

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑ ΤΟΥ
ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ»**



Σπουδαστές:

Βραχνάκης Ανδρέας

Γουρνιζάκη Ερασμία

Πανουτσακοπούλου Βασιλική

Επιβλέπων καθηγητής: Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

Ηράκλειο 2009

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ευχαριστούμε πολύ τον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη, για την εμπιστοσύνη, τη καθοδήγηση του, την υποστήριξη και την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε για να φέρουμε εις πέρας την πτυχιακή μας εργασία. Επίσης ευχαριστούμε όλους τους ασθενείς που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια μας και μας βοήθησαν να διεκπεραιώσουμε την ερευνητική μας μελέτη.

Τέλος ευχαριστούμε όλους τους καθηγητές για τις πολύτιμες γνώσεις που μας προσέφεραν κατά τη διάρκεια της τετραετούς μας φοίτησης στο Τ.Ε.Ι.

Πίνακας Περιεχομένων

	Σελίδες
Κεφάλαιο 1: Ανατομία και φυσιολογία γυναικείων γεννητικών οργάνων	6
1.1 Εισαγωγή	7
1.2 Ανατομία γυναικείων γεννητικών οργάνων	9
1.3 Φυσιολογία γυναικείων γεννητικών οργάνων	13
Κεφάλαιο 2: Καρκίνοι γυναικείου γεννητικού συστήματος	21
2.1 Καρκίνος τραχήλου μήτρας	22
2.1.1 Επιδημιολογία	22
2.1.2 Αιτιολογία	22
2.1.3 Διάγνωση	25
2.1.4 Θεραπεία	25
2.1.5 Πρόγνωση	26
2.2 Καρκίνος ενδομητρίου	27
2.2.1 Επιδημιολογία	27
2.2.2 Αιτιολογία	28
2.2.3 Διάγνωση	29
2.2.4 Θεραπεία	29
2.2.5 Πρόγνωση	30
2.3 Καρκίνος ωοθηκών	31
2.3.1 Επιδημιολογία	31
2.3.2 Αιτιολογία	32
2.3.3 Διάγνωση	33
2.3.4 Θεραπεία	34
2.3.5 Πρόγνωση	36

