χώρες, όπου κυρίως αναπτύσσονται προγράμματα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρατηρήθηκε κατά τα έτη 1993-2001, μια σταδιακή μείωση στο ποσοστό θνησιμότητας, το οποίο μειώθηκε από 3,4 ανά 100.000 γυναίκες το 1993, σε 2,8 ανά 100.000 γυναίκες, το 2001. Αντίθετα στη Νότια Αφρική, για παράδειγμα, το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας αυξήθηκε από 9,9 ανά 100.000 γυναίκες κατά το 1993, στο 13,3 ανά 100.000 γυναίκες το 2005 (Alves et al.,2010).

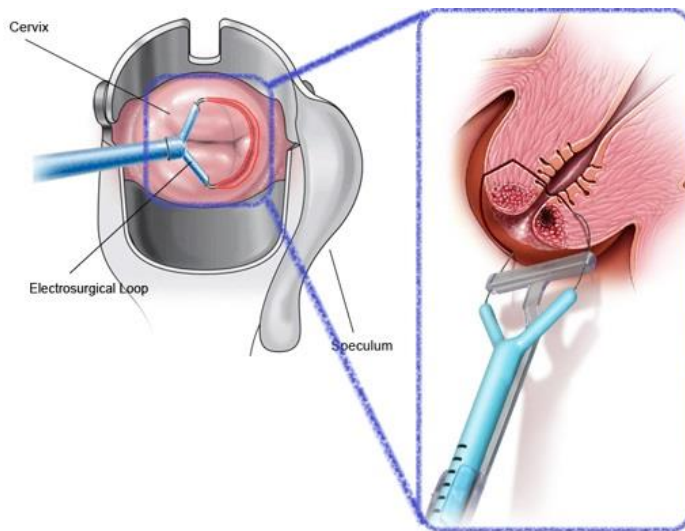
11.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

11.1.Τοπικές μέθοδοι θεραπείας

Η κωνοειδής εκτομή με laser CO₂ υπήρξε για πολλά χρόνια (μαζί με την εξάχνωση με laser CO₂), κύρια μέθοδος θεραπείας των CIN (και πολύ περιορισμένα χρησιμοποιείται και σήμερα). Η μέθοδος πλεονεκτεί διότι εφαρμόζεται σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου με τοπική αναισθησία, αφαιρεί με ακρίβεια την περιοχή που έχει επιλεγεί, έχει μικρό ποσοστό επιπλοκών, παρέχει ιστό για ιστολογική εξέταση (για να ελεγχθεί αν υπάρχει μικροδιήθηση) και η επούλωση του ελλείμματος του τραχηλικού ιστού είναι γρήγορη (σε ~1 μήνα). Μειονεκτήματα της μεθόδου είναι ο ακριβός εξοπλισμός και η σχετικά μεγάλη διάρκεια της επέμβασης. Με κολποσκοπικό έλεγχο, η δέσμη των laser CO₂ χρησιμοποιείται σαν νυστέρι κάνοντας αρχικά κυκλοτερή διατομή της βάσης του κώνου που πρόκειται να αφαιρεθεί. Ο κώνος, που σχηματίζεται προοδευτικά, συλλαμβάνεται με ειδικά εργαλεία και έλκεται προς διάφορες κατευθύνσεις, ενώ η δέσμη πέφτει κυκλοτερώς προοδευτικά σε βαθύτερα στρώματα, μέχρι την αφαίρεση του κώνου. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι ~95% (Ιατράκης, 2015).

Η αγκύλη διαθερμίας (Large Loop Excision of the Transformation Zone-LLETZ) μπορεί συνήθως να εφαρμοστεί σε συνθήκες ιατρείου. Η εξαίρεση της ζώνης μετάπλασης γίνεται με αγκύλη από λεπτό ανοξείδωτο σύρμα. Η αγκύλη έχει διαφορετικά μεγέθη, ανάλογα με το μέγεθος της περιοχής που θα αφαιρέσει, και συνδέεται με μηχανήμα διαθερμίας διά μέσου πλαστικής λαβής που φέρει διακόπτη ενεργοποίησης. Η επίδραση του ηλεκτρισμού στον ιστό εξαρτάται από τη συγκέντρωση των ηλεκτρονίων (μέγεθος του σύρματος), την ισχύ (watts) και την περιεκτικότητα του ιστού σε νερό. Η μέθοδος επιτυγχάνει διατομή και αιμόσταση (με μικρή απώλεια αίματος). Η LLETZ χαρακτηρίζεται από την απλότητα εκμάθησης και εφαρμογής της, την ταχύτητα εκτέλεσης και τον φτηνό εξοπλισμό της.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι επίσης ότι μπορεί να εφαρμοστεί στην πρώτη επίσκεψη, αμέσως μετά τον κολποσκοπικό έλεγχο της ασθενούς, ότι ο τραχηλικός ιστός αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση, ενώ η επούλωση είναι ικανοποιητική. Σε πολλά κέντρα, η μέθοδος έχει αντικαταστήσει εδώ και αρκετά χρόνια τα laser CO₂ (ή γίνεται παράλληλη εφαρμογή σε βλάβες διαφόρων εντοπίσεων). Η μέθοδος λόγω της απλότητας εφαρμογής της κατηγορήθηκε ότι χρησιμοποιείται «ευρέως» σε πολλές περιπτώσεις όπου θα ήταν αρκετή η απλή παρακολούθηση (Ιατράκης, 2015).



Εικόνα 10: Εκτομή της ύποπτης περιοχής με αγκύλη διαθερμίας

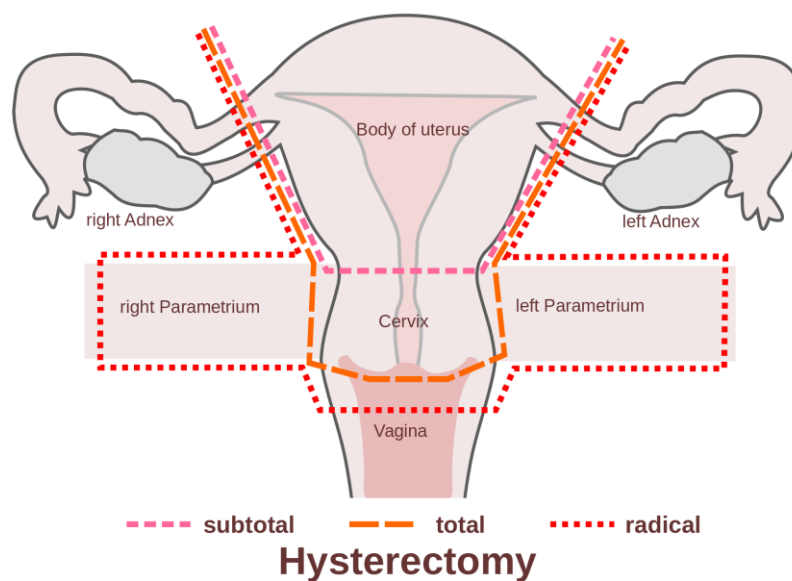
11.2.Χειρουργική θεραπεία

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

χειρουργική αντιμετώπιση να λαμβάνει υπόψη τη διατήρηση της γονιμότητας σε αυτό τον πληθυσμό (Palmer & Gillespie, 2010).

Με βάση το στάδιο της νόσου η χειρουργική θεραπεία που προτείνεται ακολουθεί τους εξής κανόνες:

- Στάδιο IA1: Σε βάθος διήθησης <3 mm (με αυστηρά παθολογοανατομικά κριτήρια), η πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων είναι πολύ μικρή και επομένως στις περιπτώσεις αυτές, η κωνοειδής εκτομή είναι αρκετή, ιδιαίτερα στην αναπαραγωγική ηλικία.
- Στάδιο IA2: Σε βάθος διήθησης 3-5 mm, η πιθανότητα λεμφαδενικής μετάστασης είναι >3 % και γι' αυτό εφαρμόζονται ριζικότερες χειρουργικές επεμβάσεις με πυελική λεμφαδενεκτομία, όπως είναι η ριζική τραχηλεκτομή ή η τροποποιημένη ριζική υστερεκτομή.
- Στάδιο IB/IIA: Εδώ εφαρμόζεται ακόμα ριζικότερη χειρουργική επέμβαση, δηλαδή ριζική υστερεκτομία και εκτίμηση των παραορτικών λεμφαδένων (Ιατράκης, 2015).



Εικόνα 11: Τύποι υστερεκτομής

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 (Palmer & Gillespie, 2010).

11.3.Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κύρια ή επικουρική θεραπεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ο συνδυασμός της εξωτερικής ακτινοθεραπείας και της βραχυθεραπείας θεωρείται ως αποτελεσματική θεραπεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Palmer & Gillespie, 2010). 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. Στη διάρκεια της δεύτερης φάσης, γίνεται βραχυθεραπεία που περιλαμβάνει την εισαγωγή καθετήρα διά μέσου του τραχήλου προς την ενδομητρική κοιλότητα. Η ενδοκοιλοτική ακτινοβολία σκοπεύει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου στον τράχηλο και τους γύρω ιστούς (Ιατράκης, 2015).

11.4.Χημειοθεραπεία

Η ταυτόχρονη κυτταροτοξική χημειοθεραπεία με σισπλατίνη και με ακτινοβολία (χημειοακτινοθεραπεία) έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική στη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Palmer & Gillespie, 2010).

11.5.Διαχείριση της διάχυτης νόσου

Η διαχείριση των ασθενών με νόσο στάδιο IVB αποσκοπεί στον έλεγχο των συμπτωμάτων και του πόνου. Αν και η θεραπεία με σισπλατίνη μπορεί

να χρησιμοποιηθεί σε μια προσπάθεια να ανακουφίσει τα συμπτώματα ή να παρατείνει την επιβίωση, τα ποσοστά ανταπόκρισης είναι γενικά φτωχά. Σε γυναίκες με μεταστατική νόσο, η εντοπισμένη ακτινοθεραπεία έχει ρόλο στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, ιδίως όταν συνδέονται με οστικές ή εγκεφαλικές μεταστάσεις (Palmer & Gillespie, 2010).

12.ΠΡΟΓΝΩΣΗ- ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Οι γυναίκες που είχαν τοπική εκτομή ή χειρουργική θεραπεία με διατήρηση της γονιμότητας, πρέπει να ελέγχονται με εξέταση της τραχηλικής βλέννας κάθε 6 ως 12 μήνες, για 10 χρόνια πριν από την επιστροφή στο πρόγραμμα ρουτίνας της κυτταρολογίας του τραχήλου της μήτρας. Αν και δεν υπάρχει ισχυρή απόδειξη για την τακτική παρακολούθηση μετά από ριζική υστερεκτομή, ακτινοθεραπεία ή χημειοακτινοθεραπεία, οι γυναίκες πρέπει να εξετάζονται κάθε τρεις έως τέσσερις μήνες για τα δύο πρώτα χρόνια και κάθε έξι μήνες για τα επόμενα δύο χρόνια. Στη συνέχεια σε ετήσια βάση, μέχρι τα πέντε χρόνια (Palmer & Gillespie, 2010).

Λόγω της ποικιλίας των θεραπειών και της νοσηρότητας, οι γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας πρέπει να υποβάλλονται σε μια διεπιστημονική παρακολούθηση. Μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία, οι γυναίκες μπορεί να αντιμετωπίσουν μια ποικιλία βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης νοσηρότητας και μπορεί να υποφέρουν από την υποτροπή της νόσου. Περίπου το 10-20 % των ασθενών γυναικών με αρνητικούς λεμφαδένες, σταδίου IB-IIA , θα παρουσιάσουν υποτροπή εντός δύο ετών από τη διάγνωση. Περίπου το 70% των γυναικών με θετικούς λεμφαδένες ή τοπικά προχωρημένο όγκο, υποτροπιάζουν, παρουσιάζοντας μια κακή πρόγνωση. Οι γυναίκες με υποτροπιάζουσα ή μεταστατικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μπορεί να εμφανίσουν ποικίλα συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων κολπικών εκκρίσεων ή αιμορραγίας, πόνο, απώλεια βάρους και ψυχολογική δυσφορία (Palmer & Gillespie, 2010).

13.ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΈΛΕΓΧΟΣ

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ο προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ξεκίνησε ως μια ευκαιριακή δραστηριότητα, και εξακολουθεί να είναι ευκαιριακός και όχι συστηματικός στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Παρά το σχετικά υψηλό επίπεδο πόρων, λίγα εθνικά και καλά οργανωμένα και τεκμηριωμένα προγράμματα είναι σε πλήρη εφαρμογή. Μια πρόσφατη έκθεση για την κατάσταση στις δομές ελέγχου του καρκίνου στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έδειξε ότι 8 χώρες δεν έχουν οργανωμένα προγράμματα (Βουλγαρία, Κύπρος, Γερμανία, Ελλάδα, Λετονία, Λουξεμβούργο, Μάλτα και Ελβετία). Μεταξύ των υπόλοιπων, οι 14 χώρες έχουν προγράμματα με εθνική κάλυψη. Το ποσοστό συμμετοχής κυμαίνεται μεταξύ 10% και 80%, περίπου. Σε χώρες όπως η Αυστρία, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Πορτογαλία, η Ρουμανία και η Ισπανία, τα οργανωμένα προγράμματα είχαν υλοποιηθεί, αλλά όχι σε εθνική κάλυψη (Linós & Riza, 2008).

13.1. Τεστ Παπανικολάου

Το τεστ Παπανικολάου είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο test. Οι πρώτες χώρες με οργανωμένο πρόγραμμα ήταν η Φινλανδία, που άρχισε την εφαρμογή οργανωμένου προγράμματος ελέγχου από το 1963 και παρουσιάζει τώρα μια εθνική κάλυψη σε ποσοστό 97,5%, και ένα ποσοστό συμμετοχής του 71%, ακολουθούμενη από τη Σουηδία, με συμμετοχή 70% και 100% εθνική κάλυψη και η Αυστρία με περιφερειακά οργανωμένο πρόγραμμα που ξεκίνησε το 1970, με μια συμμετοχή του 75% των γυναικών ηλικίας μεταξύ 20 - 49 ετών και 50% των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών (Trottier & Franco, 2006).

Οι Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές συνιστούν περιοδικό έλεγχο κάθε τρία έως πέντε έτη. Το διάστημα μεταξύ της τακτικής κυτταρολογικής

εξέταση είναι 3 έτη. Σε μερικές χώρες, όπως η Εσθονία, η Φινλανδία, η Ολλανδία και η Ρουμανία συνίσταται περιοδικός τακτικός κυτταρολογικός έλεγχος κάθε πέντε χρόνια διάστημα (Alves et al.,2010).

