

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

«Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας: χειρουργική αντιμετώπιση και νοσηλευτικές παρεμβάσεις»

Εισηγήτρια: Παναγοπούλου Ουρανία

Σπουδάστριες: Σαμαρά Χαρά, Χαρακίδα Μαρίνα, Χρήσιμου Ελένη

ΠΑΤΡΑ, 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	11
ΜΕΡΟΣ Α΄	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ	
1.1 ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	13
1.2 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	16
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	
2.1 ΓΥΝΑΙΚΕΙΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ	18
2.2 ΩΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΩΟΘΗΚΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ	19
2.3 ΕΜΜΗΝΟΡΥΣΙΑΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ	21
2.4 ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	28
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	29
3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	29
3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	31
3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	33

3.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ/ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	36
4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	37
5. ΠΡΟΛΗΨΗ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	39
6.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	39
6.2 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	43
6.3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	43
ΜΕΡΟΣ Β'	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	
7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	44
7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	44
7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	48
7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	50
7.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	54
7.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	55
ΜΕΡΟΣ Γ'	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	
8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	56
8.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α'	56
8.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β'	59

8.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	61



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην παρούσα φάση θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτριά μας που μας βοήθησε στην εκπόνηση της εργασίας μας. Ευχαριστούμε τους γονείς μας που ήταν δίπλα μας καθώς και στις συμφοιτήτριές μας για την καλή συνεργασία μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης του καρκίνου της μήτρας καθώς και των νοσηλευτικών πρακτικών, οι οποίοι ακολουθούνται κατά τη διάρκεια της νόσου. Η εργασία δομείται από πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο έχουμε την παρουσίαση ανατομικών στοιχείων σχετικά με τα γυναικεία γεννητικά όργανα. Πληροφορίες δίδονται τόσο για τα έσω όσο και για τα έξω γεννητικά όργανα. Ακόμα πληροφορίες έχουμε για στοιχεία φυσιολογία, τις γυναικείες ορμόνες, την ωογένεση, τον ωοθηκικό κύκλο, τον εμμηνορρυσιακό κύκλο καθώς και για την εμμηνόπαυση.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην παθολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, την αιτιολογία του, την κλινική εικόνα, τη διάγνωση, την ταξινόμηση, την πρόγνωση και την πρόληψη. Στη συνέχεια, στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται ακόμα και στη θεραπεία, η οποία είναι χειρουργική, χημειοθεραπευτική και ακτινοθεραπευτική. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται κυρίως στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον καρκινοπαθή ασθενή κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, κατά την προεγχειρητική του προετοιμασία και την μετεγχειρητική του αντιμετώπιση. Διερευνάται ο ρόλος του νοσηλευτή στην χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία καθώς και την ψυχολογική υποστήριξη που μπορεί να παρέχει στον ασθενή. Τέλος η εργασία κλείνει με ένα κεφάλαιο αναφοράς σε δύο κλινικά περιστατικά του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών και του Γενικού Νοσοκομείου Αγρινίου, καθώς και την νοσηλευτική διεργασία αυτών των περιστατικών.

ABSTACT

This work is an attempt to investigate uterine cancer as well as nursing practices that are followed during the disease. The work is structured in five chapters. In the first chapter we have presented anatomical data on female genitalia. Information is provided for both the middle and the outside genitalia. We also have information on physiology, female hormones, ovulation, ovarian cycle, menstrual cycle, and menopause.

In the second chapter, reference is made to cervical cancer pathology, etiology, clinical picture, diagnosis, classification, prognosis and prevention. Subsequently, the third chapter deals with the treatment, which is surgical, chemotherapeutic and radiotherapy. The fourth chapter refers mainly to nursing interventions in the cancer patient when he was admitted to the hospital, during his preoperative preparation and post-operative treatment. The role of the nurse in the chemotherapy and radiotherapy as well as the psychological support he can provide to the patient is investigated. Finally, the paper closes with two clinical cases from the Univercity General Hospital of Patras and from the General Hospital of Agrinio and the nursning process

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρόλο που οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποίησαν πρώτοι τον όρο καρκίνος για τη συγκεκριμένη νόσο, φαίνεται ο καρκίνος να εντοπίζεται σε ακόμη παλαιότερες περιόδους. Έχουν βρεθεί στοιχεία για ένα τύπο καρκίνου των οστών, το οστεοσάρκωμα, σε οστά κεφαλής και αυχένα σε μούμιες στην Αρχαία Αίγυπτο. Έχει ακόμη βρεθεί και περιγραφή της συγκεκριμένης νόσου σε πάπυρο ο οποίος υπολογίζεται να γράφτηκε το 1600 π.χ. Στον πάπυρο αναφέρονται 8 περιπτώσεις όγκων ή ελκών στο στήθος οι οποίοι αντιμετωπίζονταν με καυτηριασμό, το λεγόμενο «τρυπάνι της φωτιάς». Στον πάπυρο αναφέρονταν ότι η νόσος δεν είχε θεραπεία. Για τους αρχαίους Αιγυπτίους ο καρκίνος ήταν η τιμωρία από τους Θεούς για ασεβείς και αμαρτωλές πράξεις (Μανταλενακης, 2007).

Τα κείμενα του Ιπποκράτη όμως είναι αυτά που για πρώτη φορά ονομάζουν αυτή τη νόσο καρκίνο. Η αιτιολογία της βασίστηκε στη θεώρηση του Ιπποκράτη το 460-370 π.χ. για τους 4 χυμούς (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή). Σε φυσιολογικές συνθήκες οι χυμοί αυτοί βρίσκονται σε ισορροπία, όταν όμως συσσωρεύεται υπερβολική ποσότητα μαύρης χολής σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, δημιουργείται ο καρκίνος. Αυτή η θεωρία υποστηρίχθηκε για πολλούς αιώνες μέχρι περίπου το 1300 μ.Χ. Η θεωρία των χυμών έφτασε στη Ρωμαϊκή εποχή, όπου την υιοθέτησε και τη διέδωσε ο διάσημος γιατρός Γαληνός. Η μακρόχρονη διατήρηση της οφείλεται στην αυστηρή απαγόρευση μελέτης του ανθρώπινου σώματος, που είχε επιβληθεί το συγκεκριμένο διάστημα για θρησκευτικούς λόγους. Για όλα αυτά τα χρόνια και για πολλά αργότερα η νόσος θεωρούνταν ανίατη

ασθένεια ακόμη και αν υποβάλλονταν ο ασθενής σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση, αφαίρεσης του όγκου (Μανταλενακης, 2007).

Κατά τον 15ο αιώνα, άρχισαν να χρησιμοποιούνται πιο επιστημονικές μέθοδοι στη μελέτη των ασθενειών. Το 1628 άρχισε να χρησιμοποιείται η μέθοδος της αυτοψίας όπου αποκάλυψε πολλά στοιχεία για το ανθρώπινο σώμα και την κυκλοφορία του αίματος μέσα από την καρδιά και τα υπόλοιπα όργανα. Το 1761 ο Morgagni χρησιμοποίησε πρώτος τη νεκροψία για να συνδέσει παθολογικά ευρήματα με την αρρώστια που έπασχε ο ασθενής. Αυτή η μέθοδος έθεσε τα θεμέλια για την επιστημονική μελέτη του καρκίνου και την ανάπτυξη της επιστήμης της ογκολογίας. Την ίδια περίπου περίοδο ο Σκωτσέζος John Hunter (1728-1793) πρότεινε ότι κάποιοι τύποι καρκίνου μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά, αυτοί που δεν έχουν «εισβάλει» σε κάποιο ιστό. Αλλά μόνο έναν αιώνα αργότερα αναπτύχθηκε η μέθοδος της αναισθησίας που επέτρεπε την ανάπτυξη των μεθόδων χειρουργικής επέμβασης. Εκείνη την περίοδο επικρατούσε η θεωρία λέμφου (υγρό που κυκλοφορεί στο σώμα μέσω του λεμφικού συστήματος) για την αιτιολογία του καρκίνου, η οποία υποστήριζε ότι η δημιουργία του καρκίνου είναι αποτέλεσμα της αλλαγής της πυκνότητας και σύστασης της λέμφου (Μανταλενακης, 2007).

Πιο πρόσφατα, η κωνική θεωρία υποστηρίζει ότι αρχικά συμβαίνει μια μετάλλαξη σε ένα και μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και δίνει ένα «κλώνο» πανομοιότυπων κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν την καρκινική μάζα. Είναι μια θεωρία που υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος των επιστημόνων που ασχολούνται με την έρευνα του καρκίνου. Όλους αυτούς τους αιώνες η πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό ήταν που ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που επικρατεί στον κοινό νο. Πλέον η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μία πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτιά της(Netter,2007).

Η προέλευση της λέξης <<καρκίνος>> αποδίδεται στον Έλληνα Ιατρό Ιπποκράτη που έμεινε στην ιστορία ως ο πατέρας της Ιατρικής. Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους καρκίνος και καρκίνωμα για να περιγράψει διαφόρους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά η εξωτερικά έλκη και διογκώσεις (Netter, 2007).

Ο Ηρόφιλος το 300 πχ είναι ο πρώτος που μιλά για τις ωοθήκες. Αργότερα ο Γαληνός δίνει τη σωστή διάσταση των ωοθηκών στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας. Το 1762 ο RE GNET DE CURAL περιγράφει το ανθρώπινο ωάριο. Το 1843 ο Girlwood παρουσίασε τις ωοθήκες μιας παρθένου γυναίκας που είχε εμφανίσει 36 εμμηνορρυσίες. Το 1844 ο Theodore Von Bischoff διαπιστώνει ότι η ωοθηλακορρηξία συμβαίνει περιοδικά ανεξάρτητα από την συνουσία. Η ωοθηκεκτομή είναι η πρώτη επέμβαση που έγινε το 1809 σε μια περίπτωση μεγάλης κύστης (Netter, 2007).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας είναι η συχνότερη κακοήθης εξαλλαγή του γεννητικού σωλήνα των γυναικών της κεντρικής Ευρώπης και της βόρειας Αμερικής και ευθύνεται για το 10% όλων των κακοηθών νεοπλασιών σε γυναίκες. Η θνητότητα είναι σχετικά χαμηλή περίπου 25/100.000 γυναίκες νοσούν ετησίως αλλά πεθαίνουν κατά μέσον όρο 3,4 ετησίως. Η νόσος εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε ηλικίες 60-70 ετών.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ

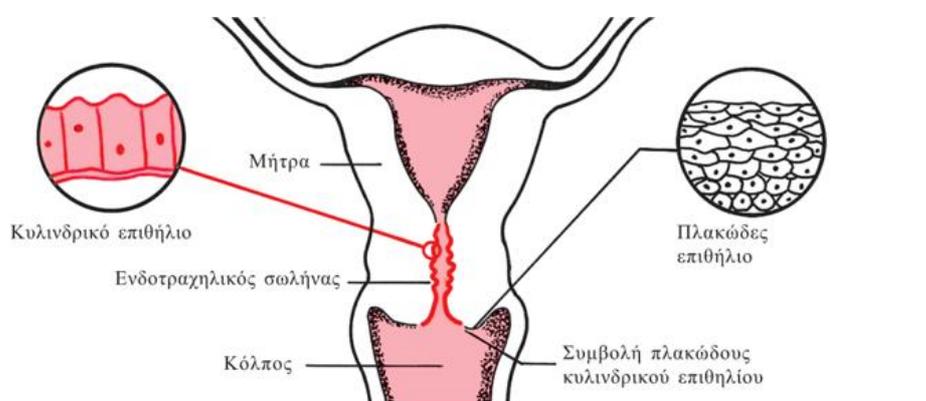
1.1 ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες, η μήτρα και ο κόλπος συνιστούν τα εσωτερικά όργανα του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας. Οι ωοθήκες είναι τα πρωτογενή αναπαραγωγικά όργανα στις γυναίκες και παράγουν επίσης τις γυναικείες ορμόνες του φύλου. Οι σάλπιγγες, η μήτρα και ο κόλπος χρησιμεύουν ως επικουρικοί οδοί για τις ωοθήκες και το αναπτυσσόμενο έμβρυο. (Lemone & Burke, 2006).

- **Κόλπος:** Ο κόλπος είναι ένας ινομυώδης σωλήνας μήκους περίπου 8-10cm, ο οποίος βρίσκεται πίσω από την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα και μπροστά από το ορθό. Το άνω άκρο του περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας σε μια περιοχή που ονομάζεται θόλος. Το εσωτερικό τοίχωμα του κόλπου είναι βλεννογόνος που

σχηματίζει πτυχές, οι οποίες ονομάζονται αύλακες. Ο βλεννογόνος αποτελείται από ένα πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο που εκκρίνει βλέννα. Ο κόλπος χρησιμεύει σαν δίοδος για την αποβολή εκκρίσεων όπως του υγρού της εμμήνου ρύσεως και είναι όργανο για σεξουαλική ανταπόκριση. Η φορά του είναι λοξή από επάνω και πίσω προς τα κάτω και μπροστά. Εμφανίζει δυο άκρα και σώμα. (Lemone & Burke, 2006).

- **Μήτρα:** Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο με σχήμα αχλαδιού με παχιά τοιχώματα το οποίο βρίσκεται μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Έχει τρία τμήματα: τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο. Στηρίζεται μέσα στην πυελική κοιλότητα από τους πλατύς συνδέσμους, τους στρογγυλούς συνδέσμους, τους ιερομητρικούς συνδέσμους και τους εγκάρσιους τραχηλικούς συνδέσμους. Η μήτρα υποδέχεται το γονιμοποιημένο ωάριο και αποτελεί τη περιοχή αύξησης και ανάπτυξης του εμβρύου. Το τοίχωμα της μήτρας έχει τρία στρώματα. Το περιμήτριο είναι το εξωτερικό ορογόνο στρώμα. Το μυομήτριο είναι το μέσο στρώμα και συνιστά το μεγαλύτερο τμήμα του τοιχώματος της μήτρας. Τέλος, το ενδομήτριο που επαλείφει τη μήτρα. (Lemone & Burke, 2006).



