

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ
ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΒΟΥΖΙΟΥ ΜΑΡΙΝΑ
ΣΤΟΓΙΑΝΝΟΥ ΜΑΡΙΑ**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018

**ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ
ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Λαβδανίτη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια (Επιβλέπουσα)

Τσαλογλίδου Αρετή, Επίκουρος Καθηγήτρια

Κουκουρίκος Κωνσταντίνος, Καθηγητής Εφαρμογών

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ 5

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ 9

1.1 Ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων 9

1.1.2 Στάδια της HPV μόλυνσης και παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της 10

1.1.3 HPV χαμηλού και υψηλού κινδύνου 12

1.1.4 HPV στους άνδρες 14

1.2 Πως μεταδίδεται ο ιός HPV 16

1.3 Πρόληψη HPV 17

1.4 Θεραπεία HPV 21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ 26

2.1 Ανατομικά και γενικά στοιχεία του τραχήλου 26

2.1.1 Αιτιολογικοί παράγοντες παθογένεια 27

2.2 Συμπτώματα, πρόληψη και θεραπεία 31

2.2.1 Συμπτώματα 31

2.2.2 Πρόληψη 31

2.2.3 Διαγνωστικές εξετάσεις 33

2.3 Στάδια του τραχηλικού καρκίνου 37

2.4 Θεραπεία 39

2.4.1 Χειρουργική επέμβαση 39

2.4.2 Ακτινοθεραπεία 41

2.4.3 Χημειοθεραπεία 41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ HPV ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ 44

3.1 Νέο 9-δύναμο εμβόλιο κατά του HPV – Gardasil 9 44

3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή 46

3.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτοβάθμια πρόληψη 46

3.2.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτεροβάθμια πρόληψη	48
3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία του HPV	52
3.4 Η σημασία της νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (KTM)	56
3.4.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή κατά την χειρουργική αντιμετώπιση	57
3.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χημειοθεραπεία	61
3.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία	65
3.7 Ψυχοκοινωνική φροντίδα ασθενών	67
ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	72

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των κρουσμάτων εμφάνισης λοίμωξης από τον ιό ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus – HPV), ο οποίος έχει δειχθεί ως αίτιο πρόκλησης του τραχηλικού καρκίνου (Cervical Cancer), που αποτελεί τον δεύτερο συχνότερο καρκίνο παγκοσμίως στον γυναικείο πληθυσμό, μετά τον καρκίνο του μαστού, παρουσιάζοντας σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε την αιτία που επιλέξαμε να ασχοληθούμε και να ερευνήσουμε βαθύτερα για τα δύο αυτά θέματα, καθώς επίσης και το γεγονός ότι ο ιός αυτός σχετίζεται με την εμφάνιση και την ανάπτυξη καρκίνου και σε άλλα σημεία του σώματος. Επιπρόσθετα, ένα άλλο σημαντικό στοιχείο της HPV-λοίμωξης που μας παρακίνησε προς την επιλογή αυτή είναι ότι μπορεί να εμφανισθεί και στα δύο φύλα καθώς ο κύριος τρόπος μετάδοσης της είναι η σεξουαλική επαφή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία διεκπαιρεύθηκε στην Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Π) στο τμήμα νοσηλευτικής του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης (Α.Τ.Ε.Ι.Θ) υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας Λαβδανίτη Μαρία, με θέμα τον ιό ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus - HPV) και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Cervical Cancer), τα νεότερα δεδομένα και τον ρόλο του νοσηλευτή.

Με τον όρο ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων-HPV εννοούμε μικρούς ιούς που συνδέονται με υπερβλαστικές βλάβες του πλακώδους επιθηλίου στα ανώτερα σπονδυλώματα με το γένωμα τους να είναι μια διπλή έλικα DNA. Προσβάλλει κυρίως τον τράχηλο της μήτρας και το αιδοίο, ενώ λιγότερο, άλλα όργανα της προκτωγεννητικής περιοχής και της στοματικής κοιλότητας και στα δύο φύλλα. Λόγω του ότι η παρουσία του είναι ασυμπτωματική και χωρίς κλινικές εκδηλώσεις, σε συνδυασμό με την ευκολία μετάδοσής του και την παθογενετική του δυναμική, αποτελεί σιωπηλό κίνδυνο. Έχουν αναγνωριστεί συγκεκριμένοι τύποι HPV, άλλοι υψηλού και άλλοι χαμηλού κινδύνου, που είναι υπεύθυνοι για την πρόκληση διαφόρων μορφών τραχηλικής δυσπλασίας. Για τον λόγο αυτό η πρόληψη του ιού και κατ' επέκτασιν και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αποτελεί πολύ σημαντικό κομμάτι καθώς τα εμβόλια προσφέρουν πλήρη κάλυψη από τους τύπους HPV-16 και HPV-18 όπου θεωρούνται δυνητικά ογκογόνοι καθώς και από τους τύπους HPV-6 και HPV-11 όπου είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη κονδυλωμάτων.

Αν και υπάρχει μεγάλη συσχέτιση των δύο όρων και ο ιός συμμετέχει σημαντικά στην παθογένεια του τραχηλικού καρκίνου, η παρουσία HPV-DNA ενσωματωμένου στα κύτταρα του τραχήλου δεν σημαίνει ότι αργότερα θα εμφανισθεί οπωσδήποτε όγκος. Στον καρκίνο όμως ο κύκλος αναπαραγωγής του ιού περιορίζεται στην έμφαση της πρώιμης περιοχής, με έμφαση στην έκφραση των ογκογονιδίων του ιού.

Ως καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ορίζεται η ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων στον τράχηλο της μήτρας και στους ιστούς που τον περιβάλλουν, η οποία οφείλεται σε κακοήθης ιστολογική μετάλλαξη των κυττάρων του τραχήλου, που ονομάζονται δυσπλασίες. Οι δυσπλασίες συνήθως τείνουν να αναπτύσσονται μετά από ένα μακρύ χρονικό διάστημα. Ο επιθηλιακός καρκίνος και το αδενοκαρκίνωμα αποτελούν τις συχνότερες μορφές, όπου ο επιθηλιακός καρκίνος ανατάσσεται στο

εξωτερικό μέρος του τραχήλου και οφείλεται στο 90% των περιπτώσεων, ενώ αντιθέτως, το αδενοκαρκίνωμα ανατάσσεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού (ενδοτράχηλο). Παρόλο που μπορεί να προληφθεί και να ιαθεί, εφόσον ανιχνευθεί εγκαίρως, στις περισσότερες περιπτώσεις οι γυναίκες δεν έχουν μεταβεί σε προληπτικό έλεγχο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στις πιο φτωχές χώρες αλλά και στις πιο φτωχές κοινωνικές ομάδες των ανεπτυγμένων κοινωνιών λόγω οικονομικής και κοινωνικής δυσχέρειας, δεν έχουν κινητοποιηθεί προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και επιπλέον υπάρχει έλλειψη επαρκούς προσωπικού φαινόμενο που έχει ως αποτέλεσμα την μη έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Η εργασία αποτελείται από τρία (3) κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων, τα στάδια της φλεγμονής του και οι παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της. Γίνεται ο διαχωρισμός του σε HPV χαμηλού και υψηλού κινδύνου και γίνεται μία αναφορά για την παρουσία του στο ανδρικό φύλο. Έπειτα γίνεται λόγος για τον τρόπο μετάδοσής του, την πρόληψη και την θεραπεία του.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται τα ανατομικά και γενικά στοιχεία του τραχήλου καθώς και οι αιτιολογικοί παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο ώστε να αναπτυχθεί καρκίνος. Στην συνέχεια του κεφαλαίου αναφέρονται τα συμπτώματα, η πρόληψη και μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων που είναι επακόλουθες. Τονίζονται τα στάδια του τραχηλικού καρκίνου και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην θεραπεία του που μπορεί να είναι είτε κάποια χειρουργική επέμβαση, είτε ακτινοθεραπεία, είτε χημειοθεραπεία.

Τέλος, το τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας αναφέρεται στα νεότερα δεδομένα, ιδιαίτερα στο νέο 9-δύναμο εμβόλιο κατά του HPV. Ωστόσο, επικεντρώνεται κυρίως στον ρόλο του νοσηλευτή στον ιό ανθρωπίνων θηλωμάτων αλλά και στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια πρόληψη, καθώς ο νοσηλευτής αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στην σχέση ιατρού και ασθενή. Τονίζεται η σημαντικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στην θεραπεία του HPV, καθώς και σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μετά το χειρουργείο ή που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Ακόμη γίνεται μια αναφορά στην ψυχοκοινωνική φροντίδα των ασθενών.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η ενημέρωση του αναγνώστη σχετικά με την λοίμωξη HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, την πρόληψη, την διάγνωση και την θεραπεία τους, καθώς και τα νεότερα δεδομένα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ

Η παγκόσμια επιβάρυνση της δημόσιας υγείας από τον ιό ανθρωπίνων θηλωμάτων είναι πολύ σημαντική, καθώς ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των γυναικών φαίνεται να μολύνεται κάθε χρόνο και έχει άμεση σχέση με την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και την εμφάνιση κονδυλωμάτων. Τα κονδυλώματα είναι μικρά ογκίδια που εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα και της γυναίκας αλλά και του άνδρα. Είναι το σύμπτωμα μιας οξείας ιογενούς πάθησης που οφείλεται σε ιούς της οικογένειας των ιών των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων.

1.1 Ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων

Όταν αναφερόμαστε στον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus - HPV) ουσιαστικά μιλάμε για μία μεγάλη ομάδα συναφών ιών. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για έναν ιό με διπλή αλυσίδα DNA που μολύνει το δέρμα και τις βλεννογόνους μεμβράνες των ανθρώπων και ορισμένων ζώων. Τον άνθρωπο προσβάλλει ο Alpha Papilloma Virus. Κάθε ιός στην ομάδα λαμβάνει έναν αριθμό με βάση την σειρά που ανακαλύφθηκε, ο οποίος ονομάζεται τύπος HPV. Υπάρχουν περισσότεροι από 200 τύποι. Η κατάταξη τους σε ξεχωριστούς τύπους βασίζεται στον βαθμό ομολογίας του ιικού γονιδιώματος και όχι σε ανοσολογικά κριτήρια (Μαυρομαρά 1997).

Το γονιδίωμα των ιών χωρίζεται σε δύο περιοχές:

Την πρόιμη E (early) που κωδικοποιεί για την παραγωγή των λειτουργικών ιικών πρωτεϊνών και σχετίζεται με τον πολλαπλασιασμό του ιού και την διατήρηση του ιικού DNA σε επισωματική μορφή στο κύτταρο ή με την ενσωμάτωση του στο κυτταρικό DNA.

Την όψιμη L (late) που κωδικοποιεί για την παραγωγή των δομικών ιικών πρωτεϊνών (Λαμπρόπουλος 1999).

Ο πολλαπλασιασμός του γονιδιώματος γίνεται στον κυτταρικό πυρήνα ταυτόχρονα με τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων της βασικής στιβάδας, αλλά παραγωγική λοίμωξη υπάρχει μόνο στις πλήρως διαφοροποιημένες επιθηλιακές στιβάδες (Μαυρομαρά 1997).

Η μόλυνση από τον HPV, αρχίζει με την είσοδο του ιού στην βασική στιβάδα του επιθηλίου, ακολούθουμένη από επώαση η οποία κυμαίνεται από δύο εβδομάδες μέχρι μερικούς μήνες. Συνήθως η μόλυνση παραμένει στάσιμη ή υποχωρεί εντός 7 ετών. Οι ιοί HPV προκαλούν τρία είδη μολύνσεων στους ανθρώπους:

Τις κλινικές μολύνσεις, όπου οι ιοί μεταδίδονται μέσω διαφόρων εκκρίσεων του οργανισμού και όχι με την κυκλοφορία του αίματος και η ύπαρξη οποιασδήποτε αλλοίωσης γίνεται ορατή με γυμνό μάτι.

Τις υποκλινικές μολύνσεις, όπου ο ιός βρίσκεται στα κύτταρα υπό την μορφή ιικού DNA, δεν υπάρχουν σωματίδια ιών και εμφανίζεται νόσος (καλοήθης, κακοήθης, ή ογκος). Είναι ασυμπτωματικές και μπορούν να διαγνωσθούν μόνο με τεχνική βοήθεια (κολκοσκόπιο, μικροσκόπιο).

Τις λανθάνουσες μολύνσεις, όπου το ιικό DNA βρίσκεται σε φυσιολογικά κύτταρα ή ιστούς τα οποία δεν παρουσιάζουν καμία αλλοίωση στο επιθήλιο και ο ιός ανευρίσκεται με μεθόδους υβριδισμού (Μορτάκης, Α.Ε. 2007).

1.1.2 Στάδια της HPV μόλυνσης και παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της

Συμφωνα με τον Reid (1993) σε μια HPV-μόλυνση διακρίνονται 4 στάδια:

Το πρώτο στάδιο είναι η *φάση επώασης (incubation phase)*: Η φάση αυτή διαρκεί από έξι εβδομάδες έως οχτώ μήνες όπου μεγάλες επιφάνειες του κατώτερου γεννητικού σωλήνα μολύνονται με αποτέλεσμα μια σταθερή φλεγμονή του επιθηλίου.

Το δεύτερο στάδιο αποτελείται από την *φάση ενεργούς έκφρασης*: Στην φάση αυτή έχουμε υπερπλασία της βασικής στιβάδας. Τα κύτταρα της, ωριμάζοντα και ανερχόμενα προς τις ανώτερες στιβάδες εμφανίζουν τα χαρακτηριστικά σημάδια της φλεγμονής από τον ιό. Αυτές οι αλλαγές συνοδεύονται από παράλληλη υπερπλασία του επιθηλίου και των αγγείων του στρώματος με αποτέλεσμα την εμφάνιση κλινικών ή HPV υποκλινικών αλλοιώσεων.

Στο τρίτο στάδιο έχουμε την *φάση εξισορρόπησης*: Εντός εξαμήνου η δραστηριότητα των HPV αντιρροπείται από την ανολογική αντίδραση του οργανισμού, οπότε σταματά η εμφάνιση νέων αλλοιώσεων ή τουλάχιστον επιβραδύνεται ο ρυθμός εμφάνισης του.

Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο βρίσκεται η *απώτερη φάση*: Η φάση αυτή τοποθετείται χρονικά εννέα περίπου μήνες μετά την εμφάνιση του πρώτου

κονδυλώματος και διακρίνονται δύο κατηγορίες ασθενών. Στην μία κατηγορία οι ασθενείς παραμένουν σε διαρκής ύφεση, ενώ στην άλλη κατηγορία οι ασθενείς επανέρχονται ή συνεχίζουν να ευρίσκονται στη φάση ενεργούς έκφρασης.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της HPV μόλυνσης είναι:

Η ανοσοκαταστολή: Αποτελεί ίσως τον σπουδαιότερο παράγοντα που επηρεάζει την πορεία της HPV-μόλυνσης. Σε υψηλό κίνδυνο βρίσκονται ασθενείς που φέρουν νεφρικά μοσχεύματα (και επομένως παίρνουν ανοσοκατασταλτικά), όσοι κάνουν χρόνια χρήση κορτικοειδών, ασθενείς υπό ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, όπως και ασθενείς με συγγενείς ανοσοεπάρκειες.

Κληρονομικότητα – συνυπάρχουσες φλεγμονές: Μεγάλη σημασία φαίνεται να έχει η συνυπάρχουσα φλεγμονή από τον έρπητα.

Ηλικία: Η μόλυνση του τραχήλου της μήτρας με HPV είναι πολύ συχνή στις νεαρές ηλικίες αλλά ο αριθμός των δυσπλασιών υψηλού βαθμού είναι μικρός. Αντιθέτως στις γυναίκες άνω των 40 ετών η παραμονή της μόλυνσης σε επανειλημμένους ελέγχους έχει βαρύνουσα σημασία και φαίνεται ότι ο κίνδυνος για καρκινογένεση είναι πολλαπλάσιος.

Κύηση: Η κύηση, λόγω της ανοσοκαταστολής που τη συνοδεύει, αποτελεί μία ιδανική περίοδο για να επανεμφανισθεί μία παλαιότερη HPV-μόλυνση ή για να επιδεινωθεί μία ήδη υπάρχουσα.

Ορμονικά σκευάσματα – αντισυλληπτικά: Η επίδραση τόσο των ενδογενών όσο και των εξωγενών ορμονών είναι μικρή αλλά υπαρκτή, ενώ η χρήση των αντισυλληπτικών έχει θετική συσχέτιση με την ανεύρεση του DNA των HPV.

Κάπνισμα: Στις καπνίστριες υπάρχει μειωμένη άμυνα σε επίπεδο ιστού και γι' αυτό ευνοούνται οι υποτροπές κονδυλωμάτων και συχνά παραμένει η HPV-φλεγμονή σε ενεργό φάση.

Διαιτητικοί παράγοντες: Η βιταμινική ανεπάρκεια έχει δυσμενή επακόλουθα στην εξέλιξη μιας HPV – φλεγμονής προς δυσπλασία, αλλά είναι δύσκολο να αποδειχθεί κάτι τέτοιο καθώς δεν είναι γνωστός ο μηχανισμός με τον οποίο επιδρούν οι βιταμίνες στις HPV – αλλοιώσεις.

1.1.3 HPV χαμηλού και υψηλού κινδύνου

Οι ιοί HPV διακρίνονται σε υψηλού ή χαμηλού κινδύνου ανάλογα με την δυνατότητά τους να προκαλέσουν ανάπτυξη καρκινικών ή άλλων βλαβών. Ο ίδιος ιός μπορεί να προκαλέσει και καλοήγη και κακοήγη βλάβη.

Οι χαμηλού κινδύνου, δεν προκαλούν καρκίνο αλλά μπορούν να προκαλέσουν γεννητικά κονδυλώματα και θηλωμάτωση του λάρυγγα. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι υπότυποι 6 και 11 όπου είναι γνωστό ότι προκαλούν τον σχηματισμό των οξυτενών θηλωμάτων (χαρακτηριστικές αλλοιώσεις ορατές με γυμνό μάτι, εντοπισμένες στα γεννητικά όργανα ανδρών και γυναικών) όπως επίσης και υποτροπιάζουσα αναπνευστική παλμιλωμάτωση, μια λιγότερο συχνή ασθένεια στην οποία οι καλοήθεις όγκοι αναπτύσσονται στις διόδους αέρα που οδηγούν από τη μύτη και το στόμα στους πνεύμονες. Ωστόσο, συχνά η εμφάνιση οξυτενών κονδυλωμάτων συνοδεύεται και από ύπαρξη ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του αιδίου διαφόρων μορφών βαρύτητας.

Τα κονδυλώματα ή αλλιώς οξυτενή θηλώματα είναι καλοήθεις κυτταρικοί πολλαπλασιασμοί του δέρματος και των βλοννογόνων. Κύρια αιτία εμφάνισής τους είναι ο ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων. Τα κονδυλώματα των εξωτερικών γεννητικών οργάνων είναι εξαιρετικά συχνά, συνήθως έχουν ανώμαλη επιφάνεια και το χρώμα τους είναι στο χρώμα του δέρματος ή ροζ. Ο διάμεσος χρόνος από την μόλυνση HPV έως την πρόκληση κονδυλωμάτων κυμαίνεται περίπου σε διάστημα 11-12 μηνών για τους άνδρες και 5-6 μηνών για τις γυναίκες, αν και ποικίλει ανάλογα με τον τύπο HPV.

Η διάγνωση τους γίνεται με επισκόπηση για την διάγνωση των χαρακτηριστικών βλαβών. Οι πιθανές επιπλοκές των κονδυλωμάτων διακρίνονται σε ελάσσονες και μείζονες και είναι οι εξής:

Ελάσσονες επιπλοκές κονδυλωμάτων: ελκώσεις (δημιουργία πληγών), αιμορραγία μετά από τραυματισμό τους, επιμόλυνση μετά από τραυματισμό τους, μηχανικά προβλήματα κατά την ούρηση και ελάσσονα ψυχολογικά προβλήματα

Μείζονες επιπλοκές κονδυλωμάτων: μείζονα ψυχολογικά προβλήματα, γιγάντια κονδυλώματα και δυσπλασίες πρωκτογεννητικής χώρας (Ελληνική HPV εταιρία).

Στην κατηγορία υψηλού κινδύνου ανήκουν οι τύποι που μπορεί να προκαλέσουν καρκίνο και στους άνδρες και στις γυναίκες. Οι πιο γνωστοί είναι οι υπότυποι 16 και 18 που θεωρούνται δυνητικά ογκογόνοι. Οι παράγοντες που συμβάλλουν ώστε η λοίμωξη από HPV-16 και HPV-18 να οδηγήσει ένα κύτταρο να αναπτύξει όγκο είναι τέσσερις (4):

Η θέση ενσωμάτωσης του ιικού DNA μέσα στο DNA του κυττάρου ξενιστή.

Η συμμετοχή συμπαραγόντων που επιδρούν στην φασή της προώθησης του αθανατοποιημένου από HPV κυττάρου.

Η ανοσολογική κατάσταση του μικροπεριβάλλοντος της περιοχής που υπάρχουν μολυσμένα κύτταρα από HPV.

Ο βαθμός επικυνδινότητας εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες (Κουρέτας, Νέπκα 1997).

Οι HPV υψηλού κινδύνου προκαλούν διάφορους τύπους καρκίνου:

Καρκίνος της μήτρας: Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας προκαλούνται από τον HPV και μόνο οι δύο τύποι HPV 16 και 18 ευθύνονται για το 70% όλων των περιπτώσεων.

Καρκίνος του αιδοίου: Ο ιός HPV μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του αιδοίου, το οποίο είναι το εξωτερικό μέρος των γυναικείων γεννητικών οργάνων. Ο καρκίνος αυτός είναι πολύ λιγότερο κοινός από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Δεν υπάρχει πρότυπη δοκιμή συστηματικής εξέτασης για αυτόν τον καρκίνο εκτός από φυσικές εξετάσεις ρουτίνας. Αλλοιώσεις του αιδοίου σχετιζόμενες στον HPV είναι τα οξυτενή κονδυλώματα όπου είναι καλοήθεις νεοπλασίες, η αιδοϊκή ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (Vulvar Intraepithelial Neoplasia) και το καρκίνωμα αιδοίου εκ πλακώδους επιθηλίου.

Καρκίνος του κόλπου: Πολλοί κολπικοί προ-καρκίνοι περιέχουν επίσης τον HPV και αυτές οι αλλαγές μπορεί να υπάρχουν εδώ και χρόνια πριν μετατραπούν σε καρκίνο. Εάν εντοπιστεί ένας προ-καρκίνος, μπορεί να αντιμετωπιστεί, σταματώντας τον καρκίνο πριν αρχίσει πραγματικά.

Καρκίνος του πέους: Στους άνδρες, ο HPV μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πέους. Είναι πιο συνηθισμένο στους άνδρες με HIV και σε αυτούς που κάνουν σεξ με άλλους άνδρες. Δεν υπάρχει πρότυπος έλεγχος για την εύρεση πρώιμων

συμπτωμάτων καρκίνου του πέους. Επειδή σχεδόν όλοι οι καρκίνοι του πέους ξεκινούν κάτω από την ακροποσθία του πέους, μπορεί να παρατηρηθούν νωρίς στην πορεία της νόσου.

Πρωκτικός καρκίνος: Ο HPV μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πρωκτού τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Άτομα με υψηλότερο κίνδυνο πρωκτικού καρκίνου είναι άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με άνδρες, γυναίκες που είχαν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ή καρκίνο του αιδοίου, όποιος είναι HIV-θετικός και οποιοσδήποτε έχει μεταμοσχεύσει όργανο.

Καρκίνος του στόματος και του λαιμού: Οι περισσότεροι καρκίνοι που βρίσκονται στο πίσω μέρος του λαιμού, συμπεριλαμβανομένης της βάσης της γλώσσας και των αμυγδαλών, σχετίζονται με τον HPV. Αυτοί είναι οι συνηθέστεροι καρκίνοι που σχετίζονται με τον HPV στους άνδρες. Δεν υπάρχει κανένας τυπικός έλεγχος ανίχνευσης για να εντοπίσετε αυτούς τους καρκίνους νωρίς. Ακόμα, πολλοί μπορούν να βρεθούν νωρίς κατά τη διάρκεια εξετάσεων ρουτίνας από οδοντίατρο, γιατρό, οδοντίατρο ή με αυτοεξέταση.

1.1.4 HPV στους άνδρες

Προκαρκινικές αλλοιώσεις στους άνδρες εμφανίζονται συνήθως στο πέος. Σε άνδρες που δεν έχουν υποστεί περιτομή είναι πιο συχνά στην κεφαλή. Λιγότερο συχνά ανευρίσκονται στο εφήβαιο, στο όσχεο, στις μηροβουβωνικές πτυχές και στην περιπρωκτική περιοχή. Ανδροσκοπική εξέταση ή πεοσκοπία είναι η εξέταση της περιοχής των γεννητικών οργάνων του άνδρα με το κολποσκόπιο και όλες οι προαναφερθείσες περιοχές εξετάζονται προσεκτικά. Στους παθητικούς ομοφυλόφιλους, τα κονδυλώματα πρωκτού είναι πιο συχνά και χρειάζεται έλεγχος και του πρωκτικού σωλήνα. Έχουν εντοπιστεί, όμως, περιπρωκτικά κονδυλώματα και σε άνδρες, που δεν είχαν πρωκτικές επαφές. Αλλοιώσεις στο πέος που δεν διακρίνονται με γυμνό μάτι ονομάζονται υποκλινικές επειδή δεν μπορούν να διαγνωστούν από τον γιατρό κατά την κλινική εξέταση (Μορτάκης, Α.Ε. 2013).