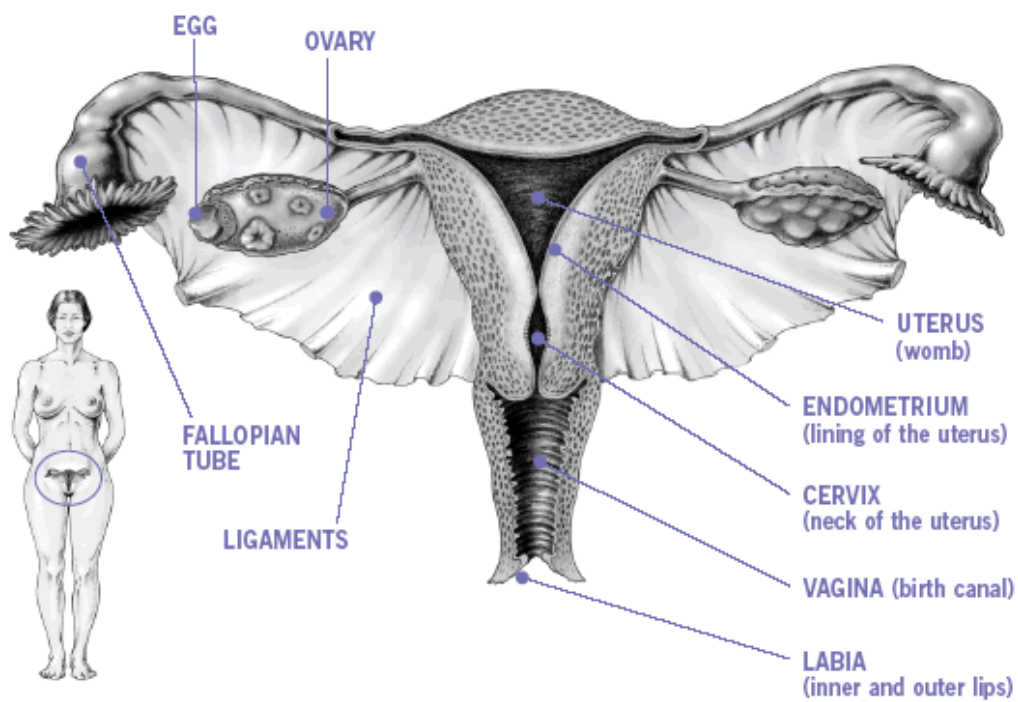
2.4	Καρκίνος σαλπίγγων	37
2.4.1	Επιδημιολογία	37
2.4.2	Αιτιολογία	37
2.4.3	Διάγνωση	38
2.4.4	Θεραπεία	38
2.4.5	Πρόγνωση	39
2.5	Καρκίνος αιδοίου	40
2.5.1	Επιδημιολογία	40
2.5.2	Αιτιολογία	40
2.5.3	Διάγνωση	41
2.5.4	Θεραπεία	42
2.5.5	Πρόγνωση	43
	Κεφάλαιο 3: Προληπτικά και πρώιμα διαγνωστικά μέτρα στους καρκίνους του γυναικείου γεννητικού συστήματος.	44
3.1	Προληπτικά μέτρα	45
3.2	Πρώιμα διαγνωστικά μέτρα	50
	Κεφάλαιο 4: Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και πρώιμη διάγνωση των καρκίνων του γυναικείου γεννητικού συστήματος.	53
	Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία της έρευνας	58
5.1	Πεδίο έρευνας	59
5.2	Δείγμα της έρευνας	59
5.3	Μέθοδος συλλογής δεδομένων	59
5.4	Ερευνητικό εργαλείο	60
5.5	Σκοπός της έρευνας	60
5.6	Ερευνητικά ερωτήματα	60
5.7	Δεοντολογία της έρευνας	60
5.8	Πιλοτική μελέτη	63
5.9	Στατιστική ανάλυση	63

Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα	65
Κεφάλαιο 7: Συζήτηση- Συμπεράσματα	68
7.1 Συζήτηση	68
7.2 Συμπεράσματα	71
Παράρτημα 1	73
Βιβλιογραφία	92

Κεφάλαιο πρώτο

Ανατομία και φυσιολογία γεννητικών οργάνων

THE FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM



1.1 Εισαγωγή

Η προέλευση της λέξης «Καρκίνος», αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις. Στην Ελληνική γλώσσα οι λέξεις αυτές αναφέρονται στα καβούρια, τα οποία θυμίζουν τον καρκίνο, αφού οι ακτινωτές μεταστάσεις των καρκινικών κυττάρων, φέρνουν αμυδρά στο μυαλό τη μορφή που έχουν τα πόδια και οι δαγκάνες του καβουριού.

Ο καρκίνος (όγκος) είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κύτταρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος. Η ανώμαλη αυτή λειτουργία δεν πρέπει να συγχέεται με δυο φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού: α) Την αναγέννηση των ιστών που συμβαίνει όταν αφαιρείτε ιστός και ο οργανισμός ξανά φτιάχνει τον ίδιο ιστό (π.χ. στην καταστροφή των ηπατικών κυττάρων (αφαίρεση ήπατος) το ήπαρ αναγεννάτε σε 6 μήνες όπως ήταν αρχικά β) Την υπερπλασία που συμβαίνει σε ανάγκη του οργανισμού να αναπτύσσει φυσιολογικούς ιστούς (π.χ. υπερπλασία του ενός νεφρού όταν υπάρχει έλλειψη του άλλου).

Με τον όρο «καρκίνος» περιγράφεται μία ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο. Ο όρος αναφέρεται στην υπερβολική, χωρίς προγραμματισμό, ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά, μέχρι τη στιγμή της έναρξης της διαδικασίας καρκινογένεσης. Οργανικά, ο καρκίνος είναι μία ασθένεια των κυττάρων. Συνεπώς, η κατανόηση του καρκίνου προϋποθέτει μία μικρή αναφορά σχετικά με το τι συμβαίνει όταν φυσιολογικά κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά.

Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από κύτταρα. Φυσιολογικά, τα κύτταρα αναπτύσσονται και διαιρούνται, ώστε να προκύψουν θυγατρικά κύτταρα και να διατηρηθεί η υγεία του οργανισμού. Μερικές φορές, η διαδικασία αυτή εκτρέπεται από το φυσιολογικό, οπότε προκύπτουν νέα κύτταρα (χωρίς να τα χρειάζεται ο οργανισμός) και – παράλληλα – δεν πεθαίνουν τα παλιά κύτταρα. Τα πλεονάζοντα κύτταρα σχηματίζουν μάζες, που καλούνται όγκοι. Σε μερικές περιπτώσεις αυτά τα παθολογικά κύτταρα κάνουν μετάσταση, δηλαδή εξαπλώνονται και σε άλλα μέρη του σώματος δημιουργώντας δευτερεύοντες όγκους (μεταστατικούς όγκους) παρόμοιους με αυτούς του αρχικού καρκίνου.

Ο καρκίνος συνήθως δεν επηρεάζει μόνο ένα όργανο του σώματος και δεν έχει μία μορφή. Μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε ιστό του σώματος και να έχει τελείως διαφορετική μορφή σε κάθε σημείο του σώματος. Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου και δεν αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο. Κάθε ένα είδος έχει τον δικό του τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης. Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι στην ουσία όγκοι εκτός από ορισμένους τύπους καρκίνου όπως η λευχαιμία, των οποίων τα κύτταρα κυκλοφορούν μέσα στο αίμα και στα όργανα και τελικά αναπτύσσονται σε συγκεκριμένους ιστούς.

Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι δεν είναι καρκίνος. Μπορούν εύκολα να αφαιρεθούν και δεν επανεμφανίζονται. Το σημαντικότερο είναι ότι τα κύτταρά τους δεν μπορούν να διασπαρθούν σε άλλα σημεία του σώματος και να δημιουργήσουν μεταστάσεις. Οι καλοήθεις όγκοι σχεδόν ποτέ δεν απειλούν την ζωή του ασθενούς. Οι κακοήθεις όγκοι είναι αυτό που ονομάζουμε καρκίνος. Τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να διηθήσουν και να βλάψουν ιστούς και άλλα παρακείμενα όργανα κοντά στον όγκο. Επίσης μπορούν να διαφύγουν από τον κύριο όγκο και να διασπαρθούν στο υπόλοιπο σώμα μέσω της αιματικής ή της λεμφικής κυκλοφορίας. Εάν αυτά τα κύτταρα βρουν πρόσφορο έδαφος σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος και αρχίσουν να πολλαπλασιάζονται τότε δημιουργείται μία μετάσταση. Με την διασπορά του όγκου σε κάποιο άλλο όργανο του σώματος, ο καινούριος μεταστατικός όγκος έχει τον ίδιο τύπο κυττάρων με τον αρχικό και την ίδια ταυτότητα. Για παράδειγμα εάν κάποιος καρκίνος παχέως εντέρου δώσει μεταστάσεις στο ήπαρ, τα κύτταρα των μεταστάσεων είναι κύτταρα παχέως εντέρου. Τότε η κατάσταση είναι μεταστατικός καρκίνος παχέως εντέρου και όχι καρκίνος ήπατος.

Οι περισσότεροι καρκίνοι παίρνουν το όνομά τους από τον τύπο του κυττάρου ή του οργάνου από το οποίο αρχίζουν. Αν κάνουν μετάσταση ο νέος όγκος φέρει το ίδιο όνομα με τον αρχικό. Ορισμένοι όγκοι παίρνουν το όνομά τους από τον επιστήμονα που τους ανακάλυψε (π.χ. Hodgkin, Brenner). Άλλοι ιατρικοί όροι που χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν την ύπαρξη καρκινικής νόσου είναι οι όροι κακοήθης όγκος, καρκίνωμα και νεόπλασμα.

Εάν δεν θεραπευθούν, οι καρκίνοι μπορούν τελικά να προκαλέσουν το θάνατο. Η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι περισσότεροι καρκίνοι μπορούν να θεραπευθούν.