(Ανατομικά στοιχεία μήτρας)

- **Τράχηλος μήτρας:** Έχει μήκος 2,5-3 εκ. Είναι πιο στενός από το σώμα και παρουσιάζει κυλινδρικό σχήμα. Η πιο φυσιολογική και συνηθισμένη θέση της μήτρας είναι πρόσθια κλίση και κάμψη. Ο τράχηλος διακρίνεται στην ενδοκολπική μοίρα, η οποία βρίσκεται μέσα στο κόλπο και περιβάλλεται από τον κολπικό θόλο και την υπερκολπική μοίρα. (Ο τράχηλος της μήτρας είναι μια περιοχή του σώματος, όπου

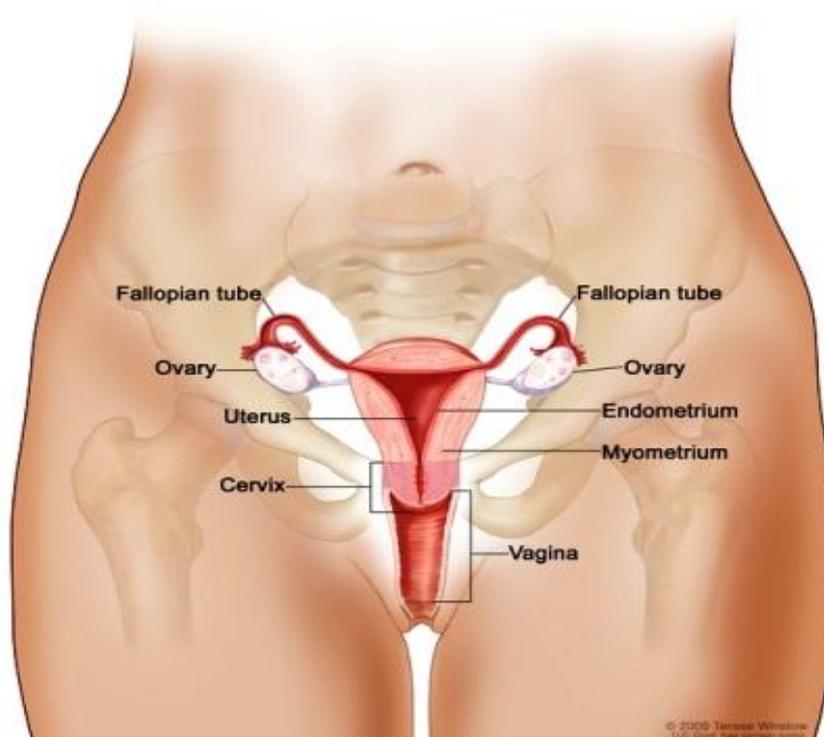
αναπτύσσονται σημαντικές παθήσεις όπως ο καρκίνος. Ο τράχηλος βρίσκεται στο ανώτερο μέρος του κόλπου της γυναίκας και ουσιαστικά είναι εκτεθειμένος σε μικροοργανισμούς και ιούς. Για παράδειγμα όταν υπάρχει ερωτική επαφή, το ανδρικό πέος έρχεται σε επαφή με τον τράχηλο και με αυτόν τον τρόπο μπορούν να μεταδοθούν ιοί. Υπάρχει μια σειρά ιών που ονομάζονται Ιοί Ανθρώπινων Θηλωμάτων (Human Papilloma viruses-HPV) οι οποίοι είναι ευρύτατα διαδεδομένοι μεταξύ των ανθρώπων και ορισμένοι ορότυποι αυτών των ιών προκαλούν προκαρκινικές αλλοιώσεις μέχρι και καρκίνο. Υπολογίζεται ότι το 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας προκαλούνται από τους ιούς HPV 16 και 18. Ποια είναι η σημασία του τραχήλου της μήτρας (Lemone & Burke, 2006).

- Ωαγωγοί (Σάλπιγγες): Οι ωαγωγοί είναι λεπτές κυλινδρικές δομές με μήκος περίπου 10 εκ. και διάμετρο 1εκ. Είναι προσκολλημένες στη μήτρα στο ένα άκρο τους και στηρίζονται από τους πλατύς συνδέσμους. Τα πλάγια άκρα είναι ανοικτά και αποτελούνται από προεκβολές που ονομάζονται κροσσοί, οι οποίες περιβάλλουν την ωοθήκη. Οι σάλπιγγες αποτελούνται από λείο μυ και επαλείφονται από κροσσωτά, βλενοπαράγωγα επιθηλιακά κύτταρα. Η γονιμοποίηση του ωαρίου λαμβάνει χώρα συνήθως στο έξω τμήμα του ωαγωγού. (Lemone & Burke, 2006).

Διαίρεση σαλπίγγων

1. Το ενδομητριακό τμήμα που αρχίζει από την μητρική κοιλότητα
 2. Ο ισθμός
 3. Η λήκυθος
 4. Ο κώδωνος είναι το τελευταίο και κροσσωτό τμήμα της σάλπιγγας.
- Ωοθήκες: Οι ωοθήκες είναι επίπεδες δομές σε σχήμα αμυγδάλου που βρίσκονται εκατέρωθεν της μήτρας κάτω από τα άκρα των ωαγωγών. Συνδέονται με τη μήτρα με έναν σύνδεσμο και συνδέονται επίσης με τον πλατύ σύνδεσμο. Η εξωτερική τους επιφάνεια πριν την ήβη είναι ομαλή. Αργότερα όταν αρχίσει η ωοθυλακιορρηξία παρατηρούνται οζώδεις σχηματισμοί που αντιστοιχούν σε

ωοθυλάκια. Οι ωοθήκες περιέχουν τα γεννητικά κύτταρα της γυναίκας και παράγουν τις θηλυκές ορμόνες, οιστρογόνα και προγεστερόνη. Κάθε ωοθήκη διαιρείται σε μυελό και φλοιό. Η μυελώδης μοίρα βρίσκεται κεντρικά και αποτελείται από ιστό, ελαστικές ίνες, λείες μυϊκές ίνες και άφθονες αρτηρίες και φλέβες. Περιέχει πολλές μικρές δομές που ονομάζονται ωοθυλάκια. Κάθε ωοθυλάκιο περιέχει ένα ανώριμο ωάριο. Αν το ωάριο γονιμοποιηθεί θα έχουμε εγκυμοσύνη αλλιώς θα αποβληθεί μες την έμμηνο ρύση. (Lemone & Burke, 2006).

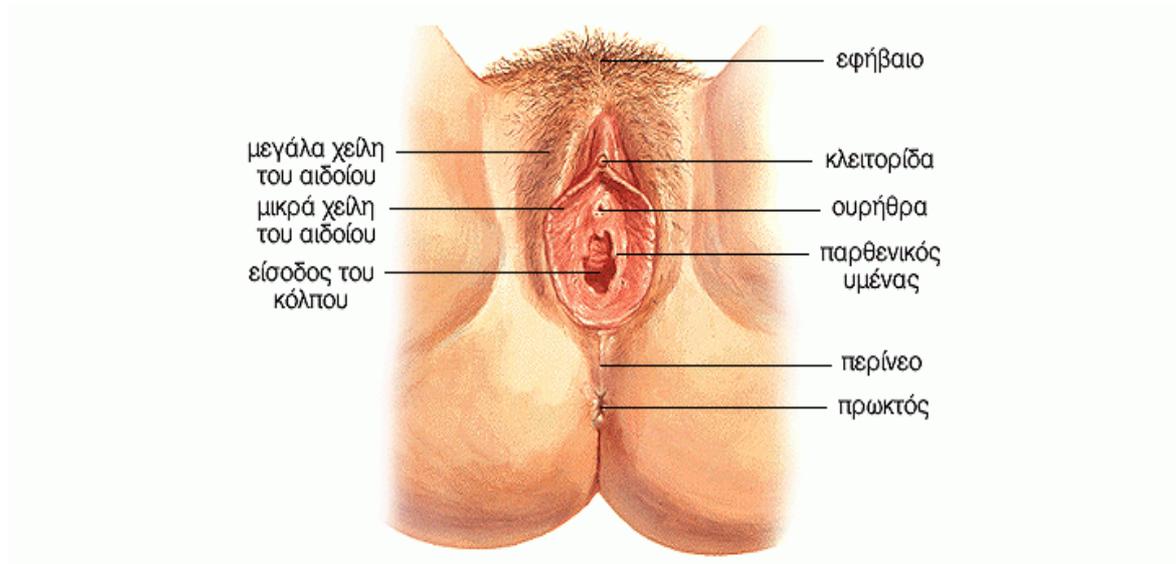


(εσωτερικά γεννητικά όργανα)

1.2 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα ονομάζονται συνολικά αιδούιο. Περιλαμβάνουν το εφήβαιο, τα χείλη, την κλειτορίδα, τα στόμια του κόλπου και της ουρήθρας και αδένες (Μιχαλάς, 2000).

- Το εφήβαιο είναι ένα έπαρμα από λιπώδη ιστό και χαλαρό συνδετικό ιστό που καλύπτεται από δέρμα. Βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση και σκεπάζεται από τριχοφυΐα. (Μιχαλάς, 2000).
- Τα χείλη χωρίζονται σε δύο δομές. Τα μεγάλα χείλη είναι πτυχές δέρματος και λιπώδους ιστού καλυμμένες με τρίχες και αποτελούν το πιο εξωτερικό τμήμα. Εκτείνονται από το εφήβαιο μέχρι το περίνεο και σχηματίζουν τα πλάγια της ουρογεννητικής σχισμής. Τα μικρά χείλη βρίσκονται μεταξύ της κλειτορίδας και της βάσης του κόλπου και περιβάλλονται από τα μεγάλα χείλη. Αποτελούνται από δέρμα, λιπώδη ιστό και στυτικό ιστό. Η περιοχή ανάμεσα στα χείλη ονομάζεται πρόδρομος και περιέχει τα στόμια για τον κόλπο και την ουρήθρα (Μιχαλάς, 2000).
- Η κλειτορίδα. βρίσκεται μέσα στα μεγάλα χείλη. Από το κάτω άκρο της ξεκινούν τα μικρά χείλη. Η κλειτορίδα αποτελεί στυτικό μόριο των γυναικείων γεννητικών οργάνων. Βρίσκεται στην κορυφή των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, πάνω από την ουρήθρα και τον κόλπο. Από άποψη λειτουργίας, είναι ανάλογη με το ανδρικό πέος. Αποτελείται από τα σπυραγγώδη σώματα της κλειτορίδας τα οποία κατά την σεξουαλική διέγερση πληρούνται με αίμα και επέρχεται στύση της κλειτορίδας. Η βάλανος της κλειτορίδας όταν αυτή δεν βρίσκεται σε στύση δεν είναι ορατή διότι καλύπτεται από την πόσθη. Τα αγγεία και τα νεύρα που κατανέμονται στην κλειτορίδα είναι περίπου όμοια με τα αντίστοιχα του πέους στον άνδρα (Μιχαλάς, 2000).
- Μαστοί: Οι μαστοί βρίσκονται ανάμεσα στη τρίτη και έβδομη πλευρά στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Στηρίζονται από τους θωρακικούς μυς και είναι πλούσιοι σε νεύρα, αίμα και λέμφο. Μια μελαγχρωματική περιοχή που ονομάζεται άλως βρίσκεται λίγο κάτω από το κέντρο κάθε μαστού και περιέχει σμηγματογόνους αδένες και τη θηλή. Οι μαστοί αποτελούνται από λιπώδη ιστό, ινώδη συνδετικό ιστό και αδενικό ιστό. Οι σύνδεσμοι Brauer στηρίζουν το μαστό και εκτείνονται μέχρι τη θηλή διαιρώντας το μαστό σε 15-25 λοβούς (Μιχαλάς, 2000).



(εξωτερικά γεννητικά όργανα)

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

2.1 ΓΥΝΑΙΚΕΙΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ

Οι ωοθήκες παράγουν τα ωάρια και εκκρίνουν τα στεροειδή δηλαδή οιστρογόνα και προγεστερόνη. Τα οιστρογόνα είναι αστεροειδείς ορμόνες που υπάρχουν φυσιολογικά σε τρεις τύπους: οιστρόνη, οιστραδιόλη και οιστριόλη. Η οιστραδιόλη είναι η πιο ισχυρή και είναι ο τύπος που εκκρίνεται σε μεγαλύτερη ποσότητα από τις ωοθήκες. Αν και τα οιστρογόνα εκκρίνονται σε όλη τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου, αυξάνονται κατά τη διάρκεια συγκεκριμένων φάσεων του κύκλου. (Lowdermil & Shannon, 2006).

Τα οιστρογόνα είναι ουσιώδη για την ανάπτυξη και τη διατήρηση των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου, και, σε συνδυασμό με άλλες ορμόνες διεγείρουν την προετοιμασία των αναπαραγωγικών οργάνων της γυναίκας δηλαδή προάγουν την ανάπτυξη των μαστών αλλά και του υποδόριου ιστού στους γοφούς και το στήθος για την ανάπτυξη του εμβρύου. Τα οιστρογόνα είναι υπεύθυνα για τη

φυσιολογική δομή του δέρματος και των αιμοφόρων αγγείων. Μειώνουν τον ρυθμό απορρόφησης των οστών, προάγουν την αύξηση των λιποπρωτεϊνών υψηλής πυκνότητας, ελαττώνουν τα επίπεδα χοληστερόλης και ενισχύουν την πήξη του αίματος. Τέλος, προάγουν την κατακράτηση νατρίου και νερού. (Lowdermil & Shannon,2006).

Η προγεστερόνη επιδρά κυρίως στην ανάπτυξη του μαζικού αδενικού ιστού και του ενδομήτριου. Κατά την κύηση η προγεστερόνη χαλαρώνει το λείο μυ ώστε να ελαττωθούν οι συσπάσεις της μήτρας. Αυξάνει επίσης τη θερμοκρασία του σώματος. Τα ανδρογόνα είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη τριχοφυΐας στην εφηβεία και έχουν και μεταβολικές δράσεις. (Lowdermil & Shannon, 2006).