Συνήθως το ανοσοποιητικό σύστημα των ανδρών καταστέλλει τον ιό μετά από κάποιους μήνες. Παρόλα αυτά υπάρχει πιθανότητα υποτροπής. Τα οξυτενή

κονδυλώματα είναι κατά κανόνα καλοήθη. Τα συμπτώματα των κονδυλωμάτων στους άνδρες είναι τα εξής:

Κνησμός (φαγούρα) του πέους, του όσχεου, της πρωκτικής χώρας

Επιμόλυνση των βλαβών από μικρόβια

Αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη στα άτομα που πάσχουν από πρωκτογεννητικά κονδυλώματα

Θεραπεία γίνεται μόνο για τα οξυτενή κονδυλώματα και τις προκαρκινικές αλλοιώσεις. Δεν συνίσταται θεραπεία για τις υποκλινικές αλλοιώσεις χαμηλού βαθμού (Μορτάκης, Α.Ε. 2013).

1.2 Πως μεταδίδεται ο ιός HPV

Η HPV λοίμωξη αποτελεί σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα με πιθανότητα καρκινογένεσης. Οι περισσότεροι άνδρες και γυναίκες που έχουν ενεργή σεξουαλική ζωή έχουν τουλάχιστον έναν τύπο γεννητικών HPV κάποια στιγμή στη ζωή τους. Εάν κάποιος έχει σεξουαλική επαφή με κάποιον που έχει τον ιό, είτε κολπική είτε πρωκτική, υπάρχει η πιθανότητα να τον αποκτήσει, αλλά οι μολύνσεις είναι πιο πιθανές σε άτομα που είχαν πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους. Ωστόσο η απλή μεταφορά από ένα άτομο σε ένα άλλο δεν είναι ικανή να δημιουργήσει λοίμωξη. Απαιτείται άμεση επαφή με την επιδερμίδα των γεννητικών οργάνων των βλενογόννων ή των σωματικών υγρών, για να μεταφερθεί ο ιός και πρέπει να υπάρξει τριβή και να προκύψουν μικροτραυματισμοί για να εισχωρήσει ο ιός στο επιθήλιο. Ένα άτομο που έχει μολυνθεί από τον ιό μπορεί να τον μεταδώσει ακόμα κι αν δεν εμφανίσει ποτέ σημεία – συμπτώματα.

Άλλοι τύποι σεξουαλικής επαφής, όπως είναι η στοματο-γεννητική επαφή ή η έντονη τριβή γεννητικών οργάνων με το χέρι ή και μολυσμένα αντικείμενα, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε μετάδοση της λοίμωξης αλλά με μικρές πιθανότητες. Επιπρόσθετα, ένα ακόμη σπάνιο φαινόμενο μετάδοσης της HPV λοίμωξης αποτελεί, από την μητέρα στο νεογνό κατά τον τοκετό ή κατά την διάρκεια της ενδομήτριας ζωής.

Τέλος, καμία πιθανότητα μετάδοσης δεν υπάρχει από τα καθίσματα μπάνιου, αγκαλιάζοντας ή κρατώντας τα χέρια, από πισίνες, υδρομασάζ ή κοινή χρήση τροφίμων ή σκευών.

1.3 Πρόληψη HPV

Ο κίνδυνος απόκτησης μιας λοίμωξης HPV είναι τεράστιος σε άτομα με ενεργή σεξουαλική ζωή, ιδιαίτερα κατά τις νεαρές ηλικίες όπου οι γνώσεις πάνω στο θέμα των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι μικρές και κατ' επέκταση δεν υπάρχει και επαρκής προστασία λόγω του νεαρού της ηλικίας. Ωστόσο δεν υπάρχει κάποιος σίγουρος τρόπος για την πρόληψη της μόλυνσης από όλους τους διαφορετικούς τύπους HPV. Υπάρχουν όμως κάποιες ενέργειες που μπορούν να πραγματοποιηθούν για να μειωθούν οι πιθανότητες της μόλυνσης και εμβόλια που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την προστασία των νέων από τους τύπους HPV που συνδέονται περισσότερο με τον καρκίνο και τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Για τον λόγο αυτό η πρόληψη της HPV λοίμωξης μπορεί να διακριθεί σε πρωτογενής και δευτερογενής.

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά το στάδιο πριν την έναρξη σεξουαλικών επαφών και επιτυγχάνεται με τα εμβόλια. Τα εμβόλια προφυλάσσουν μόνο από συγκεκριμένους γονότυπους των HPV συμπεριλαμβανομένων τύπων που συνδέονται με καρκίνους που σχετίζονται με τον HPV, καθώς και τύπους που συνδέονται με πρωκτικά και γεννητικά κονδυλώματα. Εγκρίνονται για χρήση και σε αγόρια και σε κορίτσια, κατά προτίμηση ηλικίας 11 με 12 χρόνων και μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο για την πρόληψη της λοίμωξης από τον HPV. Κυκλοφορούν ήδη δύο προληπτικά εμβόλια. Μετά τον εμβολιασμό, δημιουργούνται στον οργανισμό αντισώματα, τα οποία δεν επιτρέπουν στους συγκεκριμένους ιούς να δημιουργήσουν λοίμωξη.

Το πρώτο εμβόλιο που εγκρίθηκε τον Ιούνιο του 2006 από την επιτροπή τροφίμων και φαρμάκων των ΗΠΑ κυκλοφορεί με το εμπορικό όνομα Gardasil. Κατασκευάστηκε από την εταιρεία Merck και το Σεπτέμβριο του 2006 πήρε έγκριση για κυκλοφορία στην Ευρώπη. Στην Ελλάδα, κυκλοφορεί από τον Ιανουάριο του 2007. Το Gardasil προστατεύει από τους τύπους 16 και 18, που αποτελούν τους τύπους με τον μεγαλύτερο κίνδυνο για κακοήθη εξαλλαγή, καθώς και από τους τύπους 6 και 11 οι οποίοι αποτελούν τους αιτιολογικούς παράγοντες των οξυτενών κονδυλωμάτων. Διατηρεί υψηλό τίτλο για αντισώματα ύστερα από πέντε χρόνια μετά την χορήγηση του. Το Gardasil χορηγείται σε τρεις δόσεις: την πρώτη μέρα, τον δεύτερο μήνα και τον έκτο μήνα.

Το δεύτερο εμβόλιο είναι γνωστό με το εμπορικό όνομα Cervarix που παρασκευάστηκε από την εταιρεία Glaxo-Smith-Kline και κυκλοφορεί στην Ελλάδα από το 2008. Παρότι κατασκευάστηκε για την προφύλαξη από τους HPV 16 και 18,

καλύπτει ένα μεγαλύτερο φάσμα από ογκογόνους HPV (31, 33 και 45). Το Cervarix διατηρεί υψηλό τίτλο για αντισώματα για χρονικό διάστημα εξίμιση ετών. Ο αριθμός δόσεων του είναι επίσης τρεις με την μόνη διαφορά ότι χορηγείται την πρώτη μέρα, τον πρώτο μήνα και τον έκτο μήνα. Με βάση τα νέα δεδομένα υπολογίζεται ότι καλύπτει για το 90% περίπου των καρκίνων τραχήλου μήτρας, αλλά λόγω των παρενεργειών που προκαλούνται δεν έχει προτιμηθεί.

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φάρμακων EMA εντός του 2014, λαμβάνοντας υπόψη τα νεότερα δεδομένα ανοσογονικότητας ενέκρινε σε άτομα ηλικίας 9-13 ετών για το τετραδύναμο και κορίτσια 9-14 ετών για το διδύναμο τη χορήγηση του εμβολίου σε δύο δόσεις, μεταξύ των οποίων μεσολαβεί διάστημα έξι μηνών. Εάν η δεύτερη δόση χορηγηθεί σε διάστημα μικρότερο των έξι μηνών μετά την πρώτη δόση, τότε πρέπει να χορηγηθεί και τρίτη δόση. Στις ανωτέρω ηλικιακές ομάδες μπορεί να χορηγηθεί και το σχήμα των τριών δόσεων. Για άτομα ηλικίας 14 -15 ετών και άνω, χορηγείται το σχήμα των τριών δόσεων. Αντίστοιχη έγκριση έχει δοθεί από την Επιτροπή Εμβολίων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΚΕΕΛΠΙΝΟ).

Τα δύο διαθέσιμα εμβόλια φαίνεται να είναι αποτελεσματικά σε βάθος χρόνου, ανεκτά και ασφαλή. Η χρήση τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν συνιστάται και σε περιπτώσεις εγκυμοσύνης μετά την πρώτη δόση, ο εμβολιασμός διακόπτεται και ολοκληρώνεται μετά το τέλος της εγκυμοσύνης. Όταν υπάρχει προυπάρχουσα λοίμωξη, τα κονδυλώματα κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να επανεμφανισθούν επειδή το ανοσοποιητικό σύστημα είναι πιο ευάλωτο.

Επιπρόσθετα η χρήση προφυλακτικού μπορεί να θεωρηθεί ως πρωτογενής πρόληψη για την λοίμωξη από τον HPV ωστόσο δεν προστατεύει εξ' ολοκλήρου από την λοίμωξη καθώς δεν καλύπτονται πλήρως όλες οι περιοχές του δέρματος που προσβάλλει ο ιός.

Η δευτερογενής πρόληψη επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των προκαρκινικών αλλοιώσεων. Είναι γνωστό ότι στις περιπτώσεις που θα δημιουργηθούν αλλοιώσεις, αργούν πολύ να εξελιχθούν σε καρκίνο, ανιχνεύονται με τον προληπτικό έλεγχο και θεραπεύονται. Η κυτταρολογική εξέταση (Παπανικολάου), η ιστολογική εξέταση (HPV – DNA test) και η κολποσκόπηση αποτελούν τον κανόνα για τον διαγνωστικό έλεγχο των παθολογικών αλλοιώσεων του τραχήλου.

Η δοκιμασία κατά Παπανικολάου είναι το πρώτο βήμα για την ανίχνευση του ιού. Το test Παπανικολάου αναπτύχθηκε το 1943 από τον Γεώργιο Παπανικολάου και

είναι το πιο διαδεδομένο και αποδεκτό τεστ για την διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Είναι μια απλή και ανώδυνη εξέταση για την ανίχνευση ανώμαλων κυττάρων μέσα στον τράχηλο και γύρω από αυτόν. Πρέπει να γίνεται όταν η γυναίκα δεν έχει έμμηνο ρύση, με την καλύτερη περίοδο εξέτασης να καθιστούν η 10^η με 20^η μέρα του κύκλου. Θεωρείται διαγνωστική εξέταση καθώς ανιχνεύεται κάποια ενδοεπιθηλιακή βλάβη υψηλού ή χαμηλού κινδύνου καθώς και άλλα ευρήματα. Ο ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων είναι ο πρώτος παράγοντας των άτυπων κυττάρων στο test – Παπανικολάου.

Ωστόσο τα αποτελέσματα του test - Παπ μπορεί να μη δείχνουν πάντοτε την αληθή κατάσταση του τραχηλικού επιθηλίου της γυναίκας και να είναι ψευδώς αρνητικά. Ένας τράχηλος δηλαδή ο οποίος φαίνεται “φυσιολογικός” στην πραγματικότητα να είναι “παθολογικός”. Αυτό οφείλεται είτε στην κακή λήψη του υλικού από τον ιατρό είτε σε λάθη κατά τον έλεγχο κυρίως λόγω του μικρού αριθμού κυττάρων με διαγνωστική αξία σε ανεπαρκές επίχρισμα.

Για τον λόγο αυτό και για την αποφυγή προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν από τις ενέργειες αυτές η Αμερικάνικη FDA (Food and Drug Administration) έχει εγκρίνει το HPV – test ως συμπληρωματικό του test – Παπανικολάου.

Το HPV – test, η ανίχνευση δηλαδή του DNA των ογκογόνων ή υψηλού κινδύνου στελεχών του ιού σε κυτταρικό υλικό από τον τράχηλο της μήτρας, είναι μία σχετικά απλή και μη χρονοβόρα εξέταση, που δεν χρειάζεται ιδιαίτερη εξειδίκευση του προσωπικού που θα την εφαρμόσει. Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει είναι ότι μειώνει τον αριθμό των κυτταρολογικών επανεξετάσεων, ελατώνει τον αριθμό των ασαφών αποτελεσμάτων, βελτιώνει την ανίχνευση ιών χαμηλού και υψηλού βαθμού και αποτρέπει την εκτέλεση μη αναγκαίων κολποσκοπήσεων σε ασθενείς με ελάχιστους βαθμούς ανωμαλίες στο pap – test (Αγοραστός, Θ. Μορτάκης, Α.Ε. 2008).

Ένα ακόμη ενδιαφέρον πλεονέκτημα του ελέγχου του HPV ως εξέταση ρουτίνας είναι η δυνατότητα που έχει η γυναίκα να συλλέγει το δείγμα. Αυτή η στρατηγική μπορεί να ελατώσει σε μεγάλο βαθμό την ανάγκη για επισκέψεις των HPV αρνητικών γυναικών, επιτρέποντας έτσι την συγκέντρωση πόρων για γυναίκες που χρειάζονται ιατρική φροντίδα (Lorincz 1999).

Το επόμενο βήμα που ακολουθεί τα δύο αυτά test για τον ακριβή καθορισμό και εντοπισμό των κονδυλωμάτων είναι η κολποσκόπηση. Τα ευρήματα της πρέπει να

εντάσσονται στο συνολικό πλαίσιο των πληροφοριών οι οποίες είναι διαθέσιμες για την κάθε γυναίκα. Είναι και αυτή μία απλή και εύκολη εξέταση που γίνεται στον τράχηλο της μήτρας, που δεν απαιτεί ιδιαίτερα ακριβό εξοπλισμό, προϋποθέτει όμως εξειδίκευση. Με την εφαρμογή της γίνεται ο καθορισμός της κατάλληλης θεραπείας και η λήψη βιοψίας για ιστολογική διάγνωση και θεραπεία, όπου κρίνεται απαραίτητο. Πραγματοποιήτε με κολποσκόπιο, ένα διοπτρικό μικροσκόπιο με σταθερή βάση και κινητό βραχίονα για να διευκολύνεται η εξέταση τόσο με τη μεγέθυνση του όσο και με το φωτισμό του.

Ένας εξελιγμένος τρόπος λήψης κυτταρολογικού επιχρήσματος που ήρθε για να αντικαταστήσει την απλή εξέταση test – Παπ είναι η κυτταρολογία υγρής φάσης. Με αυτήν την διαδικασία υπάρχει επάρκεια κυτταρολογικού υλικού, ενώ στα κύτταρα δεν παρατηρείται βλέννα ή αίμα. Πολυ σημαντικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι υπάρχει η πιθανότητα το κυτταρικό υλικό να χρησιμοποιηθεί για την τυποποίηση του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Υπάρχουν δύο διαφορετικά συστήματα λήψης υλικού: Το *thin prep* ένα λεπτό βουρτσάκι λέπτως επίστρωσης με πράσινη λαβή που έχει την δυνατότητα να ξεπλένεται απο υγρό του φιαλιδίου και στην συνέχεια να απορρίπτεται και το *surepath* ένα βουρτσάκι με μπλε λαβή το οποίο μπορεί να αποκοπεί και να παραμείνει στο φιαλίδιο (Ιατράκης, Γ. 2013).

1.4 Θεραπεία HPV

Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως όταν γίνεται λόγος για θεραπεία του HPV εννοείται η αφαίρεση ή η καταστροφή του ιστού που έχει αλλοιώσεις ή ακόμα και η ανακούφιση από τα συμπτώματα και όχι η εξάλειψη του ιού. Δεν υπάρχει φάρμακο που μπορεί απαλλάξει τον οργανισμό. Ο ιός θα συνεχίσει να παραμένει στα επιθήλια του γεννητικού συστήματος για μεγάλο χρονικό διάστημα ή για πάντα. Υπάρχουν περιπτώσεις που το ανοσοποιητικό σύστημα υπερσχύει και η λοίμωξη υποχωρεί από μόνη της και περιπτώσεις που υπάρχει λοίμωξη από επικίνδυνους HPV αλλά αν η παρακολούθηση είναι συχνή δεν υπάρχει κίνδυνος.

Οι υποτροπές των αλλοιώσεων είναι λίγες. Σε ασθενείς που κρίνεται απαραίτητη η επέμβαση για καταστροφή ή αφαίρεση των αλλοιώσεων (οξυτενή κονδυλώματα ή προκαρκινικές αλλοιώσεις) συνήθως δοκιμάζονται διαφορετικές θεραπείες. Και οι δύο μεθοδολογίες, και η καταστροφή και η αφαίρεση, είναι εξίσου αποτελεσματικές με απαραίτητη προϋπόθεση την εμπειρία του ιατρού.

Οι αφαιρετικές μέθοδοι είναι αυτές που υπερτερούν παγκοσμίως, διότι με την αφαίρεση μεγαλύτερου τμήματος τραχήλου εκτιμάται ιστολογικά αξιόπιστα η βαθμίδα της αλλοίωσης και κυρίως υπάρχει δυνατότητα εκτίμησης των ορίων εκτομής κάτι που μπορεί να καθορίσει και την μετεγχειρητική παρακολούθηση. Στις μεθόδους αυτές ανήκουν η απλή αφαίρεση της βλάβης (χειρουργικό μαχαίρι ή λαβίδα βιοψίας ή θερμική αγκύλη-Loop ή Laser CO₂), ο ακρωτηριασμός τραχήλου (με νυστέρι), η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου (με χειρουργικό μαχαίρι ή θερμική αγκύλη Loop ή ακτίνες Laser CO₂) και η υστερεκτομή (κολπική ή κοιλιακή) (Πετρογιάννης, Ν. 2017).

Οι δυο πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μέθοδοι αφαιρετικής θεραπείας είναι η laser κωνοειδής εκτομή και η ηλεκτροδιαθερμική loop εκτομή. Είναι αμφότερες επεμβάσεις εξωτερικού ιατρείου και πραγματοποιούνται υπό τοπική αναισθησία. Η laser κωνοειδής εκτομή προτιμάται σε περιπτώσεις βαθιάς ενδροτραχηλικής αλλοίωσης του κυλινδρικού επιθηλίου, ενώ η ηλεκτροδιαθερμική αφαίρεση φαίνεται να πλεονεκτεί σε όλες τις άλλες περιπτώσεις επειδή είναι απλούστερη, συντομότερη και περισσότερο ανεκτή. Είναι μια πρωτοποριακή επέμβαση και η πιο χρησιμοποιούμενη μέθοδος διότι σε σχέση με τις άλλες διαθέσιμες μεθόδους εφαρμόζεται με τοπική αναισθησία, ενώ μετέπειτα δεν παρουσιάζει επιπτώσεις στην γονιμότητα της γυναίκας.

Η υστεροεκτομή και η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι είναι πολύ περιορισμένες ως ένδειξεις θεραπείας ενδοεπιθηλιακών αναπλασιών του τραχήλου της μήτρας. Η υστερεκτομή συνιστάται περισσότερο σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, όταν σηνυπάρχει κάποια παθολογία της μήτρας και όταν οι αλλοιώσεις προς τους κολπικούς θόλους είναι εκτεταμένες. Η κωνοειδής εκτομή δεν προτιμάται λόγω της επιβάρυνσης στην μελλοντική γονιμότητα και στην έκβαση κυήσεων (στένωση τραχηλικού στομίου, αυξημένα ποσοστά αποβολών και πρόωρων τοκετών) (Medimmal Fertility Centre 2017).

Η αφαίρεση με λαβίδα βιοψίας είναι εύκολη και απλή μέθοδος εκτομής, ειδικά όταν πρόκειται για μικρό αριθμό κονδυλωμάτων, που δεν έχουν ευρεία βάση. Η αφαίρεση με νυστέρι ή Leer προτιμάται σε μεγάλες αλλοιώσεις και σε περιπτώσεις, που κρίνεται αναγκαίο και γίνεται ιστολογική εξέταση της αλλοίωσης. (Μορτάκης, Α.Ε. 2007)

Οι καταστροφικές μέθοδοι, η τοπική δηλαδή καταστροφή της βλάβης περιλαμβάνουν την κρυοπηξία, την διαθερμοπηξία (ή καυτηρίαση), την εξάχνωση με laser, και με φάρμακα είτε αυτοτελώς χρησιμοποιούμενα είτε σαν συμπληρωματική θεραπεία κάποιου άλλου χειρισμού.

Η κρυοπηξία είναι μία πολύ παλιά μέθοδος. Οι δερματικές αλλοιώσεις καταστρέφονται με υγρό οξείδιο ή πρωτοξείδιο αζώτου, το οποίο ψεκάζεται στην προβληματική περιοχή. Η ψύξη και απόψυξη των κυττάρων δρα τοξικά, με αποτέλεσμα να νεκρώνει και να εξουδετερώνει τα κονδυλώματα. Η κρυοπηξία θεωρείται καλή λύση σε περιπτώσεις που υπάρχουν πολλά και μικρά κονδυλώματα. Μπορεί όμως να δημιουργήσει εμφάνιση ουλών, και επίσης απαιτείται μια σειρά εφαρμογών, δεν αρκεί μια συνεδρία. Τα περισσότερα κονδυλώματα απαιτούν από 1 έως 4 θεραπευτικές αγωγές, με ενδιάμεσο διάστημα από 1 έως 3 εβδομάδες μεταξύ κάθε θεραπείας. Το ποσοστό υποτροπών είναι μεγάλο, καθώς δεν εξαφανίζει τα κονδυλώματα άμεσα (Ελληνική HPV εταιρία 2014).

Οι θεραπευτικές ενδείξεις της κρυοθεραπείας είναι ιογενείς βλάβες, μυρμηκία, οξυτενή κονδυλώματα όπου η πλέον ενδεδειγμένη είναι η τεχνική με spray με χρόνο ψύξεως 15-30 δευτερόλεπτα. Αντένδειξη εφαρμογής της μεθόδου αποτελούν η κνίδωση εκ ψύχους και οι κρυοσφαιριναιμίες. Οι παρενέργειες της μεθόδου που παρατηρούνται συνήθως μόνο κατά τη θεραπεία κακοήθων όγκων που η ψύξη είναι παρατεταμένη, είναι η εμφάνιση κεγχρίων που υποστρέφονται αυτόματα. Έχουν παρατηρηθεί επίσης δυσχρωμικές αλλοιώσεις του τύπου της υπομελάγχρωσης, οι

οποίες είναι μάλλον εμφανείς στα μελαχροινά άτομα, ή του τύπου της υπερμελάγχρωσης από παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο (Μορτάκης. Α.Ε. 2013).

Η διαθερμοπηξία ή καυτηρίαση πρόκειται για μία κλασική και πολύ αποτελεσματική καταστροφή των βλαβών με τη χρήση ηλεκτρικού ρεύματος σε συσκευή μονοπολικής διαθερμοπηξίας. Το μεγαλύτερο μειονεκτήματα της μεθόδου αποτελεί ο χρόνος αποθεραπείας που κυμαίνεται στις 2-3 εβδομάδες (ιδιαίτερα σε θεραπεία πολλαπλών βλαβών). Επίσης με τον καυτηριασμό είναι αναγκαία η χορήγηση τοπικής αναισθησίας (με ενέσιμη λιδοκαΐνη) ενώ υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υπομελάγχρωσης και δημιουργίας ουλής καθώς και κίνδυνος επιμόλυνσης των βλαβών. Τα πλεονέκτημα της μεθόδου είναι ότι είναι άμεσα αντιληπτή η καταστροφή της βλάβης, επιτυγχάνει πολύ αποτελεσματική αιμόσταση, ενώ τις περισσότερες φορές αρκεί μία μόνο συνεδρία (Ελληνική HPV εταιρία 2014).

Η καταστροφή με χειρουργικό laser διοξειδίου του άνθρακα (CO₂) είναι αποτελεσματική στη θεραπεία κυρίως μεμονωμένων βλαβών. Και στην μέθοδο αυτήν σημαντικό πλεονέκτημα αποτελεί ότι είναι άμεσα αντιληπτή η καταστροφή της βλάβης (η οποία οφείλεται σε εξάχνωση), ενώ τις περισσότερες φορές αρκεί μία μόνο συνεδρία. Μειονεκτήματα της μεθόδου αποτελούν ο μεγαλύτερος χρόνος αποθεραπείας (ιδιαίτερα σε θεραπεία πολλαπλών βλαβών) σε σχέση με την κρυοχειρουργική, και ότι απαιτείται να έχει προηγηθεί τοπική αναισθησία (με ενέσιμη λιδοκαΐνη συνδυασμένη ή όχι με αδρεναλίνη).

Στις φαρμακευτικές μεθόδους θεραπείας των κονδυλωμάτων περιλαμβάνονται η ποδοφυλοτοξίνη και imiquimod (τοποθετούνται από την ίδια την ασθενή) και το τριγλωρο-οξικό οξύ και ποδοφυλλίνη (εφαρμόζονται από το γιατρό).