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος υψηλής ποιότητας με κυτταρολογική εξέταση (τεστ Παπ) έχει μειώσει σημαντικά τη θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Από την εισαγωγή της κυτταρολογίας για την ανίχνευση του τραχήλου της μήτρας στις Ηνωμένες Πολιτείες στα μέσα του 20ου αιώνα, ο καρκίνος του της μήτρας, τώρα κατατάσσεται στη 14η θέση για τους προκαλούμενους θανάτους. Το 2012, εκτιμάται ότι περίπου 12.170 περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας θα διαγνωστούν, ενώ εκτιμάται ότι 4.220 γυναίκες θα πεθάνουν από αυτή την αιτία (Saslow et al., 2012).

Ο πρωταρχικός στόχος της εξέτασης κολποτραχηλικού επιχρίσματος Παπανικολάου είναι να προστατέψει από την ανάπτυξη διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ανιχνεύοντας προκαρκινικές αλλοιώσεις (Τραχηλική Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία) στο επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας (Saslow et al., 2012).

Το τεστ Παπανικολάου, επίσης, είναι μία ευαίσθητη μέθοδος διάγνωσης του μικροδιηθητικού καρκίνου του τραχήλου. Οι γυναίκες με μικροδιηθητικό καρκίνο (FIGO στάδιο 1) συχνά δεν γνωρίζουν την ύπαρξη της νόσου γιατί συνήθως είναι ελεύθερες συμπτωμάτων. Η διάγνωση και η θεραπεία του διηθητικού καρκίνου, που βρίσκεται ακόμη στα πρώτα στάδια εξέλιξης, βελτιώνει σημαντικά την πρόγνωση (αλλαγή του προσδόκιμου επιβίωσης) του ασθενούς (Saslow et al., 2012).

Για αυτούς τους λόγους το τεστ Παπανικολάου χρησιμοποιείται κυρίως ως μέθοδος προληπτικού ελέγχου των γυναικών που είναι ελεύθερες τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN) και μικροδιηθητικού καρκίνου. Η λήψη επιχρίσματος γίνεται με τη βοήθεια ενδοσκοπίου, με το οποίο διευκολύνεται το άνοιγμα του κολεού και επιτρέπεται η συλλογή

κυττάρων από το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου της μήτρας και του ενδοτραχήλου (Saslow et al., 2012).

13.2.HPV- DNA trest

Το HPV test ανιχνεύει τους ογκογόνους τύπους του ιού HPV στα τραχηλικά και κολπικά επιχρίσματα, ανιχνεύει δηλαδή τη μόλυνση από τον HPV και όχι τις καρκινικές ή προκαρκινικές αλλοιώσεις. Το HPV test χρειάζεται εργαστηριακή υποδομή προηγμένης τεχνολογίας, η οποία δεν έχει περάσει ακόμα στο δημόσιο τομέα, ενώ η ίδια η εξέταση είναι ακόμα αρκετά δαπανηρή και το κόστος ανεβαίνει ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με την κλασική κυτταρολογική εξέταση σε προγράμματα πληθυσμιακού προσυμπτωματικού ελέγχου (Saslow et al., 2012).

14.Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HUMAN PAPILLOMA VIRUS- HPV)

14.1.Ορισμός

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus- HPV) είναι μικρός σε μέγεθος DNA ιός διαμέτρου 52-55 nm. Το γονιδίωμα του HPV έχει μέγεθος 8000 ζεύγη βάσεων. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί πάνω από 100 διαφορετικά στελέχη του HPV. Περίπου 30 στελέχη έχουν εντοπισθεί στα επιθήλια ή το δέρμα της πρωκτογεννητικής περιοχής σε άνδρες και γυναίκες, ενώ τα άλλα στελέχη προσβάλλουν συνήθως το δέρμα σε άλλες περιοχές του σώματος, τα επιθήλια στη στοματική κοιλότητα και το ανώτερο αναπνευστικό, και σπάνια άλλους ιστούς. Ορισμένα στελέχη (π.χ. 6, 11, 42, 43, 44) προκαλούν συνήθως τα γνωστά κονδυλώματα, τα οποία είναι καλοήθεις αλλοιώσεις (Bosch & de Sanjose, 2006).

14.2.Παράγοντες κινδύνου

- **Ηλικία:** Ο επιπολασμός της λοίμωξης από τους HPV στις γυναίκες διαφέρει στις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Τα μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρούνται σε γυναίκες μεταξύ 15 και 25 ετών. Τα ποσοστά μειώνονται σταδιακά με την αύξηση της ηλικίας, ώσπου να σταθεροποιηθούν μετά τα 40 έτη. Η υψηλή συχνότητα της λοίμωξης από τους HPV στις νεαρές ηλικίες αποδίδεται συχνά στη συχνότερη εναλλαγή συντρόφων, που παρατηρείται σε αυτές τις ηλικίες. Ωστόσο, η έναρξη της σεξουαλικής ζωής σε νεαρή ηλικία αποτελεί και παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Τζανετάκου & Νικολαΐδου, 2008).
- **Σεξουαλική συμπεριφορά:** Ο κίνδυνος της λοίμωξης από τους HPV αυξάνεται με τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, τόσο των πρόσφατων όσο και τον συνολικό σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Ο

επιπολασμός της λοίμωξης αυξάνεται, επίσης, όσο μειώνεται το διάστημα μεταξύ της εμμηναρχής και της έναρξης της σεξουαλικής ζωής. Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από τη μεγαλύτερη ευπάθεια του τραχήλου των νεαρών γυναικών στη λοίμωξη (Τζανετάκου & Νικολαΐδου, 2008).

- Μέθοδοι αντισύλληψης: Η σχέση των διαφόρων μεθόδων αντισύλληψης με τον κίνδυνο λοίμωξης από τους HPV είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, γιατί η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων συνδέεται άμεσα με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Σύμφωνα με δημοσιεύσεις, η προστασία που προσφέρει η χρήση του προφυλακτικού έναντι της HPV λοίμωξης είναι περιορισμένη. Αυτό το εύρημα πιθανώς οφείλεται στο ότι το προφυλακτικό μπορεί να εμποδίσει την επαφή μιας περιορισμένης μόνο επιφάνειας της γεννητικής περιοχής μεταξύ δύο συντρόφων και δεν καλύπτει όλες τις μολυσμένες από τον ιό περιοχές. Επιπλέον, πολλοί σύντροφοι δεν τοποθετούν το προφυλακτικό από την αρχή των ερωτικών παιχνιδιών παρά μόνο πριν συμβεί η διείσδυση, με αποτέλεσμα ο υγιής σύντροφος να έχει ήδη μολυνθεί. Ωστόσο, η χρήση του προφυλακτικού δεν πρέπει να αποθαρρύνεται, λόγω της προστασίας που προσφέρει έναντι άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, κυρίως της λοίμωξης από τον HIV (Τζανετάκου & Νικολαΐδου, 2008).
- Ανοσοκαταστολή: Η οροθετικότητα για τον HIV έχει συσχετιστεί με αυξημένο επιπολασμό τραχηλικής HPV λοίμωξης και τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας, και η ισχύς αυτών των συσχετίσεων αυξάνεται με την επιδείνωση της ανοσολογικής κατάστασης του ασθενούς. Επιπλέον, ο καρκίνος του τραχήλου εμφανίζεται με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα σε οροθετικές γυναίκες, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Τζανετάκου & Νικολαΐδου, 2008).

- **Κάπνισμα:** Η συσχέτιση του καπνίσματος με την ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία και τον καρκίνο του τραχήλου έχει μελετηθεί διεξοδικά και τα αποτελέσματα είναι σταθερά. Το κάπνισμα συσχετίζεται με την εμφάνιση τόσο παθολογικών κυτταρικών επιχρισμάτων, όσο και ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας και καρκίνου του τραχήλου σε γυναίκες θετικές για HPV υψηλού κινδύνου (Τζανετάκου & Νικολαΐδου, 2008).

14.3.Κλινικές εκδηλώσεις HPV μόλυνσης

Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες HPV μολύνσεις οδηγούν σε τρία πιθανά αποτελέσματα, ανάλογα με τον τύπο του HPV που εμπλέκεται. Η πρώτη είναι τα οξυτενή κονδυλώματα πάνω ή γύρω από τα γεννητικά όργανα και τον πρωκτό τόσο σε άνδρες, όσο και σε γυναίκες. Τα οξυτενή κονδυλώματα γενικά σχετίζονται με τον HPV-6 και τον HPV-11 και δεν οδηγούν σε καρκίνο. Τα περισσότερα είναι ασυμπτωματικά και μπορεί να υποχωρήσουν αυθόρμητα σε διάστημα 3 - 4 μηνών, να παραμείνουν τα ίδια, ή να αυξηθούν σε μέγεθος και αριθμό. Οι επιλογές ίασης περιλαμβάνουν την εκτομή και τη χορήγηση τοπικών παραγόντων όπως είναι η ποδοφυλλίνη (0,5% Podocin ή Aldara) (Νικολαΐδου, 2014).

Το δεύτερο αποτέλεσμα είναι μια λανθάνουσα ή ανενεργή μόλυνση, κατά την οποία ελάχιστοι άνθρωποι γνωρίζουν ότι μολύνθηκαν, έως ότου να εμφανισθούν τυχαία αισθητά συμπτώματα και η περιοχή παραμένει κυτταρολογικά φυσιολογική (Νικολαΐδου, 2014).

Το τρίτο αποτέλεσμα είναι μια ενεργή μόλυνση, η οποία κυρίως σχετίζεται με τύπους HPV υψηλού κινδύνου. Στην περίπτωση αυτή, ο ιός προκαλεί μεταβολές στα μολυσμένα κύτταρα οι οποίες μπορεί να καταλήξουν σε νεοπλασία του πέους, της ουρήθρας, της κύστης, του κόλπου, του αιδοίου, ή του τραχήλου. Οι HPV τύποι υψηλού κινδύνου περιλαμβάνουν τύπους που σχετίζονται με αλλοιώσεις υψηλού βαθμού και καρκίνο τράχηλου της μήτρας (Νικολαΐδου, 2014).

14.4. Φυσική ιστορία της νόσου

Στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, η άμυνα του ξενιστή αντιμετωπίζει τη μόλυνση και ο ιός δεν προκαλεί καμία αλλοίωση στα κύτταρα ή προκαλεί ελαφρού βαθμού αλλοιώσεις, οι οποίες αυτοιώνονται μετά την πάροδο του χρόνου. Υπολογίζεται ότι από τις 100 γυναίκες που θα μολυνθούν από τον HPV, μόνο 1-2 γυναίκες κινδυνεύουν να εμφανίσουν προκαρκινική ή καρκινική αλλοίωση στον τράχηλο της μήτρας, εφόσον δεν υποβάλλονται στον απαιτούμενο προληπτικό έλεγχο, με τον οποίο μπορεί να ανιχνευθεί έγκαιρα η βλάβη. Αξίζει να σημειωθεί ότι η εξέλιξη των αλλοιώσεων γίνεται αργά, σε 5-15 χρόνια. Ο HPV 16 και ο HPV 18 υπολογίζεται ότι είναι υπεύθυνοι για το περίπου 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και το 75-80% των καρκίνων του πρωκτού, το 45-70% της υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας και το 80% του αδενοκαρκινώματος *in situ* (Νικολαΐδου, 2014).

14.5. Εμβόλια

Ο εμβολιασμός έναντι του HPV είναι από τις σημαντικότερες παρεμβάσεις για την καταπολέμηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Έως τώρα η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είχε προσανατολισμό στην ανίχνευση βλαβών στο επιθήλιο του τραχήλου, με το τεστ Παπανικολάου και την θεραπεία αυτών πριν εξελιχθούν σε κακοήξεις νεοπλασίες. Με το εμβόλιο γίνεται δυνατή, για πρώτη φορά, η πρωτογενής πρόληψη της ασθένειας (Κοντέ, 2014).

Τα εμβόλια που διατίθενται για τον HPV είναι δύο, το διδύναμο και το τετραδύναμο. Τόσο το διδύναμο όσο και το τετραδύναμο είναι ανοσοενισχυμένα ανασυνδυασμένα εμβόλια που παρασκευάζονται από υψηλής καθαρότητας σωματίδια προσομοιάζοντα του ιού. Οι τύποι αυτοί είναι οι 16 και 18 και για τα δύο εμβόλια και επιπλέον οι τύποι 6 και 11 για το τετραδύναμο. Στη χώρα μας διατίθενται και τα δύο είδη εμβολίου με δοσολογικό σχήμα 3 δόσεων. Για το μεν διδύναμο οι δόσεις είναι 0-1-6 μήνες,

ενώ για το τετραδύναμο είναι 0-2-6 μήνες. Η διάρκεια της προστασίας παρακολουθείται με μελέτες, όμως έχει διαπιστωθεί υψηλός τίτλος αντισωμάτων και 9 χρόνια μετά τον εμβολιασμό. Ιδιαίτερα θα πρέπει να τονιστεί ότι ο εμβολιασμός δεν υποκαθιστά τον τακτικό προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Κοντέ, 2014).

Το εμβόλιο για HPV έχει λάβει άδεια σε πάνω από 100 χώρες παγκοσμίως. Στην Ευρώπη, σύμφωνα με έρευνα που έγινε από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, 23 από τα 28 Κράτη- Μέλη έχουν υιοθετήσει τον εμβολιασμό έναντι του HPV. Στη χώρα μας το εμβόλιο HPV συμπεριλαμβάνεται στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών από το 2008. Όμως τα ποσοστά εμβολιασμού παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα (Κοντέ, 2014).

14.6.Ενδείξεις του εμβολιασμού

Τα δύο εμβόλια έχουν εγκριθεί για χορήγηση από τις ηλικίες 9 ετών και άνω:

- Το τετραδύναμο χρησιμοποιείται για την προφύλαξη από:
 - ✓ τις προκαρκινικές γεννητικές αλλοιώσεις (του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου και του κόλπου), τις προκαρκινικές αλλοιώσεις του πρωκτού, τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον καρκίνο του πρωκτού που σχετίζονται με συγκεκριμένους ογκογονικούς τύπους του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV)
 - ✓ τους ακροχορδόνες των γεννητικών οργάνων (οξυτενές κονδύλωμα) που σχετίζονται με συγκεκριμένους τύπους HPV (Κοντέ, 2014).
- Το διδύναμο για την πρόληψη των:
 - ✓ προκαρκινικών γεννητικών (τραχηλικών, αιδοϊκών και κολπικών) βλαβών και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

που σχετίζεται αιτιολογικά με συγκεκριμένους ογκογόνους τύπους του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) (Κοντέ, 2014).

Στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών συνιστάται το εμβόλιο HPV σε κορίτσια ηλικίας 12-15 ετών, αλλά και σε κορίτσια και γυναίκες ηλικίας 15-26 ετών, εάν δεν έχουν εμβολιαστεί στη συνιστώμενη ηλικία. Στις ομάδες αυτές το κόστος καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία (Κοντέ, 2014).

ΜΕΡΟΣ 2^ο

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΙΣΤΟΡΙΚΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

1.1.Γυναικολογικό ιστορικό

Όταν η γυναίκα προσέρχεται με οξύ ή χρόνιο πρόβλημα που χρήζει εισαγωγής σε νοσοκομείο για περαιτέρω έλεγχο ή και για προγραμματισμό χειρουργικής επέμβασης τότε λαμβάνεται αναλυτικότερο ιστορικό που συνήθως λαμβάνεται σε εξωτερικό γυναικολογικό ιατρείο νοσοκομείου. Αυτό το ιστορικό περιλαμβάνει τα στοιχεία της ασθενούς όπως αυτά που περιλαμβάνονται σε ένα συνοπτικό ιστορικό και επιπλέον περισσότερα στοιχεία για τον σύζυγο ή για κάποιον συγγενή που μπορούμε να αναζητήσουμε σε έκτακτη ανάγκη, το πρόβλημα που αιτιάζεται, 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. Αναλυτικότερα:

- Το οικογενειακό- κληρονομικό ιστορικό αφορά στην κατάσταση υγείας του πατέρα, της μητέρας των αδελφών, του συζύγου, των παιδιών και των συγγενών της γυναίκας.
- Η προηγούμενη κατάσταση υγείας της γυναίκας αφορά στα παιδικά νοσήματα που έχει περάσει, τις εγχειρήσεις- επεμβάσεις που έχει κάνει, τραύματα και κακώσεις που έχει υποστεί, φάρμακα που έχει λάβει για θεραπείες σοβαρών νοσημάτων και εάν εμφανίζει 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 τα στοιχεία κατά συστήματα, ότι αφορά κυρίως το δέρμα, την κεφαλή και τον τράχηλο, τα μάτια, τα αυτιά, τη μύτη, το στόμα, τον φάρυγγα, το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό, το πεπτικό, το αιμοποιητικό, τους λεμφαδένες, το ουροποιητικό το νευρικό και γενικότερα την ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας.
- Το ιστορικό περιλαμβάνει επίσης τα ευρήματα της εξέτασης των μαστών, συμπεριλαμβανομένων και των τραχηλικών, υπερκλείδιων, μασχαλαίων και βουβωνικών λεμφαδένων.
- Επίσης, περιλαμβάνονται τα ευρήματα της εξέτασης της κοιλιάς, με επισκόπηση, επίκρουση, ψηλάφηση και ακρόαση, μαζί με την εξέταση του ήπατος, του σπλήνα, των νεφρών, και τη δακτυλική εξέταση (δουγλάσιο, κύστη, ορθό), τα ευρήματα της εξέτασης του περινέου, του αιδοίου, του κόλπου, του τραχήλου, του σώματος της μήτρας, των εξαρτημάτων και των παραμητρίων (Ιατράκης, 2010).

Το γυναικολογικό ιστορικό περιλαμβάνει το διάγραμμα- στο οποίο απεικονίζονται σε σύνοψη η όλη κατάσταση της γυναίκας- ασθενούς διότι εμπεριέχει τα ατομικά στοιχεία της γυναίκας, τα ζωτικά στοιχεία, τον αριθμό μητρώου, την κλινική, τον θάλαμο, τη γενική της κατάσταση που αφορά στην πάθηση ή επέμβαση που έχει κάνει, τις ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο, την ημέρα της επέμβασης, τη μετεγχειρητική πορεία (μεταγγίσεις, έμετοι, ουρήσεις, έγερση κ.λπ.) (Ιατράκης, 2010).

Επιπρόσθετα, το γυναικολογικό ιστορικό περιλαμβάνει τη δήλωση συγκατάθεσης της ασθενούς, το δελτίο εργαστηριακών εξετάσεων, τα ευρήματα της εξέτασης του αναισθησιολόγου και ένα έντυπο στο οποίο καταγράφεται η πορεία της νόσου. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη δήλωση συγκατάθεσης, η ασθενής θα πρέπει να διαβάσει καλά ή να της αναγνωστούν τα της δήλωσης γιατί συνήθως υπογράφει χωρίς να έχει διαβάσει τι ακριβώς υπογράφει (Ιατράκης, 2010).

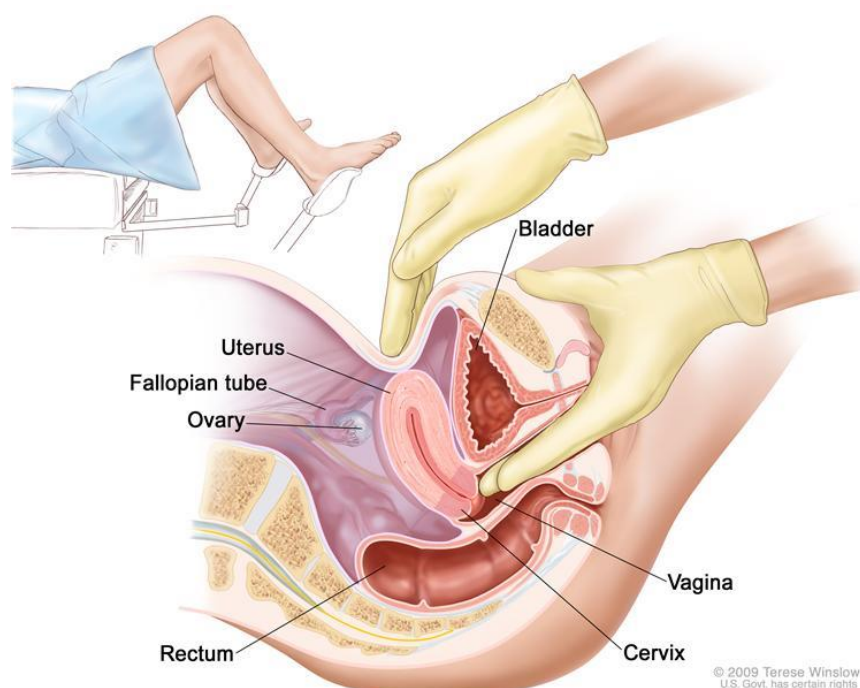
Πριν τη λήψη πλήρους ιστορικού, ο επαγγελματίας υγείας ρωτά την αιτία για την οποία προσήλθε η γυναίκα. Η ερώτηση μπορεί να διατυπωθεί ως εξής: Έχετε κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα ή προβλήματα που σας έφεραν εδώ σήμερα;. Η ασθενής, με δικά της λόγια, πρέπει να περιγράψει λεπτομερώς το ενόχλημα για το οποίο ζητά τη βοήθεια μας. Από αυτή την πληροφορία, συχνά, μπορεί να πιθανολογηθεί η διάγνωση. Οι αιτίες προσέλευσης εξαρτώνται σημαντικά από την ηλικία της ασθενούς και περιλαμβάνουν:

- Κολπική αιμόρροια που δεν σχετίζεται με την εμμηνορρυσία (περίοδο) στη γόνιμη ηλικία ή που εμφανίζεται πριν την εφηβεία ή μετά την εμμηνόπαυση.
- Προβλήματα σχετικά με την εμμηνορρυσία όπως: Προεμμηνορρυσιακή τάση, πόνος κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας (δυσμηνόρροια), παράταση της εμμηνορρυσίας ή απώλεια μεγάλης ποσότητας αίματος.
- Αμηνόρροια κατά τη γόνιμη ηλικία ή στο τέλος της (δευτεροπαθής), οπότε πιθανότερες αιτίες είναι η κύηση (το πρώτο που σκεφτόμαστε σε προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες) ή η εμμηνόπαυση αντίστοιχα.
- Πόνο κατά τη συνουσία (δυσπαρευνία).
- Αίσθημα βάρους (κυστεοκήλη, ορθοκήλη, πρόπτωση μήτρας).
- Διάταση της κοιλίας από όγκο ή από ασκитικό υγρό.
- Οξύ ή χρόνιο πυελικό (ή κοιλιακό) πόνο που αποτελεί επίσης συνηθισμένη αιτία προσέλευσης στον γυναικολόγο (Ιατράκης, 2010).

1.2. Γυναικολογική εξέταση

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει τα ζωτικά σημεία, τη θερμοκρασία, την αρτηριακή πίεση, τις σφίξεις, τις αναπνοές, τη γενική κατάσταση, την

όψη, τη θρέψη, το ύψος, το βάρος και την κατάσταση της κινητικότητας της (Ιατράκης, 2010).



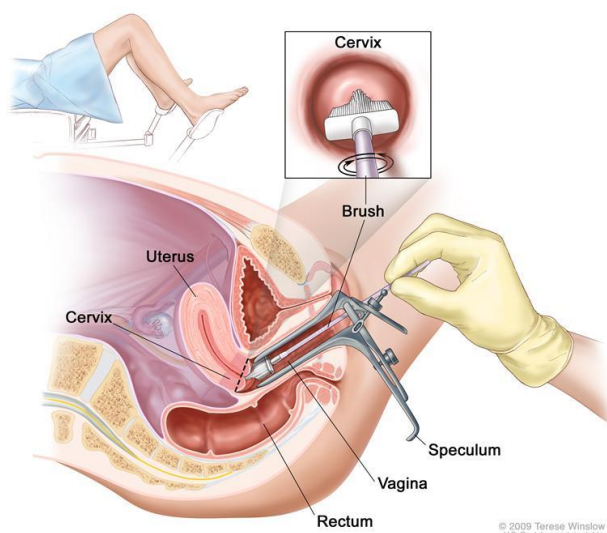
Εικόνα 12:Γυναικολογική εξέταση

Πριν από τη γυναικολογική εξέταση εξηγούνται τα βήματα της εξέτασης. Πρέπει επίσης να τονίζεται στη γυναίκα ότι η γυναικολογική εξέταση είναι ανώδυνη. Η σημασία της γυναικολογικής εξέτασης είναι τεράστια τόσο σε καταστάσεις ρουτίνας όσο και σε επείγουσες καταστάσεις της μαιευτικής και γυναικολογίας. Η γυναικολογική εξέταση γίνεται συνήθως σε ιδιαίτερο χώρο (εξεταστήριο). Δίπλα στο εξεταστήριο υπάρχει τουαλέτα και ζητείται απαραίτητα από τη γυναίκα να ουρήσει πριν από τη γυναικολογική εξέταση (αφού η γεμάτη ουροδόχος κύστη εμποδίζει την ψηλάφηση της μήτρας και των εξαρτημάτων). Η παρουσία άλλου προσώπου (κυρίως μαιάς ή νοσηλεύτριας) εξασφαλίζει περισσότερο τον γιατρό. Στην καθημερινή πρακτική, η εξέταση γίνεται συχνά χωρίς την παρουσία τρίτου προσώπου. Στη συνέχεια, αν χρειάζεται, γίνεται συζήτηση με την ασθενή για πιθανές παρακλινικές διαγνωστικές εξετάσεις (Ιατράκης, 2010).

2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

2.1.Δοκιμασία κατά Παπανικολάου (Pap test)- Νοσηλευτικές διεργασίες

Το επίχρισμα Παπανικολάου (Pap-test) χρησιμοποιείται για να διαγνωστεί η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Χρησιμοποιείται επίσης για την εκτίμηση της ορμονικής κατάστασης και την αναγνώριση της παρουσίας σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως η λοίμωξη με τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων ή θηλωμάτων (HPV). Με τη γυναίκα σε γυναικολογική θέση, το μητροσκόπιο εισέρχεται για την επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας. Μια πλαστική ή ξύλινη σπάτουλα χρησιμοποιείται για την απόξεση του στομίου του τραχήλου της μήτρας και άλλων ύποπτων περιοχών και το υλικό τοποθετείται σε αντικειμενοφόρο πλάκα για κυτταρολογική εξέταση. Ένας βαμβakoφόρος στείλεος χρησιμοποιείται για τη λήψη δείγματος από τον ενδοτράχηλο, και το δείγμα αυτό τοποθετείται σε άλλη αντικειμενοφόρο πλάκα (Lowdermilk & Shannon 2013).



Εικόνα 13:Λήψη επιχρίσματος τραχήλου με τη μέθοδο Παπανικολάου

Κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας, η νοσηλεύτρια πρέπει να βεβαιωθεί 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 η εξέταση για άλλη χρονική στιγμή, με καταλληλότερο χρόνο για τη δοκιμασία να θεωρείται το μέσον του έμμηνου κύκλου (Lowdermilk & Shannon 2013).

Η νοσηλεύτρια εξηγεί στη γυναίκα το σκοπό της δοκιμασίας και τι πρόκειται να αισθανθεί καθώς λαμβάνονται τα δείγματα (π.χ., πίεση αλλά όχι πόνο). Λαμβάνει το επίχρισμα για τη δοκιμασία κατά Παπανικολάου με τη χρήση των ενδοτραχηλικών συσκευών συλλογής (κυτταρολογικό βουρτσάκι, βουρτσάκι τραχήλου, πιπέτα, ή στυλεός που σαρώνει κύτταρα). Εάν χρησιμοποιείται η μέθοδος συλλογής των δύο δειγμάτων, το κυτταρολογικό βουρτσάκι εισέρχεται στον ενδοτράχηλο και περιστρέφεται κατά 90° έως 180° και, στη συνέχεια, ακολουθεί μια ελαφρά απόξεση από ολόκληρη τη ζώνη μετάπτωσης, με τη χρήση σπάτουλας. Οι συσκευές που λειτουργούν σαν «σκούπα» εισάγονται και περιστρέφονται κατά 360° επί πέντε φορές και λαμβάνουν ενδοτραχηλικό και εξωτραχηλικό δείγμα την ίδια στιγμή. Αν η γυναίκα έχει κάνει υστερεκτομή, λαμβάνεται δείγμα από το κολόβωμα. Περιοχές που φαίνονται ανώμαλες κατά την επισκόπηση πιθανόν να χρειάζονται κολποσκόπηση και βιοψία. Στη συνέχεια ακολουθεί η επίστρωση από το βουρτσάκι (ξετυλίγοντας το βουρτσάκι με αντίθετη κατεύθυνση από αυτήν που είχε ληφθεί το δείγμα), το οποίο σημειωτέον ότι δεν στεγνώνει εύκολα και, στη συνέχεια, η αντικειμενοφόρος πλάκα ψεκάζεται με μονιμοποιητικό σπρέι μέσα σε διάστημα 5 δευτερολέπτων.