2.2 ΩΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΩΟΘΗΚΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

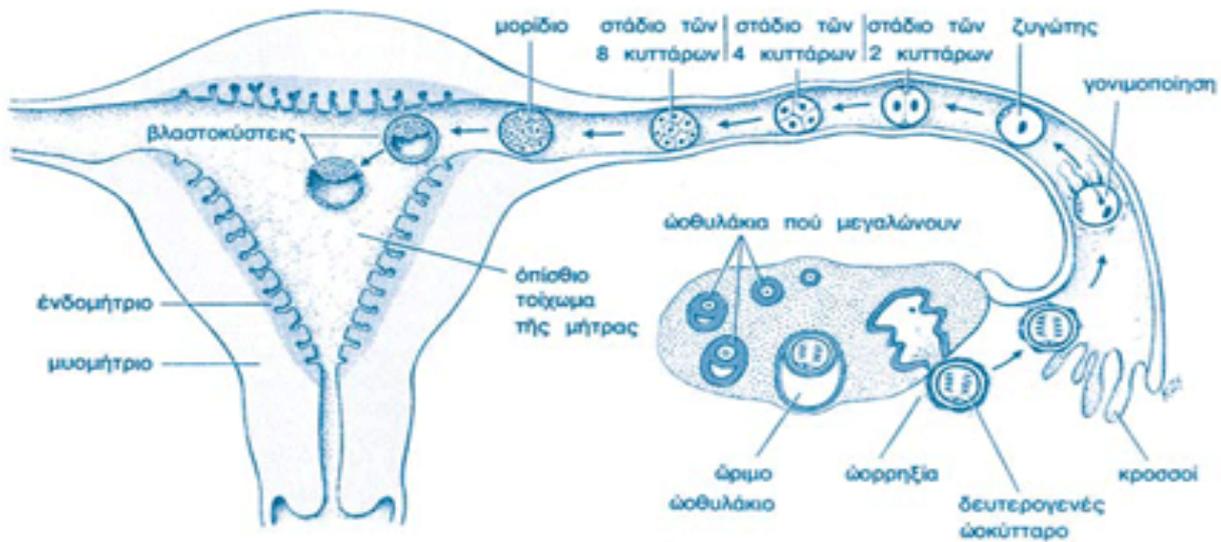
Ωογένεση ονομάζεται η ανάπτυξη του ώριμου ωαρίου από την πρόδρομη μορφή του το ωογόνο. Όλα τα ωάρια υπάρχουν ως πρωτογενή ωοκύτταρα στα αρχέγονα ωοθυλάκια κατά τη γέννηση μιας γυναίκας. Αρχικά τα ωογονία πολλαπλασιάζονται με μίτωση και στη συνέχεια ωριμάζουν σε πρωτογενή ωοκύτταρα στις ωοθήκες. Ο πολλαπλασιασμός συμβαίνει μόνο στην ενδομήτρια ζωή και 400-500 ωοκύτταρα ωριμάζουν ενώ τα υπόλοιπα εκφυλλίζονται. Ο Ωοθηκικός κύκλος έχει τρεις διαδοχικές φάσεις που συμβαίνουν κυκλικά κάθε 28 ημέρες (αν και ο κύκλος μπορεί φυσιολογικά να είναι μακρύτερος ή βραχύτερος). Η ωοθυλακική φάση διαρκεί από την 1η μέχρι τη 10η ημέρα του κύκλου. Η ωοθυλακιόρρηκτηκή φάση διαρκεί από την 11η μέχρι την 14η ημέρα κι σταματά με την ωοθυλακιόρρηξη. Η ωοθυλακική φάση διαρκεί από την 14η μέχρι την 28η ημέρα. (Lowdermil & Shannon, 2006).

Κατά την ωοθυλακική φάση, το ωοθυλάκιο αναπτύσσεται κι το ωοκύτταρο ωριμάζει. Οι διεργασίες αυτές ελέγχονται από την αλληλεπίδραση της FSH και της LH. Την 1η ημέρα του κύκλου αυξάνει η GnRH από τον υποθάλαμο κα διεγείρει την παραγωγή των FSH και LH από την πρόσθια υπόφυση. Οι FSH και LH διεγείρουν

την ανάπτυξη του ωοθυλάκιου και το ωοκύτταρο αυξάνει σε μέγεθος. Η δομή, που τώρα ονομάζεται πρωτογενές ωοθυλάκιο γίνεται μια πολυκυττάρια μάζα περικλειόμενη από μια ινώδη κάψα, τη θήκη του ωοθυλακίου. Εν συνεχεία, παράγονται οιστρογόνα και μέσα στο ωοθυλάκιο σχηματίζεται μια κοιλότητα γεμάτη υγρό. Το ωοκύτταρο περιβάλλεται από μια μεμβράνη, τη διαφανή ζώνη. Κατά την 10η ημέρα, το ωοθυλάκιο είναι ένα ώριμο ωοθυλάκιο και προεξέχει εξωτερικά της επιφάνειας της ωοθήκης. Μόνο ένα ωοθυλάκιο ωριμάζει μέχρι την ωοθυλακιορρηξια ενώ τα υπόλοιπα εκφυλλίζονται (Lowdermil & Shannon, 2006).

Η ωοθυλακιορρηκτική φάση αρχίζει όταν τα οιστρογόνα φτάσουν σε ένα επίπεδο αρκετά υψηλό ώστε να διεγείρουν την πρόσθια υπόφυση και να παραχθεί LH η οποία διεγείρει την μείωση στο αναπτυσσόμενο ωοκύτταρο και γίνεται η πρώτη μειωτική διαίρεση. Η LH διεγείρει επίσης ενζύμα τα οποία ενεργούν πάνω στο προεξέχον τοίχωμα της ωοθήκης, προκαλώντας του ρήξη και αποβολή του υγρού του άντρου και του ωοκυττάρου. Το ωοκύτταρο αποβάλλεται από το ώριμο ωοθυλάκιο με μια διαδικασία που ονομάζεται ωοθυλακιορρηξια. (Lowdermil & Shannon, 2006).

Κατά την ωχριτική φάση η έκλυση LH διεγείρει επίσης το ραγέν ωοθυλάκιο ώστε αυτό να μεταβληθεί σε ωχρο σωματίο και κατόπιν να διεγείρει το ωχρο σωματίο ώστε να αρχίσει αμέσως να παράγει προγεστερόνη και οιστρογόνα. Η αύξηση της προγεστερόνης και των οιστρογόνων στο αίμα έχει δράση αρνητικής ανατροφοδότησης στην παραγωγή LH, αναστέλλοντας την περαιτέρω αύξηση και ανάπτυξη των ωοθυλάκιων. Εάν δε συμβεί κύηση το ωχρο σωματίο εκφυλλίζεται και παύει η ορμονική του παραγωγή. Η φθίνουσα παραγωγή προγεστερόνης και οιστρογόνων στο τέλος του κύκλου επιτρέπει την αύξηση στην έκκριση FSH και LH και ένας νέος κύκλος ξεκινά (Lowdermil & Shannon, 2006).



(ωοθηκικός κύκλος)

2.3 ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Το ενδομήτριο ανταποκρίνεται σε μεταβολές των οιστρογόνων και της προγεστερόνης κατά τη διάρκεια του ωοθηκικού κύκλου ώστε να προετοιμασθεί για την εμφύτευση του εμβρύου. Το ενδομήτριο είναι δεκτικό στην εμφύτευση του εμβρύου μόνο για μια μικρή περίοδο κάθε μήνα, η οποία συμπίπτει με το χρόνο που το έμβρυο θα έφθανε φυσιολογικά στη μήτρα από τον ωαγωγό(7 ημέρες). Ο κύκλος αρχίζει με την εμμηνορρυσιακή φάση, η οποία διαρκεί από την 1η μέχρι 5η ημέρα. Το έσω στρώμα του ενδομητρίου αποβάλλεται ως έμμηνη ρύση για 3 έως 5 ημέρες. Καθώς το ωριμάζον ωοθυλάκιο αρχίζει να παράγει οιστρογόνα (ημέρες 6η έως 14η), αρχίζει η παραγωγική φάση. Το λειτουργικό στρώμα αναπαράγεται και παχύνεται, ενώ οι σπειροειδείς αρτηρίες αυξάνουν σε αριθμό και σχηματίζονται σωληνοειδείς αδένες. Η βλέννα του τραχήλου της μήτρας μεταβάλλεται σε μια λεπτή, κρυσταλλική ουσία, σχηματίζοντας αυλούς για βοηθήσει το σπέρμα να μετακινηθεί προς τα πάνω μέσα στη μήτρα. (Lowdermil & Shannon, 2006).

Οι μεταβολές της μήτρας κατά τη διάρκεια ενός καταμήνιου κύκλου προκαλούνται από τις αλλαγές της συγκέντρωσης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στο πλάσμα. Κατά την παραγωγική φάση, η αυψούμενη συγκέντρωση οιστρογόνων στο πλάσμα διεγείρει την αύξηση τόσο του ενδομητρίου

όσο και του υποκείμενου λείου μυός της μήτρας. Επιπρόσθετα, επιφέρει τη σύνθεση των υποδοχέων της προγεστερόνης στα ενδομήτρια κύτταρα. Έτσι κατά την εκκριτική φάση, ύστερα από την ωορρηξία και το σχηματισμό του ωχρού σωματίου, η προγεστερόνη επιδρά στο οιστρογονοφιλές ενδομήτριο και το μετατρέπει σε ένα ενεργό εκκριτικό ιστό: οι αδένες του καθίστανται εσπειραμένοι, πληρούνται από γλυκογόνο αυξάνονται τα αιμοφόρα τους αγγεία και συσσωρεύονται ένζυμα τόσο στους αδένες όσο και στο συνδετικό ιστό. Οι αλλαγές αυτές είναι βασικές για να μετατραπεί το ενδομήτριο σε ένα φιλόξενο περιβάλλον για το ωάριο .(Lowdermil & Shannon, 2006).

Η προγεστερόνη αναστέλλει επίσης τις μυομητρικές συστολές, αντιτιθέμενη κύρια στη διεγερτική δράση των οιστρογόνων και των τοπικά παραγόμενων προσταγλανδινών. Τούτο είναι πολύ σημαντικό για να διασφαλισθεί ότι το γονιμοποιημένο ωάριο, με την άφιξή του στη μήτρα δεν θα αποβληθεί από μυομητρικές συστολές και θα προλάβει να εμφυτευτεί επάνω στα τοιχώματα της. Η κινητική απραξία της μήτρας διασφαλίζεται από την προγεστερόνη κατά τη διάρκεια της κύησης και αποτελεί προϋπόθεση για την πρόληψη πρόωρου τοκετού .(Lowdermil & Shannon, 2006).

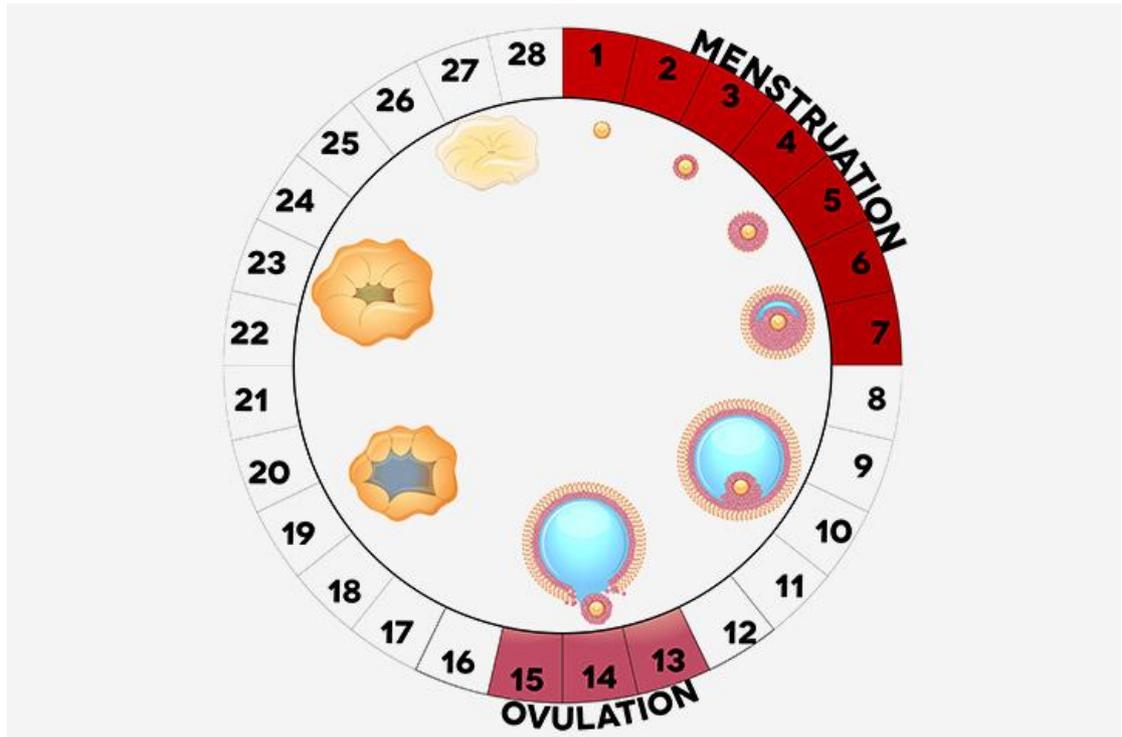
Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη έχουν σημαντικές επιδράσεις στην έκκριση βλέννας από τον τράχηλο. Κάτω από την επίδραση μόνο των οιστρογόνων η βλέννα αυτή είναι άφθονη, διαυγής και λεπτόρρευση. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά είναι πιο έντονα κατά την ωορρηξία, για να επιτρέπουν στο εναποτιθέμενο στον κόλπο σπέρμα να κινηθεί με ευκολία μέσα από τη βλέννα προς τη μήτρα και από εκεί προς τους ωαγωγούς. Αντίθετα η παρουσία της προγεστερόνης σε υψηλή συγκέντρωση ύστερα από την ωορρηξία καθιστά τη βλέννα παχύρρευση και γλοιώδη όπου κατά κυριολεξία δημιουργείται ένα πώμα το οποίο εμποδίζει την είσοδο βακτηριδίων στη μήτρα μέσω της κοιλικής οδού. Ο αντιβακτηριακός φραγμός προφυλάσσει το έμβρυο στην περίπτωση όπου έχει επέλθει σύλληψη .(Lowdermil & Shannon, 2006).