Η ποδοφυλοτοξίνη χρησιμοποιείται σε διάλυμα 0,5% ή σε κρέμα. Κυκλοφορεί με το εμπορικό όνομα Wartec. Εφαρμόζεται τοπικά στα κονδυλώματα, δύο φορές την ημέρα για τρεις ημέρες. Έπειτα, γίνεται διακοπή για 4 ημέρες και επαναλαμβάνεται η θεραπεία πάλι για τρεις ημέρες. Συνήθως, γίνονται 3-4 επαναληπτικά σχήματα. Μερικές φορές είναι απαραίτητη η χρήση μικρού καθρέπτη. Για το διάλυμα, συνήθως χρησιμοποιείται βαμβακοφόρος στείλεός, ενώ η κρέμα απλώνεται με το δάχτυλο. Μπορεί να εμφανιστεί ερεθισμός του δέρματος της περιοχής. Συνολικά, ποσοστό 80% περίπου, ανταποκρίνεται στη θεραπεία. Τα κονδυλώματα του δέρματος, που καλύπτονται από στρώμα κερατίνης δεν ανταποκρίνονται τόσο καλά. Οι υποτροπές μετά τη θεραπεία είναι συχνές.

Η κρέμα imiquimod κυκλοφορεί με το εμπορικό όνομα Aldara και έχει ανοσορρυθμιστική δράση. Προκαλεί απελευθέρωση ιντερφερόνης τοπικά με αποτέλεσμα την ενίσχυση της ανοσιακής απάντησης των ιστών. Η κρέμα Aldara εφαρμόζεται τοπικά με το δάχτυλο, τρεις φορές την εβδομάδα. Μετά από 6-10 ώρες, η περιοχή ξεπλένεται για να μειωθεί ο ερεθισμός. Η θεραπεία μπορεί να συνεχιστεί μέχρι και 16 εβδομάδες. Η θεραπεία με Aldara, συνήθως γίνεται μετά την αποτυχία της ποδοφυλοτοξίνης. Έχει ποσοστό επιτυχίας 50-75% και το ποσοστό υποτροπών, αναφέρεται μικρότερο από αυτό των άλλων τοπικών θεραπειών.

Το τριχλωρο-οξικό οξύ (TCA) χρησιμοποιείται σε διάλυμα 80-90% και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μικρή ποσότητα διαλύματος τοποθετείται από το γιατρό επάνω στο κονδύλωμα. Συνήθως, χρειάζονται επανειλημμένες εφαρμογές ανά εβδομάδα.

Πριν από την ανακάλυψη της ποδοφυλοτοξίνης και της κρέμας Aldara, γινόταν ευρεία χρήση της ποδοφυλλίνης, την οποία τοποθετούσε ο γιατρός. Έπρεπε να ξεπλυθεί μετά από 3-4 ώρες. Λόγω της τοξικότητας του φαρμάκου, η χρήση της έχει σχεδόν καταργηθεί. Στη θέση της ποδοφυλλίνης χρησιμοποιείται το TCA. Πολλοί γιατροί προτιμούν τη χρήση υγρού αζώτου (κρυοπηξία) που είναι πιο αποτελεσματική, χωρίς παρενέργειες (Μορτάκης, Α.Ε. 2013).

Αν και όλες οι θεραπευτικές επιλογές που αναφέρθηκαν πιο πάνω είναι αποτελεσματικές η επανεμφάνιση ή επιμονή των δυσπλαστικών αλλοιώσεων συμβαίνει συχνά έως και στο 30% των περιπτώσεων. Αν με την πρώτη θεραπεία δεν αντιμετωπιστεί το πρόβλημα μπορεί η αλλοίωση να επιμένει, να επανέρχεται ή να εξελίσσεται ειδικά εάν η λοίμωξη αφορά υψηλού κινδύνου τύπους ιού όπως είναι οι HPV 16 και 18.

Η μακροχρόνια παρακολούθηση είναι απαραίτητη στις περιπτώσεις που έχει προηγηθεί θεραπεία του τραχήλου της μήτρας. Το είδος της παρακολούθησης (τεστ Παπανικολάου, HPV-DNA τεστ, κολποσκοπήση) και η συχνότητα θα καθοριστεί από τα αποτελέσματα των προηγούμενων εξετάσεων και την ηλικία της γυναίκας .

Κάποιες φορές χρειάζεται επιπλέον θεραπευτική παρέμβαση για να επιβεβαιωθεί ότι όλος ο παθολογικός ιστός απομακρύνθηκε. Αυτό ισχύει όταν η ιστολογική εξέταση δείξει επέκταση της αλλοίωσης πέρα από τα όρια του τμήματος που έχει αφαιρεθεί. Η επιλογή για την διενέργεια νέας επέμβασης εξαρτάται ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της κάθε περίπτωσης και βασίζεται στον τύπο της

αλλοίωσης, στον κίνδυνο για ανάπτυξη κακοήθειας και στην επιθυμία της γυναίκας για μελλοντικές κυήσεις.

Η θεραπεία είναι μία απόφαση που ο ασθενής και ο γιατρός θα πρέπει να αποφασίσουν μαζί. Στα κριτήρια για την επιλογή μεταξύ μιας «καταστροφικής» ή μιας «αφαιρετικής» θεραπείας περιλαμβάνονται η επιθυμία του ασθενούς για την εκλογή μιας θεραπείας σε βάση εξωτερικής ασθενούς αντί την επιλογή για εισαγωγής σε νοσοκομείο, οι εμπειρίες του ιατρού που αναλαμβάνει τη θεραπεία, η ηλικία της ασθενούς και η επιθυμία του για μετέπειτα τεκνοποίηση, η κολποσκόπηση να αποκαλύπτει την ακριβή εντόπιση της παθολογικής περιοχής του επιθηλίου σε όλη του την έκταση και να αποκαλύπτει όλη τη ζώνη μετάπτωσης, να συμφωνούν μεταξύ τους όλες οι διαγνωστικές εξετάσεις και να επιβεβαιώνεται ο κυτταρολογικός βαθμός της τραχηλικής βλάβη και τέλος οι ασθενείς να είναι άτομα τα οποία είναι σε θέση να κατανοήσουν και να ακολουθήσουν τις οδηγίες σχετικά με τη στενή παρακολούθηση και να συμφωνούν για συχνές μετέπειτα επισκέψεις για έλεγχο (Πετρογιάννης, Ν. 2017).

Συμπερασματικά, κάθε χρόνο υπάρχει μεγάλη αύξηση στον αριθμό των ανθρώπων που μολύνονται από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Λόγω του ότι δεν υπάρχει θεραπεία που τον εξαλείφει, είναι πολύ σημαντικό άντρες και γυναίκες να είναι σωστά και πλήρως ενημερωμένοι για την πρωτογενή πρόληψη καθώς επίσης και για τους παράγοντες που κάνουν το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού ποιο ευάλωτο στην έκθεση. Έπειτα, χειρουργικές επεμβάσεις και φάρμακα για την αντιμετώπιση του υπάρχουν, όμως ο ιός θα συνέχίζει να βρίσκεται στον οργανισμό και κάθε επανεμφάνιση του είναι πιθανή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στα ανατομικά στοιχεία του τραχήλου της μήτρας, καθώς και των αιτιολογικών παραγόντων που ενισχύουν στην ανάπτυξη του τραχηλικού καρκίνου. Επιπροσθέτως ορίζονται τα συμπτώματα που εμφανίζονται, όπως και οι προληπτικές και οι διαγνωστικές εξετάσεις που διενεργούνται. Ακόμη γίνεται ο διαχωρισμός των σταδίων του καρκίνου και τέλος, οι θεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

2.1 Ανατομικά και γενικά στοιχεία του τραχήλου

Με βάση τα ανατομικά στοιχεία, το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα αποτελείται από πέντε (5) όργανα. Τα όργανα αυτά είναι η μήτρα (uterus), οι ωοθήκες (ovaries), οι σάλπιγγες (fallopian tubes), ο τράχηλος (cervix) και ο κόλπος (vagina) . Ο τράχηλος αποτελεί το κατώτερο στενόμακρο, με κυλινδρικό σχήμα, τριτημόριο τμήμα της μήτρας. Η μήτρα αναλογικά είναι ένα κοίλο απιοειδές όργανο το οποίο βρίσκεται στο χαμηλότερο σημείο της κοιλιάς, ενδιάμεσα στην ουροδόχο κύστη και τον ορθό. Ο τράχηλος έχει την ιδιότητα να λειτουργεί ως ένας σωλήνας με δύο στόμια που επικοινωνούν μεταξύ τους : α) το έσω τραχηλικό στόμιο που βρίσκεται στην κοιλότητα της μήτρας και β) το έξω τραχηλικό στόμιο που βρίσκεται στο εσωτερικό του κόλπου, ο οποίος οδηγεί στο εξωτερικό περιβάλλον. Κατά την διάρκεια του τοκετού, πρωταρχικό ρόλο παίζει ο τράχηλος, καθώς διαστέλλεται και πραγματοποιείται η γέννηση του εμβρύου (Βασιλάκης, 2014).

Ο τραχηλικός σωλήνας εσωτερικά, εκτός από την λειτουργία που επιτρέπει για την κυκλοφορία του αίματος της έμμηνου ρήσεως μέσω μιας μικρής εγκοπής προς τον κόλπο, αποτελείται από κυλινδρικά κύτταρα σχηματίζοντας αδένες που εκκρίνουν μια βλέννα η οποία έχει την ιδιότητα να προστατεύει την ενδομητριακή κοιλότητα από διάφορους τύπους βακτηριδίων. Ανάλογα με την φάση του κύκλου της εμμήνου ρήσεως διαφοροποιούνται οι συνθήκες της σύστασης, της ποσότητας και της καθαριότητας της βλέννας. Κατά τη διέλευση και μετακίνηση των σπερματοζωαρίων από τον κόλπο στην κοιλότητα της μήτρας και στη συνέχεια στις σάλπιγγες για την διαδικασία της γονιμοποίησης, στη φάση της ωοθηλακιορρηξίας, θα πρέπει να δημιουργούνται ιδανικές συνθήκες τόσο στη σύσταση, όσο και στην ποσότητα (Γατράκης, Γ. 2004 Λαϊνάς, Α. 2006 Κουλούκουσα, Μ. 2015).

2.1.1 Αιτιολογικοί παράγοντες / παθογένεια

Με βάση την ανατομική του θέση, ο τράχηλος, βρίσκεται σε ένα μέρος ιδιαίτερα εκτεθειμένο σε ιούς και μικροοργανισμούς, αναπτύσσοντας με αυτόν τον τρόπο παθήσεις σοβαρές, όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Υπάρχει μία σειρά ιών που μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής επαφής, από το ανδρικό πέος που έρχεται σε επαφή με τον τράχηλο. Οι ιοί αυτοί ονομάζονται Ιοί Ανθρώπινων Θηλωμάτων (Human Papilloma Viruses-HPV) και υπολογίζεται ότι το 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως οφείλονται από τους HPV ιούς 16 και 18 (Ασημακόπουλος & Μανταλενάκης 2002). Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις για να δημιουργηθεί ο καρκίνος στον τράχηλο της μήτρας, βασικός παράγοντας είναι να έχει μολυνθεί από τον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (Human Papilloma Virus), αναγνωρίζοντας τον τύπο HPV 16 συχνότερα στα πλακώδη καρκινώματα, ενώ τον τύπο HPV 18 στα αδενοκαρκινώματα (Clifford et al. 2003, Muñoz et al. 2003) .

Θεωρείται ότι η παρουσία του ιού HPV είναι απαραίτητη, καθώς αποτελεί την κυρίως αιτία για να αναπτυχθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, αν και δεν αναπτύσσεται σε όλες τις γυναίκες που έχουν προσβληθεί από τον ιό HPV. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, θεωρείται μία νόσος κατά την οποία αναπτύσσονται κακοήθη κύτταρα στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας, μετά από ένα μακρό χρονικό διάστημα, γνωστές ως δυσπλασίες. Με την πάροδο του χρόνου τα καρκινικά κύτταρα αυξάνονται προοδευτικά και εξαπλώνονται στους ιστούς του τραχήλου, καθώς και στις γύρω ανατομικές δομές (bestrong.org.gr).

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διακρίνεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες με βάση τα καρκινώματά του: *τα πλακώδη* (ή αλλιώς επιδερμοειδή) καρκινώματα τα οποία είναι ο πιο συχνός τύπος καρκινώματος, με ποσοστό που υπολογίζεται σε 90-95% των περιπτώσεων και *τα αδενοκαρκινώματα* τα οποία υπολογίζονται σε ποσοστό 4-8% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ανάλογα με τα κύτταρα που έχουν προσβληθεί ταξινομείται ο κάθε καρκίνος του τραχήλου. Με ποσοστό 80% αποτελούνται οι τύποι των καρκίνων από ακανθοκυτταρικά καρκινώματα, προερχόμενα από τα επιφανειακά επιθηλιακά κύτταρα, ενώ με ποσοστό 15% των καρκίνων αποτελούνται από αδενοκαρκινώματα που προέρχονται από τους αδένες του τραχήλου. Υπάρχει μια κατηγορία καρκίνων του τραχήλου με ποσοστό 3-5% από μικτή προέλευση και αποτελούνται από αδενολεπιδοηδές καρκίνωμα (Πόντης 1997). Συχνότερη μορφή καρκίνου αποτελεί λοιπόν ο επιθηλιακός καρκίνος, όπου

αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου με ποσοστό 90%, ενώ το αδενοκαρκίνωμα όπου αναπτύσσεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού, τον ενδοτράχηλο εμφανίζεται με ποσοστό 10% των περιπτώσεων.

Για την καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας, ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση αλλά όχι την μοναδική. Με αυτόν τον τρόπο υπάρχουν περιπτώσεις που μολύνονται από τον ιό χωρίς να νοσήσουν, καθώς επίσης να μολυνθούν και να παρουσιάσουν σε μικρό βαθμό κυτταρικές αλλοιώσεις, όμως το ποσοστό να νοσήσουν από καρκίνο είναι ελάχιστο. Επομένως, εκτός από την μόλυνση του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων που αποτελεί πρωταρχικός συντελεστής, η ανάπτυξη της νόσου σχετίζεται άμεσα με «εξωγενείς» ή «ενδογενείς» παράγοντες, όπως:

Σεξουαλική ζωή της γυναίκας: Είναι συχνότερη στις γυναίκες που η σεξουαλική τους επαφή ξεκινάει σε μικρή ηλικία και παράλληλα είχαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους, καθώς επίσης και συντρόφους με ήδη αφροδίσια νοσήματα. Σύμφωνα με διεθνή μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 15.461 γυναίκες με αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας και σε 29.164 χωρίς την συγκεκριμένη πάθηση, είχε ως πόρισμα πως η σεξουαλική επαφή σχετίζεται με την εμφάνιση της πρόωρη εμφάνιση της νόσου (International Collaboration Of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, 2009).

Η ύπαρξη άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων: για παράδειγμα αυξάνεται η πιθανότητα μόλυνσης από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων εάν η γυναίκα έχει χλαμύδια.

Ηλικία: Η συχνότητα της νόσου αναπτύσσεται δραματικά με την πάροδο της ηλικίας. Στις ηλικίες 20-30 ετών, οι καρκίνοι που έχουν αναπτυχθεί στον τράχηλο είναι αυξημένοι και μετά τα 25 πληθύνονται τα περιστατικά διεισδυτικού καρκίνου.

Κάπνισμα: Έχει παρατηρηθεί ότι οι καπνίστριες εμφανίζουν κατά δύο φορές συχνότερα καρκίνο του τραχήλου από αυτές που δεν καπνίζουν, με ποσοστό έως και 70% . Έχει μελετηθεί ότι οι ουσίες που εμπεριέχονται στο τσιγάρο και μεταφέρονται μέσω του αίματος στα όργανα του σώματος, όπως επίσης και στον καπνό είναι σε αυξημένο επίπεδο καρκινογόνες και μπορούν να προκαλέσουν σημαντικές μεταβολές των κυττάρων ακόμη και αυτά του τραχήλου της μήτρας, με αποτέλεσμα να μην λειτουργούν φυσιολογικά προκαλώντας κυτταρικές ανωμαλίες που μπορούν να

καταλήξουν σε καρκίνο. Πέρα από το ενεργητικό κάπνισμα, ακόμη και το παθητικό είναι πιθανό να αυξάνει τις περιπτώσεις εμφάνισης τραχηλικού καρκίνου, διότι η ευαισθησία για εμφάνιση ανωμαλιών στον τραχηλικό ιστό και τελικά καρκινικών όγκων αυξάνεται. Σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια που έχει δημοσιευθεί από το Αμερικάνικο περιοδικό γυναικολογίας *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, οι γυναίκες που έχουν εκτεθεί σε παθητικό κάπνισμα είναι απαραίτητο να νοσήσει από τον καρκίνο του τραχήλου, όμως αποκτά σημαντική προδιάθεση για την ανάπτυξη του (Ward et al., 2011).

Χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων: Σύμφωνα με μία μελέτη που διεξάχθηκε από την Διεθνή Υπηρεσία Έρευνας Καρκίνου (2002), η συνεχής χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων, έχει συνήθως αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης του τραχηλικού καρκίνου τόσο από πλακώδες όσο και από αδενοκαρκινώματα σε γυναίκες που έχουν ήδη μολυνθεί από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων τύπου 16 ή 18. Με βάση τα αποτελέσματα της προαναφερόμενης έρευνας, πάρθηκαν τα συμπεράσματα πως αναπτύσσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, με τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες, οι γυναίκες οι οποίες είχαν αγωγή με αντισυλληπτικά χάπια για 5-9 χρόνια σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν χρησιμοποίησαν ποτέ. Οι γυναίκες που έχουν κάνει αγωγή αντισυλληπτικών χαπιών από 10 χρόνια και πάνω, έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν, ανεξαρτήτως ηλικίας και του χρονικού διαστήματος από την πρώτη και την τελευταία χρήση των αντισυλληπτικών. Η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών από το στόμα αποτελεί ως παράγοντας κινδύνου, καθώς σχετίζεται με τις σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη, για την αποφυγή ανεπιθύμητης κύησης.

Οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο τραχήλου της μήτρας: Σημαντικός παράγοντας θεωρείται το οικογενειακό ιστορικό λόγω πιθανής κληρονομικότητας κατά δύο φορές παραπάνω για την ανάπτυξη τραχηλικού καρκίνου (Negri E et al., 2005).

Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο: Οι γυναίκες που ζουν σε χώρες φτωχότερες αλλά και αποστασιοποιημένες, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο, σε σχέση με τις γυναίκες που ζουν σε ανεπτυγμένες χώρες. Αυτό οφείλεται λόγω παραμελημένης σωματικής υγιεινής, φτωχής διατροφής από φρούτα – λαχανικά, επομένως καταφεύγουν στην γρήγορη και φθηνή λύση της ανθυγιεινής διατροφής και τελικά έχοντας ως αποτέλεσμα το φαινόμενο της παχυσαρκίας (American Cancer Society, 2014).

Η κακή διατροφή εξασθενεί το ανοσοποιητικό σύστημα, όπως για παράδειγμα η έλλειψη φωτοχημικών που αποτελούν πολύτιμες ουσίες για την προστασία των κυττάρων ενός οργανισμού από την ανάπτυξη καρκίνου. Έχει παρατηρηθεί πως σε χώρες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου οι γυναίκες είτε δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να κάνουν προληπτικές εξετάσεις, είτε δε γνωρίζουν τους κινδύνους ανάπτυξης της νόσου, λόγω από έλλειψη από φορείς για ενημέρωση.

Τεστ Παπανικολάου: Κρίνεται αναγκαίο να εφαρμόζονται προληπτικές εξετάσεις, οι οποίες θα συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση των ποσοστών του καρκίνου του τραχήλου. Υψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας διατρέχουν οι γυναίκες οι οποίες ή δεν έκαναν ποτέ το τεστ Παπανικολάου, ή δε το κάνουν τόσο συχνά όσο θα έπρεπε, καθώς μέσω του τεστ ανιχνεύονται προκαρκινικές αλλοιώσεις, όπως οι CIN I, CIN II, CIN III (beststrong.org.gr).

Αριθμός τοκετών – πολυτοκία: Η σύνδεση του τραχηλικού καρκίνου με γυναίκες που είχαν τρεις και περισσότερους τοκετούς τελειόμηνων νεογνών δεν είναι γνωστή και δεν έχει διαπιστωθεί εάν αληθεύει. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης έχουν παρατηρηθεί ορισμένες ορμονικές αλλαγές οι οποίες τείνουν τις πολύτοκες ευάλωτες ως προς την μόλυνση του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων και την ανάπτυξη του καρκίνου στον τράχηλο (American Cancer Society, 2014) . Γενικά, οι γυναίκες οι οποίες σε νεαρή ηλικία είχαν τον πρώτο τους τοκετό, φαίνεται να κινδυνεύουν από το αδενικό και το πλακώδες καρκίνωμα.

Διαθυλοστιλβεστρόλη / DES: Πρόκειται για ένα φάρμακο ορμονικής προέλευσης, το οποίο χορηγούταν σε έγκυες για την πρόληψη των αποβολών και η μέση ηλικία των γυναικών που διαγιγνώσκονται με καρκίνο που σχετίζεται με τη λήψη αυτού του φαρμάκου είναι δεκαεννέα χρόνια . Σύμφωνα με μελέτες, υπάρχει μία συσχέτιση για δυσμενείς επιπτώσεις της υγείας τόσο των γυναικών, όσο και των παιδιών τους. Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι οι γυναίκες των οποίων οι μητέρες έλαβαν το φάρμακο, πιθανότατα να αναπτύξουν συγκεκριμένους τύπους αδenoκαρκινωμάτων του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας αλλά σε ποσοστό εξαιρετικά χαμηλό δηλαδή το 00,01% που σημαίνει μία στις χίλιες γυναίκες. Μάλιστα, μεγαλύτερο κίνδυνο έχουν να αναπτύξουν καρκίνο του κόλπου, παρά του τραχήλου, εν τούτοις αξίζει να σημειωθεί πως ο κίνδυνος αυξάνεται στην περίπτωση που οι μητέρες κατά τη διάρκεια των πρώτων δέκατων έκτων εβδομάδων της εγκυμοσύνης τους λάβουν το φάρμακο DES (American Cancer Society).

2.2 Συμπτώματα, πρόληψη και διαγνωστικές εξετάσεις

2.2.1 Συμπτώματα

Οι καταστάσεις και τα συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας βασίζονται ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Γι' αυτό η νόσος στα αρχικά στάδια μπορεί να εξελιχθεί αθόρυβα χωρίς συμπτώματα, γεγονός που τείνει την εξάπλωσή της και να φτάσει σε προχωρημένο στάδιο για να την αντιληφθεί η ασθενής. Με την εξέλιξή της, οι πρώτες ενοχλήσεις παρατηρούνται όταν τα ανώμαλα κύτταρα γίνουν πλέον καρκινικά και αρχίζουν να διηθούν τους γειτονικούς ιστούς. Όταν αυτό συμβεί το συχνότερο σύμπτωμα είναι η απρόσμενη κολπική απώλεια αίματος είτε μεταξύ των περιόδων (έμμηνων ρύσεων) αλλά και χωρίς να σχετίζεται με τις περιόδους, είτε μετά την εμμηνόπαυση ή και περίεργες σταγόνες κατά τη διάρκεια και μετά το σεξ, παρουσία αυξημένων κολπικών εκκρίσεων, πόνος κατά τη διάρκεια του σεξ, ξαφνική και γρήγορη διόγκωση της κοιλιάς, πόνος στο υπογάστριο και έντονη αίσθηση κνησμού στη περιοχή των γεννητικών. Όταν ο καρκίνος επεκτείνεται τοπικά μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα που μπορεί να μην είναι ειδικά για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, όμως η παρουσία τους αυξάνουν τις πιθανότητες παλινδρόμησης της κατάστασης. Το τοπικό άλγος ή τα δυσουρικά προβλήματα, η συχνουρία, η αιματουρία, συμπτώματα που εάν παρατηρηθούν μαζί προκύπτουν λόγω υδρονέφρωσης, το οίδημα των κάτω άκρων, η οσφυαλγία και τα συμπτώματα από όργανα τα οποία λόγω καρκινικών μεταστάσεων νοσούν, όπως οστικά άλγη σε οστικές μεταστάσεις, δύσπνοια σε πνευμονικές μεταστάσεις κ.ά. αποτελούν συμπτώματα βαριών και τελικών καταστάσεων.

2.2.2 Πρόληψη

Γενικότερα εάν η νόσος ανιχνευθεί εγκαίρως και αντιμετωπιστεί μπορεί να ιαθεί. Όμως όλοι οι καρκίνοι και ειδικότερα ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορούν να προκαλέσουν μεταστάσεις και συνήθως στα γειτονικά όργανα. Υπάρχουν τριών ειδών θεραπευτικές μέθοδοι που επιλέγονται ανάλογα με την ηλικία της ασθενούς και το στάδιο της νόσου και αυτές είναι η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία οι οποίες θα αναπτυχθούν παρακάτω. Η

καλύτερη θεραπεία βέβαια είναι η πρόληψη, αλλά και η έγκαιρη διάγνωση, διότι είναι καθοριστικής σημασίας για την κατάσταση και την αντιμετώπιση μέσω των ανάλογων θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Ως πρωτογενής πρόληψη θεωρείται ο εμβολιασμός που προωθείται από δύο φαρμακοβιομηχανίες, ο ένας στοχεύει στην αποφυγή και προφύλαξη του ατόμου από την εισβολή και ενεργοποίηση του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων τύπου 16 και 18 (Cervartx, GSK κυκλοφόρησε στην Ελλάδα τον Δεκέμβριο του 2007) (Πανοσκάλτσης Θ., 2007), ενώ ο άλλος προφυλάσσει από τους τύπους 6,11,16 και 18 του ιού HPV (Gardasil, MSD κυκλοφόρησε στην Ελλάδα τον Ιανουάριο του 2007) καθορίζοντας τον εξαιρετικά σημαντικό σε συνδυασμό με την επίσκεψη σε γυναικολόγο για τις προληπτικές εξετάσεις και το τεστ Παπανικολάου. Ο εμβολιασμός μπορεί να προστατεύσει το 70% τα κρούσματα ανάπτυξης του καρκίνου της μήτρας, ενώ σε συνδυασμό με την γυναικολογική επίσκεψη το ποσοστό ανέρχεται στο 94% (Harper et al., 2006).