Τα δείγματα αποστέλλονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο αμέσως για μικροσκόπηση, με αξιολόγηση και με γραπτή αναφορά στα παθολογικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων και των καρκινικών κυττάρων (Lowdermilk & Shannon 2013).

3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

3.1.Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου

Η περιεγχειρητική νοσηλευτική ορίζεται από την AORN (Association of periOperative Registered Nurse, 2015) το μοντέλο φροντίδας του ασθενή, σύμφωνα με το οποίο ο νοσηλευτής-τρια αναπτύσσει ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας και, στη συνέχεια, συντονίζει και παρέχει φροντίδα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές και άλλες επεμβατικές διαδικασίες. Οι νοσηλευτές του συγκεκριμένου τομέα διαθέτουν τις απαιτούμενες δεξιότητες και γνώσεις για την αξιολόγηση, τη διάγνωση, το σχέδιο, την παρέμβαση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων.

Σκοπός της είναι:

- Η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του αρρώστου.
- Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με την μείωση των πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού του αρρώστου.
- Η πρόληψη επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσης του (Αθανάτου, 2010).

3.1.1.Ψυχολογική προετοιμασία

Η χειρουργική επέμβαση, οποιαδήποτε και αν είναι, προκαλεί κάποιο stress στον άρρωστο, το οποίο όσο πιο έντονο είναι τόσο περισσότερο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ομαλή λειτουργία του όλου οργανισμού. Συνήθως η ανησυχία και η αγωνία του αρρώστου προέρχεται από φόβο για το άγνωστο περιβάλλον, τη νάρκωση και τον πόνο ή ακόμα τη σκέψη για μια πιθανή αναπηρία μόνιμη ή παροδική, την απώλεια εργασίας του, τις ανάγκες συντήρησης της οικογένειας του και τέλος το αίσθημα της ασφάλειας και του θανάτου. Οι νοσηλευτές καλούνται να ανταποκριθούν στα παραπάνω και να

συμπεριφερθούν με κρίση, σύνεση, στοργή, ενδιαφέρον και κατανόηση. Να ακούσουν και να δώσουν λογικές πληροφορίες και εξηγήσεις στα πλαίσια της αρμοδιότητος τους (Αθανάτου, 2010).

3.1.2.Συγκατάθεση για διενέργεια επέμβασης

Πριν από κάθε επέμβαση απαιτείται συγκατάθεση του αρρώστου ή των συγγενών του. Συγχρόνως δίδονται πληροφορίες από το γιατρό για πιθανές επιπλοκές. Ο άρρωστος είναι σωστό και ασφαλές να υπογράψει σε ειδικό έντυπο εφόσον είναι ενήλικας και έχει πνευματική διαύγεια. Σε περίπτωση ανήλικα ή ασθενούς π.χ. σε κωματώδη κατάσταση υπογράφει μέλος της οικογένειάς του. Σε επείγουσες καταστάσεις που απειλείται η ζωή του πάσχοντα η επέμβαση γίνεται χωρίς την παραπάνω διαδικασία. Και σ'αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να επιδιώκεται κάποια επικοινωνία, αν υπάρχει δυνατότητα (Αθανάτου, 2010).

3.1.3.Γενική προεγχειρητική μελέτη του αρρώστου

Πριν από κάθε άλλη εξέταση ή θεραπεία προηγείται η κλινική εξέταση και η λήψη ιστορικού όπου λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω:

- **Ηλικία.** Τα ηλικιωμένα άτομα αντιδρούν με βραδύτερο ρυθμό στις τραυματικές βλάβες και αυτές είναι λιγότερο εμφανείς. Χρόνια νοσήματα, όπως αναπνευστικά επιβαρύνουν την μετεγχειρητική κατάσταση του αρρώστου και πρέπει να αντιμετωπίζονται έγκαιρα.
- **Παχυσαρκία.** Προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως διαπύηση τραύματος, εκσπλάχνωση, θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονικές επιπλοκές. Τα άτομα αυτά δεν αντέχουν στην αφυδάτωση και παρουσιάζουν ευκολότερα shock.
- **Θρέψη - υδατοηλεκτρολυτική ισορροπία.** Η καλή θρέψη και ενυδάτωση στην προεγχειρητική περίοδο είναι απόλυτα αναγκαία, διότι βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό

ισοζύγιο του αζώτου και την ελλιπή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές επιπτώσεις. Οι άρρωστοι με κακή θρέψη έχουν μειωμένη αντοχή στο χειρουργικό stress και είναι επιρρεπείς στις λοιμώξεις, διότι μειώνεται η αντίσταση του οργανισμού, ευκολότερα παρουσιάζουν shock και αιμορραγία λόγω της υποπρωτεϊναιμίας. Καθυστερεί επίσης η επούλωση του τραύματος από την ελάττωση της πρωτεΐνης και της βιταμίνης C. Γι' αυτό η αναπλήρωση τους θεωρείται αναγκαία. Ο έλεγχος των ηλεκτρολυτών, η ανάταξη υπάρχουσας αναιμίας και η διόρθωση τους είναι από τα σοβαρότερα που πρέπει να προηγούνται της επέμβασης³.

- Φάρμακα. Αν ο άρρωστος παίρνει φάρμακα όπως κορτικοειδή, διουρητικά, αντιβιοτικά, κρίνεται αν πρέπει ή όχι να συνεχισθούν ή μειωθούν ανάλογα με την περίπτωση για την πρόληψη συνέργειας ή παρενέργειας.
- Διαγνωστικές εξετάσεις. Γενικές διαγνωστικές εξετάσεις που συνήθως γίνονται σε όλους τους αρρώστους που πρόκειται να χειρουργηθούν. Ανάλογα με τη συγκεκριμένη περίπτωση ακολουθεί και σειρά ειδικών εξετάσεων (Αθανάτου, 2010).

3.1.4. Διδασκαλία αρρώστου

Οι νοσηλευτές έχουν δυνατότητα διδασκαλίας σε ποικιλία περιπτώσεων μια από τις οποίες είναι και η προεγχειρητική περίοδος. Σ' αυτή δεν αρκεί για τον άρρωστο μια τυπική πληροφόρηση. Οι νοσηλευτές χρειάζεται να διαθέτουν γνώσεις, ενδιαφέρον, στοργή και αγάπη για να προετοιμάσουν σωστά τον άρρωστο. Στη διδασκαλία περιλαμβάνονται ενημέρωση για την ετοιμασία του δέρματος, καθαρτικό υποκλυσμό, λήψη υγρών, τροφής που αφορούν την προηγούμενη της επέμβασης και ό,τι σχετικό για την ημέρα της επέμβασης (Αθανάτου, 2010).

3.1.5.Προεγχειρητική ετοιμασία

Η προετοιμασία του αρρώστου της προηγούμενης ημέρας της επέμβασης παρουσιάζει ορισμένες διαφορές στα νοσοκομεία και τις χειρουργικές επεμβάσεις. Η γενική αρχή όμως παραμένει η ίδια. Δηλαδή μας ενδιαφέρει ο άρρωστος να είναι καθαρός εσωτερικά (έντερο) και εξωτερικά (δέρμα) και να τον διατηρήσουμε όσο γίνεται ήρεμο και ξεκούραστο. Επιδιώκουμε την εξάλειψη των πηγών μόλυνσης με την ατομική υγιεινή, την τήρηση της ασηψίας του εγχειρητικού πεδίου καθώς και την ελαχιστοποίηση άλλων παραγόντων που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση προβλημάτων και επιπλοκών. Οι ιατρικές οδηγίες γράφονται έγκαιρα για την έγκαιρη εφαρμογή τους ανάλογα με την περίπτωση. Σε μερικά νοσοκομεία είναι έντυπες και αλλάζουν σε ειδικές περιπτώσεις. Γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός, ετοιμασία δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ατομική υγιεινή και εξασφαλίζεται ανάπαυση, ξεκούραση και ύπνος στον ασθενή, με τη διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών στο θάλαμο (Αθανάτου, 2010).

3.1.6.Προεγχειρητική ετοιμασία - η μέρα επέμβασης

- Νηστεία. Τίποτα από το στόμα περίπου 6-8 ώρες για τους γνωστούς λόγους.
- Ταυτότητα. Για την πρόληψη λάθους τοποθετείται ταυτότητα στο χέρι του αρρώστου με ονοματεπώνυμο και την κλινική από τη διαθερμία. Αφαιρούνται ξένα σώματα, η οδοντοστοιχία ή πρόσθετα δόντια, από τη νάρκωση είναι δυνατόν να μετακινηθούν και να αποφράξουν την αναπνευστική οδό με σοβαρές συνέπειες, ασφυξίας και θανάτου. Τοποθετούνται σε ατομικό δοχείο του αρρώστου με το όνομα του και φυλάσσονται στο κομοδίνο του.
- Νύχια - χείλη. Βαμμένα νύχια και χείλη καθαρίζονται, διότι κατά την εγχείρηση γίνεται έλεγχος από τα σημεία αυτά για την καλή ή κακή οξυγόνωση του αρρώστου. Η κυάνωση των νυχιών και των χειλέων

είναι κριτήριο κακής οξυγόνωσης. Ενημερώστε την άρρωστη για την αφαίρεση τους για να μην αισθανθεί δυσάρεστα.

- Κένωση κύστεως. Πριν την επέμβαση ο άρρωστος πρέπει να ουρήσει. Αν για κάποιο λόγο δεν μπορεί, συμβουλευθείτε το γιατρό μήπως θα πρέπει να γίνει καθετηριασμός κύστεως. Σε ειδικές περιπτώσεις τοποθετείται προεγχειρητικά καθετήρας όπως σε γυναικολογικές επεμβάσεις για τον κίνδυνο τρώσεως της κύστεως κατά την εγχείρηση γειτονικών οργάνων και σε μικρά παιδιά που η συνεργασία τους είναι δύσκολη.
- Προνάρκωση. Ο τρόπος της διαφέρει στα διάφορα νοσοκομεία και τις κλινικές. Μπορεί να γίνει στο χειρουργείο, ή στο τμήμα 30'-1 ώρα πριν φύγει ο άρρωστος για το χειρουργείο.
- Προεγχειρητικά δελτίο. Ο υπεύθυνος νοσηλευτής ή νοσηλεύτρια του τμήματος που ετοιμάζει τον άρρωστο για το χειρουργείο συμπληρώνει όλα τα στοιχεία στο προεγχειρητικά δελτίο. Συγχρόνως γίνεται έλεγχος αν έγιναν όλα όσα αφορούν την προετοιμασία του αρρώστου. Το συμπληρωμένο προεγχειρητικά δελτίο, το ατομικό βιβλιάριο, ο φάκελος ιστορικού και τα φάρμακα -αν έχει- τον συνοδεύουν στο χειρουργείο.
- Ειδική στολή χειρουργείου. Αντικαθίστανται τα ενδύματα και τα εσώρουχα του συνήθως με χειρουργικό πουκάμισο, κάλυμμα κεφαλής ή και ποδονάρια -ανάλογα με την επέμβαση- για λόγους καθαριότητας και διευκόλυνσης των χειρουργών στην επέμβαση. Η ετοιμασία γίνεται στο κρεβάτι ή στο φορείο.
- Μεταφορά αρρώστου στο χειρουργείο. Η μεταφορά του από το τμήμα στο χειρουργείο γίνεται από προσωπικό και φορείο του χειρουργείου σε ρυθμισμένη ώρα (Αθανάτου, 2010).

3.2.Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου αρχίζει μετά το τέλος της επέμβασης και φθάνει μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο και την πλήρη αποκατάσταση του. Είναι μια περίοδος παρακολούθησης και φροντίδας που έχει σκοπό:

- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
- Τη διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του.
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Την πρόληψη κατακλίσεων ή παραμορφώσεων.
- Τη βοήθεια να ενεξαρτοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων το συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του (Αθανάτου, 2010).

3.2.1.Ο άρρωστος στην αίθουσα ανάνηψης

Μετά την επέμβαση ο άρρωστος μεταφέρεται με φορείο στην αίθουσα ανάνηψης. Σ' αυτή παραμένει μέχρι να διαπιστωθεί ότι συνήλθε από την νάρκωση και σταθεροποιήθηκαν τα ζωτικά του σημεία. Είναι χώρος εξοπλισμένος με όλα τα αντικείμενα και τις συσκευές (σφυγμομανόμετρο, ακουστικά, αναρροφητήρα, συσκευή οξυγόνου, φάρμακα κ.ά.) για την άμεση αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών. Ο άρρωστος βρίσκεται σε συνεχή παρακολούθηση από ειδικευμένους νοσηλευτές. Με τον τρόπο αυτόν της παρακολούθησης έχουν μειωθεί ή εξαφανισθεί οι κίνδυνοι των μετεγχειρητικών επιπλοκών (Αθανάτου, 2010). Οι νοσηλευτές στο τμήμα ανάνηψης καταγράφουν τα ζωτικά σημεία για τον έλεγχο της γενικής του κατάστασης και φροντίζουν να διατηρείται η αεροφόρος οδός ανοικτή με κατάλληλη θέση (το κεφάλι πλάγια) για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων σε έμετο και διατήρηση αεραγωγού ή ενδοτραχειακού σωλήνα στη θέση του. Ελέγχει την ενδοφλέβια έγχυση υγρών ή αίματος, τις συνδέσεις και τη

λειτουργία παροχετεύσεων και το επίπεδο συνειδήσεως, του βήχα και της κατάποσης. Όταν ο άρρωστος συνέλθει από τη νάρκωση μεταφέρεται στο νοσηλευτικό τμήμα. Κατά την απουσία του στο χειρουργείο, ετοιμάζεται το χειρουργικό κρεβάτι καθώς και το περιβάλλον του θαλάμου ανάλογα με την περίπτωση (Αθανάτου, 2010).