Πολλοί θεραπεύονται, ειδικά εάν η θεραπεία αρχίσει νωρίς ¹.

1.2 Ανατομία γυναικείων γεννητικών οργάνων

Μήτρα

Η μήτρα είναι ένα μυώδες κοίλο όργανο που αποστολή του είναι να φιλοξενεί το γονιμοποιημένο ωάριο σε όλη την διάρκεια της ανάπτυξής του. Εξωτερικά μοιάζει με μικρό αχλάδι μήκους 7 και πλάτους 5 εκατοστών, με το μυτερό του μέρος στραμμένο προς τα κάτω. Τα τοιχώματά της αποτελούνται από πολύ ανθεκτικό και ιδιαίτερα ελαστικό μυϊκό ιστό που της επιτρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με το έμβρυο στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και να φτάνει να έχει μήκος 32 και πλάτος 20 εκατοστά. Η μήτρα βρίσκεται ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το παχύ έντερο, συγκρατείται από τένοντες που την στηρίζουν και δεν την αφήνουν να κατέβει προς τον κόλπο, ενώ παράλληλα της εξασφαλίζουν μια κάποια ελευθερία κινήσεων, επειδή πρέπει να είναι ευκίνητη για να προσαρμόζεται σε όλες τις αλλαγές των γειτονικών οργάνων, όπως η ουροδόχος κύστη όταν είναι γεμάτη.

Η μήτρα χωρίζεται σε δύο τμήματα: στον τράχηλο μέσω του οποίου επικοινωνεί με τον κόλπο και το εξωτερικό μέρος του σώματος, και στο κυρίως σώμα στο πάνω μέρος του οποίου υπάρχουν 2 μικρά ανοίγματα ένα δεξιά και ένα αριστερά, με τα οποία επικοινωνεί με τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες ².

Σώμα της μήτρας

Αυτό αποτελείται από παχύ μυϊκό τοίχωμα, που περικλείει την ενδομήτρια κοιλότητα. Το τμήμα του σώματος της μήτρας, που βρίσκεται πάνω από γραμμή, που ενώνει τα 2 σημεία εισόδου των σαλπίγγων, λέγεται πυθμένας. Αυτό το τμήμα συμβάλλει πολύ στην μεγέθυνση της ενδομήτριας κοιλότητας στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Το σχήμα της ενδομήτριας κοιλότητας είναι τριγωνικό με την βάση προς το πυθμένα και την κορυφή προς το μέρος της συμβολής του σώματος με τον τράχηλο, όπου σχηματίζεται το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο. Στις γωνίες της βάσης της ενδομήτριας κοιλότητας βρίσκονται τα στόμια, που οδηγούν στις σάλπιγγες. Το τμήμα της κοιλότητας, που αντιστοιχεί στις γωνίες αυτές, λέγεται κέρας της μήτρας. Φυσιολογικά, το πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας συμπίπτουν.

Τράχηλος

Ο τράχηλος της μήτρας διακρίνεται σε 2 μοίρες: την υπερκολπική, που βρίσκεται σε συνέχεια με το σώμα της μήτρας, και την ενδοκολπική που είναι συνέχεια της πρώτης και προβάλλει μέσα στον κόλπο. Ο αυλός του τραχήλου λέγεται ενδοτράχηλος, έχει σχήμα ατράκτου και προς τα πάνω οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα με το εσωτερικό στόμιο και προς τα κάτω στην κολπική κοιλότητα με το εξωτερικό στόμιο. Το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου στις άτεκνες γυναίκες είναι στρογγυλό, ενώ σε αυτές που γέννησαν ή έκαναν επεμβάσεις στην κοιλότητα της μήτρας, εμφανίζεται σαν εγκάρσια σχισμή³.