Ο εμβολιασμός πραγματοποιείται σε τρεις δόσεις, όπου μετά την πρώτη δόση, οι επόμενες δύο δόσεις γίνονται μέσα στους επόμενους έξι μήνες. Σε περίπτωση που μια γυναίκα έχει ήδη μολυνθεί από έναν ογκογόνο τύπο του HPV που προστατεύει το εμβόλιο το οποίο έκανε, τότε καλύπτεται για τους υπόλοιπους τύπους που δεν έχει εκτεθεί. Τονίζεται ότι ο εμβολιασμός καθίσταται ως προληπτική μέθοδος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και σε περίπτωση μόλυνσης από τον ιό, δε μπορεί να θεραπευθεί. Το τεστ Παπανικολάου, είναι μια απλή και εύκολη ιατρική εξέταση η οποία έχει σώσει ζωές και κάθε γυναίκα πριν την εμμηνόπαυση που έχει σεξουαλική ζωή πρέπει να κάνει τουλάχιστον μια φορά τον χρόνο, κι αν βρίσκεται σε εμμηνόπαυση κάθε έξι μήνες ακόμη κι αν έχει πάψει να συνευρίσκεται σεξουαλικά. Επιπροσθέτως, στην πρόληψη αλλά και στην έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας περιλαμβάνονται: α) το HPV test , β) η κολποσκόπηση, γ) η αποφυγή πολλών ερωτικών συντρόφων, δ) η επιλογή συντρόφου που δεν έχει μολυνθεί από οποιονδήποτε σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, ε) η χρήση προφυλακτικού και ζ) την αποφυγή καπνίσματος (ενεργητικού- παθητικού) διότι διπλασιάζει τον κίνδυνο προσβολής από τον καρκίνο. Σε περίπτωση που μια γυναίκα παρατηρήσει συμπτώματα που να σχετίζονται άμεσα με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, θα πρέπει να αποβεί σε διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες θα αναφερθούν στην παρακάτω υποενότητα. Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούνται διάφορα προγράμματα σχετικά με την ενημέρωση και την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, προσφέροντας την ευκαιρία στις γυναίκες για το HPV test,

προγραμματίστηκαν ραντεβού σε γυναικολόγους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως μέσω ενός προγράμματος που ανέλαβε το ΚΕΕΛΠΝΟ την χρονική περίοδο 2011-2013, το ποσοστό των γυναικών που μετέβηκαν σε γυναικολογική εξέταση υπερδιπλασιάστηκε (ΚΕΕΛΠΝΟ). Στις λιγότερο ανεπτυγμένες κοινωνικά και οικονομικά περιοχές, τα προγράμματα προληπτικών εξετάσεων υστερούσαν κατά πολύ, έχοντας ως αποτέλεσμα, πολλές γυναίκες να νοσούν από τον HPV, ενώ άλλες από καρκίνο του τραχήλου χωρίς να το γνωρίζουν, είτε γιατί δε πίστευαν πως θα υπήρξε ποτέ η πιθανότητα να νοσούν οι ίδιες, είτε λόγω ανεπάρκειας οικονομικής ευχέρειας. Επομένως, η υπενθύμιση των πολιτών μέσω προγραμμάτων για προληπτικούς ελέγχους, αποτελεί ακρογωνιαίό λίθο.

2.2.3 Διαγνωστικές εξετάσεις

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι δυνατόν να ανιχνευθεί με την φυσική εξέταση, όμως επιβεβαιώνεται μέσω της θετικής κυτταρολογικής εξέτασης, την κωνοειδή εκτομή σε περιπτώσεις μη ορατής κλινικής εικόνας, δηλαδή με τη βιοψία και την ιστολογική εξέταση. Πρέπει να τονιστεί ότι μόνο το ¼ των περιπτώσεων του τραχηλικού καρκίνου διαγιγνώσκονται εγκαίρως, αλλά μπορούν να διαγνωστούν προκαρκινικές κυτταρικές αλλαγές στον τράχηλο οι οποίες ονομάζονται δυσπλασίες, αρκετό διάστημα προτού αυτές προχωρήσουν στάδιο και γίνουν καρκίνος. Οι διαγνωστικές εξετάσεις βασίζονται στις μεθόδους: φυσική εξέταση, κολποσκόπηση, λήψη κολπικών εκκρίσεων, αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, κωνοειδής εκτομή, τραχηλογραφία, HPV test και τέλος η πιο βασική διαγνωστική εξέταση, το Τεστ Παπανικολάου.

Μέσω της φυσικής εξέτασης, ελέγχεται η πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων όπως για παράδειγμα πόνος χαμηλά στην κοιλιά και κατά την ούρηση, αιματουρία, ανώμαλη αιμορραγία και άφθονες κολπικές εκκρίσεις οι οποίες είναι δύσσοσμες. Η φυσική εξέταση γίνεται βάση της κολποσκόπησης που διαρκεί λίγο παραπάνω από το τεστ Παπανικολάου (Denny & Wright, 2005), αλλά χρησιμοποιούνται οι διαγνωστικές μέθοδοι τόσο με την ψηλάφηση όσο και με την επισκόπηση του τραχήλου, όπου μπορεί να δωθούν ενδείξεις για την ύπαρξη καρκίνου.

Κατά τη μέθοδο της κολποσκόπησης, ο γυναικολόγος διαβρέχει τον τράχηλο με ένα όξινο διάλυμα και μέσω του κολποσκοπίου παρακολουθεί τον τράχηλο. Εν

συνεχεία, τοποθετεί ένα ιωδιούχο διάλυμα σύμφωνα με την μέθοδο Schiller Test και παρατηρεί τους χρωματισμούς. Έτσι, τα υγιή κύτταρα χρωματίζονται με ένα καφέ χρώμα, ενώ τα ανώμαλα κύτταρα με ένα άσπρο ή κίτρινο χρώμα.

Μέσω της επισκόπησης, ο τράχηλος που έχει καρκίνο μπορεί να έχει εξωφυτικής διόγκωσης μορφή, μερικές φορές νεκρωτικής ή εξελκώμενης ή με την μορφή διηθητικής βλάβης ή έλκους με τα χείλη πιθανώς πρησμένα. Στην περιοχή του ενδοτράχηλου, οι βλάβες μπορεί να μην είναι εμφανείς, ενώ ο τράχηλος τείνει να σχηματίζεται σε βαρελοειδή όψη. Σε περίπτωση ανάπτυξης προς τους κολπικούς θόλους, κατά την ψηλάφηση διακρίνεται σκληρία και κατά την επισκόπηση γίνεται ανιχνεύσιμη.

Μέσω του ορθού υπό αναισθησία μπορεί να διαπιστωθεί η ύπαρξη διήθησης του παραμητρίου και της ανάλυσης του σταδίου του τραχηλικού καρκίνου κατά την *αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση* η οποία κρίνεται ως μια από τις πιο ουσιαστικές εξετάσεις.

Όπως ήδη έχει γίνει αναφορά, σε περίπτωση που δεν είναι ορατή η βλάβη, ενώ μέσω της κυτταρολογικής εξέτασης ή και της βιοψίας είναι θετικό το αποτέλεσμα, πρέπει να γίνεται *κωνοειδής εκτομή*. Η κωνοειδής εκτομή, στο παρελθόν γινόταν με νυστέρι, ράμματα υπό συνθήκες αναισθησίας, η οποία καταρρίφτηκε, λόγω πολλών παρενεργειών. Σήμερα, γίνεται με *Laser ή με LLETZ*, δύο μέθοδοι που δεν απαιτούν ούτε νάρκωση ούτε ράμματα.

Η βιοψία αποτελεί μια μέθοδος που πραγματοποιείται μέσω της κολποσκόπησης και βασίζεται στη λήψη μικροσκοπικού δείγματος του ιστού, από τις ύποπτες περιοχές με τη χρήση τοπικού αναισθητικού και το υλικό αυτό στέλνεται στο ειδικό ιστολογικό εργαστήριο για ανάλυση. Μετά τη βιοψία η γυναίκα μπορεί να εμφανίσει μια μικρή κολπική αιμορραγία για 2-3 μέρες, καθώς επίσης συνίσταται αποχή σεξουαλικής επαφής για μια εβδομάδα (Κέντρο γυναικολογίας & γονιμότητας)

Η τραχηλογραφία είναι μια πολύ σύντομη παλιά μέθοδος η οποία εισήχθη το 1981 ως μέθοδος screening και πρόκειται για μια φωτογράφιση του τράχηλου με μια ειδική πανοραμική camera, μετά από την επίδραση οξείκου οξέως 5%, εστιάζοντας μια δυνατή δέσμη φωτός με πολύ μικρό χρόνο έκθεσης και ελάττωσης της σφαιρικής απόκλισης.

Το HPV test, είναι μια απλή ταχεία αντικειμενική εξέταση, που εξαρτάται από την ανίχνευση του DNA των ογκογόνων ή υψηλού κινδύνου τύπων του ιού στο κυτταρικό υλικό του τράχηλου της μήτρας.

Τέλος, ουσιαστικότερη από όλες τις διαγνωστικές- προληπτικές εξετάσεις είναι το *Test Παπανικολάου (Test-Pap)* που εξακολουθεί να αποτελεί μέχρι σήμερα την πιο αξιόπιστη μέθοδο δευτερογενούς πρόληψης. Το τεστ γίνεται μέσω της λήψης ενός κυτταρικού επιχρίσματος από τον εξωτράχηλο της μήτρας, για την ανίχνευση πρώιμων καρκινικών αλλοιώσεων ή και προκαρκινικών αλλοιώσεων ακόμη και αν δεν υπήρξαν συμπτώματα ή πόνοι, ενώ παράλληλα ανιχνεύονται φλεγμονές του κόλπου ή του τραχήλου και οι αιτιολογικοί παράγοντες. Τα κύτταρα που λήφθηκαν τοποθετούνται σε μια γυάλινη πλάκα και στέλνονται για μικροσκοπική εξέταση στο εργαστήριο. Σε περίπτωση που το δείγμα έχει ληφθεί σωστά, μπορεί να διαγνωσθεί σε ποσοστό 95% των περιπτώσεων το τραχηλικό καρκίνωμα της μήτρας και στη συνέχεια, εφόσον το τεστ είναι θετικό, απαιτείται βιοψία. Το τεστ Παπανικολάου συνέβαλε στη δραματική μείωση των θανάτων από τη νόσο, μέσω της έγκαιρης διάγνωσης των αλλοιώσεων του τραχήλου και αυτός αποτέλεσε λόγος το 1985, το Ca τραχήλου, να χαρακτηριστεί ως δείκτης πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας από την παγκόσμια οργάνωση υγείας (ΠΟΥ-WHO). Το τεστ Παπανικολάου, παρά τον εμβολιασμό, δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να διακοπεί, λόγω ορισμένων τύπων του HPV που δεν καλύπτεται πλήρως από το εμβόλιο και πιθανόν να ανιχνεύσει μια προκαρκινική τραχηλική βλάβη και να αντιμετωπιστεί πριν εξελιχτεί σε διηθητικό καρκίνο. Τα κυτταρολογικά ευρήματα του τεστ Παπανικολάου ταξινομείται στις εξής κλάσεις:

Κλάση I: Τα κύτταρα του τραχήλου είναι φυσιολογικά και η εξέταση έχει αρνητικό αποτέλεσμα για κακοήθεια.

Κλάση II: Ορισμένα κύτταρα του τραχήλου και του κόλπου έχουν μια μικρή διαφορά από τα φυσιολογικά κύτταρα, όμως το αποτέλεσμα της εξέτασης είναι αρνητικό για κακοήθεια και τα ευρήματα θεωρούνται φυσιολογικά. Τα ευρήματα αυτά υπάρχουν λόγω ύπαρξης φλεγμονής, είτε του κόλπου, είτε του τραχήλου.

Κλάση III: Σε αυτήν την κλάση διακρίνονται κύτταρα που δε μπορεί να προσδιοριστούν με βεβαιότητα εάν είναι φυσιολογικά, καρκινικά ή άτυπα. Γίνεται λοιπόν η επανάληψη του τεστ Παπανικολάου τρεις φορές σε σύντομο χρονικό διάστημα και εάν υπάρχει ακόμα αμφιβολία για τα ευρήματα, γίνεται βιοψία.

Κλάση IV: Στα κύτταρα του κόλπου παρατηρούνται σε μικρό βαθμό άτυπης μορφής κύτταρα φαινόμενο που ενδείκνυται για τυχών ύπαρξη κακοήθειας και είναι υποχρεωτικό να πραγματοποιηθεί βιοψία.

Κλάση V: Μέσα στον κοιλικό κυτταρικό πληθυσμό γίνονται αντιληπτά σε μεγάλο βαθμό κύτταρα άτυπης και καρκινικής μορφής και ο κίνδυνος για ύπαρξη κακοήθειας είναι υψηλός, κρίνοντας αναγκαίο να γίνει βιοψία.

Συνοψίζοντας, η γυναικολογική εξέταση εμφανίζει συνήθως τραχηλικές βλάβες και διόγκωση λεμφαδένων, ενώ το τεστ Παπανικολάου αποκαλύπτει με την λήψη κολποτραχηλικού επιχρίσματος κύτταρα που έχουν μολυνθεί και τους αιτιολογικούς παράγοντες . Η κολποσκόπηση χρησιμοποιείται, όταν το αποτέλεσμα του τεστ Παπανικολάου βγει θετικό και δεν υπάρχουν εμφανείς βλάβες του τραχήλου στην απλή γυναικολογική εξέταση. Το κολποσκόπιο έχει τη δυνατότητα και μπορεί να μεγεθύνει την εικόνα της περιοχής του τραχήλου και να εμφανίζει τοπικές εστίες βλαβών που δεν είναι αντιληπτές στην απλή γυναικολογική εξέταση. Σε περίπτωση παρουσίας ύποπτων συμπτωμάτων, κρίνεται απαραίτητη η βιοψία. Η βιοψία της ύποπτης περιοχής δίνει απαραίτητες πληροφορίες για το εάν υπάρχει κακοήθεια, για τον βαθμό, τον τύπο και το στάδιο της νόσου.

2.3 Στάδια του τραχηλικού καρκίνου

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δημιουργήθηκε για τον καθορισμό της θεραπείας και της αποτελεσματικότερης αντιμετώπισής του. Η κλινική εξέταση θεωρείται η βασικότερη μέθοδος για να προσδιοριστεί το στάδιο στο οποίο έχει αναπτυχθεί ο καρκίνος, όμως μπορούν να πραγματοποιηθούν και άλλες εξετάσεις, όπως η κολποσκόπηση, η υστεροσκόπηση, η ενδοτραχηλική απόξεση, η κυστεοσκόπηση, η πρωκτοσκόπηση, η ενδοφλέβια πυελογραφία, η ορθοσιγμοειδοσκόπηση, η ακτινογραφία του σκελετού και των πνευμόνων, η βιοψία και ιστολογική εξέταση σε περίπτωση πιθανής διήθησης του ορθού ή της ουροδόχου κύστεως και τέλος η κωνοειδή εκτομή.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ταξινομείται διεθνώς σε *τέσσερα στάδια*:
Στάδιο 0: Προδιηθητικός - Ενδοεπιθηλιακός καρκίνος ή in situ. Σε αυτό το στάδιο ο καρκίνος παραμένει αποκλειστικά στη βασική μεμβράνη όπου αναπτύχθηκε και προσβάλλει μόνο τα κύτταρα του επιφανειακού επιθηλίου, ενώ το υπόστρωμα είναι υγιές. Στο στάδιο αυτό παρατηρούνται τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες (CIN) ή και δυσπλασίες και ανάλογα με το βάθος της αλλοίωσης του επιθηλίου αποφασίζεται κατά πόσο σοβαρή είναι η ζημιά. Έτσι διακρίνονται τρεις τύποι ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας: CIN I, CIN II, CIN III.

Στάδιο I: Διηθητικός- αρχόμενος τραχηλικός καρκίνος. Στο στάδιο αυτό, ο καρκίνος έχει διεισδύσει στο υπόστρωμα του επιθηλίου, αλλά περιορίζεται αποκλειστικά μόνο στον τράχηλο της μήτρας, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη εάν αν επεκτείνεται στο σώμα της μήτρας. Αυτό το στάδιο αποτελείται από δύο υποδεέστερα στάδια, που το καθένα σχετίζεται με την εξάπλωση του καρκίνου.

Στάδιο Ia: Μικροδιηθητικός καρκίνος. Το βάθος της διήθησης του καρκινικού ιστού είτε από την μεμβράνη του επιθηλίου, είτε από την επιφάνεια ή και από τους ψευδοαδένες πρέπει να είναι μικρότερο από 5 χιλιοστά, ενώ παράλληλα η έκταση σε πλάτος στην επιφάνεια πρέπει να είναι το μέγιστο 7 χιλιοστά. Η βιοψία σε αυτό το στάδιο είναι καταλληλότερο να γίνεται με κωνοειδή εκτομή.

Στάδιο Ib: Ο κακοήθης όγκος μπορεί να γίνεται αντιληπτός χωρίς την χρήση μικροσκοπίου εφόσον το μέγεθος της φθοράς είναι πάνω από 4 εκατοστά, καθώς επίσης μπορεί να ανιχνευθεί μόνο με την χρήση μικροσκοπίου, όπου το βάθος της διήθησης είναι μεγαλύτερο από 5 χιλιοστά ή η έκταση του πλάτους να είναι

μεγαλύτερη από 7 χιλιοστά. Σε περίπτωση που η νόσος εντοπίζεται στον ενδοτράχηλο, δεν εκδηλώνεται κλινικά.

Στάδιο II: Ελαφρά μορφή. Ο καρκίνος έχει διηθήσει πέρα από τον τράχηλο αλλά δε φτάνει μέχρι το πυελικό τοίχωμα. Το II στάδιο υποδιαιρείται σε δύο στάδια:

Στάδιο IIα: Ο καρκίνος έχει αναπτυχθεί στον κόλπο αλλά όχι στους ιστούς των παραμητρίων.

Στάδιο IIβ: Ο καρκίνος έχει προχωρήσει στους κοιλικούς θόλους και στους ιστούς των παραμητρίων, η μήτρα όμως διατηρεί την κινητικότητά της.

Στάδιο III: Βαριά μορφή. Ο καρκίνος έχει διηθήσει το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου ή ολόκληρο το παραμήτριο, όμως όχι στο πυελικό τοίχωμα. Το στάδιο III διαιρείται στα παρακάτω στάδια:

Στάδιο IIIα: Τα καρκινικά κύτταρα εξαπλώνονται στο κάτω τριτημορίου του κόλπου, αλλά χωρίς να υπάρχει εξάπλωση στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα.

Στάδιο IIIβ: Η εξάπλωση της νόσου αυξάνει το μέγεθος του όγκου και η πίεση αυτή πιέζει τους ουρητήρες, προκαλώντας διόγκωση των νεφρών λόγω απόφραξης που ορίζεται ως υδρονέφρωση και πιθανόν να μην λειτουργούν. Ο καρκίνος μπορεί να εξαπλωθεί και στους πυελικούς λεμφαδένες.

Στάδιο IV: Απελπιστική μορφή. Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί εκτός της πυέλου και ενδεχομένως να έχει προσβάλλει την ουροδόχο κύστη, τον ορθό τα οστά της πυέλου, το έντερο και διάφορα μέρη του σώματος. Το στάδιο IV υποδιαιρείται στα εξής δύο στάδια:

Στάδιο IVα: Σε αυτή την φάση, ο καρκίνος προσβάλλει την κύστη ή / τον νεφρό, όπως επίσης και τα τοιχώματα του ορθού και ανιχνεύονται μολυσμένοι λεμφαδένες της πυέλου.

Στάδιο IVβ: Στο στάδιο αυτό γίνονται μεταστάσεις πέραν της πυέλου και των λεμφαδενών και εξαπλώνονται στους υπογαστρικούς ιστούς και στα οστά της λεκάνης.

2.4 Θεραπεία

Η μέθοδος της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από την έκταση, δηλαδή, το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο καρκίνος, η κατάσταση που βρίσκεται, την ηλικία της, την επιθυμία της να διατηρηθεί η αναπαραγωγική της λειτουργία και στη συνέχεια μετά από συζήτηση του ιατρού με την ασθενή που ενημερώνεται για τα είδη των μεθόδων θεραπείας, τα οποία εξαρτώνται από τα τελικά αποτελέσματα του Τεστ Παπανικολάου, το όφελος και η κατάσταση στην οποία θα βρίσκεται μετά την χειρουργική επέμβαση, οι πιθανές επιπλοκές είτε είναι παροδικές είτε μόνιμες καθώς και η απάντηση όλων των ερωτημάτων της λεπτομερώς, αποφασίζεται η μέθοδος. Εάν το αποτέλεσμα του Τεστ Παπανικολάου αποκαλύψει την ύπαρξη δυσπλασίας ή αν ο όγκος περιορίζεται στον επιθηλιακό ιστό, η εμπλεκόμενη περιοχή αυτή του τραχήλου μπορεί να αφαιρεθεί με την μέθοδο της κωνοειδούς εκτομής, τον ηλεκτρονικό καυτηριασμό και της χειρουργικής μέσω LASER ή της κρυοχειρουργικής. Οι παραπάνω μέθοδοι είναι ιδιαίτερα σημαντικές, διότι μετά από την επέμβαση, η αναπαραγωγική λειτουργία διατηρείται. Εάν η θεραπεία ξεκινήσει σε πρώιμο στάδιο του καρκίνου, θα έχει εμφανώς πιο θετικά αποτελέσματα σε σύγκριση με μια καθυστερημένη έναρξη. Ο θεράπων ιατρός λοιπόν σε σύντομο χρονικό διάστημα, προκειμένου να μην καθυστερήσει η έναρξη της θεραπείας οφείλει να ετοιμάσει τον φάκελο της ασθενούς που περιλαμβάνει ακτινογραφίες, διαφάνειες και διάφορες απαραίτητες εξετάσεις, για να τις παραδώσει για δεύτερη γνώμη από δεύτερο ιατρό, εάν υπάρξει αίτημα της ασθενούς για επανέλεγχο και επιβεβαίωση. Η λήψη δείγματος για βιοψία, αποτελεί απαραίτητη διαδικασία πριν την εφαρμογή της θεραπείας. Η θεραπεία του τραχήλου της μήτρας βασίζεται πάνω σε τρεις (3) κύριες μεθόδους αντιμετώπισης του καρκίνου.

2.4.1 Χειρουργική επέμβαση

Κρυοχειρουργική θεραπεία: Είναι μια μορφή θεραπείας όπου με υψηλή ψύξη καταστρέφει τα ανώμαλα κύτταρα και το τραχηλικό επιθήλιο. Εφαρμόζεται στο I στάδιο του τραχηλικού καρκίνου και είναι μια σύντομη θεραπεία η οποία επιτρέπει στη γυναίκα να γυρίσει απευθείας στις καθημερινές της δραστηριότητες, έχοντας

μεγάλη προσοχή για την αποφυγή τυχών μολύνσεως. Παρατηρείται κολπική έκκριση η οποία θα συνεχίζεται συνήθως έξι εβδομάδες μετά τη διαδικασία.

Χειρουργική μέσω LASER: Οι ακτίνες LASER CO2 αποτελεί μια νέα μέθοδο αντιμετώπισης της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου και του κόλπου με μεγάλο ποσοστό αποτελεσματικότητας και επιτυχίας. Πλεονεκτήματα της θεραπείας αξίζει να σημειωθεί ότι είναι η ακρίβεια της αφαίρεσης του ιστού, η διατήρηση της αναπαραγωγικής ικανότητας της γυναίκας, η λιγότερη αιμορραγία, το μικρότερο τραύμα χωρίς την δημιουργία ουλής, δε χρειάζεται γενική αναισθησία και έχει μικρή πιθανότητα λοίμωξης. Μετά την επέμβαση η γυναίκα για δύο εβδομάδες πρέπει να αποφεύγει την σεξουαλική επαφή, την χρησιμοποίηση του ταμπόν και τις πλύσεις, καθώς ενδέχεται να υπάρξουν συμπτώματα πόνου ελαφριάς μορφής ή και αιμορραγίας που θεωρούνται απολύτως φυσιολογικά. Η επούλωση γίνεται μεταξύ έξι με δώδεκα εβδομάδες και στη συνέχεια πρέπει να γίνει τεστ Παπανικολάου.

Καυτηριασμός μέσω διαθερμίας: Η θεραπεία αυτή χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς μικρής ηλικίας, με σκοπό να διατηρηθεί η γονιμότητά τους. Αποτελεί μια καταστροφική μέθοδος όσον αφορά για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Η θεραπεία πραγματοποιείται με την χρήση τοπικής αναισθησίας και αφαιρεί τις μη φυσιολογικές περιοχές του τραχήλου της μήτρας μέσω του καυτηριασμού με τη χρήση ενός λεπτού θερμαινόμενου καλωδίου (Munoz et al., 2014).