3.2.2.Επιστροφή αρρώστου στο νοσηλευτικό τμήμα-Νοσηλευτικές ευθύνες

Επιστρέφοντας ο άρρωστος από το χειρουργείο στη νοσηλευτική μονάδα, ο νοσηλευτής ενεργεί τα παρακάτω:

- Τακτοποιεί τον άρρωστο στην κατάλληλη για κάθε περίπτωση θέση. Κακή τοποθέτηση στο κρεβάτι συντελεί στην εμφάνιση επιπλοκών. Συνήθης θέση μετά το χειρουργείο είναι η ύπτια με το κεφάλι πλάγια για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων και πνιγμού σε περίπτωση εμετού καθώς και πτώσεως της γλώσσας προς τα πίσω.
- Ελέγχει:
 - Ζωτικά σημεία για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης.
 - Το τραύμα, τις εξωτερικές γάζες, μήπως αιμορραγεί.
 - Τις παροχετεύσεις, συνδέσεις και λειτουργία τους.
 - Το επίπεδο συνείδησης και την κίνηση των άκρων που αφορούν τη νευρολογική κατάσταση του.
- Εκτιμά τη λειτουργία των νεφρών: ποσόν ούρων, μέτρηση και αναγραφή σε ειδικό πίνακα προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών, πιθανή επίσχεση ούρων και αντιμετώπιση.
- Εκτιμά τον πόνο και τη δυσφορία και φροντίζει για την ανακούφιση του.

- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση υγρών, το ρυθμό ροής, φροντίζει για την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης. Ελέγχει το σημείο φλεβοκέντησης και αν κριθεί αναγκαίο ακινητοποιεί το χέρι προληπτικά για να μη σπάσει η φλέβα.
- Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να αλλάζει συχνά θέση για την πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα.
- Συμβουλευεται και διεκπεραιώνει τις ιατρικές οδηγίες και οργανώνει τη νοσηλευτική φροντίδα του 24ώρου.
- Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και σημειώνει, ώρα επιστροφής από το χειρουργείο, ζωτικά σημεία, γενική κατάσταση, αν έχει ορό ή μετάγγιση, καθετήρα, παροχέτευση, οξυγόνο και ό,τι άλλο σχετικό.
- Σήμερα υπάρχει η τάση να σηκώνονται έγκαιρα οι χειρουργημένοι στις πρώτες 24-48 ώρες για την πρόληψη επιπλοκών από τα διάφορα συστήματα (αναπνευστικό για τη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας, πεπτικό κινητοποίηση του εντέρου, κυκλοφορικό καλή κυκλοφορία και πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας, μείωση του εγχειρητικού πόνου) (Αθανάτου, 2010).

4.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.1.Εκτίμηση του ασθενούς υπό χημειοθεραπεία

Τα τελευταία χρόνια, η χημειοθεραπεία έχει συμβάλει σημαντικά στη αντιμετώπιση του καρκίνου, στον έλεγχο και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου. Παρόλα αυτά, η δράση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων προκαλεί συχνά σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες από διάφορα συστήματα του οργανισμού. Οι ασθενείς με καρκίνο ταλαιπωρούνται από συμπτώματα που σχετίζονται με τη νόσο ή την τοξικότητα της χορηγούμενης θεραπείας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αντινεοπλασματικής θεραπείας μπορεί να είναι άμεσες, εκδηλούμενες εντός μερικών ωρών ή απώτερες, εκδηλούμενες εντός λίγων ημερών από τη λήψη της χημειοθεραπείας. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που ευθύνονται για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας είναι το είδος, η δόση και ο αριθμός των φαρμάκων, καθώς και ο εγγενής βαθμός ανοχής των ανεπιθύμητων ενεργειών από τον ασθενή (Polikandrioti et al., 2008).

Τα συμπτώματα από τη χημειοθεραπεία αποτελούν μεγάλο εμπόδιο στην καθημερινή δραστηριότητα και είναι δυνατόν να προκαλέσουν τροποποίηση στη θεραπεία ή να καθυστερήσουν τη λήψη αυτής και γενικά επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας εξαρτάται όχι μόνο από τη σοβαρότητα και τη συχνότητα εμφάνισής τους, αλλά και από το βαθμό καταπόνησης που επιφέρουν στον ασθενή. Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να γνωστοποιούνται και να τεκμηριώνονται από την επικοινωνία του ασθενούς με τους επαγγελματίες υγείας. Πολλές φορές, οι ασθενείς δυσκολεύονται να αναφέρουν τα συμπτώματά τους μέχρι που η σοβαρότητα του προβλήματος φθάνει στο βαθμό του «επείγοντος», οπότε απαιτείται άμεση παρέμβαση ή ακόμη και είσοδος στο νοσοκομείο, αυξάνοντας σημαντικά το κόστος

νοσηλείας, επιφέροντας διαταραχή στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών (Polikandrioti et al., 2008).

Η εκτίμηση των συμπτωμάτων από τους επαγγελματίες υγείας δεν έχει ενσωματωθεί πλήρως ως μέρος της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Αφενός μεν, επειδή οι επαγγελματίες υγείας συχνά αγνοούν, παραβλέπουν ή αδυνατούν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα και δραστηριοποιούνται μόνο, όταν παραπονεθεί ο ασθενής, αφετέρου δε, οι ίδιοι οι ασθενείς διστάζουν να αναφερθούν στα προβλήματα που τους απασχολούν. Για παράδειγμα, μερικοί ασθενείς θεωρούν ότι η αναφορά των συμπτωμάτων μπορεί να επιφέρει εισαγωγή στο νοσοκομείο, χορήγηση διαφορετικής φαρμακευτικής αγωγής με άγνωστες προς αυτούς ανεπιθύμητες ενέργειες, ενώ άλλοι ασθενείς θεωρούν ότι η αναφορά αυτών μπορεί να αποσπάσει την προσοχή του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού από τη θεραπεία του καρκίνου. Ένας επιπρόσθετος λόγος, που περιπλέκει την κατάσταση, είναι η εν πολλοίς λανθασμένη αντίληψη, ότι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι ευθύνη και μόνο των ίδιων των ασθενών. Ως επακόλουθο, τα συμπτώματα που δεν ανακουφίζονται έχουν καταστροφικά αποτελέσματα σε λειτουργικό επίπεδο, στη διάθεση και, τελικά, στην ποιότητα ζωής τους (Polikandrioti et al., 2008).

4.2.Παρενέργειες της χημειοθεραπείας και νοσηλευτική αντιμετώπιση

4.2.1.Η προκαλούμενη από τη χημειοθεραπεία ναυτία και εμετός

Η προκαλούμενη από τη χημειοθεραπεία ναυτία και εμετός είναι από τις πιο δυσάρεστες παρενέργειες της θεραπείας, και παρατίθεται με συνέπεια από τους ασθενείς ως ένας από τους μεγαλύτερους φόβους τους κατά την πορεία της θεραπείας. Ενώ έχουν γίνει μεγάλα βήματα στη φαρμακολογική διαχείριση των συμπτωμάτων αυτών, δεν έχουν εξαλειφθεί. Ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την προκαλούμενη από χημειοθεραπεία ναυτία και έμετο είναι το εμετικό δυναμικό της χημειοθεραπείας. Ωστόσο, άλλοι παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η συνοσηρότητα, η ταυτόχρονη φαρμακευτική αγωγή και η πρόσληψη αλκοόλ παίζουν επίσης ρόλο. Τα

σύγχρονα αντιεμετικά είναι πολύ αποτελεσματικά στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Οι ανταγωνιστές 5HT-3 έχουν αναμφίβολα αλλάξει την επίδραση της χημειοθεραπείας στην προκαλούμενη ναυτία και έμετο. Οι νοσηλευτές έχουν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή των κατάλληλων στρατηγικών για την ελαχιστοποίηση της εμφάνισης ναυτίας και εμετού. Πέρα από την χορήγηση των φαρμακολογικών παραγόντων, πρέπει να δίνονται συμβουλές σχετικά με το φαγητό, όπως μικρά και συχνά γεύματα, αποφυγή έντονων οσμών και αποχή από τη λήψη τροφής για 24 ώρες μετά τη θεραπεία και παράλληλη ενίσχυση της πρόσληψης υγρών (Roe & Lennan, 2014).

4.2.2. Η προκαλούμενη από τη χημειοθεραπεία διάρροια

Η διάρροια είναι συχνή σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, οφειλόμενη σε πολλές αιτίες. Η άμεση βλάβη στο βλεννογόνο της γαστρεντερικής οδού είναι η βασική αιτία, αλλά ενοχοποιούνται η κατάχρηση των αντιβιοτικών, η ελλιπής χρήση αντιδιαρροϊκών παραγόντων, τα σύνδρομα δυσαπορρόφησης, η ταυτόχρονη ακτινοθεραπεία ή ακόμα οι λοιμώξεις. Είναι σημαντικό για τον ασθενή να κατανοήσει τις συνήθειες του εντέρου πριν από τη θεραπεία και να αισθάνεται άνετα στη συζήτηση σχετικά με την εντερική λειτουργία. Η συνεχιζόμενη διάρροια μπορεί να έχει βαθιά επίδραση στον ασθενή και μπορεί ακόμα να διακόψει το πρόγραμμα θεραπείας. Οι ασθενείς είναι απρόθυμοι να προσέλθουν στο νοσοκομείο, όταν πάσχουν από διάρροια, διότι είναι δύσκολο να ταξιδέψουν. Σε αυτή την κατάσταση η νοσηλεύτρια έχει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο, με την ενίσχυση της επικοινωνίας και με τη χορήγηση φαρμάκων. Η διάρροια αν αφεθεί χωρίς θεραπεία, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες, όπως νεφρική ανεπάρκεια, διάτρηση, λοίμωξη και θάνατο. Σε σοβαρή διάρροια απαιτείται εισαγωγή στο νοσοκομείο για ενυδάτωση και τη διερεύνηση της αιτίας (Roe & Lennan, 2014).

4.2.3. Η προκαλούμενη από τη χημειοθεραπεία αλωπεκίαση

Η χημειοθεραπεία επηρεάζει την ανάπτυξη καρκινικών και μη κύτταρων. Η ρίζα της τρίχας έχει μια υψηλή ροή αίματος, επιτρέποντας την πρόσληψη μεγάλης δόσης φαρμάκων. Η αλωπεκία, αν και δεν είναι απειλητική για τη ζωή, είναι η πιο ορατή παρενέργεια της χημειοθεραπείας και απειλεί την εικόνα του σώματος και την αυτοπεποίθηση του ατόμου. Πολλοί ασθενείς επιλέγουν μια περούκα για να αντιμετωπίσουν την αλλαγή της εικόνας του σώματός τους. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στο πρόβλημα αυτό περιλαμβάνουν συμβουλές και στρατηγικές για τη διαχείριση της τριχόπτωσης, καθώς και ενίσχυση με μηνύματα για αναγέννηση των τριχών (Roe & Lennan, 2014).

4.2.4. Η προκαλούμενη από τη χημειοθεραπεία στοματίτιδα

Η στοματίτιδα είναι μια κοινή παρενέργεια της χημειοθεραπείας, και χαρακτηρίζεται από πόνο και φλεγμονή της επιφάνειας του βλεννογόνου στην στοματική κοιλότητα. Αναπτύσσεται ως άμεσο αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας, καθώς καταστρέφει υγιή κύτταρα στο στόμα. Συνολικά, το 40% των ανθρώπων που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, θα αναπτύξουν κάποιο βαθμό στοματίτιδας. Η σοβαρότητα εξαρτάται από τον τύπο του χημειοθεραπευτικού παράγοντα και η δόση που χορηγήθηκε. Η στοματίτιδα μπορεί να ποικίλει από την ευαισθησία των ούλων, ως εκτεταμένα επώδυνα έλκη. Η διάρκεια της είναι μικρή, αλλά μπορεί να είναι εξουθενωτική και επώδυνη για τον ασθενή. Ένας ασθενής με στοματίτιδα μπορεί να παρουσιάσει απομόνωση, προβλήματα διατροφής και λοιμώξεις. Προσοχή σε τυχόν οδοντικά προβλήματα, συνιστάται πριν από την έναρξη οποιασδήποτε χημειοθεραπείας και την καλή υγιεινή του στόματος, συνιστάται στη συνέχεια (Roe & Lennan, 2014).

4.2.5.Η προκαλούμενη από τη χημειοθεραπεία κόπωση

Μια από τις πιο συχνές και οδυνηρές παρενέργειες του καρκίνου και της χημειοθεραπείας είναι η κόπωση. Η πραγματική επικράτηση της κόπωσης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία είναι άγνωστη, αλλά είναι πολύ πιθανό όλοι οι ασθενείς να έχουν κάποιο βαθμό κόπωσης. Οι στρατηγικές διαχείρισης της κόπωσης περιλαμβάνουν σχεδιασμό των δραστηριοτήτων και εξασφάλιση χρόνου για ανάπαυση (Roe & Lennan, 2014).

4.2.6.Η προκαλούμενη από τη χημειοθεραπεία περιφερική νευροπάθεια

Η περιφερική νευροπάθεια είναι να γίνει ένα δύσκολο κλινικό πρόβλημα για τους ασθενείς με καρκίνο που λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Αρκετά από τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα προκαλούν περιφερική νευρική βλάβη. Σε αυτό προστίθεται η εικόνα και η πολυπλοκότητα άλλων παθήσεων, όπως ο διαβήτης και η αρθρίτιδα, προκαλώντας σημαντική δυσφορία και δυσκολία για τον ασθενή από την άποψη των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. Τα συμπτώματα της περιφερικής νευροπάθειας είναι μεταβλητά. Η επαγόμενη νευροπάθεια είναι πιθανό να προκαλέσει αισθητηριακή βλάβη των νεύρων, με αποτέλεσμα αλλαγές στην αίσθηση, μαζί με μούδιασμα και αίσθημα καύσου. Η νοσηλευτική αξιολόγηση της αισθητικότητας και της κινητικής λειτουργίας είναι ζωτικής σημασίας σε κάθε κύκλο θεραπείας. Δυστυχώς δεν υπάρχει διαθέσιμη θεραπεία. Οι στρατηγικές διαχείρισης περιλαμβάνουν την πρόληψη περαιτέρω ζημιών, τη συμπτωματική ανακούφιση και την ψυχολογική υποστήριξη. Η διόρθωση διατροφικών ελλείψεων πιστεύεται ότι είναι ευεργετική (Roe & Lennan, 2014).