Η πτώση της προγεστερόνης και των οιστρογόνων του πλάσματος, η οποία επέρχεται από τον εκφυλισμό του ωχρού σωματίου στερεί το καλό ανεπτυγμένο ενδομήτριο από την ορμονική του υποστήριξη και προκαλεί εμμηνορρυσία. Το πρώτο συμβάν χαρακτηρίζεται από έντονη συστολή των αγγείων της μήτρας, η οποία

επιφέρει μείωση της παροχής οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών στα ενδομήτρια κύτταρα. Έτσι άρχεται μια αποδόμηση ολόκληρου υποκείμενου στρώματος, το οποίο θα αποτελέσει τη μαγιά αναζωογόνησης του ενδομητρίου κατά τον επόμενο καταμήνιο κύκλο. Επίσης ο λείος μυς της μήτρας ξεκινά ρυθμικές συστολές .(Lowdermil & Shannon, 2006).

Τόσο η αγγειοσυστολή όσο και οι συστολές της μήτρας διαμεσολαβούνται από τις προσταγλανδίνες που παράγονται από τον ενδομήτριο σε απόκριση της πτώσης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στο πλάσμα. Η κύρια αιτία καταμήνιων σπασμών, η δυσμηνόρροια, είναι η υπερπαραγωγή αυτών των προσταγλανδινών η οποία επιφέρει υπερβολικές συστολές της μήτρας. Οι προσταγλανδίνες επιδρούν επίσης και στους λείους μυς του υπόλοιπου σώματος προκαλώντας συνήθως συστηματικές συμπτωματολογικές παρενέργειες όπως είναι η ναυτία, ο εμετός και ο πονοκέφαλος .(Lowdermil & Shannon, 2006).

Ύστερα από την αρχική περίοδο της αγγειακής συστολής, τα ενδομήτρια αρτηρίδια διαστέλλονται, επιφέροντας έτσι αιμορραγία μέσω των εξασθενημένων τριχοειδών αγγείων. Η εμμηνορρυσία αποτελείται από αίμα αναμιγμένο με υπολείμματα του ενδομητρίου. Φυσιολογικά η απώλεια αίματος ανά καταμήνιο περίοδο ανέρχεται περίπου από 50 έως 150 ml (Αθανάτου, 2000). (Lowdermil & Shannon, 2006).



(εμμηνορυσιακός κύκλος)

2.4 ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Γύρω στην ηλικία των 50 ετών, κατά μέσο όρο, οι καταμήνιοι κύκλοι χάνουν την κανονικότητά τους. Τελικά παύουν εντελώς και αυτό το σταμάτημα είναι γνωστό ως εμμηνόπαυση. Η φάση η οποία αρχίζει με ακανόνιστους καταμήνιους κύκλους και κορυφώνεται με την εμμηνόπαυση είναι γνωστή ως κλιμακτήριος περίοδος και θεωρείται αντίποδας της εφηβείας. Συνοδεύεται από πολυάριθμες φυσικές και συναισθηματικές μεταβολές καθώς η ωριμότητα φύλου αντικαθίσταται από την παύση της αναπαραγωγικής λειτουργίας (Σαλαμαλέκης, 2004).

Η ακανόνιστη καταμήνιος λειτουργία και η εμμηνόπαυση ως επιστέγασμα της προκαλούνται κύρια από ωοθηκική κατάρρευση. Οι ωοθήκες χάνουν την ικανότητα τους να αντιδρούν στις γοναδοτροπίνες, κύρια διότι σχεδόν όλα εάν όχι όλα τα ωοθυλάκια και τα ωάρια έχουν εξαφανισθεί μέσω στρησίας. Το ότι ο υποθάλαμος και η πρόσθια υπόφυση λειτουργούν σχετικά κανονικά αποδεικνύεται από το γεγονός ότι οι γοναδοτροπίνες εκκρίνονται σε μεγαλύτερες ποσότητες. Ο κύριος λόγος για αυτό

είναι η μειωμένη συγκέντρωση οιστρογόνων στο πλάσμα η οποία δεν εξασκεί πια της ίδιας έντασης αρνητική ανατροφοδότηση στην έκκριση των γοναδοτροπίνων (Ιωαννίδης, Βασιλειάδη, Μπομπότη, Σουβατζόγλου, Θαλασσινός, 2004).

Μια μικρή ποσότητα οιστρογόνων συνήθως εμμένει στο πλάσμα και μετά την εμμηνόπαυση, κύρια από την περιφερική μετατροπή των επινεφριδιακών ανδρογόνων σε οιστρογόνα, αλλά το επίπεδο αυτό είναι ανεπαρκές για να συντηρήσει τους οιστρογονοεξαρτώμενους ιστούς. Οι μαστοί και τα γεννητικά όργανα ατροφούν προοδευτικά σε μεγάλο βαθμό. Λέπτυνση και ξήρανση του κοιλιακού επιθηλίου μπορεί να μετατρέψουν την ερωτική συνουσία σε επίπονη πράξη. Επίσης παρουσιάζεται συχνά σημαντική μείωση της οστικής μάζας και της δύναμης, η επονομαζόμενη οστεοπόρωση, λόγω της οστικής απορρόφησης, η οποία είναι υπεύθυνη για την υψηλή συχνότητα εμφανιζόμενων καταγμάτων. Η ερωτική ορμή μένει αναλλοίωτη ή μπορεί ακόμα και να αυξηθεί. Οι θερμοερυθριάσεις, το πιο τυπικό σύμπτωμα της εμμηνόπαυσης, συνοδεύονται από διαστολή των αγγείων του δέρματος, η οποία προκαλεί την αίσθηση ζέστης και έντονη εφίδρωση. Ο μηχανισμός όμως πρόκλησης αυτών των συμπτωμάτων με την έλλειψη οιστρογόνων είναι άγνωστος. Ένα άλλο ζήτημα της εμμηνόπαυσης είναι η σχέση της με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι γυναίκες έχουν σημαντικά λιγότερα νοσήματα στεφανιαίων αρτηριών από ότι οι άνδρες μέχρι την εμμηνόπαυση, όπου τότε η συχνότητα εμφάνισης τους εξισούται μεταξύ των δύο φύλων. Τούτο το γεγονός αποδίδεται στην καρδιοπροφυλακτική έλλειψη των οιστρογόνων. Τα οιστρογόνα εξασκούν ευεργετική δράση στη χοληστερόλη του πλάσματος, αλλά άλλες ωφέλιμες επιδράσεις αυτής της ορμόνης πρέπει να παίζουν κάποιο ρόλο, οι οποίες όμως δεν έχουν καθορισθεί επακριβώς ακόμα. Ένα άλλο σύμπτωμα της εμμηνόπαυσης που εμφανίζεται σε κάποιες γυναίκες είναι η συναισθηματική αστάθεια (Ιωαννίδης, Βασιλειάδη, Μπομπότη, Σουβατζόγλου, Θαλασσινός, 2004).

Τα περισσότερα σχετιζόμενα συμπτώματα με την εμμηνόπαυση, όπως επίσης η αύξηση της συχνότητας θανάτων από νόσους των στεφανιαίων αγγείων και η οστεοπόρωση μπορούν να μειωθούν με την παροχή οιστρογόνων. Πρόσφατες μελέτες απόδειξαν επίσης ότι η χορήγηση οιστρογόνων μπορεί να μειώσει την πιθανότητα ανάπτυξης της ασθένειας Alzheimer και μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη στη θεραπεία αυτής της ασθένειας. Η αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπευτικών ιδιοτήτων των

οιστρογόνων βρίσκεται προς το παρόν κάτω από κλινική δοκιμή (Ιωαννίδης, Βασιλειάδη, Μπομπότη, Σουβατζόγλου, Θαλασσινός, 2004).

Η θελκτικότητα όμως τέτοιας παροχής σε ολόκληρο τον πληθυσμό των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών είναι αμφισβητήσιμη διότι η μακροχρόνια (πάνω από 5 έτη) παροχή οιστρογόνων αυξάνει την επικινδυνότητα ανάπτυξης ενδομητρίου καρκίνου και πιθανόν του καρκίνου του μαστού, επίσης. Η αυξημένη επικινδυνότητα ανάπτυξης ενδομητρίου καρκίνου μπορεί βασικά να απαλειφθεί με την ταυτόχρονη χορήγηση προγεσταγόνου μαζί με τα οιστρογόνα. Δυστυχώς, ένα τέτοιος συνδυασμός χορήγησης φαρμάκων δεν μειώνει την επικινδυνότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Ιωαννίδης, Βασιλειάδη, Μπομπότη, Σουβατζόγλου, Θαλασσινός, 2004).

Συμπερασματικά, πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει συνολικά, ότι η θεραπεία αναπλήρωσης των ορμονών τελικά μειώνει τη θνησιμότητα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, βασικά μέσω της προστατευτικής επίδρασης των οιστρογόνων ενάντια στις καρδιακές ασθένειες. Δηλαδή για τη μέση μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα η θετική προστασία ενάντια στις καρδιακές ασθένειες και την οστεοπόρωση υπολείπεται καθαρά της αρνητικής επίδρασης στην αύξηση της επικινδυνότητας ανάπτυξης καρκίνου. Τούτο όμως μπορεί να μην είναι αληθές για ατομικές περιπτώσεις γυναικών που έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνων του μαστού ή του ενδομητρίου οι οποίες έχουν άλλους γνωστούς παράγοντες επικινδυνότητας σε τέτοιες ασθένειες (Ιωαννίδης, Βασιλειάδη, Μπομπότη, Σουβατζόγλου, Θαλασσινός, 2004).

Το θέμα της θεραπείας ασθενειών (π.χ. καρκίνος της μήτρας και του μαστού) με αναπλήρωση ορμονών επικεντρώνεται στην προσπάθεια ανάπτυξης τέτοιων φαρμάκων (ταμοξιφαίνη) τα οποία έχουν ταυτόχρονα τόσο οιστρογονική όσο και αντιοιστρογονική δράση. Τέτοια φάρμακα φέρουν τη γενική ονομασία επιλεκτικοί τροποποιητές οιστρογονουποδοχέων (SERMs- Selective estrogen receptor modulatorν) αφού ενεργοποιούν τους υποδοχείς οιστρογόνων σε κάποιους ιστούς, αλλά όχι σε κάποιους άλλους. Επιπλέον σε αυτούς τους τελευταίους ιστούς επενεργούν ως ανταγωνιστές των οιστρογόνων. Προφανώς το ιδανικό φάρμακο SERM θα πρέπει να έχει οιστρογονική επίδραση για να προφυλάσσει το άτομο από την οστεοπόρωση, τα καρδιακά επεισόδια και την ασθένεια Alzheimer, αλλά ταυτόχρονα το ίδιο φάρμακο να εμποδίζει την ανάπτυξη των καρκίνων της μήτρας και του μαστού. Η λογική βάση που επιτρέπει την ανάπτυξη ενός τέτοιου φαρμάκου

είναι το γεγονός ότι υπάρχουν δυο εξειδικευμένοι τύποι οιστρογονουποδοχέων, οι οποίοι επηρεάζονται διαφορετικά από διάφορα φάρμακα SERM (Σαλαμαλέκης, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Το ανθρώπινο σώμα παράγει συνεχώς νέα κύτταρα για την αντικατάσταση εκείνων που έχουν φθαρεί. Μια μη φυσιολογική αντιγραφή κυττάρων καταλήγει σε νεόπλασμα. Τα νεοπλάσματα χωρίζονται σε καλοήθη και κακοήθη. Τα καλοήθη περιβάλλονται από μια ινώδη κάψα που εμποδίζει την διασπορά των κυττάρων σε άλλα σημεία του σώματος. Τα κακοήθη αυξάνονται ανεξέλεγκτα, ο πυρήνας τους είναι μεγάλος και ακανόνιστος και πιθανόν οφείλεται σε αλλαγές του DNA.

Καρκίνος είναι μια ομάδα μη φυσιολογικών κυττάρων που αναπτύσσονται με ανεξέλεγκτο τρόπο, με αποτέλεσμα να προσβάλλουν και να καταστρέφουν υγιείς ιστούς. Μια ομάδα καρκινικών κυττάρων σχηματίζει έναν όγκο. Όταν ο όγκος βρίσκεται στις ωοθήκες λέγεται καρκίνος ωοθηκών. Το 90% των ωοθηκικών κακοήθων όγκων είναι επιθηλιακοί όγκοι. Οι όγκοι αυτοί μεγαλώνουν γρήγορα. εξαπλώνονται γρήγορα, είναι συνήθως αμφοτερόπλευροι και δεν ανιχνεύονται εύκολα. Αυτός είναι και ο λόγος που αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο. Υπάρχουν ωστόσο αρκετοί τύποι καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: επιθηλιακοί όγκοι, όγκοι από τα αρχέγονα κύτταρα και όγκοι των γεννητικών κυττάρων. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εξαπλώνεται τοπικά στην περιτοναϊκή κοιλότητα, με τα καρκινικά κύτταρα που αποπίπτουν να εμφυτεύονται στο παχύ έντερο και την κύστη. Τα καρκινικά κύτταρα μέσω του περιτοναϊκού υγρού μεταφέρονται και μπορεί να εμφυτευτούν στο λεπτό έντερο και το μεσεντέριο. Επίσης, με τη λέμφο και το αίμα τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να μεταφερθούν σε όργανα όπως το ήπαρ και περνώντας το διάφραγμα να προσβάλλουν τους πνεύμονες. Αν καταληφθούν πυελικοί και παραορτικοί λεμφαδένες, τα καρκινικά κύτταρα παρεμποδίζουν την λεμφική παροχέτευση, προκαλώντας ασκίτη (Χαρατση-Γιωτακη, 2010).

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Το καρκίνωμα του ενδομητρίου είναι διηθητικά αναπτυσσόμενος όγκος που εκκινά επιθηλιακά κύτταρα του βλεννογόνου της μήτρας.