Υστερεκτομή: Η θεραπεία μέσω της υστερεκτομής γίνεται στις περιπτώσεις που ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί από τον τράχηλο και στους γειτονικούς ιστούς, επομένως, απαιτείται η αφαίρεση της μήτρας και διακρίνεται στην απλή και στην ριζική υστερεκτομή. Ως θεραπεία επιλέγεται σε περίπτωση διάγνωσης διθητικής εξεργασίας μέσω κολποσκοπικών και ιστολογικών ευρημάτων και κρίνεται ως αναγκαία σε ασθενείς που κινδυνεύουν ή και ύπαρξης παράλληλων γυναικολογικών προβλημάτων όπως η πρόπτωση της μήτρας. Η απλή υστερεκτομή γίνεται σε ασθενείς του σταδίου Ια, εκ μέσου της οποίας πραγματοποιείται η αφαίρεση της μήτρας και του τραχήλου. Δεν έχει προκληθεί καμία φθορά στον κόλπο, η γυναίκα μπορεί να έχει σεξουαλική επαφή, όμως η τεκνοποίηση είναι αδύνατη. Η έκκριση των οιστρογόνων συνεχίζεται και η εμμηνόπαυση θα πραγματοποιηθεί φυσιολογικά. Η ριζική υστερεκτομή γίνεται σε ασθενείς από το στάδιο Ια, όπου έχουν νοσήσει τα αγγεία και οι λεμφαδένες. Μέσω αυτής της θεραπείας, αφαιρούνται ολικά η μήτρα με τα εξαρτήματά της, το άνω ήμισυ του κόλπου, τα λεμφογάγγλια μαζί με τον

συνδετικό ιστό και με το παραμητρικό λίπος, ο παρακολπικός ιστός, ο παρακυστικός ιστός και ο παραορθικός ιστός. Και σε αυτήν την περίπτωση η γυναίκα δεν μπορεί να τεκνοποιήσει.

2.4.2 Ακτινοθεραπεία:

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί μια μέθοδος θεραπείας που χρησιμοποιεί σε υψηλό βαθμό ακτίνες X ή άλλα είδη ακτινοβολίας, είναι τοπική θεραπεία, όπως η εγχείρηση επιδρώντας με αυτόν τον τρόπο μόνο στα καρκινικά κύτταρα της περιοχής που ακτινοβολεί, καταστρέφοντάς τα και μειώνοντας τελικά την ανάπτυξή τους. Πολλές φορές χρησιμοποιείται συνδυαστικά μετά την ολοκλήρωση μιας χειρουργικής επέμβασης ως συμπληρωματική παρέμβαση (Zheng et al., 2014) Συνίσταται σε ασθενείς των σταδίων IIβ, IIIα, IIIβ και IV. Η χορήγηση των ακτινών μπορεί να πραγματοποιηθεί εξωτερικά μέσω της επιφάνειας του δέρματος (διαδερμική), ή εσωτερικά μέσω του κόλπου (ενδοκολπικά), ή σε συνδυασμό και των δύο μεθόδων. Η εξωτερική ακτινοθεραπεία είναι ανώδυνη, εκπέμπεται από ένα ειδικό μηχάνημα που βρίσκεται σε έναν ειδικά σχεδιασμένο χώρο έτσι ώστε να υπάρχει ακτινοπροστασία. Ο ακτινογράφος βρίσκεται σε έναν ειδικό κλειστό χώρο που προστατεύεται από την ακτινοβολία ενώ παράλληλα η ασθενής βρίσκεται ξαπλωμένη και χορηγούνται οι ακτίνες και ελέγχεται με την χρήση ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η θεραπεία αυτή χορηγείται με καθημερινές δόσεις μικρής διάρκειας. Η εξωτερική ακτινοθεραπεία πραγματοποιείται ενδοκολπικά με ακτίνες υψηλών δόσεων και με ελάχιστη επιρροή στα γύρω όργανα και τους ιστούς, απευθείας πάνω στον τράχηλο της μήτρας. Η διάρκεια της θεραπείας είναι μικρή και ολοκληρώνεται συνολικά σε σύντομο χρονικό διάστημα. Σε καμία περίπτωση δεν θεωρείται αναγκαία η παραμονή της ασθενούς στο νοσοκομείο ή στην κλινική, παρά μόνο εάν κριθεί αναγκαίο.

2.4.3 Χημειοθεραπεία:

Μια άλλη μέθοδος αντιμετώπισης του καρκίνου της μήτρας, είναι η χημειοθεραπεία, η οποία χρησιμοποιεί φαρμακευτικούς παράγοντες προκειμένου να μειώσει την αύξηση των καρκινικών κυττάρων, προκαλώντας είτε το θάνατο ή τη διακοπή της ανάπτυξης των κυττάρων. Σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία, η

χημειοθεραπεία μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε πριν είτε μετά από μία χειρουργική επέμβαση για δραστικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες, μειώνεται ο κίνδυνος παλινδρόμησης της νόσου και η θνησιμότητα κατά πέντε έτη. Όταν η χορήγηση των φαρμάκων γίνεται από το στόμα ή εγχέονται ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά, εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος πλησιάζοντας τα καρκινικά κύτταρα σε όλη την έκταση του σώματος (συστηματική χημειοθεραπεία). Όταν τοποθετούνται απευθείας στη σπονδυλική στήλη, σε ένα όργανο ή σε μια κοιλότητα του σώματος όπως για παράδειγμα η κοιλία, επηρεάζουν κυρίως τα καρκινικά κύτταρα των συγκεκριμένων περιοχών. Ο τρόπος χορήγησης της χημειοθεραπείας εξαρτάται από τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου (National Cancer Institute).

Όταν χορηγείται πριν από μία χειρουργική επέμβαση, έχει ως σκοπό την σμίκρυνση του όγκου και η αφαίρεσή του να πραγματοποιηθεί ευκολότερα, ειδικότερα σε ασθενείς που βρίσκονται από το στάδιο Ιβ και πάνω. Επιπρόσθετα, η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί είτε σε περίπτωση μεταστάσεων σε γύρω μέρη του σώματος, είτε σε περίπτωση που μετά από ακτινοθεραπεία επανεμφανίζεται η νόσος. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η χημειοθεραπεία αποτελεί μέθοδο που συρρικνώνει και περιορίζει την ασθένεια, ανακουφίζει την ασθενή από τα συμπτώματα και επεκτείνει την ποιότητα ζωής. Η διάρκεια μιας χημειοθεραπείας διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα. Άλλες ασθενείς μπορούν να μεταβούν σε εβδομαδιαία θεραπεία, λαμβάνοντας παράλληλα καθημερινή ακτινοθεραπεία, ενώ άλλες γυναίκες να μην ανέχονται τη χημειοθεραπεία, καταφεύγοντας με αυτόν τον τρόπο στην επιλογή κάποιας άλλης θεραπείας, και κάποιες άλλες γυναίκες μπορεί να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία ανά τακτά χρονικά διαστήματα για μήνες (Fayed, 2013).

Εάν η νόσος διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο, η χειρουργική επέμβαση ή το LASER CO2 είναι η βασική θεραπεία. Τα αποτελέσματα στις περιπτώσεις αυτές αποδεικνύεται ίαση στα 5 χρόνια με ποσοστό στο 90%. Εάν η νόσος είναι σε προχωρημένο στάδιο, ο γυναικολόγος θα κρίνει τη καταλληλότερη μέθοδο, είτε ακτινοθεραπεία είτε υστερεκτομή (η αφαίρεση των γυναικείων γεννητικών οργάνων) είτε χημειοθεραπεία. Οι θεραπευτικές μέθοδοι που πραγματοποιούνται, μπορούν να δημιουργήσουν κάποιες παρενέργειες. Με τις μεθόδους αυτές λοιπόν, παράλληλα με την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, καταστρέφονται και πολλά υγιή

κύτταρα. Οι παρενέργειες των θεραπειών ωστόσο, διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή, καθώς ένα ποσοστό ασθενών δεν παρουσιάζει παρενέργειες κατά την διάρκεια των θεραπειών. Σχετίζονται πολλοί παράγοντες, όπως για παράδειγμα η δόση της ακτινοβολίας ή ο συνδυασμός των φαρμάκων κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς όμως έχει μεγάλη σημασία. Πολλές από τις παρενέργειες, είναι πιθανό να οφείλονται στο άγχος, την ανησυχία και το φόβο που αισθάνεται η ασθενής. Η ψυχολογική υποστήριξη και από το συγγενικό περιβάλλον και από το ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό παίζει μεγάλο ρόλο στη διαδικασία. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις, όταν εμφανιστούν παρενέργειες κατά την θεραπεία, μειώνονται με το πέρασμα του χρόνου. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι που βοηθούν και προφυλάσσουν για την μείωση των παρενεργειών, όπου ο ιατρός καθοδηγεί και επιβλέπει ανά τακτά διαστήματα, ενώ παράλληλα είναι υποχρέωση του να ενημερώνει την ασθενή για όλες τις παρενέργειες που υπάρχει περίπτωση να προκληθούν από την οποιαδήποτε θεραπευτική μέθοδο που επιλέχθηκε και πραγματοποιήθηκε.

Συμπερασματικά, η πρόληψη είναι το βασικότερο κομμάτι για την αντιμετώπιση και την ίαση του τραχηλικού καρκίνου. Όπως έχει προαναφερθεί, μέσω του συνδυασμού των τακτικών προληπτικών και των διαγνωστικών εξετάσεων δίνονται οι απαραίτητες πληροφορίες για την πιθανή ύπαρξη κακοήθειας και καθορίζεται η κατάλληλη θεραπεία ανάλογα με το στάδιο του καρκίνου. Η θεραπεία του τραχηλικού καρκίνου σε αρχικό στάδιο γίνεται είτε με χειρουργική επέμβαση, ενώ σε προχωρημένο στάδιο με ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Τα συμπτώματα διαφέρουν σε κάθε ασθενή και η προφύλαξη και η μείωσή τους αποτελεί βασική μέριμνα του ιατρού και του νοσηλευτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ HPV ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Όπως έχει προαναφερθεί, ο ιός HPV προσβάλλει μεγάλα τμήματα του πληθυσμού ιδιαίτερα στις νεαρές ηλικίες. Μπορεί να οδηγήσει σε προκαρκινικές και καρκινικές αλλοιώσεις στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας και να προσβάλλει κι άλλα όργανα, ωστόσο δεν είναι μόνο γένους θήλυκου. Η προστασία από τους συσχετιζόμενους με τον ιό HPV καρκίνους μπορεί να επιτευχθεί πρωτογενώς με τον εμβολιασμό εναντίον του HPV και δευτερογενώς, όσον αφορά στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, με προληπτικό έλεγχο των γυναικών, έτσι ώστε να υπάρχει έγκαιρη ανίχνευση εγκατεστημένων προκαρκινικών βλαβών.

3.1 Νέο 9-δύναμο εμβόλιο κατά του HPV – Gardasil 9

Τα τελευταία χρόνια η λοίμωξη από τον HPV έχει πάρει την μορφή της επιδημίας καθώς ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων με ενεργό σεξουαλική ζωή θα έρθουν σε επαφή με τον ιο κάποια στιγμή στην ζωή τους. Νέα δεδομένα παρουσιάζουν το νέο ανοσοενισχυμένο μη λοιμογόνο ανασυνδυασμένο 9-δύναμο εμβόλιο γνωστό, με την εμπορική ονομασία Gardasil 9.

Εγκρίθηκε από την αρμόδια Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) στα τέλη του 2014 όμως μέχρι και το 2016 δεν είχε κυκλοφορήσει στην Ελλάδα. Το εμβόλιο αυτό προφυλάσσει συνολικά από 9 διαφορετικούς τύπους του ιού, από τους οποίους μόνο οι 6 και 11 είναι χαμηλού κινδύνου, ενώ οι υπόλοιποι 16, 18, 31, 33, 45, 52 και 58 είναι υψηλού κινδύνου. Τα σωματίδια αυτά δεν μπορούν να μολύνουν τα κύτταρα, να αναπαραχθούν ή να προκαλέσουν νόσο.

Το Gardasil 9 είναι ενέσιμο εναίωρημα το οποίο διατίθεται σε μορφή φιαλιδίου ή προγεμισμένης σύριγγας. Χορηγείται με σκοπό να προστατέψει κατά των νοσημάτων, που προκαλούνται από τους τύπους του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) που προαναφέρθηκαν. Αυτά τα νοσήματα περιλαμβάνουν τις προ-καρκινικές βλάβες και τους καρκίνους των γεννητικών οργάνων της γυναίκας (τράχηλος μήτρας, αιδοίο και κόλπος), τις προ-καρκινικές αλλοιώσεις και τους καρκίνους του πρωκτού και τα γεννητικά κονδυλώματα σε άνδρες και γυναίκες. Το εμβόλιο δεν έχει καμία επίδραση σε άτομα που ήδη είχαν μια εμμένουσα λοίμωξη ή

νόσο η οποία σχετιζόταν με κάποιο από τους τύπους HPV του εμβολίου. Ωστόσο, σε άτομα που έχουν ήδη μολυνθεί από έναν ή περισσότερους από τους τύπους HPV του εμβολίου, το Gardasil 9 μπορεί να προστατεύσει έναντι των νοσημάτων που σχετίζονται με τους άλλους τύπους HPV του εμβολίου.

Χορηγείται συνήθως βάσει σχήματος δύο δόσεων ή τριών δόσεων για κορίτσια και αγόρια ηλικίας 9 έως 14 ετών και σχήματος τριών δόσεων για ηλικίες 15 ετών και άνω. Αυτή είναι επίσημη “ετυμηγορία” των Κέντρων Ελεγχών και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) των ΗΠΑ και βασίζεται στο γεγονός ότι οι ως τώρα έχει αποδειχθεί πως στα παιδιά έως 14 χρονών αρκούν οι δύο δόσεις για να προκληθεί ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος τους ανάλογη ή και μεγαλύτερη σε σχέση με αυτήν που εκδηλώνεται στον οργανισμό των νέων άνω των 15 ετών που κάνουν τρεις δόσεις.

Στο σχήμα των 2 δόσεων η πρώτη ένεση μπορεί να γίνει σε επιλεγμένη ημερομηνία και η δεύτερη χορήγηση εντός 5-13 μηνών μετά την πρώτη ένεση. Εάν η δεύτερη δόση του εμβολίου χορηγηθεί νωρίτερα από τους 5 μήνες μετά την πρώτη δόση, μια τρίτη δόση θα πρέπει πάντα να χορηγείται.

Για το σχήμα των τριών δόσεων, η πρώτη δόση μπορεί να χορηγηθεί και αυτή σε επιλεγμένη ημερομηνία, η δεύτερη δόση πρέπει να χορηγηθεί δύο μήνες μετά την πρώτη δόση και η τρίτη δόση τέσσερις μήνες μετά τη δεύτερη. Μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης δόσης πρέπει πάντα να μεσολαβεί διάστημα τουλάχιστον ενός μήνα, ενώ μεταξύ της δεύτερης και της τρίτης δόσης πρέπει να μεσολαβεί διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών. Και οι τρεις δόσεις πρέπει να χορηγούνται εντός διαστήματος ενός έτους. Τα άτομα που λαμβάνουν την πρώτη δόση του Gardasil 9 συνιστάται να ολοκληρώνουν το εμβολιαστικό σχήμα με το ίδιο φάρμακο. Το εμβόλιο χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση, κατά προτίμηση στον ώμο ή στον μηρό και μόνο με ιατρική συνταγή.

Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες του Gardasil 9 είναι οι αντιδράσεις στην περιοχή εφαρμογής της ένεσης (ερυθρότητα, πόνος και οίδημα) και πονοκέφαλος. Οι εν λόγω ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ως επί το πλείστον ήπιες έως μέτριες ως προς τη σοβαρότητά τους. Λιγότερο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να είναι οι μώλωπες και ο κνησμός στην περιοχή της εφαρμογής καθώς και πυρετός, κούραση, ζάλη και ναυτία. Οι ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα αλλεργίας έπειτα από μία δόση Gardasil 9 πρέπει να διακόπτουν τον εμβολιασμό ή να μην λαμβάνουν καθόλου Gardasil 9 (European Medicines Agency).

3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Αν και η διάγνωση λοίμωξης από τον ιό ανθρώπινων θηλωμάτων δεν σημαίνει καρκίνος, μόνο στην ιδέα ότι υπάρχει ένα ιός που αποτελεί ουσιώδη κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου σε κάποια περίοδο της ζωής, προκαλείται πανικός σε έναν ασθενή. Επιπλέον η χρήση της δυσνόητης ιατρικής ορολογίας αλλά και ο φόβος και η ανησυχία που σχετίζονται με τον καρκίνο, δυσχεραίνουν πολλές φορές τους ασθενείς που αδυνατούν να έχουν μια ρεαλιστική αντίληψη της κατάστασης.

Ο νοσηλευτής είναι αυτό το μέλος μιας ευρύτερης ομάδας επαγγελματιών υγείας που με την κατάλληλη εκπαίδευση και τις απαραίτητες γνώσεις θα αποσαφηνίσει τις πληροφορίες που δίδονται και θα διευκολύνει τον ασθενή να τις αντιληφθεί. Ιδιαίτερο καθήκον του, αποτελεί η φροντίδα του ασθενή διαμέσου της δημιουργίας ενός κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία και ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενή ανάλογα με τις ιδεολογικές, θρησκευτικές και άλλες τοποθετήσεις. Ως επαγγελματίας υγείας οφείλει να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση με απόλυτο σεβασμό. Ο ρόλος του είναι εξίσου σημαντικός τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια πρόληψη.

3.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτοβάθμια πρόληψη

Η πρωτοβάθμια πρόληψη θεωρείται το πρώτο στάδιο άμυνας, εφαρμόζεται πριν την εμφάνιση της νόσου και πραγματοποιείται με την διενέργεια εμβολιασμών, την προφύλαξη καθώς και την αποφυγή έκθεσης σε συγκεκριμένους εξωγενείς νοσογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας σκοπεύει κυρίως στην πρόληψη με την διδασκαλία. Το αντικείμενο φροντίδας του μπορεί να είναι ένα άτομο, μία οικογένεια ή ακόμα και μία ομάδα ατόμων. Συμβάλλει στην εκπαίδευση του πληθυσμού και είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση του σχετικά με τη σημαντικότητα του εμβολιασμού για την πρόληψη του HPV και θα πρέπει να είναι έτοιμος να απαντήσει στα ερωτήματα των ατόμων σχετικά με το τι περιέχει το εμβόλιο, πως χορηγείται, γιατί είναι σημαντικό να γίνει, από τι προστατεύει και σε τι βαθμό, εάν

είναι ασφαλές, σε ποια ηλικία γίνεται και τι παρενέργειες έχει. Υπάρχει η φήμη πως τα εμβόλια περιέχουν τον ίδιο τον ιό ή ένα τμήμα του, ενώ στην πραγματικότητα περιέχεται μία τεχνητή πρωτεΐνη του ιού η οποία δημιουργείται στα εργαστήρια. Η πρωτεΐνη αυτή μιμείται τη φυσική λοίμωξη και χωρίς να μολύνει τον οργανισμό παράγονται αντισώματα.

Στο επίκεντρο της προσοχής ενός νοσηλευτή σχετικά με την ενημέρωση για τον ιό ανθρωπίνων θηλωμάτων και την συσχέτιση του με τον καρκίνο του τραχήλου, θα πρέπει να βρίσκονται κυρίως αγόρια και κορίτσια στην εφηβεία ή ακόμη και ολόκληρες οικογένειες, αφού ο HPV είναι ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα και οι νεαρές ηλικίες λόγω της ανεπαρκούς γνώσης και της μη σωστής ή και καθόλου χρήσης προφυλακτικού, σε συνδυασμό με την έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας σε πολύ μικρή ηλικία, είναι και τα πιο συχνά κρούσματα της λοίμωξης. Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων όπου θα τονίζεται η ισχυρή συσχέτιση που έχει ο HPV με την ανάπτυξη καρκίνου και θα γίνεται λόγος για την ορθή χρήση προφυλακτικού ώστε να περιοριστεί η εξάπλωση της νόσου. Επιπρόσθετα θα πρέπει ο νοσηλευτής να ενθαρρύνει την καθυστερημένη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας και να τονίζει την επιλογή σεξουαλικού συντρόφου και όχι την εναλλαγή αυτού. Επίσης θα πρέπει να γίνει παρότρυνση των εφήβων από τον νοσηλευτή για έναν υγιεινό τρόπο ζωής, αποφυγή του τσιγάρου και σωστές διατροφικές συνήθειες με σκοπό την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος.

Ακόμη κύριο μέλημα του νοσηλευτή είναι να ενθαρρύνει τον γυναικείο πληθυσμό στο να υποβάλλεται συχνά σε γυναικολογικό έλεγχο. Είναι πολύ σημαντικό κάθε γυναίκα να γνωρίζει την σημασία του προληπτικού ελέγχου. Στόχος του νοσηλευτή είναι να παρέχει την κατάλληλη ενημέρωση, ώστε να γνωρίζει η κάθε γυναίκα να επισημάνει εγκαίρως ανησυχητικά σημεία, όπως ο πόνος κατά την σεξουαλική επαφή και αιμόρροια μετά από αυτήν, αιμόρροια που δεν οφείλεται στην έμμηνο ρύση και δύσοσμα ή μη φυσιολογικού χρώματος κολπικά υγρά, συμπτώματα που χρήζουν παρακολούθηση από ιατρό. Επιπρόσθετα θα δώσει συμβουλές για να βελτιωθεί η λειτουργία του ανοσοποιητικού (διακοπή καπνίσματος, αποφυγή στρες, καλή διατροφή, αρκετός ύπνος κ.ά.) και θα αναζητήσει πιθανές συνυπάρχουσες τοπικές φλεγμονές (κολπίτιδες, τραχηλίτιδες κ.λπ.), που «απασχολούν» το ανοσοποιητικό και έτσι, δεν μπορεί να είναι αποτελεσματικό.

Παρά τις ενέργειες αυτές όμως οι μολύνσεις του γεννητικού συστήματος από τον HPV και οι ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες, δεν παύουν να υπάρχουν και το

υπάρχον stress της διάγνωσης σε συνδυασμό με τον φόβο για την ανάπτυξη καρκίνου επιβαρύνουν σημαντικά την ψυχολογία της ασθενούς. Οι γυναίκες με μακροπρόθεσμο HPV και οι συντρόφοι τους απαιτούν συνεχή εκπαιδευτική και ψυχολογική υποστήριξη για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της διάγνωσης. Ο νοσηλευτής αποτελεί στο σημείο αυτό το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ιατρού και της ασθενούς και είναι το πρόσωπο που θα εμπνεύσει αίσθημα ασφάλειας. Βρίσκεται αρκετά κοντά στην ασθενή, και μεταφέρει αναλλοίωτο το μήνυμά της υποστήριξης και της εξατομικευμένης προσέγγισης των αναγκών της. Το πεδίο προσφοράς του εκτείνεται από τη στήριξη του ασθενούς στη φάση της διάγνωσης και την παρακολούθηση του στη φάση της θεραπείας, έως την επανένταξη της στην καθημερινότητα.

Επιπλέον η εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος των γυναικών αυτών από τον επαγγελματία υγείας, μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο στην ομαλή πορεία της ασθένειας και στην ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. Η παρότρυνση των γυναικών για συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες και ομάδες αμοιβαίας υποστήριξης με άλλες ασθενείς, με τον συντονισμό ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας, προσφέρουν σημαντική βοήθεια καθώς μπορούν να εκφραστούν συναισθήματα, φόβοι και ανησυχίες μεταξύ ατόμων με κοινές εμπειρίες.

3.2.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη περιλαμβάνει τον έλεγχο των ασυπτωματικών ασθενών ή την διεξαγωγή οριστικών δοκιμών σε συμπτωματικούς ασθενείς ή τον έλεγχο θετικών ασθενών σε προκαρκινικές αλλοιώσεις πριν μετατραπούν σε καρκίνο.

Στη γυναικολογική εξέταση, η οποία είναι η πρώτη εξέταση στην οποία η ασθενής έρχεται σε επαφή με τον ιατρό, θα πρέπει ο νοσηλευτής να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με το αναπαραγωγικό ιστορικό της ασθενούς και τις γυναικολογικές ανησυχίες της. Το έργο αυτό καθίσταται δύσκολο καθώς πρόκειται να συζητηθούν θέματα σχετικά με το σώμα και την προσωπική ζωή της γυναίκας. Οι ερωτήσεις θα πρέπει να τίθενται με ευαισθησία και να λαμβάνεται υπόψιν 'οτι η ασθενής έχει το δικαίωμα να μην απαντήσει.

Κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας για το test-pap , ο νοσηλευτής πρέπει να βεβαιωθεί ότι η γυναίκα δεν έχει κάνει κολπικές πλύσεις, δεν έχει χρησιμοποιήσει

κολπικά φάρμακα , δεν είχε σεξουαλική επαφή τουλάχιστον 24 με 48 ώρες πριν από τη διαδικασία και ότι έχει γίνει κένωση της ουροδόχου κύστης. 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. Επιπρόσθετα είναι υπεύθυνος να ενημερώσει την ασθενή για την διαδικασία που πρόκειται να ακολουθήσει, πως δηλαδή θα γίνει η λήψη του δείγματος για αυτή την εξέταση και τι θα αισθανθεί η γυναίκα (πίεση και όχι πόνο) κατά την διάρκεια που γίνεται η λήψη των δειγμάτων. Πρέπει να κάνει την ασθενή να νιώσει άνετα, να είναι ήρεμη και χαλαρή για να μπορέσει να συνεργαστεί με τον ιατρό. Στην συνέχεια ετοιμάζει τον εξοπλισμό που θα χρησιμοποιηθεί στην εξέταση, ελέγχει την ημερομηνία λήξης στο φυαλίδιο συλλογής και συμπληρώνει τα στοιχεία της ασθενούς. Εφόσον γίνουν αυτές οι διαδικασίες τοποθετεί την γυναίκα σε γυναικολογική θέση (θέση λιθοτόμος ή θέση Sims ή θέση γόνατα-θώρακος), εξασφαλίζει τον κατάλληλο φωτισμό και ο ιατρός προχωράει στην εξέταση. Στο τέλος της εξέτασης προσφέρει στην γυναίκα χαρτοβάμβακο για να καθαρίσει τα γεννητικά της όργανα, την τοποθετεί σε άνετη θέση παρέχοντας της τον επαρκή χρόνο που χρειάζεται να μείνει καθιστή πάνω στο εξεταστικό τραπέζι και διευκρινίζει τις ιατρικές οδηγίες λύνοντας έτσι τυχόν απορίες της.