4.2.7.Η προκαλούμενη από τη χημειοθεραπεία εξαγγείωση

Η εξαγγείωση είναι μια πιθανή συνέπεια της ενδοφλέβιας χημειοθεραπείας και ορίζεται όταν ο παράγοντας χημειοθεραπείας διαρρέει

κατά λάθος στον περιβάλλοντα ιστό αντί της επιδιωκόμενης ενδοφλέβιας ή ενδο-αρτηριακής χορήγησης. Είναι ζωτικής σημασίας οι νοσηλευτές που εμπλέκονται στη διαχείριση της ενδοφλέβιας χημειοθεραπείας να έχουν γνώσεις και δεξιότητες για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος εξαγγείωσης, να ανιχνεύουν τα σημεία πριν το συμβάν και να διαχειρίζονται το περιστατικό αποτελεσματικά. Η διαχείριση της εξαγγείωσης παραμένει αμφιλεγόμενη και εξαρτάται από τον παράγοντα χημειοθεραπείας. Δεν απαιτούν όλες οι περιπτώσεις παρέμβαση, άλλες απαιτούν παρακολούθηση, άλλες αναμονή, άλλες χρήση αντιδοτού, ή ακόμα και χειρουργική παρέμβαση (Roe & Lennan, 2014).

5.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

5.1.Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

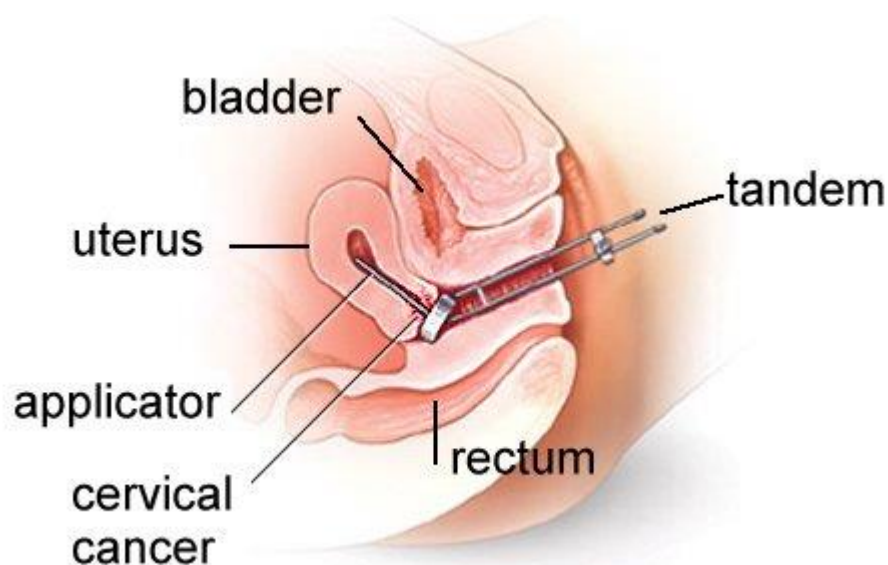
Η ακτινοθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου είναι συνδυασμός ακτινοβολίας με Εξωτερικές δέσμες φωτονίων και ενδοκοιλοτικής βραχυθεραπείας. Στα αρχικά στάδια, πρωτεύοντα ρόλο παίζει η βραχυθεραπεία, σε αντίθεση με τα προχωρημένα στάδια, στα οποία οι ρόλοι αντιστρέφονται. Ο συντονισμός της δόσης μεταξύ βραχυθεραπείας και εξωτερικής ακτινοβολίας εξαρτάται από το στάδιο, τον όγκο (κυτταρικό φορτίο) και την κατανομή της νόσου και απαιτεί ακριβείς υπολογισμούς και στενή συνεργασία ακτινοθεραπευτή και ακτινοφυσικού. Με την εξωτερική ακτινοβολία ακτινοβολείται όλη η πύελος και τα παραμήτρια, συμπεριλαμβανομένων και των λεμφογαγγλίων της έσω, έξω και κοινής λαγονίου. Με τη βραχυθεραπεία ακτινοβολείται η κεντρική νόσος, που περιλαμβάνει τον πρωτοπαθή όγκο του τραχήλου, τη γειτνιάζουσα περιοχή των παραμητρίων (έσω παραμήτριο) και τον κόλπο. Η εξωτερική ακτινοβολήση γίνεται με συνδυασμό πολλών δεσμών ακτινοβολίας φωτονίων ή με περιστροφική τεχνική, για μείωση των ακτινικών αντιδράσεων (Λώλης, 2004).

Υψηλού κινδύνου θεωρούνται οι ασθενείς με νόσο στα όρια της χειρουργικής τομής, με διήθηση αγγείων και λεμφαγγείων με βαθιά διήθηση του στρώματος του τραχήλου και, τέλος, υψηλό grade και κακή ιστολογική εικόνα. Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ενδείκνυται και για τις ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λιγότερο ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις, π.χ. σε ολική υστερεκτομή.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, παρά το ότι δεν επηρεάζει ουσιωδώς την επιβίωση, κυρίως λόγω της ύπαρξης νόσου εκτός των θεραπευτικών πεδίων, αυξάνει σημαντικά τον έλεγχο της πυελικής νόσου με την

καταστροφή των μικροσκοπικών υπολειμμάτων, που έμειναν μετά την εγχείρηση. Ένας αποτελεσματικός συνδυασμός για την αντιμετώπιση της ογκώδους νόσου (>4 cm) των μικρών σταδίων, είναι η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, κυρίως η προεγχειρητική βραχυθεραπεία. Η προεγχειρητική Βραχυθεραπεία αυξάνει την αντίσταση των φυσιολογικών ιστών στην εμφύτευση καρκινικών κυττάρων κατά την εγχείρηση, καθιστά μη βιώσιμα τα ακτινοβοληθέντα καρκινικά κύτταρα (λόγω αναπαραγωγικού θανάτου) και, με την εξαφάνιση ή μείωση του πρωτοπαθούς όγκου, αυξάνει την εγχειρησιμότητα (Λώλης, 2004).

Τα προχωρημένα στάδια αποτελούν ένα από τα δυσκολότερα προβλήματα στη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτού του καρκίνου. Η ακτινοθεραπεία, είναι η θεραπεία εκλογής των σταδίων αυτών. Στις επιδιώξεις της, εκτός από την ίαση, περιλαμβάνονται ο έλεγχος της αιμορραγίας και του πόνου και η επίτευξη υφέσεων της νόσου, που κάποτε είναι αρκετά μακροχρόνιες. Παρά τις τεχνολογικές βελτιώσεις όμως, ο έλεγχος της πυελικής νόσου δεν υπερβαίνει κατά πολύ το 50% και η επιβίωση, ιδίως των σταδίων III (50%) και IV (10%), εξακολουθεί να βρίσκεται πολύ χαμηλά. Μια από τις αιτίες είναι το μεγάλο ποσοστό διήθησης των παραορτικών λεμφαδένων και η διάσπαρτη εξωαδενική νόσος (Λώλης, 2004).



Εικόνα 14: Βραχυθεραπεία στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

5.2.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Είναι προφανές ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και η συμβολή του στην αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία είναι σημαντική. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι γνώστες των τεχνολογιών που χρησιμοποιούνται στην ακτινοθεραπεία, ώστε να είναι σε θέση να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς τους, αλλά και να παρέχουν ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα (Λαβδανίτη & Ζυγά 2012).

Αρχικά η εκτίμηση του ασθενούς περιλαμβάνει τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, τον έλεγχο για ύπαρξη συνοδών συμπτωμάτων και της κατάστασης υγείας, όταν προσέρχεται στο νοσοκομείο για πραγματοποίηση εξετάσεων. Σε περίπτωση που ο ασθενής προσέρχεται για παρακολούθηση μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας πραγματοποιείται εκτίμηση για εμφάνιση μακροχρόνιων παρενεργειών. Επίσης ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας τη νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις πραγματοποιεί τη νοσηλευτική του διεργασία διατυπώνοντας τις νοσηλευτικές του διαγνώσεις και προχωρεί στην πραγματοποίηση του σχεδίου φροντίδας για κάθε ασθενή (Λαβδανίτη & Ζυγά 2012).

Η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας περιλαμβάνει πληροφορίες για την ασθένεια, για τις διαγνωστικές εξετάσεις που πρόκειται να πραγματοποιηθούν καθώς και για τους στόχους της ακτινοθεραπείας. Επίσης ενημερώνει τον ασθενή για όλη τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας, για το μηχάνημα του εξομοιωτή, με το οποίο γίνεται η μίμηση της θεραπείας πριν αυτή αρχίσει και καθορίζονται η κατεύθυνση της δέσμης και τα πεδία της θεραπείας, για τη χορήγηση της ακτινοθεραπείας, την καθημερινή πραγματοποίησή της, για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που πρόκειται να εμφανιστούν, καθώς και για την αντιμετώπισή τους (Λαβδανίτη & Ζυγά 2012).

Η υποστήριξη και συμβουλευτική περιλαμβάνει αρχικά την εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του ασθενούς, τη διαπίστωση της ύπαρξης

προηγούμενων υποστηρικτικών μηχανισμών καθώς και την εκτίμηση του οικογενειακού, εργασιακού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Πραγματοποιείται ενεργός ακρόαση και στη συνέχεια παραπομπή σε κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο εάν χρειαστεί (Λαβδανίτη & Ζυγά 2012).

Η φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει αρχικά την πραγματοποίηση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας, τη χορήγηση των απαραίτητων φαρμάκων πριν ή κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και την αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας όπως αλλεργικές αντιδράσεις, επιληψία ή απώλεια συνείδησης. Η νοσηλευτική φροντίδα κυρίως εστιάζεται στην αντιμετώπιση των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας. Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε οξείες και σε χρόνιες ή όψιμες παρενέργειες, ανάλογα με το χρόνο εμφάνισής τους (Λαβδανίτη & Ζυγά 2012).

Οι οξείες παρενέργειες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας, ενώ οι χρόνιες παρενέργειες εμφανίζονται μήνες, έως και χρόνια μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας. Οι περισσότερες χρόνιες παρενέργειες σχετίζονται με τη συνολική δόση και είναι αποτέλεσμα αγγειακής βλάβης ή βλάβης του ινώδους ιστού. Οι πιο συχνές οξείες παρενέργειες είναι η κόπωση οι αντιδράσεις του δέρματος, προβλήματα από το γαστρεντερικό σωλήνα (ναυτία, εμετός, διάρροια), η βλενογονίτιδα στόματος (ξηροστομία) και η σεξουαλική δυσλειτουργία. Κάποιες από τις χρόνιες παρενέργειες είναι οι ινώσεις ιστών ή δέρματος, οι νεκρώσεις ιστών, τα συρίγγια (ορθοκυστικά, κυστεοκολπικά), η χρόνια περικαρδίτιδα, η χρόνια ακτινική κυστίτιδα και τα δευτερογενή νεοπλάσματα (Λαβδανίτη & Ζυγά 2012).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να πραγματοποιεί τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις προκειμένου να ανακουφίσει από την κόπωση, τις αντιδράσεις του δέρματος, τη μετακινική εντερίτιδα, αλλά και τη

βλενογονίτιδα στόματος (ξηροστομία), οι οποίες θα πρέπει να είναι βασισμένες στη σύγχρονη βιβλιογραφία. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι περισσότερες από αυτές τις παρενέργειες μπορεί να καταβάλλουν υπερβολικά τους ασθενείς και να έχουν επίπτωση στην ποιότητα της ζωής τους. Σε περίπτωση που γίνεται ταυτόχρονη χορήγηση χημειοθεραπείας-ακτινοθεραπείας ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι τα δύο είδη θεραπειών, όταν χορηγούνται ταυτόχρονα, έχουν συνεργική δράση ή επιδεινώνουν η μία τις παρενέργειες της άλλης. Επίσης θα πρέπει να είναι ενήμερος του είδους των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων που χορηγούνται στους ασθενείς και να τηρεί τους κανόνες ασφάλειας, όπως είναι η απόρριψη εκκρινμάτων του ασθενούς και οποιουδήποτε άλλου εξοπλισμού χρησιμοποιήθηκε στα ειδικά κυτία (Λαβδανίτη & Ζυγά 2012).

6. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Συνήθως την περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας, οι επιβιώσαντες ασθενείς βιώνουν αισθήματα ανησυχίας για τυχόν επανεμφάνιση της νόσου, άγχος, όπως επίσης και αισθήματα αβεβαιότητας, απομόνωσης, απογοήτευσης. Αντίθετα κάποιοι άλλοι ασθενείς είναι δυνατόν να αναπτύξουν θετικά αισθήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου τα οποία συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά το τέλος αυτής. Τέτοια αισθήματα είναι η αυξημένη αυτοεκτίμηση, η απόδοση μεγαλύτερου νοήματος στη ζωή, η αυξημένη πνευματικότητα και αυξημένα αισθήματα ειρήνης και καλής πρόθεσης. Αυτές οι θετικές μακροχρόνιες θετικές επιδράσεις μπορεί να θεωρηθούν σαν πλεονεκτήματα της διάγνωσης και της θεραπείας του και συχνά χαρακτηρίζονται σαν μετατραυματική ανάπτυξη. Η επαφή μεταξύ των ασθενών που βιώνουν αυτά τα δύο είδη διαφορετικών ψυχολογικών αντιδράσεων έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι έχει βοηθήσει ασθενείς με καρκίνο μαστού που βίωναν αρνητικά συναισθήματα και ήρθαν σε επαφή με επιβιώσαντες που βίωναν τη μετατραυματική ανάπτυξη. Η παροχή υποστηρικτικής νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να γίνεται με τρόπο που οι επιβιώσαντες να προσαρμοστούν στην περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας όσο γίνεται καλύτερα, να την αποδεχτούν με ηρεμία και να αποκτήσουν αισθήματα εκτίμησης της ζωής και απόλαυσης μικρών διασκεδαστικών πραγμάτων (Λαβδανίτη & Αβραμικά, 2011).