3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

- Κληρονομική προδιάθεση
- Κάπνισμα
- Διαιτητικοί παράγοντες
- Αναπαραγωγικοί παράγοντες
- Φυσική δραστηριότητα
- Ανθρωπομετρικοί παράγοντες
- Επάγγελμα
- Νόσοι/φάρμακα
- Ιονίζουσα ακτινοβολία

Η ωορρηκτική δραστηριότητα της ωοθήκης παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην παθογένεση του τραχηλικού καρκινώματος. Οι ωορρηξίες προκαλούν τραυματισμό του επιθηλίου και η επακόλουθη επούλωση συνδέεται πάντοτε με μια διέγερση προς υπερπλασίαν. Μια μεγάλη χρονική περίοδος εμφάνισης ωορρηξιών (πρώιμη εμμηναρχή, όψιμη εμμηνόπαυση) και επομένως ένας μεγάλος συνολικός αριθμός ωορρηξιών θεωρούνται, σε μικρό βαθμό, ως παράγων κινδύνου. Η απουσία κήσεων και η ανεπιθύμητη ατεκνία αυξάνουν τον κίνδυνο. Άλλος παράγων κινδύνου είναι οι λοιμώξεις της ελάσσονος πυέλου στο ιστορικό της ασθενούς. Αντιθέτως φαίνεται ότι δρουν προστατευτικά, οι ολοκληρωμένες εγκυμοσύνες, η μακροχρόνια λήψη αναστολέων της ωορρηξίας, η απολίνωση των ωαγών και η εστεροκτομή. Όσον αφορά στους δύο τελευταίους παράγοντες φαίνεται ότι ο αποκλεισμός από το

εξωτερικό περιβάλλον και επομένως η μειωμένη έκθεση σε εν δυνάμει καρκινογόνες ουσίες παίζει αποφασιστικό ρόλο (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Ιστολογικά στο 90% των περιπτώσεων πρόκειται για επιθηλιακούς όγκους που εκκινούν από την ορογονική κάψα της ωοθήκης. Από αυτά 70-80% εμφανίζουν ορώδη, 20% βλεννώδη και 10% ενδομητριοειδή διαφοροποίηση. Ένα 10-20% των επιθηλιακών όγκων ανήκουν στην κατηγορία των λεγόμενων όγκων οριακής κακοήθειας. Αυτοί οι όγκοι έχουν κύτταρα με κακοήθεις χαρακτήρες όπως υψηλούς δείκτες πολλαπλασιασμού, πολλές μιτώσεις και ατυπίες, ωστόσο απουσιάζει η διηθητική ανάπτυξη. (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Στους μη επιθηλιακούς όγκους ανήκουν οι όγκοι του ωοθηκικού στρώματος, οι όγκοι από γεννητικά κύτταρα και σπανιότερες μορφές. Μια πολύ σημαντική ιδιαίτερη μορφή είναι το πολυεστιακό εξωθητικό καρκίνωμα της ωοθήκης. Στην περίπτωση του, η κακοήθεις ανάπτυξη εκκινά από το περιτόναιο, αλλά η ιστολογική και κλινική εικόνα δεν διαφέρουν από εκείνες του καρκινώματος που εκκινά από την ωοθήκη. Αυτό το καρκίνωμα μπορεί να αναπτυχθεί και μετά από προφυλακτική ωοθηκεκτομή. Ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησης τους, τα καρκινώματα διακουμούνται από G1 (υψηλής διαφοροποίησης) έως G3 (χαμηλής διαφοροποίησης). (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Οικογενειακό ιστορικό υπάρχει στο 5-10% των γυναικών με επιθηλιακό καρκίνο. Μια γυναίκα με συγγενή που πάσχει από τη νόσο έχει κίνδυνο εμφάνισης της νόσου στη διάρκεια της ζωής της 2,5% διπλάσιο δηλαδή από τον γενικό πληθυσμό. Με δυο προσβεβλημένους στενούς συγγενείς, ο κίνδυνος αυξάνεται στο 30-40%. Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των οικογενών καρκίνων είναι η σχετικά πρόωμη ηλικία εμφάνισης. (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Οι περισσότερες, επίσης από αυτές τις οικογένειες παρουσιάζουν επιπροσθέτως περιπτώσεις καρκίνου του μαστού ή ορθοκολικού καρκίνου. Το ελαττωματικό γονίδιο στις οικογένειες είναι πολύ συχνά, το ογκοκατασταλτικό γονίδιο BRCA1 (81 %). Το γονίδιο BRCA2 είναι παθολογικό σε ποσοστό 14%. Οικογένειες με ορθοκολικό καρκίνο παρουσιάζουν βλάβες στα γονίδια επιδιόρθωσης του DNA, αλλά αυτό σπάνια βρίσκεται σε σχέση με τον οικογενή ωοθηκικό καρκίνο. Μια γυναίκα που έχει κληρονομήσει ένα παθολογικό γονίδιο BRCA1 έχει 60 % κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 50 ετών και 80 % σε

όλη τη διάρκεια της ζωής της. Ωστόσο ο κίνδυνος για καρκίνο των ωοθηκών είναι χαμηλότερος, περίπου 40 %. (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το σημαντικότερο και σχετικά πρώιμο σύμπτωμα είναι η αιμορραγία από τον κόλπο σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Σε νεότερες γυναίκες, πριν την εμμηνόπαυση συχνά παρατηρούνται ανώμαλες αιμορραγίες. Επίσης είναι δυνατόν να υπάρχει δύσοσμη εκροή από τον κόλπο, κοιλιακοί πόνοι ή αίσθημα πίεσης. Εκτεταμένοι όγκοι που έχουν εισβάλει σε γειτονικά όργανα, μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγία από την ουροδόχο κύστη ή το έντερο, καθώς και αίσθημα πίεσης ή παρουσίας ξένου σώματος στο υπογάστριο και διαταραχές της πέψης. Ο πυρετός, η απώλεια ικανότητας για απόδοση έργου και η έντονη απώλεια βάρους είναι συνήθως σημεία προχωρημένης νόσου (Φωτίου, 2008).

Όταν εμφανιστούν τα συμπτώματα, συνήθως είναι ασαφή και μπορεί να περιλαμβάνουν οίδημα, πίεση, δυσφορία ή πόνο στην κοιλιά, καούρα, ναυτία ή φούσκωμα, αλλαγές στις συνήθειες επίσκεψης στην τουαλέτα, όπως δυσκοιλιότητα, διάρροια και συχνουρία λόγω της πίεσης, κούραση και απώλεια όρεξης, ανεξήγητη απώλεια ή αύξηση του σωματικού βάρους, αλλαγές στο εμμηνορρυσιακό κύκλο ή μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία, πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή. Τα παραπάνω συμπτώματα είναι κοινά σε πολλές ασθένειες και οι περισσότερες γυναίκες που εμφανίζουν κάποια από αυτά δεν έχουν απαραίτητα καρκίνο των ωοθηκών. Μόνο οι εξετάσεις μπορούν να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση. Οι περισσότεροι όγκοι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας υπάρχουν για κάποιο χρονικό διάστημα πριν βρεθούν. Μερικές φορές ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας βρίσκεται απρόσμενα κατά τη διάρκεια μιας εγχείρησης, όπως η υστερεκτομή (Φωτίου, 2008).



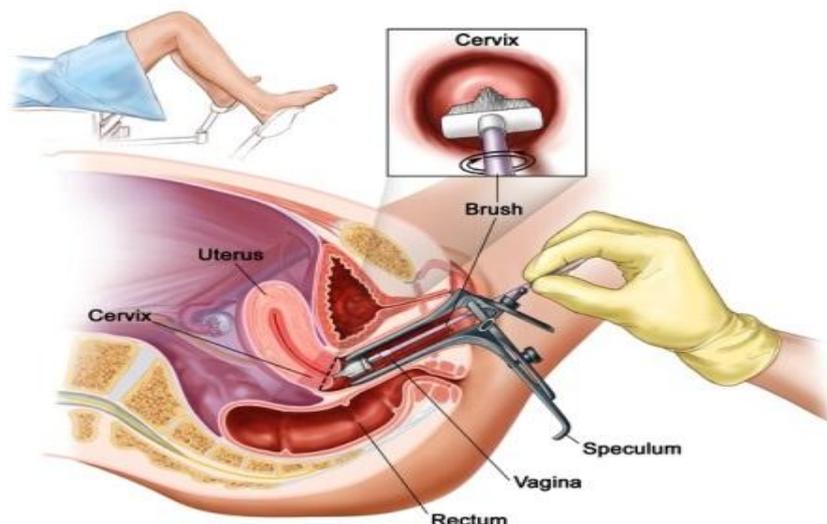
(καρκίνος του τραχήλου της μήτρας)

3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την ψηλάφηση της κοιλίας, την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση και την εξέταση από το ορθό. Χαρακτηριστικά που δείχνουν κακοήθεια είναι ανώμαλο περίγραμμα ,οζώδης μορφολογία, συμπαγής υφή, αμφοτερόπλευρη εντόπιση, καθήλωση, ανεύρεση ασκτικού υγρού (Φωτίου, 2008).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- Εξέταση αίματος και ειδική ηλεκτροφόρηση του ορού αίματος, όπου μπορεί να αντικατοπτρίζει την παρουσία της νόσου.
- Λαπαροσκόπηση γίνεται για να τεθεί η οριστική διάγνωση και να προσδιορίσει την επέκταση σε άλλα όργανα.
- Η εξέταση κυτταρικών επιχρισμάτων κατά Παπανικολάου είναι παθολογική σε ποσοστό 30% γυναικών με καρκίνο ωοθηκών.



(εξέταση επιχρισμάτων κατά Παπανικολάου)

- Τα επίπεδα του αντιγόνου Ca 125 χρησιμεύουν στην ανίχνευση του καρκίνου των ωοθηκών. Το αντιγόνο αυτό είναι ένας καρκινικός δείκτης που έχει υψηλή συσχέτιση με τον επιθηλιακό καρκίνο ωοθηκών. Η διακολπική και διακοιλιακή

υπερηχογραφία χρησιμοποιούνται για να προσδιορίσουν το μέγεθος των ωοθηκών και να ανιχνεύσουν μικρές μάζες. Ωστόσο οι εξετάσεις αυτές δεν μπορούν να διακρίνουν μεταξύ κυστών η καλοήθων και κακοήθων ωοθηκικών μαζών.

· Η αξονική τομογραφία και οι απλές ακτινογραφίες μπορούν να αναδείξουν περιοχές μετάστασης

(Smith & Netter, 2007).

ΕΞΕΤΑΣΗ	ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ(%)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ(%)
Ενδοκολπικό υπερηχογράφημα	82-91	68-81
Έγχρωμη Doppler υπερηχογραφία	86	91
Αξονική τομογραφία	90	75
Μαγνητική τομογραφία	91	88
PET τομογραφία	67	79
Προσδιορισμός επιπέδων Ca-125	78	78

ΥΠΧ: Συνήθως αναγνωρίζεται ένα συμπαγές ή κυστικό μόρφωμα με παχιά τοιχώματα, οζώδεις προσεκβολές και εσωτερικά διαφραγμάτια.

ΥΤ: Μπορεί να απεικονίζεται ως μεικτός συμπαγής όγκος, συχνά αμφοτερόπλευρα με παχυμένα διαφραγμάτια και τοιχωματικά στοιχεία.

ΜΤ: Αναγνωρίζονται ως συμπαγείς ,κυστικές ή μεικτές εξεργασίες με σήμα χαμηλής έντασης στις T1 και υψηλής στις T2.Η πρόσληψη σκιαγραφικού περιορίζεται στα συμπαγή στοιχεία του όγκου (Αργυροπούλου και συν., 2012).

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

ΚΑΛΟΗΘΗ

- Λειτουργική κύστη
- Λειομώματα
- Ενδομητρίωμα
- Σαλπινγγοοθηκικό απόστημα
- Έκτοπη κύηση
- Ωριμο τεράτωμα
- Ορώδες κυσταδένωμα
- Βλεννώδες κυσταδένωμα
- Υδροσάλπιγγα

ΚΑΚΟΗΘΗ

- Όγκοι εκ γεννητικών κυττάρων
- Όγκοι εκ γονιδιακού στρώματος
- Επιθηλιακό καρκίνωμα

ΜΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

ΚΑΛΟΗΘΗ

- Εκκολπωματικό απόστημα
- όγκοι νευρικής θήκης
- Ουρητηρικό εκκόλπωμα
- Πυελικός νεφρός
- Παρασαλπινγικές κύστες
- Εκκόλπωμα ουροδόχου κύστεως

ΚΑΚΟΗΘΗ

- Γαστρεντερικοί όγκοι
- Οπισθοπεριτοναϊκό σάρκωμα
- Μεταστάσεις

(Πηγή: www.esmo.org.)

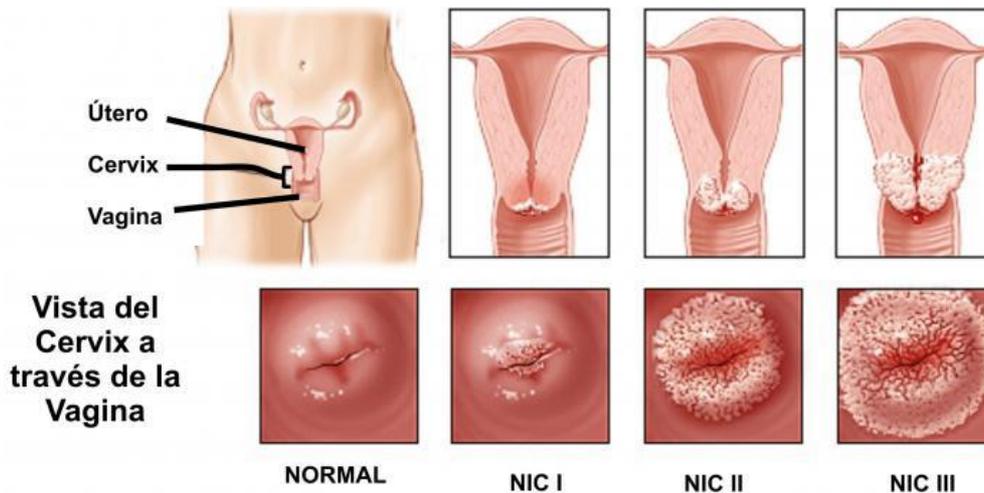
3.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ/ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Ιστολογικά διακρίνονται οι προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις από κυρίως ειπείν καρκινώματα του ενδομητρίου. Η υπερπλασία του ενδομητρίου είναι μια εν δυνάμει προκαρκινωματώδης κατάσταση, η οποία οδηγεί σε ανάπτυξη καρκινώματος ανάλογα με το βαθμό βαρύτητας της ατυπίας, δηλαδή με συχνότητα 5-10% σε απλή άτυπη υπερπλασία ενδομητρίου και 30% σε σύνθετη άτυπη υπερπλασία του ενδομητρίου (Μαχαλάς, 2010).