Ωστόσο τα αποτελέσματα ενός test – Παπ μπορεί να μη δείχνουν πάντοτε την αληθή κατάσταση του τραχηλικού επιθηλίου και να είναι ψευδώς αρνητικά. Για την αποφυγή λοιπόν προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν, έχει εγκριθεί το HPV-DNA test ως συμπληρωματικό του test- Παπ, σε καμία περίπτωση όμως δεν το αντικαθιστά, καθώς το test – Παπ παραμένει η κύρια εξέταση.

Με το HPV-DNA test γίνεται η ανίχνευση με εξειδικευμένες μεθόδους μοριακής βιολογίας του DNA του ιού σε κυτταρικά επιχρίσματα από το επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας ή και άλλων οργάνων. Πραγματοποιείται στο ιατρείο λαμβάνοντας ξεχωριστά επίχρισμα από την περιοχή του τραχήλου. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος ώστε να εξηγήσει στην γυναίκα τον λόγο για τον οποίο θα γίνει αυτή η εξέταση, να την ενημερώσει για την διαδικασία που θα ακολουθήσει και να την πληροφορήσει πως δεν χρειάζεται κάποια ιδιαίτερη προετοιμασία, διαφορετική από αυτήν που γίνεται για την γυναικολογική εξέταση καθώς το δείγμα μπορεί να ληφθεί κατά την διάρκεια που γίνεται ένα test – Παπ. Είναι πολύ σύντομη διαδικασία και ενθαρρύνει την γυναίκα να δείξει λίγη υπομονή και να είναι όσο πιο χαλαρή γίνεται ούτως ώστε να νιώθει την ελάχιστη δυνατή δυσφορία. Ο γυναικολόγος τοποθετεί

στον κόλπο τον κολποδιαστολέα και με τη χρήση ειδικής σπάτουλας και βούρτσας λαμβάνει το δείγμα από τον τράχηλο της μήτρας. Μόλις τελειώσει η εξέταση ο επαγγελματίας υγείας της λύνει τυχόν απορίες που υπάρχουν.

Ο έλεγχος για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου (είτε με τη διενέργεια του τεστ Παπανικολάου είτε με τον έλεγχο ανίχνευσης του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων - HPV) είναι πολύ σημαντικός για τη διατήρηση της υγείας της κάθε γυναίκας. Εάν τα αποτελέσματα του τεστ παπ όμως ή του HPV παρουσιάσουν κάποια ανωμαλία τότε συστήνεται περαιτέρω έλεγχος με κολποσκόπηση.

Όταν μια γυναίκα εισέλθει στο ιατρείο για κολποσκόπηση θα γνωρίζει ήδη πως έχει γίνει ανεύρεση παθολογικών κυττάρων στο τεστ Παπανικολάου και πιθανόν να την καταβάλλουν συναισθήματα φόβου. Ο νοσηλευτής μπορεί να της μιλήσει και να την καθυσηγάσει και να την συμβουλέψει με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι ήρεμη για μια ευκολότερη συνεργασία με τον γιατρό. Την ενημερώνει πως είναι μια απλή γυναικολογική εξέταση εάν όμως υπάρχει έντονη κολπική αιμορραγία, πρέπει να αναβληθεί. Επίσης επιβεβαιώνει ότι δεν έχει γίνει χρήση κάποιας κολπικής κρέμας πριν την κολποσκόπηση και ότι η γυναίκα δεν έχει έρθει σε σεξουαλική επαφή το τελευταίο 24ωρο. Επειτα οδηγεί την ασθενή στο εξεταστικό τραπέζι, την πληροφορεί πως πρόκειται για μια διαδικασία που διαρκεί 5 με 10 λεπτά αλλά είναι ανώδυνη. Την προειδοποιεί ότι κατά τη διάρκειά της κολποσκόπησης χρησιμοποιείται ένα διάλυμα οξικού οξέος το οποίο μπορεί να προκαλέσει ένα αίσθημα κρύου ή ελαφρού καψίματος αλλά δεν πονάει. Αφού λοιπόν εξασφαλίσει το κατάλληλο περιβάλλον προχωράνε με τον γιατρό στην εξέταση.

Αν ο θεράπων ιατρός το κρίνει σκόπιμο, γίνεται λήψη βιοψίας. Ο νοσηλευτής επεξηγεί τη διαδικασία στην ασθενή και την τοποθετεί στην κατάλληλη θέση. Η άνεση, η ηρεμία και η χαλάρωση της ασθενούς εξακολουθούν να είναι πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά. Στο στάδιο αυτό ο νοσηλευτής φροντίζει να υπάρχει ο κατάλληλος φωτισμός κατά την εξέταση δίνοντας τα κατάλληλα εργαλεία στον ιατρό, άλλα και δίνοντας οδηγίες στην ασθενή. Την προειδοποιεί πως μπορεί να νιώσει ένα μικρό αίσθημα πόνου ή κάποια ενόχληση με ελάχιστη όμως διάρκεια, λύνει στην γυναίκα τυχόν απορίες που έχουν δημιουργηθεί και αν έχει γίνει βιοψία την ενημερώνει για το χρονικό διάστημα που θα χρειαστεί ώστε να είναι έτοιμα τα αποτελέσματα.

Κατά την κυστεοσκόπηση, ο νοσηλευτής έχει περισσότερες αρμοδιότητες, καθώς εκτός από την ενημέρωση της ασθενούς για την αναλυτική διαδικασία όπως σε

όλες τις εξετάσεις και την τοποθέτησή της στην γυναικολογική θέση, σε κάποιες περιπτώσεις χορηγεί αναισθησία και καθαρίζει τον κόλπο και το περίνεο. Εν συνεχεία, τοποθετούνται αποστειρωμένα τετράγωνα πεδία, εφαρμόζει τοπική αναισθησία στον τράχηλο και τον σταθεροποιεί με μητρολαβίδα, εισάγοντας αέρα στην τραχηλική κοιλότητα ώστε να γίνει διάταση. Τέλος, αφού θα εισάγει το ενδοσκόπιο, ακολουθεί τις οδηγίες του γιατρού. Μια ακόμη διαγνωστική εξέταση είναι η λαπαροσκόπηση, κατά την οποία ο νοσηλευτής τοποθετεί για δύο ώρες περίπου την ασθενή σε θέση Trandeleburg , ελέγχοντας τα ζωτικά σημεία και τοποθετεί καθετήρα κύστης, ενώ παράλληλα παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή. Αφού γίνει η προνάρκωση και η γενική νάρκωση κατά τη διάρκεια των οποίων ο νοσηλευτής παρακολουθεί για τυχόν επιπλοκές ή αιμορραγία, ενημερώνει την ασθενή για πιθανό αίσθημα πόνου και χορηγεί αναλγητικά, καθώς επίσης ενημερώνει τις οδηγίες σχετικά με την διατροφή που δόθηκαν από τον γιατρό (Αγοραστός, Μπόντης Ι., 2001).

Συμπερασματικά ο νοσηλευτής στα πλαίσια σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενή θα πρέπει να παρέχει την ορθή ενημέρωσή του σχετικά με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους, τα οφέλη και τη λήψη της ενημερωμένης συναίνεσής του πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης. Ο ρόλος του είναι κυρίως υποστηρικτός και συμβουλευτικός τόσο για την ίδια τον ασθενή όσο και για το οικογενειακό της περιβάλλον.

3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία του HPV

Πριν από οποιαδήποτε θεραπεία στον τράχηλο της μήτρας απαιτείται να έχει γίνει πλήρης διαγνωστική προσπέλαση. Ο κολποσκοπικός έλεγχος κρίνεται απαραίτητος προεγχειρητικά για να επιλεγεί η σωστή μέθοδος ανάλογα με τις ανατομικές ιδιομορφίες στην κάθε περίπτωση. Επίσης, γίνεται έλεγχος για ύπαρξη αλλοιώσεων στον τραχηλικό ιστό και στον κόλπο. Σε περίπτωση παθολογικού αποτελέσματος στο τεστ Παπανικολάου στόχος είναι να βρεθεί το τμήμα του τραχήλου που περιέχει τα μη φυσιολογικά κύτταρα και να διευκρινιστεί η φύση των αλλοιώσεων. Όπως έχει προαναφερθεί υπάρχουν δύο τύποι θεραπείας των αλλοιώσεων: οι αφαιρετικές μέθοδοι που αφαιρούν την πάσχουσα περιοχή και περιλαμβάνουν την κωνοειδή εκτομή με αγκύλη διαθερμίας (loop εκτομή), την κωνοειδή εκτομή με laser και την κωνοειδή εκτομή με νυστέρι και οι καταστροφικές μέθοδοι που καταστρέφουν την πάσχουσα περιοχή και περιλαμβάνουν την κρυοθεραπεία, την εξάχνωση με laser και την διαθερμοπηξία ή καυτηρίαση. Κάποιες αλλοιώσεις είναι προτιμότερο να αντιμετωπίζονται με έναν από τους δύο τύπους θεραπείας. Η επιλογή γίνεται ανάλογα με τις επιθυμίες της ασθενούς και τις προτιμήσεις του ιατρού. Υπάρχουν όμως κάποιοι τύποι αλλοιώσεων που χρειάζονται επιμελή παρακολούθηση χωρίς θεραπεία, εάν αυτό είναι και επιθυμητό από την ασθενή.

Ένας νοσηλευτής στα πλαίσια της προετοιμασίας για την θεραπεία θα πρέπει να παρέχει στην ασθενή την πλήρη ενημέρωση της σχετικά με την θεραπεία, τις επιπλοκές που μπορεί να υπάρχουν καθώς και να τονίσει σημεία που πρέπει να προσεχθούν μετέπειτα. Ο ρόλος του επικεντρώνεται κυριώς στην φροντίδα της ασθενούς πριν και μετά από μια διαδικασία θεραπείας, στην παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και στην εκπαίδευση της αποτελεσματικής διαχείρισης την νόσου μετά την θεραπεία.

Η κωνοειδής εκτομή με αγκύλη διαθερμίας, πρόκειται για μία μέθοδο όπου από μια λεπτή αγκύλη σύρματος περνά ηλεκτρικό ρεύμα. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να ελέγξει εάν η ασθενής έχει κάνει την απαραίτητη προετοιμασία πριν την θεραπεία, όπως είναι οι εξετάσεις αίματος και να την δώσει να συμπληρώσει το έντυπο συγκατάθεσης για την επέμβαση που πρόκειται να γίνει. Προτιμάται να διενεργηθεί στο τελείομα της περιόδου έτσι ώστε να υπάρχει διάστημα για επούλωση έως την επόμενη περίοδο της ασθενούς. Πρέπει να την έχει ενημερώσει πως το

στομάχι πρέπει να είναι άδειο και να μην έχει φάει ή πει τίποτα τουλάχιστον 6 ώρες πριν την επέμβαση, να έχει κάνει μπάνιο και εάν υπάρχουν ξένα σώματα ή βαμμένα νύχια να αφαιρεθούν. Επιπλέον την ενημερώνει πως πρέπει να έχει μαζί της 2-3 σερβιέτες καθώς θα χρειαστούν μετά την επέμβαση. Τέλος, παροτρύνει την ασθενή να είναι ήρεμη και όσο μπορεί να μην έχει άγχος, την ενημερώνει πως θα ακολουθήσει ολική αναισθησία και πως πρόκειται για μία σύντομη διαδικασία που διαρκεί 10 με 20 λεπτά. Όταν η ασθενής επιστρέψει από την επέμβαση και αφού περάσει το χρονικό διάστημα των 2 περίπου ωρών που χρειάζεται για να συνέλθει από την ενδεχόμενη ζάλη, της δίνει τις οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσει στο σπίτι. Την ενημερώνει πως η ανάρρωση είναι σύντομη και η επιστροφή στην καθημερινότητα άμεση. Επειδή όμως μπορεί να υπάρχει μικρή αιμοραγία έως και 15 ημέρες μετά την επέμβαση οι δραστηριότητες της θα πρέπει να είναι περιορισμένες. Επιπλέον την παρακινεί να μη χρησιμοποιεί ταμπον αλλά σερβιέτες και για ένα μήνα να αποφύγει την σεξουαλική επαφή. Κάποια μετεγχειρητική αγωγή ή επιπωματισμός του κόλπου δεν είναι απαραίτητα. Τέλος της επισημαίνει τις επιπλοκές που μπορεί να υπάρξουν (αιμορραγία, φλεγμονή, στένωση του τραχήλου της μήτρας, κίνδυνος πρόωρου τοκετού) (Medimnal Fertility Centre 2017).

Η κωνοειδής εκτομή με laser αποτελεί έναν από τους βασικούς τρόπους αντιμετώπισης. Προσφέρει ευελιξία και αποτελεσματικότητα στην θεραπεία ανεξάρτητα από το βαθμό σοβαρότητας και την έκταση της επιθηλιακής βλάβης. Είναι όμως μια επέμβαση που χρησιμοποιείται σπάνια, λόγω της ευρείας διάδοσης της τεχνικής αφαίρεσης της ζώνης μετάπλασης με αγκύλη και με τη βοήθεια ηλεκτρικού ρεύματος.

Η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι γίνεται μόνο σε επιλεγμένες περιπτώσεις, συνήθως σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, όταν η ζώνη μετάπλασης εισέρχεται βαθιά στον ενδοτραχηλικό σωλήνα και όπου υπάρχει φόβος αδενοκαρκινώματος στον ενδοτράχηλο. Αν και είναι και αυτή η μέθοδος σπάνια χρησιμοποιούμενη, εάν επιλεγθεί για θεραπεία, όπως σε όλες τις επεμβάσεις ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την προεγχειρητική προετοιμασία και την ενημέρωση της ασθενούς. Σημαντική επιπλοκή, που πρέπει να τονισθεί είναι ο αυξημένος κίνδυνος για πρόωρο τοκετό και καισαρική τομή.

Ο άλλος τύπος θεραπείας των αλλοιώσεων είναι οι καταστροφικές θεραπείες που σκοτώνουν χωρίς να αφαιρούν τα παθολογικά κύτταρα.

Η κρυοπηξία είναι μια μέθοδος αντιμετώπισης βλαβών του δέρματος με τη χρήση πολύ χαμηλών θερμοκρασιών. Κατά την είσοδο της ασθενής στο ιατρείο ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος κατά την λήψη ιστορικού να μάθει εάν υπάρχει κάποια αλλεργία καθώς αντένδειξη εφαρμογής της μεθόδου αποτελούν η κνίδωση εκ ψύχους και οι κρυοσφαιριναιμίες. Έπειτα ενημερώνει την ασθενή πως πρόκειται για μία μέθοδο καλά ανεκτή και πως η χρήση κάποιας αναισθητικής κρέμας η τοπικής αναισθησίας με ξυλοκαΐνη δεν είναι αναγκαία παρά μόνο όταν ο χρόνος ψύξεως είναι παρατεταμένος. Την πληροφορεί πως κατά την εφαρμογή της μεθόδου αυτή νιώθει ένα τσούξιμο, του οποίου η ένταση εξαρτάται από το χρόνο εφαρμογής της. Την προειδοποιεί ότι μετά το τέλος της θεραπείας δημιουργείται ένας τοπικός ερεθισμός του δέρματος που μπορεί να διαρκέσει μια εβδομάδα και πως πιθανές παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν είναι ο πόνος και το οίδημα που εμφανίζονται αμέσως μετά την εφαρμογή του υγρού αζώτου και αλλαγές στο χρώμα του δέρματος (υπομελάγχρωση, υπερμελάγχρωση) και πολύ σπάνια δημιουργία ουλών. (Medical Center. 2017)

Η ηλεκτροκαυτηρίαση ή διαθερμοπηξία είναι μία μέθοδος όπου εφαρμόζεται θερμική καταστροφή του τραχηλικού επιθηλίου σε βάθος 2-3mm. Ο επαγγελματίας υγείας πληροφορεί την ασθενή πως πρόκειται για μια θεραπευτική διαδικασία ανώδυνη με άμεσα αποτελέσματα που απαιτεί όμως κάποιες συνεδρίες καθώς χρειάζεται να γίνει πλήρης epούλωση των εγκαυμάτων και απαιτείται ένα χρονικό διάστημα 2-3 εβδομάδων και πως ο αριθμός των συνεδριών που θα απαιτηθούν εξαρτάται από τη δραστηριότητα του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων στον οποίο οφείλονται τα κονδυλώματα. Την ενημερώνει για την συνήθης προετοιμασία που πρέπει να γίνει πριν από την επέμβαση και μετά το τέλος των συνεδριών της συνιστά πως θα πρέπει να γίνεται επανέλεγχος.

Τέλος, η εξάχνωση με laser γίνεται όταν υπάρχουν παθολογικά κυτταρολογικά ευρήματα στο τεστ Παπανικολάου που έχουν επιβεβαιωθεί με κολποσκόπηση και βιοψία, ή ορατές με το μάτι βλάβες (κονδυλώματα). Μπορεί να γίνει σε ειδικά εξοπλισμένο ιατρείο, σε κλινική ή στο νοσοκομείο. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά την πλήρη ενημέρωση, είναι να ετοιμάσει την ασθενή και να την τοποθετήσει σε θέση λιθοτομίας, όπως κατά την διάρκεια ενός test Παπανικολάου και να την πληροφορήσει πως θα γίνει τοπική αναισθησία. Μπορεί επίσης να την καθυσηγάσει τονίζοντας της πως είναι μια μέθοδος με υψηλό βαθμό κλινικής αποτελεσματικότητας που διαρκεί 10 με 15 λεπτά και τα κύρια πλεονέκτημα της

οτι είναι μία αναίμακτη επέμβαση με μικροσκοπική ακρίβεια, ο υγιείς ιστός παραμένει άθικτος και έχει ταχεία επούλωση με ελάχιστο σχηματισμό ουλής. Επίσης έχει ελάχιστες επιπλοκές και δεν απαιτεί νοσηλεία στο νοσοκομείο.

Συμπερασματικά, η αρχική εκτίμηση του αρρώστου περιλαμβάνει τις ανάγκες του σε μάθηση και διδασκαλία τόσο για την προεγχειρητική περίοδο, όσο και για ολόκληρη την περιεγχειρητική περίοδο συμπεριλαμβανομένης και της αποκατάστασης στο σπίτι. Κάθε άρρωστος διδάσκεται ως άτομο σε ότι αφορά τις αγωνίες, ανάγκες και ελπίδες του. Οι γενικές οδηγίες που πρέπει να λαμβάνει η ασθενής από έναν επαγγελματία υγείας μετά από κάποια θεραπευτική μέθοδο είτε καταστροφική είτε αφαιρετική είναι: 1. Η αποφυγή σεξουαλικής επαφής 2. Η μη χρησιμοποίηση ταμπόν 3. Όχι κολπικές πλύσεις, 4. Προτίμηση του ντους, από τα λουτρά σε μπανιέρα και 5. αναφορά οποιασδήποτε εμφάνισης σοβαρής και μεγάλης αιμορραγίας από τον κόλπο, παρουσία τυχόν δύσοσμης έκκρισης ή και πυρετού. Ο συνήθης χρόνος για τους πιο πάνω περιορισμούς είναι 3 εβδομάδες μετά από την επέμβαση ωστόσο μπορεί να ποικίλει από ασθενή σε ασθενή.

Συνοπτικά, τα νοσηλευτικά καθήκοντα κατά την διάρκεια της διαδικασίας διάγνωσης του HPV είναι (Σαχίνη - Καρδάση και Πάνου, 2008) :

- Εξασφάλιση άνεσης στην άρρωστη με την παρουσία του νοσηλευτή κατά την ώρα της εξέτασης
- Ενθάρρυνση της άρρωστης να χαλαρώσει, να είναι ήρεμη και να αναπνέει βαθιά
- Εξασφάλιση του κατάλληλου φωτισμού και των απαραίτητων αντικειμένων για την εξέταση
- Βοήθεια γιατρού κατά την ώρα της εξέτασης
- Καθαρισμός περινεϊκής χώρας από εκκρίσεις και λιπαντική ουσία, μετά το τέλος της εξέτασης
- Τοποθέτηση άρρωστης σε άνετη θέση μόλις τελειώσει η εξέταση
- Παροχή χρόνου στην άρρωστη να μείνει λίγα λεπτά στην καθιστή θέση πάνω στο εξεταστικό τραπέζι για να ανακτήσει την ισορροπία της προτού κατέβει
- Επίλυση αποριών της άρρωστης και διασαφήνιση των ιατρικών οδηγιών

3.4 Η σημασία της νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (KTM):

Σύμφωνα με την Brier – Mackie (2006) , η νοσηλευτική δεοντολογία έχει ορισμένες ομοιότητες με την ιατρική, όμως έχουν εξίσου και πολλές διαφορές. Μία από αυτές είναι στο γεγονός ότι η νοσηλευτική βασίζεται περισσότερο στη φροντίδα της ασθενούς, παρά στη θεραπεία της ασθένειας (Breier – Mackie, 2006). Η έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας θεωρείται η πιο σημαντική υπηρεσία που μπορεί να προσφέρει το νοσοκομείο ως προς το άτομο και την κοινωνία, σχετιζόμενη άμεσα με την ικανοποίηση των ασθενών παρέχοντας φροντίδα υψηλής ποιότητας, έχοντας ως βάση τον σεβασμό των ανθρώπινων δικαιωμάτων (Κοτρώτσιου, 2008) .

Η νοσηλευτική φροντίδα του κάθε ατόμου παρέχεται καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του, από την γέννηση έως και τον θάνατό του, μέσω θεραπευτικών παρεμβάσεων που έχουν σκοπό την ανακούφιση, τον σεβασμό της μοναδικότητας της προσωπικότητας του καθενός και της ατομικότητας ασχέτως ηλικίας, είτε οι περιπτώσεις βασίζονται σε σωματική ασθένεια, όπως ο καρκίνος, είτε σε ψυχική, όπως η κατάθλιψη. (Παπασταύρου και συν., 2010). Ο νοσηλευτής εκτός από τις βασικές επιστημονικές γνώσεις που χρειάζονται για την υγειονομική περίθαλψη των ασθενών, οφείλει να διαθέτει αρετές όπως η φιλικότητα, η ενσυναίσθηση, η αφοσίωση, η ειλικρίνεια, η αίσθηση του χιούμορ και της καλοσύνης, καθώς και της ταπεινότητας, ώστε να προσφέρει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα σε ένα περιβάλλον ευχάριστο που στηρίζεται στην συνεργασία, στην εμπιστοσύνη και στην επικοινωνία (Charalambous et al, 2008).

Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι ιδιαίτερα περίπλοκη και σημαντική. Ρόλος του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει την γυναίκα να πάρει σωστές αποφάσεις, δίνοντας της όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, ώστε να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις της νόσου που επηρεάζουν το σώμα αλλά και την ψυχολογία της. Ο νοσηλευτής αρχικά, συλλέγει πληροφορίες σχετικά με το αναπαραγωγικό ιστορικό της ασθενούς και αξιολογεί τα συμπτώματα από τα οποία διευκρινίζονται οι παράγοντες ανάπτυξης του καρκίνου και σε τι στάδιο βρίσκεται. Οι ερωτήσεις που γίνονται πρέπει να γίνονται με απόλυτη κατανόηση ευαισθησία και διακριτικότητα, διότι δεν αποτελεί η ευκολότερη διαδικασία για την κάθε ασθενή να μοιράζεται την προσωπική της ζωή και πιθανόν να μην επιθυμούν να απαντούν σε ορισμένες ερωτήσεις. Κατά τη συζήτηση μέσω της οποίας γίνεται η

λήψη του ιστορικού, ο νοσηλευτής πρέπει να απαντάει με απόλυτη ειλικρίνεια στις ερωτήσεις που θα θέτονται από τις ίδιες τις ασθενείς. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να παρέχει συναισθηματική υποστήριξη στη γυναίκα και της οικογένειάς της, φροντίδα στην σωματική και συναισθηματική της υγεία, ανακούφιση από τον πόνο, εκπαιδευόντάς τους να διαχειρίζονται τις ανάγκες σε πιθανές λοιμώξεις και στην αντιμετώπιση της νόσου. Ένας νοσηλευτής έχει καθήκον να ακούει τις ανησυχίες και τους φόβους της ασθενούς, να παρακολουθεί την ασθενή κατά τη διάρκεια διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπειών και να της εξηγεί αναλυτικά όλες τις διαδικασίες, ενημερώνοντας την για τις ενδεχόμενες επιπλοκές, ενθαρρύνοντας την να βρίσκει τεχνικές χαλάρωσης ώστε να υπάρχει συνεργασία, καθησυχάζοντας την ότι η νόσος αυτή όπως και η θεραπεία της δεν πρέπει να αλλάξει την σεξουαλική της ζωή και τον τρόπο ζωής της. Ωστόσο, κρίνεται εξίσου σημαντικό να εκπαιδεύσει την ασθενή σχετικά με την διατροφή της και την αναγκαιότητα τακτικών επισκέψεών της σε γυναικολόγο και ογκολόγο. Ως προς την ψυχοκοινωνική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν καίριο λόγο, καθώς βλέπουν και «ζούν» τους ασθενείς στην καλύτερη και στη χειρότερή τους φάση. Η επικοινωνία και η εμπιστοσύνη μεταξύ του νοσηλευτή και της ασθενούς είναι ζωτικής σημασίας, διότι δίνονται σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την παθολογική κατάσταση και το στάδιο του καρκίνου. Η ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης στις ασθενείς θεωρείται ωφέλιμη για την ευάλωτη ψυχολογία τους, καθώς έχει παρατηρηθεί η ενδυνάμωσή τους λόγω του αισθήματος του ελέγχου και η μείωση των ψυχολογικών παρενεργειών και της αγωνίας των γυναικών και της οικογένειάς της.