Σάλπιγγες

Οι σάλπιγγες είναι 2 δίδυμες δίοδοι με μήκος 10-12 εκατοστά που εκτείνονται ανάμεσα από τα κέρατα της μήτρας και τις ωοθήκες. Αποστολή τους είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωοθηκών μέσα στον αυλό τους, για να συναντήσουν τα σπερματοζώαρια και να πετύχουν σύλληψη. Οι σάλπιγγες πορεύονται κάτω από τα ελεύθερα χείλη των 2 πλατιών συνδέσμων και καλύπτονται από αυτούς, εκτός από λεπτή μοίρα της κάτω επιφάνειάς τους. Οι σάλπιγγες διακρίνονται σε 4 τμήματα: α)το διάμεσο ή ενδοτοιχωματικό, β)τον ισθμό, γ)την λήκυθο και δ)τον κώδωνα.

A)Διάμεσο ή ενδοτοιχωματικό

Το τμήμα αυτό αντιστοιχεί στο μέρος εκείνο των σαλπίγγων, που ξεκινάει από τα κέρατα της μητριάας κοιλότητας και περνάει μέσα από το μυϊκό τοίχωμα της μήτρας. Το μήκος του είναι 1-1,5 εκατοστό.

B)Ισθμός

Το τμήμα αυτό αποτελεί το στενότερο μέρος των σαλπίγγων, έχει μήκος 3-4 εκατοστά, διάμετρο 3-4 χιλιοστά και εμφανίζει περιορισμένη κινητικότητα.

Γ)Λήκυθος

Το τμήμα αυτό αποτελεί το ευρύτερο μέρος των σαλπίγγων, έχει μήκος 5-6 εκατοστά, διάμετρο 8-9 χιλιοστά και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα.

Δ)Κώδωνας

Το τμήμα αυτό έχει σχήμα χοάνης βρίσκεται κοντά στις ωοθήκες και καταλήγει σε 10-15 κροσσούς. Ένας από αυτούς είναι μεγαλύτερος, συνδέεται με την ωοθήκη και λέγεται ωοθηκικός κροσσός ή σύνδεσμος των σαλπίνγων. Ο κώδωνας εκβάλλει στην περιτοναϊκή κοιλότητα και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα, ιδιαίτερα τις ημέρες της ωοθυλακιορρηξίας, με σκοπό να εισροφήσει το απελευθερωμένο από την ωοθήκη ωάριο³.

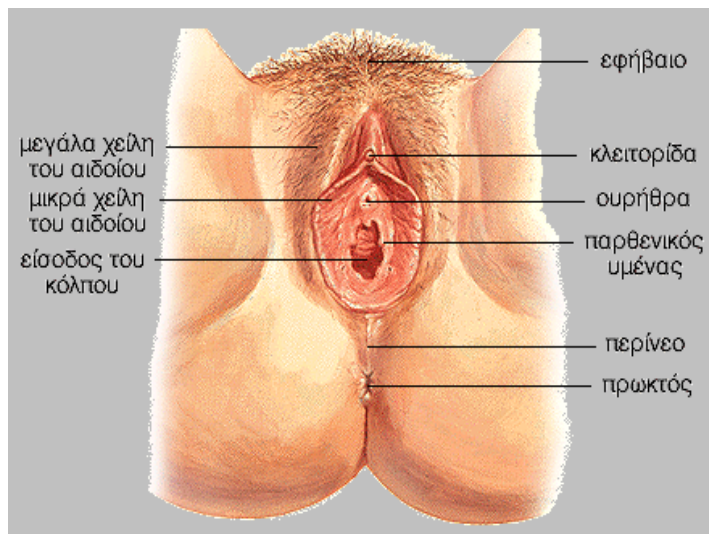
Ωοθήκες

Οι ωοθήκες είναι 2 αδένες που βρίσκονται στην ελάσσονα πύελο, δεξιά και αριστερά από τη μήτρα. Συνδέονται με τη μήτρα με ένα σύνδεσμο και με τις σάλπιγγες με έναν άλλο ειδικό σύνδεσμο που τις διατηρεί κοντά στην παρυφή τους. Η καθεμία από τις ωοθήκες έχει τον όγκο ενός καρυδιού και ζυγίζει 6-8 γραμμάρια περίπου. Το λευκό χρώμα τους έρχεται σε αντίθεση με την κοκκινωπή χροιά ή και ρόδινη των γειτονικών οργάνων. Οι ωοθήκες, λόγω του ότι είναι εξαιρετικά ευκίνητες αλλάζουν θέση με την εγκυμοσύνη, ανάλογα με το πέρασμα του χρόνου ή και με τις τροποποιήσεις που συμβαίνουν στο περιβάλλον τους.