Τα διηθητικά καρκινώματα είναι ενδομητριοειδή αδenoκαρκινώματα σε άνω του 60% των περιπτώσεων, ενώ στο 20% παρατηρούνται αδenoκαρκινώματα με συνιστώσες μεταπλαστικού πλακώδους επιθηλίου, τα καλούμενα αδenoακανθώματα. Σπανιότερα συναντώνται ορώδη, διαυγοκυτταρικά ή βλενωώδη αδenoκαρκινώματα, των οποίων η πρόγνωση είναι χειρότερη κατά κανόνα. Ιδιαίτερη θέση κατέχει το θηλώδες ορώδες καρκίνωμα το οποίο μοιάζει με το ορώδες θηλώδες καρκίνωμα της ωοθήκης και η πορεία του είναι ιδιαίτερα κακή (Φωτίου, 2008).

Η ιστολογική διαβάθμιση του καρκινώματος βασίζεται στην αναλογία των συμπαγών έναντι των σωληνωδών περιοχών, και εκτείνεται από G1-G3.

Τα καρκινώματα εντοπίζονται κυρίως στο σώμα της μήτρας, στην περιοχή του πυθμένα ή των σαλπινγικών στομιών. Σε προχωρημένο στάδιο, εκτός από την ανάπτυξη μέσα στην κοιλότητα της μήτρας, υπάρχει διήθηση του μυομητρίου, του τραχήλου, των σαλπίνγων, των παραμητρίων, του ορθού και της ουροδόχου κύστης. Ανάλογα με το στάδιο υπάρχουν λεμφογενείς μεταστάσεις στις 7-28 % των περιπτώσεων. Αιματογενείς μεταστάσεις συμβαίνουν μόνο σε πολύ προχωρημένα στάδια και εντοπίζονται συνήθως στους πνεύμονες, το ήπαρ και τα οστά (Φωτίου, 2008).



(σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου της μήτρας)

4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Λόγω της βελτίωσης του προληπτικού ελέγχου πολλά καρκινώματα του τραχήλου αναγνωρίζονται σε πρώιμα στάδια και έτσι έχουν καλύτερη πρόγνωση. Όπως σε πολλούς κακοήθεις όγκους, το σημαντικότερο προγνωστικό κριτήριο είναι το στάδιο της νόσου κατά το χρόνο της αρχικής διάγνωσης. Πρόσθετα δυσμενή κριτήρια είναι ο μεγάλος όγκος, η προσβολή λεμφαδένων και η είσοδος σε λεμφαγγεία, η ιστολογική εικόνα μικροκυτταρικού καρκινώματος, η HIV λοίμωξη ή η κακή γενική κατάσταση του ασθενή (Lemone & Burke,2006).

5. ΠΡΟΛΗΨΗ

Σύμφωνα με τους παράγοντες κινδύνου, η πρωτογενής πρόληψη συνίσταται στην αποφυγή συχνής εναλλαγής σεξουαλικών συντρόφων. Έως τώρα δεν έχει βεβαιωθεί ότι η χρήση ελαστικών προφυλακτικών παρέχει προστασία (Lemone & Burke,2006).

Η δευτερογενή πρόληψη είναι σημαντικός παράγοντας στην περίπτωση του καρκινώματος του τραχήλου, δεδομένου ότι η κυτταρολογική κατάσταση του τραχήλου μπορεί να ελέγχει με τακτικές εξετάσεις επιχρισμάτων, οι οποίες επιτρέπουν μια πολύ καλή αναγνώριση δυσπλαστικών προσταδίων. Από τότε που αρχίζει η σεξουαλική δραστηριότητα και ανά δύο έτη, συνίσταται η λήψη επιχρισμάτων από την επιφάνεια του τραχήλου και την ενδοτραχηλική κοιλότητα, σε συνδυασμό με γυναικολογική εξέταση (Lemone & Burke,2006).

Όγκοι σε περιορισμένα στάδια αντιμετωπίζονται κατ αρχήν χειρουργικά με σκοπό την ίαση. Συχνά είναι απαραίτητη η εγχείρηση κατά Wertheim-Meigs η οποία είναι υστερεκτομή με συνεξαίρεση μιας περιχειρίδας του κόλπου, απομάκρυνση των παραμητρίων και των ιερομητρικών συνδέσμων καθώς και των λεμφαδένων της πυέλου. Εναλλακτικά είναι επίσης δυνατή μια αρχική ακτινοβόληση με σκοπό την ίαση, η οποία σε προχωρημένα στάδια πρέπει να γίνεται πάντοτε σε συνδυασμό τοπικής και διαδερμικής ακτινοβολίας. Σε προχωρημένα στάδια πρέπει να γίνεται πρωταρχικά ακτινοθεραπεία, ενδεχομένων σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία. Στην περίπτωση του καρκινώματος του τραχήλου, δραστικές ουσίες είναι η σισπλατίνη αλλά και η καρβοπλατίνη, ιφωσφαμίδη, πακλιταξέλη, ιρινοτεκάνη και γεμισιταμπίνη. Σε συνδυασμό έχουν επίσης δώσει αποτελέσματα ανθρακυκλινες και η μπλεομυκίνη (Lemone & Burke,2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι συντηρητική και χειρουργική. Ανάλογα με το στάδιο της νόσου και το τύπο του καρκίνου γίνεται κυρίως με την χειρουργική επέμβαση και υποβοηθητικά με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Σκοπός της χειρουργικής επέμβασης είναι αφενός η Σταδιοποίηση της νόσου και αφετέρου η ριζική εξαίρεση του όγκου ή έστω ενός μεγάλου τμήματος του (Φωτίου, 2008).

6.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Οι χειρουργικές επεμβάσεις για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας περιλαμβάνουν (Φωτίου, 2008):

- Την πρωτογενή χειρουργική επέμβαση
- σταδιοποίησης
- ογκομείωσης
- Τις δευτερογενείς χειρουργικές επεμβάσεις
- ενδιάμεσης ογκομείωσης
- εγχείρησης επανελέγχου
- ογκομείωσης υποτροπιάζουσας νόσου
- παρηγορητικών χειρουργικών επεμβάσεων.

Λαπαροτομία "δεύτερης ματιάς": Η τομή της λαπαροτομίας θα πρέπει να είναι κάθετη ώστε να υπάρχει έλεγχος της περιτοναϊκής κοιλότητας. Για την Σταδιοποίηση

της νόσου γίνεται : αναρρόφηση ασκητικού υγρού ή έκπλυση περιτοναϊκής κοιλότητας με 100μλ φυσιολογικού ορού, επισκόπηση και ψηλάφηση όλων των οργάνων της άνω και κάτω κοιλίας και λήψη βιοψιών των υπόπτων σημείων, έλεγχος παραορτικών και πυελικών λεμφαδένων, έλεγχος περιτοναίου ή λήψεις βιοψιών από υποδιαφραγματικούς χώρους, παρακολικές αύλακες ,δουγλάσιο, εμδομητρική πτυχή, και μεσεντέριο, μερική επιπλεκτομία, αφαίρεση σκωληκοειδούς απόφυσης. Εκτός από την αφαίρεση του όγκου θα πρέπει να γίνεται ολική υστερεκτομή στα στάδια I κ II η ριζική υστερεκτομή με συναφαίρεση του περιτοναίου στα στάδια I Ιβ και I Ιγ (Φωτίου, 2008).

Η χειρουργική επέμβαση σταδιοποίησης γίνεται στα αρχικά στάδια και έχει σαν στόχο να καταταγεί η ασθενής στο πραγματικό στάδιο στο οποίο ανήκει, και όχι σε αυτό που μακροσκοπικά φαίνεται ότι ανήκει. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να ληφθούν βιοψίες από όλα εκείνα τα σημεία που πιθανόν υπάρχουν μικροσκοπικές μεταστάσεις (Φωτίου, 2008).

Γνωρίζοντας το πραγματικό στάδιο της νόσου, γνωρίζουμε αφ' ενός την πρόγνωση της και αφ' ετέρου μπορούμε να επιλέξουμε την κατάλληλη μετεγχειρητική αγωγή. Η χειρουργική επέμβαση ογκομείωσης γίνεται στα προχωρημένα στάδια της νόσου και μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής (Φωτίου, 2008).

Η πρωτογενής χειρουργική επέμβαση ογκομείωσης (Debulking) περιλαμβάνει μία εκτεταμένη και επίπονη εγχείρηση με στόχο την εξαίρεση εκτός των ωοθηκικών όγκων, της μήτρας, του επιπλόου και των διογκωμένων πυελικών και παραορτικών λεμφαδένων και όλων, εάν είναι δυνατόν, των μακροσκοπικών εστιών της νόσου. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό η χειρουργική ογκομείωση στοχεύει στην εξαίρεση όλων των εμφυτεύσεων με διάμετρο >1 cm. καθότι η εξαίρεση όλων των μεταστατικών εστιών με διάμετρο μεγαλύτερη από 2 cm έχει θετική επίδραση στην επιβίωση των ασθενών. Τα τελευταία χρόνια καταβάλλεται προσπάθεια για μηδενική υπολειπόμενη νόσο, με αποτέλεσμα την εκτέλεση μεγάλων χειρουργικών επεμβάσεων. Η επιτυχής ογκομείωση αποτελεί τον ισχυρότερο ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα (Φωτίου, 2008).

Οι δευτερογενείς χειρουργικές επεμβάσεις ογκομείωσης περιλαμβάνουν (Τζιτζιμίκας και συν., 2011):

Ενδιάμεση ογκομείωση είναι πολλές φορές δεν είναι εφικτή η επιτυχής πρωτογενής χειρουργική ογκομείωση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις κρίνεται σκόπιμο να δοκιμαστεί η ενδιάμεση ογκομείωση (interval Debulking). Η ενδιάμεση ογκομείωση γίνεται μετά 3-4 Χημειοθεραπευτικά σχήματα, πριν αναπτύξουν αντοχή τα καρκινικά κύτταρα στα Χημειοθεραπευτικά φάρμακα, και ακολουθείται από άλλα τόσα σχήματα.

Επανεγχείρηση ελέγχου (second look operation) είναι χειρουργική επέμβαση που γίνεται πλέον μόνο στα πλαίσια ερευνητικών πρωτοκόλλων που ερευνώνται οι αποδόσεις νέων χημικοθεραπευτικών σχημάτων. Για να γίνει Επανεγχείρηση ελέγχου πρέπει όλες οι κλινικές και απεικονιστικές μέθοδοι να είναι αρνητικές ευρημάτων και να απομένει μόνο η διαπίστωση ύπαρξης μικροσκοπικής νόσου, που είναι εφικτή μόνο χειρουργικά. Η εν λόγω επέμβαση δεν βελτιώνει την πρόγνωση των ασθενών.

Ογκομείωση υποτροπιάζουσας νόσου είναι η ογκομείωση σε υποτροπή της νόσου που συμβαίνει μετά από κλινική ύφεση τουλάχιστον 6 μηνών, ενώ είχε προηγηθεί πρωτογενής ογκομείωση και εφαρμογή χημειοθεραπείας. Η επέμβαση μοιάζει να δρα ευνοϊκά στην επιβίωση των ασθενών.

Παρηγορητικές χειρουργικές επεμβάσεις αφορούν την χειρουργική θεραπεία της απόφραξης του εντέρου, που παρατηρείται στο 5-51% της πορείας του επιθηλιακού καρκίνου. Στόχος είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα και η βελτίωση της γενικής κατάστασης των ασθενών, ώστε να παραμείνουν εκτός νοσοκομείου όσο το δυνατόν περισσότερο. Οι επεμβάσεις αυτές επιφέρουν βελτίωση της γενικής κατάστασης των ασθενών, αλλά έχουν υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα (Τζιτζιμίκας και συν.,2011).

Μετεγχειρητική αγωγή περιλαμβάνει την συστηματική χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία της πυέλου και όλης της κοιλιακής χώρας, την ενδοπεριτοναϊκή έγχυση χημικοθεραπευτικών ή ραδιοϊσοτόπων με τοποθέτηση ειδικού port κάτω από το δέρμα και την ορμονοθεραπεία. Από αυτές τις θεραπείες κυρίαρχη θέση έχει η συστηματική χημειοθεραπείας, είτε σαν μονοθεραπεία, είτε σαν συνδυασμός

φαρμάκων. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται λιγότερο συχνά, συνήθως σε υποτροπή της νόσου. Ο συνδυασμός ενδοφλέβιας χημειοθεραπείας και ενδοπεριτοναϊκής έγχυσης, σε μερικές μελέτες, έδωσε καλύτερα αποτελέσματα (Τζίτζιμίκας και συν.,2011).

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών

Το πρώτο εξάμηνο της αρχικής θεραπείας οι ασθενείς εξετάζονται τακτικά και υποβάλλονται σε εργαστηριακό έλεγχο. Η συστηματική παρακολούθηση, με κλινική και γυναικολογική εξέταση, μέτρηση του καρκινικού δείκτη Ca-125 και απεικονιστικό έλεγχο (αξονική τομογραφία, υπερηχογράφημα) συνεχίζεται συστηματικά και μετά το τέλος της αρχικής θεραπείας. Αρκετές φορές είναι απαραίτητη και νέα χειρουργική επέμβαση, ή/και νέος κύκλος χημειοθεραπείας με τα ίδια ή άλλα φάρμακα, αν διαπιστωθεί υποτροπή της νόσου (Φωτίου, 2008).

Τι γίνεται σε περιπτώσεις που ο όγκος είναι οριακής κακοήθειας ή που υπάρχει γενετική προδιάθεση:

Οι οριακής κακοήθειας όγκοι (borderline) εμφανίζονται σε όλες τις ηλικίες, ακόμα και σε νέες γυναίκες, και συνήθως έχουν καλή πρόγνωση. Συνήθως η ανάπτυξη τους περιορίζεται στην ωοθήκη. Η χειρουργική Σταδιοποίηση είναι ανάλογη με αυτή του καρκίνου, γιατί πρέπει με ακρίβεια να καθοριστεί το είδος του όγκου (Borderline ή καρκίνος) και η παρουσία ή όχι μικροσκοπικών εμφυτεύσεων σε όλη την κοιλιά. Αντίθετα με τον καρκίνο, στους όγκους αυτούς, επιτρέπεται, αν η γυναίκα επιθυμεί να τεκνοποιήσει, η διατήρηση της μήτρας και της άλλης ωοθήκης. Στους όγκους αυτούς δεν χρειάζεται συνήθως χημειοθεραπεία, ενώ παράλληλα απαιτείται συστηματική παρακολούθηση μετά την αρχική θεραπεία, όπως και στον καρκίνο των ωοθηκών. Σε περιπτώσεις που υπάρχει γενετική προδιάθεση (ανίχνευση γονιδίων BRCA 1 ή BRCA 2 στο αίμα) υπάρχει πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών σε ποσοστό 50%.