3.4.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή κατά την χειρουργική αντιμετώπιση:

Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στην ασθενή πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την χειρουργική επεμβατική διαδικασία, η οποία ονομάζεται περιεγχειρητική, αποτελείται από τρεις φάσεις. Αρχικά η προεγχειρητική φάση ξεκινάει από την στιγμή που αποφασίζει η ασθενής να χειρουργηθεί, αφού έχει ενημερωθεί πλήρως από τον γιατρό και διαρκεί μέχρι να μεταφερθεί στη χειρουργική αίθουσα ή το χειρουργικό τραπέζι. Στη συνέχεια ακολουθεί η διεγχειρητική φάση, η οποία ξεκινάει από την μεταφορά της ασθενής στο χειρουργικό τραπέζι έως ότου μεταφερθεί στη μονάδα ανάνηψης. Τέλος, η μετεγχειρητική φάση ξεκινάει από την εισαγωγή της

ασθενούς στη μονάδα ανάνηψης έως την ολοκληρωτική της ανάρρωση από την επέμβαση και την τελευταία επίσκεψη της στον ιατρό (Μπονάτσος ., Κακλαμάνος ., 2011).

Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς: Κατά τη διάρκεια της εισαγωγής της ασθενούς γίνεται η αξιολόγησή της είτε σε μορφή τηλεφωνική είτε σε μορφή συνέντευξης και καταγράφονται πληροφορίες σχετικά με την ασθενή, όπως τα καθημερινά φάρμακα που λαμβάνει, τυχόν αλλεργίες ή πιθανής λοίμωξης. Έπειτα ο νοσηλευτής δίνει τις πληροφορίες στον γιατρό για τυχόν αλλαγές σχετικά με την αγωγή της ασθενούς την ημέρα του χειρουργείου. Η ασθενής ενημερώνεται για τον περιορισμό υγρών και τροφής την ημέρα πριν την επέμβαση και την αφαίρεση του βερνικιού από τα νύχια της, ξένων σωμάτων όπως την οδοντοστοιχία και των αντικειμένων αξίας. Κατά την προεγχειρητική φροντίδα, ο νοσηλευτής προετοιμάζει την ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς, η οποία δικαιολογημένα έχει αισθήματα έντονου stress, αγωνίας, ανησυχίας και φόβου για την συνολική διαδικασία, την νάρκωση, τον πόνο και την κατάσταση που θα βρίσκεται μετά το χειρουργείο, επηρεάζοντας αρνητικά την ομαλή λειτουργία του οργανισμού της. Λόγω των παραπάνω αιτιών, ο νοσηλευτής έχει υποχρέωση να ανταποκριθεί στις ανάγκες της ασθενούς και να συμπεριφερθεί με ενσυναίσθηση, κατανόηση, στοργή, κρίση και ακούσουν οποιαδήποτε απορία δίνοντας λογικές και αναλυτικές πληροφορίες (Αθανάτου, 2010).

Εφόσον δοθούν πληροφορίες σχετικά με την επέμβαση και τις πιθανές επιπλοκές από τον γιατρό, η ασθενής με προϋπόθεση ότι είναι ενήλικη και έχει πνευματική διαύγεια πρέπει να υπογράψει την συγκατάθεση, ενώ σε περιπτώσεις που η ασθενείς δεν επικοινωνεί ή βρίσκεται σε κατάσταση εκτάκτου ανάγκης ή σε κωματώδες κατάσταση υπογράφει συγγενής. Πριν ξεκινήσουν οι διαδικασίες της θεραπευτικής επέμβασης γίνεται ο προεγχειρητικός έλεγχος, μέσω του οποίου εξετάζονται τα εξής: αναπνευστικό σύστημα, καρδιαγγειακό σύστημα, νευρολογικό σύστημα, ουροποιητικό σύστημα, σακχαρώδης διαβήτης, ήπαρ και γίνεται η εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας του.

Σημαντική κρίνεται η λήψη πλήρους ιστορικού της ασθενούς και η ψυχολογική κατάστασή της, επεξηγώντας πλήρως την διαδικασία και το είδος της επέμβασης και εκπαιδεύοντας την ασθενή σχετικά με την προετοιμασία της για το χειρουργείο . Η μέτρηση των ζωτικών σημείων, προετοιμασία και ενδυμασία με την ειδική στολή του χειρουργείου, υποκλυσμός και άδειασμα της ουροδόχου κύστης, ο

έλεγχος της αποφυγής υγρών και τροφής πριν το χειρουργείο και η λήψη μόνο των φαρμάκων που έχουν δοθεί από τις ιατρικές οδηγίες, όπως επίσης και της προνάρκωσης και η τοποθέτηση της ασθενούς στο φορείο για την μεταφορά της στο χειρουργείο μαζί με το προεγχειρητικό δελτίο, αποτελούν τις κύριες προεγχειρητικές νοσηλευτικές αρμοδιότητες.

Διεγχειρητική φροντίδα: Κατά τη διάρκεια της διεγχειρητικής φάσης, ο νοσηλευτής προετοιμάζει τον προθάλαμο του χειρουργείου, ελέγχοντας την κατάσταση της ασθενούς και του δέρματος, των ενδοφλέβιων γραμμών, των υγρών και των φαρμάκων και στη συνέχεια επιβλέπει εάν ο εξοπλισμός υπάρχει στο χειρουργείο και προετοιμάζει το χειρουργικό τραπέζι. Η φροντίδα του νοσηλευτή σε αυτή τη φάση είναι ζωτικής σημασίας, λόγω των φυσιολογικών αναγκών εξασφάλισης άνεσης, αξιοπρέπειας, εμπιστοσύνης και ελέγχου της ψυχολογικής κατάστασης της ασθενούς. Εξασφαλίζει την προστασία της ασθενούς από μολύνσεις, μώλωπες και ερυθρότητα λόγω συνεχόμενης πίεσης κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Μετεγχειρητική φροντίδα: Η μετεγχειρητική φάση έρχεται όταν ολοκληρώνεται η χειρουργική επέμβαση υπό γενικής αναισθησίας και η ασθενής μεταφέρεται από την χειρουργική αίθουσα στη μονάδα ανάνηψης μέχρι την πλήρη αποκατάσταση και την έξοδό της από το νοσοκομείο. Ο χρόνος ανάνηψης θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός και απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό ώστε να ενημερωθεί προφορικά από τους αναισθησιολόγους σχετικά με την απώλεια υγρών και αίματος, επιπλοκές που προέκυψαν και τα υγρά και τα φάρμακα που χορηγήθηκαν. Κατά την φάση που η ασθενής βρίσκεται στην αίθουσα ανάνηψης, ο νοσηλευτής παρακολουθεί συνεχώς τα ζωτικά σημεία της ασθενούς να σταθεροποιηθούν και να συνέλθει από την νάρκωση. Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει ως σκοπό την ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου, την κάλυψη των αναγκών της ασθενούς, την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και τέλος την ανεξαρτητοποίησή της σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα από τους άλλους, ώστε να ξεκινήσει να αποκτά ξανά τις δυνάμεις της. Νοσηλευτική ευθύνη με την επιστροφή της ασθενούς στο τμήμα κατά τη μετεγχειρητική φάση θεωρείται η τακτοποίηση της στο κρεβάτι τοποθετώντας την σωστά, ο έλεγχος των παροχετεύσεων και συνδέσεων, των ζωτικών σημείων, της γενικής κατάστασης και εκτίμησης του επιπέδου συνείδησης και του μετεγχειρητικού πόνου, συμβουλευοντας τους συνοδούς για την σωστή συμπεριφορά απέναντι στη χειρουργημένη. Εάν ο

μετεγχειρητικός πόνος έχει την μορφή ενός οξέως πόνου προειδοποιεί για πιθανή ύπαρξη βλάβης ή νόσου. Οποιαδήποτε και αν είναι η μορφή του πόνου όμως, η αντιμετώπισή του μαζί με την αιτία, εκ της οποίας προκλήθηκε, είναι βασική υποχρέωση του νοσηλευτή διότι μπορεί να μετατραπεί επικίνδυνος και βλαβερός.

Η ανακούφιση από τον πόνο αποτελεί το τελικό στάδιο και οι απαιτούμενες ενέργειες του νοσηλευτικού προσωπικού αφορούν την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών, η σωστή τοποθέτηση της ασθενούς και η ψυχολογική υποστήριξη και κάλυψη των αναγκών της. Οι γυναίκες που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παρουσιάζουν υψηλού επιπέδου δυσκολίες στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών θεμάτων τα οποία προέρχονται κυρίως από το άγχος το οποίο ανεξάρτητα από την οποιαδήποτε νόσο και κατάσταση μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία και στην ψυχολογία της. Η νοσηλευτική ψυχολογική, πνευματική, και κοινωνική φροντίδα έχει ανακουφιστικό ρόλο και θεωρείται απαραίτητη για τη δημιουργία θεραπευτικών σχέσεων που θα καλύψει τις όλες τις ανάγκες της ασθενούς και της οικογένειάς της.

3.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χημειοθεραπεία:

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που βρίσκονται σε φάση χημειοθεραπειών βασίζεται σε εξειδικευμένες γνώσεις οι οποίες χρειάζονται χρόνια σπουδών και εμπειρίας πάνω στο θέμα της ογκολογίας. Ο νοσηλευτής κατά τη περίοδο της χημειοθεραπείας φροντίζει την κεντρική γραμμή και την περιοχή της εισαγωγής αυστηρά με άσηπτη τεχνική από την οποία γίνεται η χορήγηση των χημικοθεραπευτικών φαρμάκων για χρονικό διάστημα αρκετών εβδομάδων έως και αρκετών μηνών.

Τα τελευταία χρόνια, για την καταπολέμηση και την ανακούφιση του καρκίνου, όπως και των συμπτωμάτων του, οι ασθενείς αποφασίζουν την θεραπευτική μέθοδο της χημειοθεραπείας. Η δράση σχεδόν όλων των χημικοθεραπευτικών φαρμάκων, προκαλούν συχνά σοβαρά και ανεπιθύμητα συμπτώματα είτε άμεσα, είτε εκδηλώνονται εντός ωρών ή εντός ολίγων ημερών μετά την λήψη της χημειοθεραπείας. Ο λόγος που εμφανίζονται αυτά τα συμπτώματα οφείλονται συνήθως στο είδος, τον αριθμό και την δόση των φαρμάκων και έχουν ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση και την τροποποίηση της θεραπείας, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής της ασθενούς λόγω καταπόνησης. Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει συνεχόμενη επικοινωνία με την ασθενή, ώστε να αναφερθούν οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες, να τις αξιολογήσει σε βαθμό, χρόνο εμφάνισης και διάρκειας και να την ανακουφίσει από αυτές. Σκοπός του νοσηλευτή στη περίοδο των χημειοθεραπειών είναι να προετοιμάσει οργανικά και ψυχολογικά την ασθενή. Αυτό γίνεται μέσω της πρόληψης των πιθανών επιπλοκών με τον σχεδιασμό ενός πλάνου όπου με συμμετοχή της ασθενούς και των συγγενών της θα εκτελούνται νοσηλευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις με στόχο την έκφραση των συναισθημάτων της και την συνέχιση των καθημερινών συνηθειών τους, αναλαμβάνοντας ευθύνες, οι οποίες δημιουργούν στην ασθενή το αίσθημα ανεξαρτησίας (Πατηράκη – Κουρμπάνη, Ε. 2006). Επιπροσθέτως η σωστή χορήγηση των φαρμάκων για την αποφυγή των τραυματισμών και η ενθάρρυνση της ίδιας και της οικογένειάς της να βοηθάει στο έργο της θεραπείας, προσφέροντας συμπαράσταση και περισσότερη αντοχή στην ασθενή να αντιμετωπίζει τις παρενέργειες.

Πριν την χημειοθεραπεία ο ασθενής πρέπει να εκπαιδευτεί καταλλήλως ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει. Το νοσηλευτικό προσωπικό πληροφορεί την ασθενή και τους συγγενείς της πλήρως σχετικά με την θεραπεία και τις πιθανές ανεπιθύμητες

ενέργειες, ακόμη και σε περιπτώσεις που χρειάζεται να τις επαναλάβουν ανά τακτά διαστήματα για να καλύψουν τις απορίες τους. Για την ασθενή θεωρείται αναγκαίο να υπάρχει χρονικό περιθώριο να εμπεδώσει την σημασία, την διαδικασία και το ρίσκο των παρενεργειών που θα υποστεί και να εκφράσει τον φόβο και τις ανησυχίες της. Οι διαδικασίες κατά την περίοδο των χημειοθεραπειών χρειάζονται συγκεκριμένες τεχνικές οι οποίες γίνονται με την προϋπόθεση ότι η ασθενής θα είναι πρόθυμη και δε θα δημιουργεί προβλήματα στην αμοιβαία συνεργασία. Θα ήταν μεγάλη παράληψη να μην τονιστεί το υποχρεωτικό άσηπτο περιβάλλον που πρέπει να υπάρχει κατά τη διάρκεια της χορήγησης των χημικοθεραπευτικών φαρμάκων, η οποία είναι ζωτικής σημασίας (Μπαλτόπουλος, Γ. 2003).

Κατά τη διάρκεια και την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας, ο νοσηλευτής οφείλει να εκπαιδεύσει την ασθενή σχετικά με το πλάνο που θα συμπεριλαμβάνει τα φάρμακα που θα παίρνει σε καθημερινή βάση, παρέχοντας πληροφορίες για τα ονόματα, την δράση, την δοσολογία, τον τρόπο και τον χρόνο χορήγησης του κάθε φαρμάκου. Εξίσου απαραίτητη είναι και η ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τις επιτρεπόμενες δραστηριότητες που μπορεί να κάνει κατά τη περίοδο των χημειοθεραπειών, για τα πιθανά ανεπιθύμητα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν και με την αντιμετώπιση του καθενός. Η ασθενής πρέπει να κατανοήσει την σοβαρότητα της κατάστασής της ειδικότερα για εκείνη την περίοδο από την αρχή έως το τέλος της χημειοθεραπείας και το νοσηλευτικό προσωπικό να την παροτρύνει να συμμετέχει σε τακτικές διαγνωστικές εξετάσεις.

Όπως έχει προαναφερθεί, η χημειοθεραπεία αποτελεί μια συστηματική αγωγή η οποία συμβάλει τόσο στην αντιμετώπιση του καρκίνου όσο και των συμπτωμάτων. Τα χημικοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασιών μπορούν να προκαλέσουν διάφορες παρενέργειες σε όλο το σώμα, που ίσως να οφείλονται λόγω των συνδυασμών τους, την δόση τους, την οδό χορήγησης και το είδος των φαρμάκων. Οι παρενέργειες και η σοβαρότητα αυτών όμως σχετίζεται τόσο με την ψυχολογία και την αντίδραση της κάθε ασθενούς, όσο και με τις διαφορές του κάθε οργανισμού (Πατηράκη – Κουρμπάνη, Ε.). Οι συχνότερες παρενέργειες είναι η ναυτία και ο έμετος, η διάρροια, ο πυρετός, η αναιμία, τα αιματώματα, η εξαγγείωση, η στοματίτιδα, τα δερματικά εξανθήματα, η λευκοπενία, η αλωπεκίαση, η ανορεξία και η αδυναμία, η γαστρίτιδα και η θρομβοπενία (Dewit, S. 2009). Πιο συγκεκριμένα: *Ναυτία – Έμετος*: Η προκαλούμενη από την χημειοθεραπεία ναυτία και έμετος είναι ένα από τα πιο σημαντικά και εξίσου δυσάρεστα προβλήματα, τα οποία αποτελούν

τον μεγαλύτερο φόβο της ασθενούς. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση αυτού του συμπτώματος η φαρμακευτική αγωγή που δίνεται και οι συνδυασμοί των φαρμάκων, η διατροφή κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, η ηλικία και το εμετικό δυναμικό της χημειοθεραπείας. Για την μείωση του συμπτώματος της ναυτίας και του εμέτου ο νοσηλευτής εκτός από την ενημέρωση και την χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, παροτρύνει την ασθενή να πίνει πολλά υγρά και να προσέχει την διατροφή της, προγραμματίζοντας τα γεύματά της να είναι μικρά και συχνά, αποφεύγοντας τις έντονες οσμές. Επιπροσθέτως, συχνά δίνεται η συμβουλή να μένει νηστική το 24ωρο μετά την θεραπεία (Roe, Lennan, 2014).

Διάρροια: Η διάρροια αποτελεί ένα συχνό σύμπτωμα το οποίο οφείλεται στην παραμέληση της χρήσης αντιδιαρροϊκών φαρμάκων, την κατάχρηση των αντιβιοτικών, τον συνδυασμό χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας, μια λοίμωξη ή και σε σύνδρομο δυσαπορρόφησης. Σημαντικό κομμάτι για την θεραπεία είναι η εκπαίδευση της ασθενούς σχετικά με την κένωση του εντέρου. Ο νοσηλευτής τείνει να μειώσει την δραστηριότητα του εντέρου της ασθενούς δίνοντάς της οδηγίες, οι οποίες περιλαμβάνουν χορήγηση φαρμάκων, την αποφυγή καπνίσματος και των τροφών πλούσιων σε ίνες που προκαλούν αέρια, όπως και των πικάντικων τροφών. Η ασθενής πρέπει να ξεκουράζεται και να λαμβάνει μόνο τροφές και υγρά σε θερμοκρασία δωματίου, διότι οι ακραίες συνθήκες θερμοκρασίας προκαλούν κινητοποιήσεις του εντέρου. Η διάρροια είναι ένα σύμπτωμα εκ του οποίου μπορούν να προκληθούν σοβαρές βλάβες, από την παύση της θεραπείας μέχρι και διάτρηση, λοίμωξη, νεφρική ανεπάρκεια και θάνατο. Σε περίπτωση διάρροιας σε σοβαρή μορφή, η ασθενής πρέπει να νοσηλευθεί και να παρακολουθείται συνεχώς για την ανακάλυψη της αιτίας και η χορήγηση υγρών είναι υποχρεωτική.

Ανορεξία και αδυναμία: Το αίσθημα ανορεξίας αδυναμίας θεωρείται ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας, το οποίο παρουσιάζει αρχικά απέχθεια προς το κρέας και στη συνέχεια το αίσθημα αδυναμίας, σε διάφορες λειτουργίες όπως αδυναμία κατάποσης και τέλος πόνος στο λαιμό, στο στόμα, αλλοίωση των δοντιών και έλκη στο στομάχι. Στις περιπτώσεις που η ασθενής παρουσιάσει το σύμπτωμα αυτό, ο νοσηλευτής συμβουλεύει την ασθενή να λαμβάνει μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε πρωτεΐνη υψηλής αξίας και σε υδαρή μορφή, την πρόσληψη θερμίδων από γαλακτοκομικά, ψάρια, κρέας, αυγά και λήψη υγρών σε ποσότητα τουλάχιστον 8 ποτηριών (Pamela, L. 2012). Επίσης, για την διαχείριση της

αδυναμίας, ο νοσηλευτής οργανώνει διαφορές δραστηριότητες για την ασθενή, διαβεβαιώνοντας πως θα έχει χρόνο για ξεκούραση (Roe & Lennan, 2014).

Αναιμία: Κατά την χημειοθεραπεία μπορεί να προκληθεί αναιμία λόγω της δράσης των φαρμάκων στο αίμα και να παρουσιαστεί αιμόλυση, ή λόγω της σταδιακής καταστροφής του μυελού των οστών. Η ασθενής θα πρέπει να διατηρείται ενήμερη σχετικά με την διατροφή που πρέπει να έχουν για την σωστή πρόσληψη και απορρόφηση του σιδήρου, όπως επίσης και τα πιθανά συμπτώματα της αναιμίας που είναι καρδιαγγειακά προβλήματα όπως η αύξηση του καρδιακού ρυθμού και του όγκου παλμού, τα περιφερικά οιδήματα και τα φυσικά ευρήματα όπως η ωχρότητα στις παλάμες, στα νύχια, στο στόμα και στο εσωτερικό του ματιού, ώστε να καταστεί δυνατή η αναγνώριση τους και η έγκαιρη ενημέρωση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Roe & Lennan, 2014).

Στοματίτιδα: Η στοματίτιδα είναι μια παρενέργεια της χημειοθεραπείας η οποία προκαλεί πόνο και φλεγμονή στη στοματική κοιλότητα, καταστρέφοντας με αυτόν τον τρόπο τα υγιή κύτταρα του στόματος. Η σοβαρότητά της ποικίλλει ανάλογα με την χημειοθεραπεία και την δόση των φαρμάκων και μπορεί να επεκταθεί από μια μικρή ευαισθησία στα ούλα μέχρι και στοματικά έλκη σε προχωρημένη μορφή. Η διάρκειά της είναι μικρή, όμως για την ασθενή αποτελεί μια επώδυνη περίοδο, παρουσιάζοντας προβλήματα στη διατροφή, απομόνωση και λοιμώξεις.

Αλωπεκίαση: Η αλωπεκία είναι η πιο ορατή παρενέργεια των χημειοθεραπειών, αν και δεν θεωρείται επικίνδυνη για την ζωή της ασθενούς. Προκαλεί όμως προβλήματα στην εικόνα του σώματός της και της αυτοπεποίθησής της. Ο νοσηλευτής σε αυτό το πρόβλημα οφείλει να συμβουλευσει και να βοηθήσει την ασθενή στο πρόβλημα με την τριχόπτωση και την ενισχύσει με ελπίδες αναγέννησης των τριχών.

Εξαγγείωση: Η εξαγγείωση είναι ένα σύμπτωμα το οποίο συμβαίνει όταν κατά την χημειοθεραπεία το χημικοθεραπευτικό φάρμακο διαρρέει κατά λάθος στον ιστό που περιβάλλει την φλέβα ή αρτηρία και όχι στην ίδια την φλέβα ή την αρτηρία. Η διαχείριση της εξαγγείωσης εξαρτάται από το χημικοθεραπευτικό φάρμακο και δεν αντιμετωπίζονται όλες το ίδιο, καθώς σε κάποιες περιπτώσεις απαιτείται χειρουργική παρέμβαση, σε άλλες περιπτώσεις χορήγηση αντιδοτου και παρακολούθηση (Roe & Lennan, 2014).

3.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία:

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς κατά τη περίοδο της ακτινοθεραπείας ξεκινάει από την στιγμή που ο νοσηλευτής έρθει σε επαφή με την ασθενή και σπεύδει να δημιουργήσει ένα περιβάλλον που εμπεριέχει αγάπη, κατανόηση της θέσης της γυναίκας που νοσεί, κατανόηση και εμπιστοσύνη. Ο νοσηλευτής ενημερώνει πλήρως και λεπτομερώς την ασθενή για την θεραπευτική μέθοδο μέσω ακτινών X, για την προετοιμασία της, τις πιθανές επιπλοκές και η αντιμετώπισή τους που σχετίζονται με την ίδια, αλλά και με την οικογένειά της, τις συνθήκες στο περιβάλλον της, την αναγκαιότητα για θεραπεία, εκτιμώντας την κατάστασή της, εστιάζοντας στην υποστήριξη και στη συμβουλευτική, τονώνοντας την ψυχολογία της καθ όλη την διάρκεια της θεραπείας, δηλαδή πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την ακτινοθεραπεία (Μπαρμπούνη & Κωνσταντάκου 2006). Ο νοσηλευτής έχει έναν πολυδιάστατο και ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ακτινοθεραπεία και θα πρέπει να έχει γνώσεις των μέσων τεχνολογίας που χρησιμοποιούνται κατά την ακτινοθεραπεία, με σκοπό να βρίσκεται σε θέση να εκπαιδεύσει τις ασθενείς και τις οικογένειές τους, όπως και να παρέχει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα (Λαβδανίτη & Ζυγά 2012).

Αρχικά, ο νοσηλευτής για να κάνει την εκτίμηση της ασθενούς μέσω της λήψης του νοσηλευτικού ιστορικού, με την είσοδό της στο νοσοκομείο για την πραγματοποίηση εξετάσεων ελέγχει για πιθανή ύπαρξη συνόδων συμπτωμάτων και της γενικότερης κατάστασης της υγείας της. Σε κάθε ασθενή πραγματοποιείται διαφορετικό σχέδιο φροντίδας το οποίο σχεδιάζει ο νοσηλευτής μέσω των γνώσεών του, και τις ενδείξεις και τις διαγνώσεις που έχει συγκεντρώσει (Λαβδανίτη & Ζυγά 2012).