Η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης εξαρτάται κυρίως από την επιλογή των παρεμβάσεων και την αποδοχή αυτών εκ μέρους των ασθενών. Οι τρόποι ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στις οποίες μπορεί να συμμετάσχουν και οι νοσηλευτές σε συνεργασία με τους κατάλληλους επιστήμονες είναι :

- Παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων ώστε να ελαττωθεί η αβεβαιότητα και να αυξηθούν οι ικανότητες προσαρμογής κατά τη διάρκεια της επιβίωσης. Αυτή η παροχή είναι πιθανό να περιλαμβάνει

ατομικά μαθήματα, εργαστήρια, και διδασκαλία μικρών ομάδων επιβιωσάντων και των οικογενειών τους. Επιπλέον, οποιοδήποτε γραπτό υλικό και υλικό που προέρχεται από το Διαδίκτυο από αξιόπιστες πηγές και το οποίο αναφέρεται στην επιβίωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί

- Η παροχή συμβουλών μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να βοηθήσει συναισθηματικά τους επιβιώσαντες. Οι ατομικές συναντήσεις ή η ομαδικές, η οικογενειακή συμβουλευτική, η υποστήριξη από το σύντροφο και την οικογένεια είναι απαραίτητη. Η αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων κάθε ασθενή θα πρέπει να πραγματοποιείται (π.χ. ανησυχία για επανεμφάνιση της νόσου, γονιμότητα, αλλαγές στη σχέσεις). Επίσης θα πρέπει να δίνεται έμφαση στις προσωπικές δυνάμεις των ατόμων καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Λαβδανίτη & Αβραμικά, 2011).

ΜΕΡΟΣ 3^ο

ΕΡΕΥΝΑ

Σκοπός

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην διερεύνηση και καταγραφή των νεότερων δεδομένων, που σχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά το έτος 2016. Χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά: cervical cancer, vaccination, Human Papilloma Virus.

Αποτελέσματα

1. *Eur J Cancer Prev.* 2016 May 31. [Epub ahead of print]

Awareness of human papilloma virus and cervical cancer prevention among Greek female healthcare workers.

Farazi PA, Hadji P, Roupas Z.

Abstract

The incidence rate of cervical cancer varies by geographic region, with less developed regions showing the highest rates. All risk factors for cervical cancer are actually preventable if appropriate lifestyle changes are adopted. In addition, vaccines protecting against the majority of human papilloma virus (HPV) high-risk types have been developed. Even though cervical cancer is preventable, not all women are aware of this or how it can be prevented. Thus, it is essential for every nation to assess the level of knowledge among women of cervical cancer and HPV prevention. In this work, we assessed the level of awareness and attitudes of Greek female healthcare workers on cervical cancer and HPV prevention through the delivery of a validated questionnaire between March and June 2012 in three hospitals in Greece. Our results show that there exist gaps in the knowledge of women on this topic, especially in terms of the newest information on cervical cancer prevention through HPV testing and vaccination. In fact, only 80% of surveyed women knew about the existence of HPV testing. We propose that more information needs to be transmitted to Greek women and men on HPV testing and vaccination. Even though the incidence of cervical cancer is not extremely high in Greece, this number can easily change, especially in the face of the economic crisis and the increasing rates of migration, which can result in higher rates of HPV infection in the population if no measures for HPV prevention are implemented.

Ευαισθητοποίηση έναντι του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων και της πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μεταξύ των Ελλήνων εργαζομένων γυναικών του τομέα της υγείας.

Περίληψη

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας διαφέρει ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή, με τις λιγότερο αναπτυγμένες περιοχές να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά. Όλοι οι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στην πραγματικότητα μπορεί να προληφθούν εάν υιοθετηθούν κατάλληλες αλλαγές στον τρόπο ζωής. Επιπλέον, έχουν αναπτυχθεί τα εμβόλια για την προστασία από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Ακόμα κι αν ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί, δεν το γνωρίζουν όλες οι γυναίκες αυτό ή πώς μπορεί να προληφθεί. Έτσι, είναι σημαντικό για κάθε έθνος να αξιολογήσει το επίπεδο των γνώσεων μεταξύ των γυναικών, σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και την πρόληψη έναντι του HPV. Σε αυτή την εργασία, θα εκτιμηθεί το επίπεδο ενημέρωσης και οι στάσεις των Ελλήνων εργαζομένων γυναικών της υγειονομικής περίθαλψης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και την πρόληψη έναντι του HPV μέσα από επικυρωμένο ερωτηματολόγιο, που μοιράστηκε μεταξύ Μαρτίου και Ιουνίου 2012 σε τρία νοσοκομεία στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι υπάρχουν κενά στη γνώση των γυναικών για το θέμα αυτό, ιδίως όσον αφορά τις νεότερες πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μέσω του τεστ HPV και του εμβολιασμό. Στην πραγματικότητα, μόνο το 80% των ερωτηθέντων γυναικών γνώριζαν για την ύπαρξη του τεστ HPV. Προτείνουμε ότι απαιτείται μεγαλύτερη ενημέρωση των Ελλήνων γυναικών και ανδρών σχετικά με το HPV test και τον εμβολιασμό. Ακόμα κι αν η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν είναι εξαιρετικά υψηλή στην Ελλάδα, ο αριθμός αυτός μπορεί να αλλάξει εύκολα, ειδικά στις συνθήκες της οικονομικής κρίσης και στην αύξηση των ποσοστών της μετανάστευσης, τα οποία μπορεί

να οδηγήσουν σε υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης από τον HPV στον πληθυσμό, αν δεν ληφθούν τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα.

2. Rev Recent Clin Trials. 2016 May 2. [Epub ahead of print]

Development of Human Papillomavirus (HPV) Vaccines: a Review of Literature.

Sangar VC, Ghongane B, Mathur G.

Abstract

The casual relationship concerning Human papillomaviruses (HPV) and cervical cancer already established. Therefore, such HPV-associated malignancies might be prevented by prophylactic HPV vaccines. From 2009, two prophylactic HPV L1 Virus-Like Particle vaccines namely, Gardasil® - quadrivalent (Merck) and Cervarix™ - bivalent (GlaxoSmithKline) are widely commercially available. By Aug 2014, 58 countries had introduced HPV vaccination in their national immunization program; this has led to numerous publications on safety and real world effectiveness. In clinical trials, it is observed that vaccinating adolescents results in higher immunological response than young adults hence to achieve best HPV vaccine efficacy it is advisable to immunize before the onset of sexual activity. Recently we have seen development of 2 dose vaccine schedule for adolescent, and emerging evidences even point that single dose of HPV vaccines can resulted in high efficacy, this observation is currently under consideration but if accepted will greatly impact vaccination coverage. In terms of safety, pregnancy registry did not find any unexpected patterns in fetal or maternal outcomes.

Ανάπτυξη των εμβολίων κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV): μια ανασκόπησης της βιβλιογραφίας.

Περίληψη

Η περιστασιακή σχέση που αφορά τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) και του καρκίνου του τραχήλου έχουν ήδη καθοριστεί. Ως εκ τούτου, οι σχετιζόμενες με τον HPV κακοήθειες μπορεί να προληφθούν με προφυλακτικά εμβόλια κατά τον HPV. Από το 2009, δύο προφυλακτικά εμβόλια κατά του HPV είναι ευρέως διαθέσιμα στο εμπόριο, το Gardasil® -

τετραδύναμο (Merck) και Cervarix TM - διισθενές (GlaxoSmithKline). Από τον Αύγουστο του 2014, σε 58 χώρες είχε εισαχθεί ο HPV εμβολιασμός στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού τους. Αυτό έχει οδηγήσει σε πολυάριθμες δημοσιεύσεις σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα σε πραγματικό πληθυσμό. Σε κλινικές μελέτες, έχει παρατηρηθεί ότι ο εμβολιασμός των εφήβων οδηγεί σε υψηλότερη ανοσολογική απόκριση από τους νέους ενήλικες, συνεπώς, για να επιτευχθεί καλύτερα η αποτελεσματικότητα του εμβολίου HPV είναι σκόπιμη η ανοσοποίηση πριν από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Πρόσφατα είδαμε την ανάπτυξη του προγράμματος εμβολίου 2 δόσεων για εφήβους και αναδυόμενες αποδείξεις που επισημαίνουν ότι η εφάπαξ δόση των εμβολίων HPV μπορεί να είχε υψηλή αποτελεσματικότητα. Η παρατήρηση αυτή είναι επί του παρόντος υπό εξέταση, αλλά εάν γίνει αποδεκτή, θα επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την κάλυψη του εμβολιασμού. Από την άποψη της ασφάλειας, στα σχετικά μητρώα δεν βρέθηκε καμία απροσδόκητη επιπλοκή σε έμβρυο ή στη μητέρα.

3. *BMC Health Serv Res. 2016 Aug 22;16(1):417.*

Factors related to non-compliance to HPV vaccination in Roraima-Brazil: a region with a high incidence of cervical cancer.

Farias CC, Jesus DV, Moraes HS, Bittenbender IF, Martins IS, Souto MG, Gonçalves Filho PH, Costa RM, Silva Sde O, Ferreira TS, Coutinho VV, Minotto HR, Fonseca AJ.

Abstract

BACKGROUND:

To evaluate the HPV vaccination coverage in Boa Vista, Roraima (Brazil) and to identify personal and socioeconomic factors related to non-compliance to HPV vaccination.

METHODS:

A school-based, cross-sectional study was conducted by distributing a self-administered questionnaire to the parents or guardians of pre-adolescent girls. The questionnaire addressed compliance to, knowledge about and perception of HPV and the HPV vaccine. Between July and November 2015, 13 private and public schools were visited based on a random cluster sampling method.

RESULTS:

A total of 1337 questionnaires were distributed to all female students in the target age group, and 797 were completed and returned (the participation rate was 59.6 %). The vaccination coverage rate was 82.7 % and was higher among public school students than among private school students (84.1 % vs 56.3 %; $p = 0.003$). Most parents (60 %) incorrectly answered more than half of the questions related to HPV knowledge, and limited knowledge about HPV and the HPV vaccine correlated with lower compliance to vaccination (adjusted OR = 1.42; 95 % CI: 1.01 to 2.76). In the perception analysis, the belief that the HPV vaccine is important for the daughter was an important protective factor (adjusted OR = 0.62; 95 % CI: 0.23 to 0.93), and

concern about adverse effects of the HPV vaccine was a risk factor for non-compliance (adjusted OR = 1.66; 95 % CI: 1.01 to 2.71). Family income, religion and education level of the parents or guardians did not correlate with compliance to vaccination.

CONCLUSION:

HPV vaccination coverage was high in Boa Vista, Brazil, but knowledge about the vaccine was deficient. This deficiency was associated with a distorted perception and was negatively associated with compliance to vaccination. Actions aimed at informing the public about the HPV vaccine, including its risks and benefits, are needed to attain higher vaccination coverage in Brazil.

Παράγοντες που σχετίζονται με τη μη συμμόρφωση στον εμβολιασμό κατά του HPV στην Roraima-Brazil: μια περιοχή με υψηλή συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Περίληψη

ΦΟΝΤΟ:

Να γίνει αξιολόγηση της κάλυψης του εμβολιασμού κατά του HPV στην περιοχή Boa Vista, Roraima (Βραζιλία) και να προσδιοριστούν προσωπικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη μη συμμόρφωση στον εμβολιασμό.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Μια συγχρονική μελέτη με βάση τα σχολεία διεξήχθη με τη διανομή ερωτηματολογίου σε γονείς ή κηδεμόνες κοριτσιών στην προ-εφηβεία. Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται στη συμμόρφωση, σχετικές γνώσεις και την αντίληψη του HPV και το εμβόλιο κατά του HPV. Μεταξύ του Ιουλίου και του Νοεμβρίου του 2015, 13 ιδιωτικά και δημόσια σχολεία επιλέχθηκαν σε τυχαία δειγματοληπτική μέθοδο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Ένα σύνολο από 1337 ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε όλο το γυναικείο πληθυσμό της ηλικιακή ομάδας-στόχου, και 797 συμπληρώσαν και επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο (το ποσοστό συμμετοχής ήταν 59,6%). Το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης ήταν 82,7% και ήταν υψηλότερο μεταξύ των μαθητών των δημόσιων σχολείων παρά των μαθητών των ιδιωτικών σχολείων (84,1% έναντι 56,3%? $P = 0,003$). Οι περισσότεροι γονείς (60%) απάντησαν λανθασμένα περισσότερες από τις μισές από τις ερωτήσεις που σχετίζονται με τον HPV και η περιορισμένη γνώση σχετικά με τον ιό HPV και το εμβόλιο κατά του HPV συσχετίζονται με χαμηλότερη συμμόρφωση στον εμβολιασμό (προσαρμογή = 1,42? 95% CI: 1,01 - 2,76). Στην ανάλυση αντίληψης, η πεποίθηση ότι το εμβόλιο του HPV είναι σημαντικό για την κόρη τους ήταν ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας (προσαρμογή OR = 0,62? 95% CI: 0,23 - 0,93), και η ανησυχία για δυσμενείς επιπτώσεις του εμβολίου κατά του HPV ήταν ένας παράγοντας κινδύνου για μη συμμόρφωση (προσαρμογή OR = 1,66? 95% CI: 1,01 - 2,71). Το οικογενειακό εισόδημα, η θρησκεία και το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων ή των κηδεμόνων δεν συσχετίζονται με τη συμμόρφωση με τον εμβολιασμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Η κάλυψη του εμβολιασμού κατά του HPV ήταν υψηλή σε αυτή την περιοχή της Βραζιλίας, αλλά η γνώση σχετικά με το εμβόλιο ήταν ελλιπής. Αυτή η ανεπάρκεια συσχετίστηκε με μια διαστρεβλωμένη αντίληψη και αρνητισμό που συνδέονται με τη συμμόρφωση με τον εμβολιασμό. Απαιτούνται δράσεις που στοχεύουν στην ενημέρωση του κοινού σχετικά με το εμβόλιο κατά του HPV, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων και του οφέλους, με σκοπό υψηλότερη εμβολιαστική κάλυψη στη Βραζιλία.

4. *BMC Public Health*. 2016 Aug 26;16:889.

Pre-vaccine era cervical human papillomavirus infection among screening population of women in west Austria.

Borena W, Grünberger M, Widschwendter A, Kraxner KH, Marth E, Mayr P6, Meier J, Ruth N, Guerrero AT, Marth C, Holm-von Laer D.

Abstract

BACKGROUND:

In order to evaluate the newly implemented gender-neutral HPV vaccination program, knowledge on the pre-vaccine prevalence of HPV infection is of paramount importance. Data on HPV infection among the women with no known previous cytological abnormalities are inexistent in Austria. This study presents data on the prevalence and distribution of HPV genotypes among women with no known cytological abnormalities in west Austria.

METHODS:

Women between 18 and 65 years of age attending annual cervical cancer screening examinations were included in the study. Data on socio-demographic and reproductive factors were collected using structured questionnaires. Corresponding cervical swab samples were tested for the presence of HPV DNA and were genotyped. Questionnaire data and HPV status were linked with the corresponding cytological findings.