6.2 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία είναι η πιο συχνή συμπληρωματική θεραπεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και χορηγείται ενδοφλέβια. Τα πιο συχνά κυτταροτοξικά φάρμακα είναι της ομάδας αλκυλιωτικών παραγόντων. Η χλωραμβουκίλη και η μελαμφάνη ήταν τα πιο συχνά φάρμακα per os. Τα τελευταία χρόνια τα σύνθετα cisplatin μαζί με paclitaxel έχουν γίνει φάρμακα εκλογής για χρονική περίοδο τεσσάρων έως έξι μηνών. Μελέτες έδειξαν ότι ενδεχομένως η προσθήκη του μονοκλωνικού αντισώματος μπεβασισουμάβης στη χημειοθεραπεία να βελτιώνει περισσότερο την επιβίωση των ασθενών που διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο(Φωτίου,2008).

6.3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ακτίνες X για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. Μόνο σε μια μειοψηφία γυναικών με καρκίνο της μήτρας θα χορηγηθεί ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία είναι ανεπαρκής όταν η υπολειπομένη νόσος είναι μεγάλη. Χορηγείται σε όλη την επιφάνεια του περιτοναίου και μπορεί να δοθεί σαν εξωτερική ή εσωτερικά με ενδοπεριτοναϊκα ακτινοενεργά ισότοπα (Φωτίου, 2008)

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο Ρόλος του νοσηλεύτη

Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλεύτης/τρια είναι πλέον αναγκαιότητα και για να ανταπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- Δεξιότητες.
- Επιστημονική κατάρτιση.
- Αγάπη για τους ασθενείς.
- Αίσθημα ευθύνης.
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο.

- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη.

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: **Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους** (Μούσας και συν., 2008).

Εισαγωγή στο νοσοκομείο

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής. Ανεξάρτητα με αυτό σκοπός του/της νοσηλευτή/τριας είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο. Απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά (Μούσας και συν., 2008).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με χημειοθεραπεία μόνη ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία.

- Ενημέρωση, για την αναγκαιότητα της θεραπείας, για τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους, για τις παρενέργειες, για την διάρκεια χημειοθεραπείας και κάθε πόσο πρέπει να επαναλαμβάνεται.
- Ασφαλής χορήγηση των χημικοθεραπευτικών και προφύλαξη από την εξαγγείωση των φαρμάκων.
- Παρακολούθηση για έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπτώσεων της θεραπείας.
- Παρότρυνση για καλή συνεργασία στην εφαρμογή δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών θεραπειών.
- Ενημέρωση για εισαγωγή ασθενών σε κλινικές μελέτες.
- Υποστήριξη των ασθενών και συγγενών με συνομιλία για καθημερινά θέματα.
- Παρότρυνση συγγενών και άλλων ατόμων του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς για συμμετοχή σε προγράμματα πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης.
- Ενημέρωση για το τι πρόκειται να συμβεί προεγχειρητικά - διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά έτσι ώστε να έχει ο ασθενής υψηλό ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα π.χ. τάση προς έμετο, δυσκολία κίνησης κάποιου μέλους.
- Εκμάθηση για χρησιμότητα και αναγκαιότητα καθετήρων όπως Levin Folley, παροχετεύσεων, κολοστομίας, κ.ά.

- Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενή στην θεραπευτική κλίνη κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας.
- Την παραμονή στο χώρο εκπομπής ακτινοβολίας μόνο του ασθενή αλλά την ύπαρξη συστήματος παρακολούθησης.
- Την παραμονή του στο περιβάλλον του. Οι θεραπευτικές δόσεις που δέχεται δεν είναι επικίνδυνες για τους γύρω.
- Το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι (είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη Rx)

(Μούσας και συν., 2008).



7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Τόνωση του ηθικού: Σημαντικός παράγοντας στην έκβαση της εγχείρησης και γενικότερα της νόσου. Ο νοσηλευτής πρέπει να προσπαθήσει να καταλάβει τον ασθενή και τις ανάγκες του και να συμμεριστεί τη θέση του.

Σωματική τόνωση: Αυτή επιτυγχάνεται με ένα διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες, άλατα και φτωχή σε λίπη. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τη διατροφή του ασθενούς για προβλήματα που μπορεί να προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισης τους. Δίνεται σημασία στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Μια μέρα πριν την εγχείρηση η ασθενής θα φάει ελαφρά ενώ την ημέρα της εγχείρησης δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα.

Ιατρικές εξετάσεις: αίματος και ουρών.

Καθαριότητα ασθενούς: καθαρισμός εντερικού σωλήνα με καθαρτικά φάρμακα και υποκλυσμό. καθαριότητα σώματος ασθενούς για καλύτερη λειτουργικότητα δέρματος και αποφυγή μολύνσεως χειρουργικού τραύματος.

Προετοιμασία χειρουργικού πεδίου Συνίσταται καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου του μέρους δηλαδή που πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

Τελική προεγχειρητικά ετοιμασία Περιλαμβάνει την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς, τη κατάλληλη ένδυση και την προνάρκωση που θα γίνει μίση ώρα πριν την εγχείριση (Αθανατου,2004).

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάσταση του. Περιλαμβάνει: τη προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα, αέρα, την κατάλληλη τοποθέτηση του στο κρεβάτι όπου είναι υπτια με το κεφαλι στραμμένο πλαγίως, την φροντίδα του τραυματος, παρατηρηση για τυχον επιπλοκες καθως και την ανακουφιση απο το πονο με αναλγητικά φάρμακα (Σαχίνη και συν.2006).

Μετεγχειρητικές δυσχέρειες:

Πόνος: Δίνονται αναλγητικά με τη μορφή ενέσεων όπου η δόση και το είδος καθορίζεται απο το γιατρό.

Δίψα: Παρατηρείται μετά την νάρκωση. Αντιμετωπίζεται με πλύσεις της στοματικές κοιλότητας με ύγρανη των χειλιών και της γλωσσάς με γάζα η βαμβάκι εμποτισμένο με νερο και χορήγηση υγρών μέσω πεπτικής η παρεντερικής οδού.

Έμετος: Συνηθισμένο φαινόμενο μετά τη νάρκωση. Τοποθετούμε το κεφαλι του ασθενούς πλαγίως και δίνουμε ένα νεφροειδές το οποίο αποσύρουμε μετά τον έμετο.

Αιμορραγία: Οφείλεται σε μόλυνση του τραύματος, απολίνωση αγγείων-τριχοειδών καθως και σε απότομες κινήσεις του ασθενούς και τέλος σε μη καλή πήκτικότητα αίματος.

Τα μέτρα που λαμβάνονται είναι τόνωση του ηθικού της ασθενούς. σφιχτή περιδέση και ακινησία της ασθενούς.

Shock η καταπληξία: Είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος. Μπορεί να συμβεί μετά από ψυχικό κλονισμό, μια μεγάλη αιμορραγία, έναν ισχυρό πονο ή τη νάρκωση. Έχουμε μικρό σφυγμό, επιπόλαιη αναπνοή, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση θερμοκρασίας και Α.Π, ψύχρα άκρα και η ασθενής αισθάνεται καταβολή δυνάμεων και μείωση κινητικότητας. Για την αντιμετώπιση του περιορίζουμε τις κινήσεις της ασθενούς για μείωση καύσεων του οργανισμού, αφαιρούμε το μαξιλάρι και ανυψώνουμε του κάτω μέρους του κρεβατιού για καλύτερη αιμάτωση εγκεφάλου καθώς και προσπαθούμε να καθησυχάσουμε την ασθενή (Σαχίνη και συν.2006)

7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Λευκοπενία

Η λευκοπενία προέρχεται από τη μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα ως αποτέλεσμα της καταστροφικής επίδρασης των φάρμακων.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

α) τακτική παρακολούθηση λευκών αιμοσφαιρίων και σε περίπτωση απότομης πτώσης διακόπτεται η χημειοθεραπεία.

β) ενημέρωση ασθενούς για τα γενικά συμπτώματα της λοίμωξης όπως βήχας αύξηση θερμοκρασίας οίδημα ερυθρότητα και αυξημένη συχνότητα ούρησης.

γ) νοσηλεία σε μονόκλινο δωμάτιο με περιορισμό επισκεπτών.

δ) εφαρμογή σχολαστικής καθαριότητας στον καρκινοπαθή.

ε) τήρηση δίαιτας με ωμα φρούτα και λαχανικά

ζ) σε περίπτωση ενδοφλέβιας έγχυσης, αλλαγή συσκευής κάθε 24 ώρες και της θέσης της βελόνας κάθε 48 ώρες. Τέλος ενίσχυση της ασθενούς με αντιβιοτικά κατόπιν ιατρικής εντολής (Lemone & Burke,2006).

Θρομβοπενία

Η Θρομβοπενία προέρχεται απο τη μείωση αιμοπεταλίων που συμμετέχουν στη πήξη του αίματος. Έτσι αιτιολογείται η αιμορραγία του καρκινοπαθούς ακόμα και σε μικροτραυματισμούς.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

α) συχνή παρακολούθηση αιμοπεταλίων

β) μείωση νοσηλευτικών δραστηριοτήτων που μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμό (υποκλυσμός, υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις).

γ) εξήγηση της ασθενούς για ενδεικτικά σημεία αιμορραγίας όπως ρινορραγίες, ουλορραγίες, αιματουρία, μέλαινες κενώσεις και αιμόπτυση.

Αναιμία

Τα Χημειοθεραπευτικά φάρμακα μειώνουν τον αριθμό των ερυθρών προκαλώντας αναιμία. Ο τρόπος αντιμετώπισης της είναι η μετάγγιση αίματος. Συνίσταται παρακολούθηση της τιμής της αιμοσφαιρίνης και χορήγηση τροφών πλουσίων σε λευκώματα και σίδηρο. Τέλος ανάπαυση και μείωση περιττών δραστηριοτήτων (Lemone & Burke,2006).

Ναυτία και εμετός

Η ισχυρή κυτταροτοξική δράση των χημικοθεραπευτικών φάρμακων προκαλούν ναυτίες και εμετούς.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- α) Παρακολούθηση συχνότητας και ποσότητας εμέτων και διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών της ασθενούς.
- β) Χορήγηση αντιεμετικών φάρμακων
- γ) Εξασφάλιση επαρκούς θρέψεως.
- δ) Σε περίπτωση ναυτίας βαθιές αναπνοές απο το στόμα.

(Lemone & Burke,2006).

Διάρροια

Αποτελεί ενδεικτικό σημείο δράσης των χημικοθεραπευτικών φάρμακων.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

α) Αξιολόγηση χρώματος και ποσότητας διαρροϊκών κενώσεων και έλεγχος ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης.

β) σύσταση ειδικού διαιτολογίου και αποφυγή τροφών που προκαλούν σύσπαση εντέρου.

γ) Φροντίδα ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών με χορήγηση υγρών και μικρών υδαρών γευμάτων

δ) Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων

(Lemone & Burke,2006).

Στοματίτιδα

Με την έναρξη της χημειοθεραπείας παρατηρείται καταστροφή των κυττάρων του βλεννογόνου του στόματος. Έτσι οποιοσδήποτε τραυματισμός καταλήγει σε εξέλκωση. Ο νοσηλευτής εκτιμά τη κατάσταση του στοματικού βλεννογόνου, εξασφαλίζει την ενυδάτωση και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς και τέλος, χρησιμοποιεί διαλύματα για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου(Lemone & Burke,2006).

Αλωπεκία

Η πτώση των τριχών είναι μια από τις πιο συχνές παρενέργειες των χημειοθεραπειών. Με το τέλος της θεραπείας αρχίζει ξανά η ανάπτυξη της τρίχας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει την ασθενή για την αλωπεκία και την

επαναφορά του τριχωτού της κεφαλής. Τέλος να ενημερώσει για τα μέσα που αποτρέπουν την τριχόπτωση(Lemone & Burke,2006).

Νευροτοξικότητα

Η Νευροτοξικότητα έχει ανάλογη σχέση με το μέγεθος και τη δόση των κυτταροστατικών φαρμάκων. εμφανίζει δυο κατηγορίες : α) ήπιας νευροπάθειας με ελαφρύ πονο στα ποδιά και χέρια και μυϊκή αδυναμία. β) σοβαρότερης νευροπάθειας με αταξία, απώλεια συντονισμού, παραλυτικό ειλεό και ορθοστατική υπόταση (Lemone & Burke,2006).

Γεννητικό σύστημα

Η χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στο γεννητικό σύστημα όπως : ακανόνιστη έμμηνου ρύση, δημιουργεί καύσος και ξηρότητα του κολπικού επιθηλίου, στέρωση μόνιμη η προσωρινή και τέλος σε περίπτωση εγκυμοσύνης αποφυγή έναρξης της θεραπείας

(Lemone & Burke,2006).

7.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πηγή της ακτινοθεραπείας είναι είτε ένας γραμμικός επιταχυντής ή ένα ραδιενεργό στοιχείο ή ουσία. Σκοπός της ακτινοβολίας να καταστρέψει τα κακοήθη κύτταρα χωρίς μόνιμη βλάβη των γειτονικών ιστών (Lemone & Burke,2006).

Ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών που υποβάλλονται σε εξωτερική ακτινοθεραπεία είναι η διδασκαλία του ασθενούς για τα θεραπευτικά αποτελέσματα και τις αναμενόμενες παρενέργειες της ακτινοβολίας. Οι ασθενείς που θεραπεύονται με εσωτερική ακτινοβολία αποτελούν πηγή ραδιενέργειας. Ένας νοσηλευτής θα πρέπει να ξέρει το χρόνο ημισείας ζωής του ισότοπου που χορηγείται για να σχεδιάσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις (Λαβδανιτη & Ζυγα,2012).