Ρόλος του νοσηλευτή αποτελεί και η εκπαίδευση της ασθενούς και της οικογένειάς της, παρέχοντας πληροφορίες σχετιζόμενες με την ίδια την ασθένεια, την θεραπεία και τις διαγνωστικές εξετάσεις που επρόκειτο να πραγματοποιηθούν. Εκ παραλλήλου, γίνεται και η ενημέρωσή της για όλη την διαδικασία της ακτινοθεραπείας, για το μηχάνημα του εξομοιωτή, μέσω του οποίου γίνεται η μίμηση της θεραπείας προτού ξεκινήσει με σκοπό να καθοριστούν η κατεύθυνση της δέσμης και τα πεδία της θεραπείας. Τέλος, η εκπαίδευση περιλαμβάνει την χορήγηση της ακτινοθεραπείας και τις ανεπιθύμητες παρενέργειες που πρόκειται να εμφανιστούν, όπως επίσης και την αντιμετώπισή τους (Λαβδανίτη & Ζυγά 2012).

Η υποστηρικτική και συμβουλευτική φροντίδα της ασθενούς περιλαμβάνει την εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασής της, τη διαπίστωση της ύπαρξης προηγούμενων υποστηρικτικών μηχανισμών, όπως επίσης και την εκτίμηση του περιβάλλοντος της οικογένειάς της, της εργασίας της και των κοινωνικών της σχέσεων. Πραγματοποιείται ενεργός ακρόαση και ο νοσηλευτής, εάν χρήζει βοήθειας, την παραπέμπει σε ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό (Λαβδανίτη & Ζυγά 2012).

Η φροντίδα της ασθενούς βασίζεται στην πραγματοποίηση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων πριν ξεκινήσει η ακτινοθεραπεία, στη χορήγηση των απαραίτητων φαρμάκων πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την ακτινοθεραπεία και τέλος την αντιμετώπιση των απρόσμενων και επειγουσών συμβάντων που μπορεί να εμφανιστούν, όπως για παράδειγμα επιληπτικές κρίσεις, αλλεργικές αντιδράσεις και απώλεια συνείδησης. Γενικότερα, η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς εστιάζεται στην αντιμετώπιση των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας και διακρίνονται σε οξείες και σε χρόνιες ή σε όψιμες, ανάλογα με το χρόνο που εμφανίστηκαν. Οι οξείες παρενέργειες διακρίνονται κατά τη διάρκεια ή τις πρώτες εβδομάδες από την έναρξη της ακτινοθεραπείας και οι συχνότερες είναι οι δερματικές αντιδράσεις, το αίσθημα της κοπώσεως, αίσθημα ναυτίας και εμέτου, σεξουαλική δυσλειτουργία, διάρροια, και ξηροστομία. Οι χρόνιες παρενέργειες από την άλλη μεριά διακρίνονται μετά από μήνες έως και χρόνια μετά τη λήξη της ακτινοθεραπείας. Ορισμένες από τις παρενέργειες είναι οι νεκρώσεις των ιστών, οι ινώσεις των ιστών ή του δέρματος, τα συρίγγια, τα δευτερογενή νεοπλάσματα και η χρόνια ακτινική κυστίτιδα και η χρόνια περικαρδίτιδα. Οι περισσότερες χρόνιες παρενέργειες συνδέονται με τη συνολική δόση και αποτελεί αποτέλεσμα αγγειακής βλάβης ή βλάβης του ινώδους ιστού (Λαβδανίτη & Ζυγά 2012).

Ρόλος του νοσηλευτή είναι να ανακουφίζει την ασθενή από την κόπωση, τις δερματικές αντιδράσεις, τη ξηροστομία και τα προβλήματα του εντέρου μέσω των κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει γνώσεις και εμπειρία σχετικά με όλες τις θεραπείες και τους κανόνες ασφαλείας, όπως για παράδειγμα η απόρριψη των εξοπλισμού σε ειδικά κυτία. Σε περίπτωση που γίνει ταυτόχρονη χορήγηση χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας, να βρίσκεται σε ετοιμότητα, διότι ο συνδυασμός αυτός των δυο θεραπειών μαζί οδηγεί ή στην συνεργατική δράση ή στην επιδείνωση των παρενεργειών μεταξύ τους (Λαβδανίτη & Ζυγά 2012).

3.7 Ψυχοκοινωνική φροντίδα ασθενών:

Γενικότερα σε οτιδήποτε σχετίζεται με χειρουργική επέμβαση, παντός είδους και περιοχής του σώματος, προκαλούνται αισθήματα stress, φόβου, ανησυχίας, αγωνίας όχι μόνο για τις διαδικασίες που θα πραγματοποιηθούν ή τις αλλαγές στο σώμα, αλλά και για τις αλλαγές στη λειτουργικότητά του μετά την επέμβαση. Το άγχος μπορεί να επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχολογία και στην υγεία γενικότερα της ασθενούς. Είναι καθήκον του κάθε νοσηλευτή να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών ξεχωριστά και να συμπεριφερθεί με κατανόηση, ενδιαφέρον, στοργικότητα, δίνοντας ειλικρινή πληροφορίες καθ'όλη τη διάρκεια της θεραπείας, εκπαιδεύοντάς την κάθε μία με διαφορετικό τρόπο προσέγγισης ώστε να κατανοήσουν το νόημα ελέγχου του καρκίνου και της θεραπείας του.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας επηρεάζει τόσο την ψυχολογία, όσο την ψυχοκοινωνικότητα και είναι αναγκαίο να υπάρξει στρατηγική για να αντιμετωπιστεί. Οι γυναίκες που νοσούν από τον καρκίνο του τραχήλου, έχει μελετηθεί πως παρουσιάζουν σε όλα τα στάδια της διαδικασίας από τη διάγνωση έως την θεραπεία του καρκίνου συμπτώματα άγχους σε υψηλό επίπεδο. Μεγαλύτερος φόβος των ασθενών αποτελεί η επανεμφάνιση του καρκίνου και ο θάνατος που οφείλεται από αυτόν. Εξίσου σημαντικά στο να αντιμετωπιστούν είναι τα συμπτώματα κατάθλιψης, μειωμένη αυτοεκτίμηση λόγω αλλαγής εικόνας του σώματός της, αμηχανία, διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας και οργή. Σκοπός του νοσηλευτικού προσωπικού εκτός από την παροχή υποστήριξης, είναι να πληροφορεί τις ασθενείς αρχικά σχετικά με τους φόβους και τις ανησυχίες τους και στη συνέχεια για όλα τα υπόλοιπα, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων και στη συνέχεια με ορισμένες παρεμβάσεις να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη. Η υποστηρικτική αυτή φροντίδα πρέπει να παρέχεται όμως όχι μόνο κατά τη περίοδο της διάγνωσης αλλά και κατά τη περίοδο ολόκληρων των διαστημάτων μέχρι και την θεραπεία, με σκοπό να φτάσουν στο επίπεδο να διαχειρίζονται τις καταστάσεις μόνες τους. Φυσικά, το νοσηλευτικό προσωπικό έχει έναν εξαιρετικά ιδιαίτερο ρόλο, ειδικότερα όταν φροντίζουν ογκολογικούς ασθενείς. Η φροντίδα αυτή είναι πολύπλοκη και αγχωτική διαδικασία η οποία εστιάζεται κυρίως στην αντιμετώπιση του άγχους των ασθενών και των οικογενειών τους και στοχεύει στην παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας υψηλού ποιοτικά επιπέδου (Lancaster, 2008, Botti et al., 2006).

Η παραπομπή της ασθενούς από τον νοσηλευτή σε πολλούς τοπικούς και εθνικούς φορείς υποστήριξης έχει παρατηρηθεί πως εμπλουτίζει συμπληρωματικά την υποστηρικτική φροντίδα και αντιμετωπίζει ευκολότερα τις καταστάσεις. Οι υπηρεσίες υποστήριξης, όπως κέντρα υποδοχής, κέντρα ημέρας, τοπικές ομάδες υποστήριξης, εθελοντικές οργανώσεις, κλινικοί νοσηλευτές και τοπικοί ψυχολόγοι, προσφέρουν διάφορα είδη υπηρεσιών που συμβάλλουν θετικά προς την ψυχοκοινωνικότητα της ασθενούς. Δεν πρέπει να παραλειφθεί το γεγονός πως η ψυχολογία όχι μόνο των ασθενών αλλά και των συγγενών τους είναι σε ευάλωτη φάση εκείνο το διάστημα. Σκοπός σε αυτή τη φάση είναι να εκπαιδευτούν και οι ίδιοι οι συγγενείς για την αντιμετώπιση του άγχους και του φόβου, έχοντας ως αποτέλεσμα, την συμπαράσταση και των ίδιων προς την ασθενή. Οι συγγενείς ασκούν μεγάλη επίδραση στις ασθενείς πράγμα που δυσκολεύει τον στόχο του νοσηλευτικού προσωπικού και για αυτόν τον λόγο πρέπει να ληφθούν μέτρα και στρατηγικές και για τους ίδιους.

Οι νοσηλευτές οφείλουν να παρέχουν φροντίδα στις ασθενείς με κύριο σκοπό την ανάπτυξη των ικανότητά του για ανεξαρτητοποίηση σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Για αυτόν τον λόγο παροτρύνουν τις ίδιες τις ασθενείς και των οικογενειών τους να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που θα οδηγήσουν τελικά στην αποκατάσταση της υγείας τους. Η κάθε ασθενής παρουσιάζει συγκεκριμένα συμπτώματα και χρειάζεται να αντιμετωπιστεί με διαφορετικά είδη ψυχοκοινωνικής φροντίδας από τους νοσηλευτές. Όταν υπάρχει επαρκής φροντίδα, έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της δυσφορίας τόσο της ψυχολογίας όσο και του σώματος. Παρατηρείται επίσης μείωση των σωματικών συμπτωμάτων, βελτίωση της ποιότητας ζωής, μείωση των συμπτωμάτων ναυτίας και πόνου και η νόσος αντιμετωπίζεται ευκολότερα χωρίς να ξοδεύονται υπερβολικά οι οικονομικοί πόροι των νοσοκομείων (Ellis et al., 2006).

Συμπερασματικά, η νοσηλευτική ψυχοκοινωνική υποστήριξη που παρέχετε στις ασθενείς μέσω της ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής φροντίδας, δημιουργεί θεραπευτική σχέση μεταξύ ασθενή – νοσηλευτή. Οι επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν να φροντίσουν ογκολογικούς ασθενείς, προσπαθούν να τους ενδυναμώσουν μέσω της εκπαίδευσης που τους επιτρέπει να έχουν την αίσθηση του ελέγχου, όμως πάνω από όλα πρέπει να δρουν με βάση την ενσυναίσθηση, την κατανόηση, την οικειότητα δημιουργώντας ένα κλίμα εμπιστοσύνης που θα συμβάλλει στην θετική πορεία της ψυχολογικής τους κατάστασης. Οι ασθενείς πρέπει

να αισθάνονται μια ολοκληρωτική φροντίδα, όπου οι νοσηλευτές θα τους παρέχουν και θα σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα ζωής τους, τις προσωπικές τους σχέσεις, και την κοινωνική τους κατάσταση.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία μελετήθηκε ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων, καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή. Στα κεφάλαια που αναλύθηκαν, αναπτύσσεται ο Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων, όπου αποτελεί βασική αιτία για την ανάπτυξη του τραχηλικού καρκίνου και όχι μόνο. Παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο διάγνωσης του ιού στον οργανισμό, είναι κατά κύριο λόγο η σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό και η συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων. Τα πρώτα εμβόλια που κυκλοφόρησαν ενάντια του ιού προφυλάσσουν μόνο από συγκεκριμένους γονότυπους των HPV. Η αποτελεσματικότητά τους, θα είναι αναμφισβήτητη με την πάροδο των χρόνων, καθώς χρειάζονται αρκετά χρόνια συστηματικής παρακολούθησης για να βγουν τελικά συμπεράσματα εάν είναι ασφαλή ή εάν προκαλούν ανεπανόρθωτες βλάβες και για τον λόγο αυτό πολλές οικογένειες τα έχουν αποφύγει. Ωστόσο, η σωστή συνδιασμένη εξέταση των test – HPV, test – ΠΑΠ και της κολποσκόπησης είναι σε θέση να ανιχνεύσει έγκαιρα με μεγάλη ευαισθησία και ειδικότητα τις προδιηθητικές και πρώιμες διηθητικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας που αναπτύσσεται στην συνέχεια, είναι ένα χρόνια νόσημα, το οποίο λόγω της σοβαρότητάς του αποτελεί μάλιστα σε μεγάλο ποσοστό παγκοσμίως, αλλάζοντας την καθημερινότητα των γυναικών, ανεξαρτήτως ηλικίας, μετά την ωρίμανση του γεννητικού τους συστήματος. Ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου που παρατηρείται είναι η ανώμαλη κολπική αιμορραγία, ενώ σε άλλες περιπτώσεις τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται καθόλου μέχρι ο καρκίνος να φτάσει σε προχωρημένο στάδιο. Παρά τις μακροχρόνιες προσπάθειες των επιστημόνων, έχει διαπιστωθεί πως δεν έχει ανακαλυφθεί μέχρι στιγμής ολοκληρωτική θεραπεία και εξάλειψη όλων των ειδών του καρκίνου. Φυσικά η θεραπεία ενδείκνυται σε ορισμένες περιπτώσεις, αρκεί να έχει διαγνωσθεί σε πρώιμο στάδιο. Για την επιτυχή θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σημαντική προϋπόθεση θεωρείται να διαγνωσθεί σε πρώιμο στάδιο. Ως επί το πλείστον οι θεραπευτικές μέθοδοι που πραγματοποιούνται κατά το αρχικό στάδιο του καρκίνου ανταποκρίνονται θετικά σε αντίθεση με τις θεραπευτικές μεθόδους που ο καρκίνος είναι σε τελικό στάδιο. Η θεραπεία βασίζεται κυρίως στη χειρουργική επέμβαση σε πρώιμα στάδια και σε πολύ προχωρημένα στάδια στη χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να έχει γνώσεις σχετικά με την ψυχολογία, την γυναικολογία και την ογκολογία, ώστε να μπορεί να εκπαιδεύσει την ασθενή και να της μεταλαμπαδεύσει τις γνώσεις και τις δεξιότητες, με σκοπό την δημιουργία ενός περιβάλλοντος που βασίζεται στην συνεργασία, την επικοινωνία, την υποστήριξη και την εμπιστοσύνη. Η σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και της ασθενούς είναι ζωτικής σημασίας, καθώς σε οποιαδήποτε σχέση που έχει ελλείψεις μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της ψυχολογικής και σωματικής κατάστασης, αλλά και σε θάνατο.

Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η ενημέρωση και η κινητοποίηση του πληθυσμού και του κράτους σε προγράμματα εμβολιασμού και αναλυτικότερης ενημέρωσης από τα νοσοκομεία, το υπουργείο Υγείας και διάφορους Οργανισμούς Υγείας με σκοπό την μείωση του ποσοστού της νόσου. Τόσο σε ιδιωτικούς όσο και σε δημόσιους φορείς είναι σημαντικό να συνεχιστούν τα ενημερωτικά προγράμματα σχετικά με την πρόληψη και την θεραπεία, όπως και επίσης και τις συνέπειες σε περίπτωση άρνησης εξέτασης. Οι δημόσιες ομιλίες από ειδικούς επιστήμονες, ψυχολόγων, ομάδων συμβουλευτικής υποστήριξης σε σχολεία, συλλόγους, οι ενημερωτικές εκπομπές γενικότερα για την υγεία και ειδικότερα για τις πιο συχνές και διαδεδομένες νόσους στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, κρίνονται σημαντικές. Σχετικά με την απόφαση που πάρθηκε στις 01.01.2017 να μην παρέχονται δωρεάν τα εμβόλια από το κράτος πρέπει να αναθεωρηθεί. Στη σημερινή εποχή, λόγω της οικονομικής κρίσης και λόγω του κόστους προληπτικής και διαγνωστικής εξέτασης, άνθρωποι που νοσούν από τον Ιό των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων και γυναίκες από τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να προβούν σε προληπτικό έλεγχο.

Εν κατακλείδι, το Τεστ Παπανικολάου, το HPV Τεστ και ο προ-συμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε συνδυασμό με τον εμβολιασμό, παρεχόμενα δωρεάν από το Υπουργείο Υγείας, μπορεί να οδηγήσουν στην μείωση της νόσου πανελλαδικώς και παγκοσμίως,. Στόχος όλων των μέσων είναι να μειωθεί το ποσοστό τόσο των ανθρώπων που μολύνονται από τον Ιό των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων όσο και των γυναικών που νοσούν από τον Τραχηλικό Καρκίνο. Οι νοσηλευτές και ομάδες από επιστήμονες και ερευνητές θα πρέπει να συμμετέχουν ενεργά σε αυτό το πρόγραμμα με σκοπό την προαγωγή της ενημέρωσης και της πρόληψης της νόσου.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BeStrong.org.gr (Μείνε Δυνατός). (2014). Είδη Καρκίνων - Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας <http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/typesofcancer/cervicalcancer/>
Τελευταία προσπέλαση: 20/06/2018

Dewit, S. (2009). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Έννοιες και Πρακτική. Τόμος Ι. Λευκωσία: Π.Χ. Πασχαλίδης. Σελ. 127 – 130, 199 – 200

European Medicines Agency. (2016). Gardasil 9 https://www.ema.europa.eu/documents/overview/gardasil-9-epar-summary-public_el.pdf Τελευταία προσπέλαση: 27/08/2018

Medical Center. (2017). Διάγνωση – Θεραπεία <https://mcmc.gr/sexoualika-nosimata/kondilomata-hpv/diagnosh-therapia/> Τελευταία προσπέλαση: 20/07/2018

Medimall Fertility Centre – Greece. (2017). Τι είναι η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου της μήτρας; <http://www.medimall.gr/el/> Τελευταία προσπέλαση: 27/06/2018

Pamela, L. (2012). Κλινικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες και Νοσηλευτική Διεργασία. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδη

Αγοραστός Θ., Μπόντης Ι., (2011). Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου. Θεσσαλονίκη: University studio press

Αγοραστός, Θ. Βαβίλης, Δ. Μπόντης, Ι.Ν., (1999). Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου. Θεσσαλονίκη: University studio press

Αγοραστός, Θ. (2014). Έτος 4^ο Επιδημιολογία και πρόληψη HPV λοιμώξεων. Ενημερωτικό δελτίο ΚΕΕΛΠΝΟ. Αρ. 43 (1), 2-8

Αγοραστός, Θ. Βαβίλης, Δ. Μπόντης, Ι.Ν., (2008). Λοίμωξη απο τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) Θεσσαλονίκη: University studio press

Αγοραστός, Θ. Μπόντης, Ι.Ν., (1997). Καρκινογένεση στο γυναικείο γεννητικό σύστημα. Θεσσαλονίκη: University studio press

Αθανάτου Ε. (2010). Κλινική Νοσηλευτική-Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες. Αθήνα: Παρισιάνος. 18η Έκδοση

Αντωνίου, Ε. Ιατράκης, Γ.Μ. Πεγλιβάνη, Φ. Ροκοπάνου, Θ., (2010). Γυναικολογική νοσηλευτική φροντίδα. Αθήνα: Δεσμός

Ασημακόπουλος Ε., Μαντελάκης Σ., (2002) Υπερηχογραφία στη Μαιευτική και Γυναικολογία. Θεσσαλονίκη. University Studio Press.

Βασιλάκης, Μ. (2014). Ποια είναι η σημασία του τραχήλου της μήτρας; <http://www.ivfforums.gr/doctor-s-corner/gynaikologos/item/231-poia-einai-h-simasia-tou-traxilou-tis-mitras> Τελευταία προσπέλαση: 8/7/18 .

Ελληνική HPV εταιρία. (2014) HPV εμβολιασμός. <http://www.hpvsociety.gr/index.php> Τελευταία προσπέλαση: 26/06/2018

Ελληνική HPV εταιρία. (2014) Βασικές έννοιες για τον hpn και οτι αυτός προκαλεί <http://www.hpvsociety.gr/index.php> Τελευταία προσπέλαση: 20/06/2018

Ιατράκης, Γ.Μ., (2012). Βιβλίο γυναικολογίας. Αθήνα: Δεσμός

Κοτρώτσιου Σ. (2008). Η έννοια της φροντίδας. Το βήμα του Ασκληπιού, 7(1), 57-71.

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

Μορτάκης, Α.Ε. 2013. Άνδρες και HPV <http://mortakis.hpvinfoscenter.gr/index.php/andres-kai-hpv> Τελευταία προσπέλαση: 19/06/2018

Μορτάκης, Α.Ε., (2007). Γυναίκα και HPV. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας

Μπαλτόπουλος, Γ. (2003). Βασικές Ανώτερες και Εξειδικευμένες Νοσηλευτικές Δεξιότητες. Αθήνα: Βητα Ιατρικές εκδόσεις

Μπαρμπούνη - Κωνσταντάκου Ε. (2006) Ακτινοθεραπεία, Β' Έκδοση, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις

Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνης Ι., Γολεμάτης Β. (2011). Χειρουργική Παθολογία, 4η Έκδοση. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης, σελ. 49-52.

Νικολακοπούλου, Λ., (2013). Πρόγραμμα ευαισθητοποίησης για την πρόληψη του καρκίνου <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=3409> Τελευταία πρόσβαση: 26/06/2018

Ογκολογική Νοσηλευτική. (2012). Ο ρόλος του Νοσηλευτή https://ogologiki-nosileytiki.blogspot.com/p/blog-page_25.html Τελευταία προσπέλαση: 20/08/2018

Ογκολογική Νοσηλευτική. (2012). Ψυχολογία Καρκινοπαθών https://ogologiki-nosileytiki.blogspot.com/p/blog-page_23.html Τελευταία προσπέλαση: 20/08/2018

Πανοσκάλτσης, Θ., (2007) "Το εμβόλιο κατά του καρκίνου της μήτρας" , περ. Αγκαλιάζω, αρ. 2 Απρίλιος, . σσ 6-7.

Παπαδήμας, Α., (1999). Τι πρέπει να γνωρίζεις τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Θεσσαλονίκη: Σύλλογος καρκινοπαθών Μακεδονίας και Θράκης

Παπαθανασίου, Κ., (2002). Γυναικολογική Ογκολογία. Θεσσαλονίκη: University studio press

Παρρίση, Δ. Φερφελή, Α. (2016). Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και νοσηλευτικές παρεμβάσεις <http://apothetirio.teiep.gr/xmlui/handle/123456789/5008>
Τελευταία προσπέλαση: 19/08/2018

Πατηράκη – Κουρμπάνη, Ε. (2006) Νοσηλευτική Ογκολογία, Το πλαίσιο φροντίδας. Αθήνα: Π.Χ Πασχαλίδης.

Πετρογιάννης, Ν. (2017). Θεραπευτική Προσέγγιση HPV <http://npetrogiannis.gr/>
Τελευταία προσπέλαση: 20/06/2018

Πόντης Ι.Ν. (1997). Καρκινογένεση στο γυναικείο γεννητικό σύστημα, Θεσσαλονίκη: University studio press, σελ. 139-162.

Σαχίνη – Καρδάση, Α. Πάνου, Μ., (1997). Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική – νοσηλευτικές διαδικασίες. Β έκδοση, 2^{ος} τόμος, Αθήνα: Βήτα ιατρικές εκδόσεις

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ellis M., Woodcock C., Rawlings E., Bywater L. (2006). Psychosocial Issues. In M. Grundy, Nursing in Haematological Oncology (p. 457-474), Elsevier.

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

Breier- Mackie S. (2006). Medical Ethics and Nursing Ethics: Is There Really Any Difference? Gastroenterology Nursing, 29(2), 182-3.

Denny, L. Wright, T., (2005) Best Practice and Research in Clinical Obstetrics. Gynecology. 19(4), 501 – 505

Ward K., Berenson A., Radecki Breitkopf C. (2011). Passive smoke exposure and abnormal cervical cytology in a predominantly Hispanic Population. American Journal of Obstetrics and gynecology. 204(3):213.e1-6.

Charalambous A., Papadopoulos R., Beadsmoore A., (2008). Listening to the voices of patients with cancer and their nurses: a hermeneutic phenomenological study of quality Nursing Care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 436-442.

Negri, E. et al (2005) Risk of cervical cancer in women with family history of breast and female genital tract neoplasm. *International journal of cancer*. 117(5):880-1.

Zheng Y, Zhang J., Rao Z. (2004). Ribozyme targeting HPV16 E6E7 transcripts in cervical cancer cells suppresses cell growth and sensitizes cells to chemotherapy and radiotherapy. *Cancer Biol Ther* 3(11), 1129-34

Botti M, et al., (2006). Barriers in providing psychosocial care for patients with cancer. *Cancer Nurs*. 29(4), 309-316.

Clifford, G.M., & Smith J.S., & Aguado, T., & Franceschi, S. (2003) Comparison of HPV type distribution in high-grade cervical lesions and cervical cancer: a meta-analysis, *Br J Cancer*, 89(1):101-105.

American Cancer Society. 2017. HPV and Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/infectious-agents/hpv/hpv-and-cancer-info.html> Τελευταία προσπέλαση: 19/06/2018

National Cancer Institute. 2015 HPV and Cancer. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-fact-sheet> Τελευταία προσπέλαση: 19/06/2018

National Cancer Institute. 2011. Chemotherapy and You: Support for people with Cancer <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/chemo-and-you> Τελευταία προσπέλαση: 20/06/2018

Fayed, L. 2018. How Cervical Cancer Is Treated <https://www.verywellhealth.com/cervical-cancer-treatments-582042> Τελευταία προσπέλαση: 25/8/2018

Harper D. et al. (2006). Sustained efficacy up to 4-5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow up from a randomized control trial. *The Lancet*, 367(9518), 1247-1255.