RESULTS:

A total of 542 women were included in the study. The mean age of the study participants was 35.9 (SD = 11.5). The prevalence of HPV infection was 20.5 %. HPV 16 (6.5 %), HPV 33 (3.3 %) and HPV 31 (3.0 %) were the dominant genotypes detected. Multivariate analysis showed that women younger than 30 years of age, smokers, women with a higher number of lifetime sexual partners and those living in

the eastern districts of the study region were at significantly higher risk of HPV infection.

CONCLUSIONS:

With this study we present the first data on the prevalence of cervical HPV genotypes among a screening population in Austria. The results not only fill the missing information on HPV infection in this group of women in the country, they also provide baseline data for a future evaluation of the impact of the Austrian gender-neutral HPV immunization program.

Πριν του εμβολίου εποχή στη λοίμωξη του τραχήλου της μήτρας από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων μεταξύ πληθυσμού γυναικών ελέγχου στη δυτική Αυστρία.

Περίληψη

ΦΟΝΤΟ:

Προκειμένου να αξιολογηθεί το πρόσφατα σε εφαρμογή πρόγραμμα εμβολιασμού κατά του HPV, η γνώση για τον επιπολασμό, πριν τον εμβολιασμό από την HPV λοίμωξη είναι υψίστης σημασίας. Στοιχεία για τη μόλυνση των γυναικών από τον HPV μεταξύ που δεν γνωστά, σε γυναίκες χωρίς προηγούμενες κυτταρολογικές ανωμαλίες στην Αυστρία. Αυτή η μελέτη παρουσιάζει στοιχεία για τον επιπολασμό και την κατανομή των γονοτύπων του HPV μεταξύ των γυναικών που δεν είχαν γνωστές κυτταρολογικές ανωμαλίες στη δυτική Αυστρία.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Οι γυναίκες μεταξύ 18 και 65 ετών, που προσήλθαν για ετήσιο προσυμπτωματικό έλεγχο έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Τα δεδομένα σχετικά με τις κοινωνικο-δημογραφικούς και αναπαραγωγικούς παράγοντες συλλέχθηκαν με τη χρήση δομημένων ερωτηματολογίων. Αντίστοιχα τα δείγματα τραχηλικού

επιχρίσματος εξετάστηκαν για την παρουσία του HPV και τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια συνδέθηκαν με τα αντίστοιχα κυτταρολογικά ευρήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Ένα σύνολο 542 γυναικών συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν 35,9 (SD = 11.5). Η συχνότητα της HPV λοίμωξης ήταν 20,5%, με τον HPV 16 (6,5%), τον HPV 33 (3,3%) και τον HPV 31 (3,0%) να είναι κυρίαρχοι γονότυποι που ανιχνεύθηκαν. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι οι γυναίκες ηλικίας κάτω των 30 ετών, οι καπνιστές, οι γυναίκες με μεγαλύτερο αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων και εκείνες που ζουν στις ανατολικές επαρχίες της περιοχής μελέτης ήταν σε σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HPV.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Με τη μελέτη αυτή παρουσιάζουμε τα πρώτα δεδομένα για τον επιπολασμό των γονοτύπων HPV μεταξύ ενός πληθυσμού διαλογής στην Αυστρία. Τα αποτελέσματα όχι μόνο συμπληρώνουν τις πληροφορίες που λείπουν για λοίμωξη από τον HPV σε αυτή την ομάδα των γυναικών στη χώρα, αλλά επίσης να παρέχουν βασικά στοιχεία για μελλοντική αξιολόγηση των επιπτώσεων του προγράμματος εμβολιασμού κατά του HPV.

The importance of HPV vaccination in men.

Sehnal B, Chlábek R, Sláma J.

Abstract

The important goal of immunization programs in many countries is the reduction of the incidence of cervical cancer using either the quadrivalent (Silgard/Gardasil) or the bivalent (Cervarix) HPV (human papillomavirus) vaccine. Nevertheless, HPV infection is associated with the development of cancers of anus, vagina, vulva and penis, and cancers of the head and neck and genital warts, too. Large trials for both vaccines find efficacy against HPV-related infection and different HPV associated diseases. Infection with HPV and diseases caused by HPV are common in boys and men, too. Approximately 5.2 % of all cancers are HPV associated and the burden of HPV associated disease in men is now comparable to that in women in economically developed countries. Randomized control trials demonstrate robust antibody responses and high efficacy also in men. Several countries recommend gender-neutral vaccination. Detailed cost effective modeling has preceded these decisions showing that when the burden of disease in men is included in the models then, depending upon vaccine price, coverage of a vaccinated population, and other factors male vaccination can become cost effective. Vaccine price had a decisive impact on results. However, increasing coverage in girls is substantially more effective and cost-effective than expanding vaccination coverage to boys and should be considered a priority.

Η σημασία του εμβολιασμού κατά του HPV στους άνδρες

Περίληψη

Ο σημαντικός στόχος των προγραμμάτων εμβολιασμού σε πολλές χώρες είναι η μείωση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας χρησιμοποιώντας είτε το τετραδύναμο εμβόλιο (Silgard / Gardasil) είτε το δισθενές εμβόλιο (Cervarix) κατά του HPV (ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων). Παρ' όλα αυτά, η HPV λοίμωξη σχετίζεται ακόμα με την ανάπτυξη καρκίνων

του πρωκτού, του κόλπου, του αιδοίου και του πέους και καρκίνους της κεφαλής και του τραχήλου και κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Μεγάλες μελέτες για τα δύο εμβόλια βρήκαν αποτελεσματικότητα έναντι λοίμωξης από τον HPV. Η μόλυνση με τον HPV και οι ασθένειες που προκαλούνται από τον HPV είναι πιο συχνά στα αγόρια και στους άνδρες. Περίπου το 5,2% όλων των καρκίνων συνδέονται με τον HPV και το βάρος της νόσου στους άνδρες είναι πλέον συγκρίσιμο με εκείνο των γυναικών σε οικονομικά αναπτυγμένες χώρες. Τυχαίοποιημένες μελέτες ελέγχου αποδεικνύουν ισχυρή απάντηση των αντισωμάτων και υψηλή αποτελεσματικότητα και στους άνδρες. Αρκετές χώρες συνιστούν εμβολιασμό και των δύο φύλων. Η λεπτομερής αποδοτική μοντελοποίηση που έχει προηγηθεί σε αυτές τις αποφάσεις, δείχνει ότι όταν το βάρος της νόσου περιλαμβάνει τους άνδρες, η κάλυψη του εμβολιασμένου πληθυσμού και άλλοι παράγοντες εμβολιασμός μπορεί να γίνουν αποδοτικοί. Η τιμή του εμβολίου είχε αποφασιστική επίδραση στα αποτελέσματα. Ωστόσο, αυξάνοντας την κάλυψη των κοριτσιών είναι πολύ πιο αποτελεσματικό και αποδοτικό από ό, τι επέκταση της κάλυψης του εμβολιασμού και για τα αγόρια και θα πρέπει να θεωρείται προτεραιότητα.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι το ζήτημα του εμβολιασμού και της κάλυψης του πληθυσμού έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) απαιτούν ακόμα μεγάλη προσπάθεια. Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα της ελληνικής μελέτης που έδειξε μεγάλο κενό στην ενημέρωση των εργαζομένων γυναικών στα νοσοκομεία της Ελλάδας στο θέμα της του εμβολιασμού, σε συνάρτηση με το γεγονός της παρατεταμένης οικονομικής κρίσης και της μετανάστευσης των πληθυσμών. Επίσης στην ομάδα υψηλού κινδύνου εντάσσονται οι γυναίκες ηλικίας κάτω των 30 ετών, οι καπνιστές, οι γυναίκες με μεγαλύτερο αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων και εκείνες που ζουν σε περιοχές, όπου αποδεδειγμένα υπάρχει μεγάλη επίπτωση της HPV λοίμωξης.

Η αποφυγή του εμβολιασμού εξαρτάται από το επίπεδο ενημέρωσης των γονέων σχετικά με το εμβόλιο και από το φόβο των παρενεργειών, ενώ το οικογενειακό εισόδημα, η θρησκεία και το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων ή των κηδεμόνων δεν συσχετίζονται με τη συμμόρφωση με τον εμβολιασμό. Αποτελεσματικός θεωρείται και ο εμβολιασμός των αρρένων, ωστόσο δεν εφαρμόζεται για λόγους οικονομικούς, καθώς τα σχετικά μοντέλα δείχνουν ότι ο εμβολιασμός των γυναικών καλύπτει ανοσιακά όλο τον πληθυσμό.

Από την άλλη ενθαρρυντικό είναι ότι 58 χώρες έχουν εντάξει τον εμβολιασμό κατά του HPV στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού τους. Αυτό έχει οδηγήσει σε πολυάριθμες δημοσιεύσεις σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου και προσαρμογή των δεδομένων όσων αφορά τις δόσεις και την ηλικία έναρξης του εμβολιασμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αθανάτου Ε. (2010). Κλινική Νοσηλευτική-Βασικές και Ειδικές Νοσηλίες. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος, 18^η Έκδοση
2. Αντσακλής Α. (2008). Μαιευτική και Γυναικολογία. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου.
3. Δαπόντε Α. (2014). Προσυμπτωματικός έλεγχος για HPV και δείγματα αυτοληψίας. Ενημερωτικό δελτίο. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. 43(4):1-2
4. Ιατράκης Γ. (2010). Γυναικολογική Νοσηλευτική Φροντίδα. Εκδόσεις Δεσμός
5. Ιατράκης Γ. (2015). Γυναικολογικά προβλήματα και Λύσεις. Εκδόσεις Κάλλιπος
6. Κοντέ Β. (2014). Εμβόλια. Ενημερωτικό δελτίο. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. 43(4):6-8
7. Λαβδανίτη Μ., Αβραμικά Μ. (2011). Η επιβίωση του ασθενούς με καρκίνο μετά το τέλος της θεραπείας – Ο ρόλος του νοσηλευτή. Το Βήμα του Ασκληπιοιού. 10(4):490-501
8. Λαβδανίτη Μ., Ζυγά Σ. (2012). Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. Τόμος 4 (1): 13-17
9. Λώλης Δ. (2004). Γυναικολογία και Μαιευτική. Τόμος Α. Εκδόσεις Παρισιάνου
10. Νικολαΐδου Η. (2014). Κονδυλώματα. Ενημερωτικό δελτίο. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. 43(4):2-4

11. Τζανετάκου Β., Νικολαΐδου Η. (2008). Λοίμωξη από τους ιούς των ανθρώπινων θηλωμάτων: Νεότερα επιδημιολογικά δεδομένα. Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας και Αφροδισιολογίας. 19(2):175-179

ΞΕΝΗ

1. Alves C., Alves L., Lunet N. (2010). Epidemiology of Cervical Cancer. *Arquivos de medica.* 24(6): 266-77
2. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2015). Standards of Perioperative nursing. Guidelines for Perioperative Practice. AORN
3. Borena W., Grünberger M., Widschwendter A., Kraxner KH., Marth E., Mayr P., Meier J., Ruth N., Guerrero AT., Marth C., Holm-von Laer D. (2016). Pre-vaccine era cervical human papillomavirus infection among screening population of women in west Austria. *BMC Public Health.* 16:889.
4. Bosch FX., de Sanjose S. (2006). Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer—burden and assessment of causality. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs.* 31:3-13.
5. Grce M., Davies P. (2008). Human papillomavirus testing for primary cervical cancer screening. *Expert Rev Mol Diagn.* 8(5):599-605.
6. Farazi PA., Hadji P., Roupa Z. (2016). Awareness of human papilloma virus and cervical cancer prevention among Greek female healthcare workers. *Eur J Cancer Prev.* [Epub ahead of print]
7. Farias CC., Jesus DV., Moraes HS., Buttenbender IF., Martins IS., Souto MG., Gonçalves Filho PH., Costa RM., Silva Sde O., Ferreira TS., Coutinho VV., Minotto HR., Fonseca AJ. (2016). Factors related to non-

- compliance to HPV vaccination in Roraima-Brazil: a region with a high incidence of cervical cancer. *BMC Health Serv Res.* 16(1):417.
8. Frumovitz M. (2014). Invasive cervical cancer: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and diagnosis. . *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 14:677-86.
 9. Gadducci A, Barsotti C, Cosio S, Domenici L, Genazzani AR. (2011). Smoking habit, immune suppression, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use and cervical carcinogenesis: a review of the literature. *Gynecol Endocrinol.* 27:597-604.
 10. Han SN., Mhallem Gziri M., Van Calsteren K., Amant F. (2013). Cervical cancer in pregnant women: treat, wait or interrupt? Assessment of current clinical guidelines, innovations and controversies. *Ther Adv Med Oncol.* 5:211-9.
 11. Linos A., Riza E. (2008). Comparisons of cervical cancer screening programmes in the European Union. *Eur J Cancer.* 36(17):2260-5.
 12. Lowdermilk D., Shannon P. (2013). Νοσηλευτική Μητρότητας. Μετάφραση -Επιμέλεια Λυκερίδου Α., Δελτοΐδου Α. 8η Έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός
 13. Palmer J., Gillespie A. (2010). Diagnosis and management of primary cervical carcinoma. *Trends in Urology Gynaecology & Sexual Health.* 4(2): 24-30
 14. Polikandrioti M., Evaggelou E., Zerva S., Zerdila M., koukoularis D., Kyritsi H. (2008). Evaluation of depression in patients undergoing chemotherapy. *Health Science Journal.* 2(3): 156-172.
 15. Roe H., Lennan E. (2014). Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients. *Nursing: Research and Reviews.* 4:110-115

16. Sangar VC., Ghongane B., Mathur G. (2016). Development of Human Papillomavirus (HPV) Vaccines: a Review of Literature. Rev Recent Clin Trials. [Epub ahead of print]
17. Saslow D., Solomon D., Lawson H., Killackey M. et al. (2012). American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. CA Cancer J Clin. 62(3): 147-172.
18. Sehnal B., Chlábek R., Sláma J. (2016). The importance of HPV vaccination in men. Cas Lek Cesk. 155(4):34-9.
19. Trottier H., Franco EL. (2006). Human papillomavirus and cervical cancer: burden of illness and basis for prevention. Am J Manag Care. 12(17 Suppl):S462-72.
20. World Health Organization. (2014). Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice – 2nd ed. Publications of the World Health Organization are available on the WHO website (www.who.int)