7.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η καλή ψυχολογική κατάσταση όπως επίσης και η κοινωνική υποστήριξη από φίλους και συγγενείς, θεωρούνται ότι αποτελούν σημαντικά όπλα εναντίον του καρκίνου. Η γυναίκα που διαγνώστηκε με καρκίνο δίνει διαρκώς μια μάχη βιολογική αλλά και ψυχολογική. Στις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, η υστερεκτομή αποκτά αυτόματα την έννοια της απώλειας της ικανότητάς τους να τεκνοποιήσουν απώλεια της εμμήνου ρύσεως συνδέεται με πολλαπλές ψυχολογικές αντιδράσεις. Η άρνηση αποδοχής της διάγνωσης αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή. Μετά την άρνηση έρχεται ο θυμός ο οποίος στρέφεται προς την οικογένεια, τους φίλους ή τα μέλη της ομάδας υγείας. Έπειτα έρχεται η κατάθλιψη όπου ο μονός τρόπος να τη βοηθήσουμε είναι να είμαστε κοντά της να την αφήσουμε να εκφραστεί και να της δείξουμε κατανόησης. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι το 60% των νέων γυναικών με επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών στην αρχική διάγνωση και θεραπεία ήταν καταθλιπτικές ή/και αγχώδεις, και το 27% και 5% των ασθενών αντίστοιχα ήταν αγχώδεις ή καταθλιπτικές μετά από χρόνια. Τέλος, η

άρρωστη μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος διακρίνεται από μια εσωτερική ηρεμία. Ακολουθεί τις οδηγίες του γιατρού και ελπίζει ότι όλα θα πάνε καλά. Γνωρίζει και επικαλείται στη σκέψη τους ανθρώπους που τα έχουν καταφέρει(Μουσας και συν.,2008)

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

8.1 Περιστατικό Α΄

Γενικά στοιχεία:

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Τομέας: Παθολογικός

Κλινική: Ογκολογική

Δημογραφικά στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο: Χ

Όνομα Πατρός: Χ

Ημερομηνία Γέννησης: X

Τόπος γέννησης: X

Επάγγελμα: Ελ. Επαγγελματίας

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

(η ασθενής αρνήθηκε να δηλωθούν τα ατομικά της στοιχεία πέραν του επαγγέλματος και της οικογενειακής κατάστασης)

Περιγραφή περιστατικού

Η ασθενής εισήλθε στο νοσοκομείο στις 18.7.2018 για τυπικό έλεγχο μετά από πιθανή κακοήθεια που φάνηκε σε έλεγχο Test Pap. Από το ατομικό ιστορικό της μαθαίνουμε πως η μητέρα της είχε εμφανίσει Ca μαστών και προέβει σε ολική μαστεκτομή. Η ίδια έχει γεννήσει 2 φορές φυσιολογικά. Είναι κοινωνική πότης, δεν καπνίζει, δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ενώ αναφέρει πως έχει σταθερό ερωτικό σύντροφο τα τελευταία 15 χρόνια. Ο θεράπων ιατρός λόγω του οικογενειακού ιστορικού και έπειτα από την CT κάτω κοιλίας θεώρησε σημαντική την λήψη τμημάτων από τον τράχηλο της μήτρας για περεταίρω ιστολογική εξέταση. Πράγματι στις 3.8.2018 εστάλησαν τμήματα του τραχήλου τα οποία έδειξαν κακοήθεια και έτσι η ασθενής προετοιμάστηκε στις 22.8.2018 για ολική υστερεκτομή. Επίσης θεωρήθηκε σημαντική η χημειοθεραπεία έπειτα από παρακολούθηση της ασθενούς για δυο μήνες τουλάχιστον. Πράγματι τον Σεπτέμβριο του ίδιο χρόνου η ασθενής εισήλθε στην κλινική για την προγραμματισμένη χημειοθεραπεία.

Σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας χημειοθεραπείας

οσηλευτική άγνοια	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
αυτία ναυτίας υπέρκειται επηρεάζει απενέργειες της χημειοθεραπείας	Ανακούφιση του αισθήματος ναυτίας	Χορήγηση αντιεμεντική αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία. Απαγόρευση λήψης υγρών για αρκετή ώρα τόσο πριν όσο και μετά την χημειοθεραπεία. Απομόνωση ασθενή και εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος χωρίς δυσάρεστες οσμές.	Χορήγηση Primperan ενδοφλέβια (100ml/h) Αποφυγή λήψης τροφής/υγρών 2 ώρες πριν την έναρξη και 2 ώρες μετά τη λήξη της χημειοθεραπείας. Η ασθενής οδηγήθηκε σε δωμάτιο μόνης της και απαγορεύτηκαν οι συνοδοί.	Το αίσθημα ναυτίας υποχώρησε.
πώλεια	Σταθεροποίηση	Χορήγηση τροφών πλούσιων σε	Χορήγηση γεύματος το	Επαρκής θρέψη

<p>άρους</p> <p>Έλεγχος για να μην υπάρχει απώλεια βάρους και προσπάθεια για άυξηση αυτού. Ενδυνάμωση.</p>	<p>βάρους.</p> <p>Έλεγχος για να μην υπάρχει απώλεια βάρους και προσπάθεια για άυξηση αυτού. Ενδυνάμωση.</p>	<p>θρεπτικά στοιχεία και πρωτεϊνή.</p> <p>Συχνό ζύγισμα και καταγραφή αυτού και κατανάλωση υγρών και τροφής.</p> <p>Διδασκαλία ασθενούς ως προς την κατανάλωση ποιοτικών τροφών και προσπάθεια προς την έναρξη κάποιας σωματικής δραστηριότητας.</p>	<p>οποίο είναι πλούσιο σε βιταμίνες, άμυλο και πρωτεΐνες.</p> <p>Ζύγισμα και καταγραφή του βάρους του ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση χυμών και πρωτεϊνούχου ροφήματος.</p> <p>Διδασκαλία ασθενούς από τη διατροφολόγο του νοσοκομείου σχετικά με τη διατροφή και παρότρυνση προς την έναρξη κάποιας δραστηριότητας (πχ περπάτημα).</p>	<p>του ασθενούς. Η ενέργεια του ασθενή αυξήθηκε.</p>
<p>γχος</p> <p>υ</p> <p>ρείλεται</p> <p>την</p> <p>αδικασί</p> <p>της</p> <p>μειοθε</p> <p>πείας</p>	<p>Βελτίωση της διάθεσης του ασθενούς.</p> <p>Ενδεδεχής ενημέρωση σχετικά με την διενέργεια της χημειοθεραπείας καθώς και τις παρενέργειες της.</p>	<p>Συζήτηση με τον ασθενή.</p> <p>Συζήτηση σχετικά με τη χημειοθεραπεία.</p> <p>Απαρρίθμηση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας.</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς. Απαρρίθμηση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας.</p> <p>Παρηγορητική υποστήριξη.</p>	<p>Η διάθεση του ασθενή έδειξε βελτίωση.</p>

Συμπεράσματα : η ασθενής πλέον είναι σπίτι της αφού τελείωσε επιτυχώς την

χημειοθεραπεία της. Αντιμετωπίστηκαν άμεσα οι επιπλοκές.

8.2 Περιστατικό Β'

Γενικά στοιχεία:

Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου

Τομέας: Χειρουργικός

Κλινική: Χειρουργική

Δημογραφικά στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο: X

Όνομα Πατρός: X

Ημερομηνία Γέννησης: 03/03/1967

Τόπος γέννησης: X

Επάγγελμα: Ιδ. Υπάλληλος

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Περιγραφή περιστατικού

Από το ατομικό ιστορικό της ασθενούς μαθαίνουμε πως είναι έγγαμη, έχει γεννηθεί στις 03.03.1967, είναι έγγαμη και έχει ένα παιδί με φυσιολογικό τοκετό. Καπνίζει 8 τσιγάρα την ημέρα ενώ είναι κοινωνική πότης. Από το οικογενειακό ιστορικό της μαθαίνουμε πως μόνο μια θεία της από την πλευρά της μητέρας της είχε εμφανίσει ινομύωματα μήτρας στα 40 έτη της. Η X είχε ιστορικό παχυσαρκίας. Κατά την εισαγωγή της ανέφερε αίσθημα πίεσης χαμηλά στην κοιλιά, μικρή απώλεια αίματος από τον κόλπο καθώς και ακανόνιστο κύκλο. Η διάγνωση ήταν ινομύωματα μήτρας λόγω και του οικογενειακού ιστορικού αλλά από τις απαντήσεις του υπερηχογραφήματος. Δόθηκε εντολή για αφαίρεση ινομυωμάτων καθώς τα ινομύωματα είχαν αρκετά μεγάλο μέγεθος. Μετά την επέμβαση η ασθενής παρέμεινε 20 μέρες για παρακολούθηση.

Σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας μετά από υστερεκτομή.

οσηλευτική άγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
υρετική ίνση 3,3 C°	Ανακούφιση του αισθήματος της πυρετικής κίνησης. Επαναφορά της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα	Χορήγηση αντιπυρετικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Μέτρηση θερμοκρασίας ανά μια ώρα. Χορήγηση ψυχρών επιθεμάτων. Πλύσεις με χλιαρό νερό.	Χορήγηση 1gr Paracetamol IV σε NS 100ml/h. Μέτρηση της θερμοκρασίας με θερμόμετρο ανά 1 ώρα. Χορήγηση κομπρέσων στο μέτωπο και στην μασχालαία περιοχή.	Ο πυρετός υποχώρησε. Η θερμοκρασία παρέμεινε σταθερή στους 36,3 C°
άλογος ουρείεται ετά το χειρουργείο	Ανακούφιση του ασθενούς από το αίσθημα του πόνου	Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με ιατρική εντολή.	Χορήγηση 1gr Paracetamol IV σε NS 100ml/h.	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από το αίσθημα του πόνου. Για πολλή ώρα δεν ανέφερε δυσφορία.
ναυαφρονη οιλιακή ίεση/φουσκώμα	Ανακούφιση του ασθενούς από το αίσθημα της κοιλιακής πίεσης.	Έλεγχος βατότητας ουροκαθετήρα. Ψύλαξη κοιλιακής χώρας.	Πραγματοποιήθηκε πλύση ουροκαθετήρα με χρήση σύρριγγας 60ml, έλεγχος cuff και έλεγχος συνδέσεων.	Ανακούφιση του αισθήματος κοιλιακής πίεσης/φουσκώματος.

ου ρείλεται στά το χειρουργ ο			Χορήγηση duphalac για την διευκόλυνση της εντερικής κινητικότητας λόγω ψηλάφησης κοπρώληθων.	
---	--	--	--	--

Συμπεράσματα: η ασθενής αντιμετώπισε τις μετεγχειρητικές επιπλοκές με επιτυχία και τώρα έχει επιστρέψει σπίτι της.

8.3 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι νόσος που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη κακοήθων καρκινικών κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας. Επιπλέον, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι δεύτερος πιο συχνός καρκίνος μετά τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Η έγκαιρη διάγνωση του αλλά και η πρόληψη περιλαμβάνει την πρωτογενή, δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη. Για αυτό το λόγο κρίνεται πολύ σημαντική η πρόληψη και η αγωγή υγείας, οι φορείς υγείας δύναται να συμμετέχουν ενεργά με προγράμματα ενημέρωσης.

Το τεστ Παπανικολάου αποτελεί τη σπουδαιότερη εξέταση που πρέπει να κάνουν οι γυναίκες καθώς είναι κατά 99% αξιόπιστη. Επίσης το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αποτελεί σημαντική ανακάλυψη αν και βρίσκεται σε ερευνητικό στάδιο ακόμα, κατά πόσο είναι αξιόπιστο να γίνεται σε όλες τις γυναίκες ως πρόληψη, ωστόσο τα αποτελέσματα και οι έρευνες είναι ενθαρρυντικές. Δυστυχώς όμως πολλές γυναίκες δεν υποβάλλονται στην κατεξοχήν σχετικές εξετάσεις λόγω διαφόρων παραγόντων που υπάρχουν και επηρεάζουν την ζωή τους, όπως οικονομικά προβλήματα ή γυναίκες που ζουν σε τριτοκοσμικές χώρες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορούν να προλάβουν την νόσο με τις γνωστές συνέπειες. Η πρόληψη αποτελεί σπουδαίο κομμάτι στη ζωή μας και όπως έλεγαν οι αρχαίοι Έλληνες 'καλύτερα το προλαμβάνειν παρά το θεραπεύειν'.

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αθανάτου, Ε., (2007). *Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική*.

Δρεβελέγκας, Α., Αργυροπούλου, Μ., Γουλιάμος, Α., Καραντάνας, Α., Κελέκης, Ν. Πρασόπουλος, Π., (2012). *Κλινική Ακτινολογία*. Εκδόσεις: Κωσταντάρας.

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, Τεύχος 1:13-17.

Μανταλενακης, Σ., 2007.Απο το ωχρό σωματίο στη προγεστερόνη. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 19(2):105-109*

Μιχαλάς, Σ. (2007). *Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία*. Εκδόσεις Παριζιάνος, Αθήνα.

Μουσσας, Γ., Καρκανιας, Α., Παπαδοπουλου, Α. (2008). Ψυχολογικά προβλήματα σε ασθενείς με γενικού νοσοκομείου με καρκίνο. Ψυχιατρική,19:124-144.

Σαχίνη-Καρδάση, Α., Πάνου, Μ., (2006). *Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική*. Τόμος 2^{ος}. Εκδόσεις: Βήτα. Αθήνα.

Σκαλκίδου, Α., Σπυριδόπουλος, Θ., Πετρίδου, Ε., (2007). Καρκίνος των ωοθηκών. Αρχία Ελληνικής Ιατρικής,24(6):534-541.

Φωτίου, Σ. Κ. *Γυναικολογική ογκολογία / Στέλιος Κ. Φωτίου*. - 1η έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Χαράτση – Γιωτάκη , Ε. , (2014) . *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία* . Ιωάννινα

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ

LeMone, P., Burke, K., Bauldoff, G., *Medical surgical nursing*, (2011). Παναουδάκη , Η. , 5^η Έκδοση , 2014. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική* , Εκδόσεις : Λαγός Δημήτριος.

Lodermilk, D., Shannon, P., (2006). *Νοσηλευτική Μητρότητας*. Μετάφραση-Επιμέλεια Λυκερίδου, Α., Ιατρικές Εκδόσεις: Λαγός.

Netter, F., H. (2008) *Μαιευτική Γυναικολογία* / F. Netter - 1η έκδοση. - Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2007.