Οι ωοθήκες είναι για την γυναίκα ότι οι όρχεις για τον άνδρα: ειδικοί γεννητικοί αδένες. Παίζουν έτσι διπλό ρόλο: παράγουν κάθε μήνα από ένα ωάριο και εκκρίνουν τις γυναικείες ορμόνες. Κατά την γέννηση της γυναίκας οι ωοθήκες περιέχουν ένα σημαντικό απόθεμα που αποτελείται από 400000-500000 ωάρια για την κάθε μία ωοθήκη. Η μεγάλη πλειοψηφία όλων αυτών των ωαρίων θα εκφυλιστεί και κατά την εφηβεία η κάθε ωοθήκη θα έχει μόλις 30000 ωάρια. Κατά την ενηλικίωση, κάθε 28 ημέρες περίπου ένα θυλακίδιο ωριμάζει και σπάει μετά από 14 ημέρες για να απελευθερώσει ένα ωάριο. Αυτό θα γονιμοποιηθεί με το σπερματοζωάριο και έτσι θα σχηματιστεί το πρώτο κύτταρο του βρέφους.

Κατά τ' άλλα, η ωοθήκη εκκρίνει τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη, που δίνουν στην γυναίκα, την θηλυκή της εμφάνιση, συντηρούν τα γεννητικά όργανα και εξασφαλίζουν την ύπαρξη εμμήνων κύκλων και την καλή εξέλιξη μιας εγκυμοσύνης. Η διάρκεια της ενεργού ζωής των ωοθηκών είναι περιορισμένη: αρχίζει κατά την εφηβεία και τελειώνει με την εμμηνόπαυση².

Αιδοίο



Από περιγραφική άποψη το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο, τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κολεού, τους βολβούς του προδόμου και τους μείζονες αδένες του προδόμου. Το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης

αποτελεί έπαρμα του δέρματος ακριβώς μπροστά από την ηβική σύμφυση. Έχει σχήμα αποστρογγυλεμένου τριγώνου με την βάση στραμμένη προς την κοιλία και την κορυφή προς τα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Καλύπτεται από δέρμα και έχει ως υπόθεμα υποδόριο λιπώδη συνδετικό ιστό. Το δέρμα του εφηβαίου κατά την παιδική ηλικία καλύπτεται από χνούδι, στην ήβη εμφανίζονται τρίχες και στην γεροντική ηλικία αραιώνουν ή αποπίπτουν τελείως. Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου είναι συμμετρικές πτυχές του δέρματος μήκους 7-8 cm που εξορμούν από το εφηβαίο και φέρονται μέχρι το περίνεο. Το δέρμα των μεγάλων χειλών έχει άφθονους ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και οσμογόνους αδένες και έχει ως υπόθεμα υποδόριο λιπώδη συνδετικό ιστό. Τα μικρά χείλη του αιδοίου είναι πτυχές του δέρματος επί τα εντός των μεγάλων χειλών και έχουν την όψη βλεννογόνου διότι το δέρμα τους είναι άτριχο, εξέρυθρο και έφυγρο. Έχουν μήκος περίπου 3-4 cm και εξορμούν από την κλειτορίδα και φέρονται μέχρι το κάτω χείλος του στομίου του κολεού. Γύρω από την κλειτορίδα σχηματίζουν μια πτυχή που την καλύπτει, η οποία ονομάζεται πόσθη της κλειτορίδας. Η κλειτορίδα αποτελεί στυτικό μόριο ανάλογο με το ανδρικό πέος. Αποτελείται από τα σηραγγώδη σώματα της κλειτορίδας τα οποία κατά την σεξουαλική διέγερση πληρούνται με αίμα και επέρχεται στύση της κλειτορίδας. Η βάλανος της κλειτορίδας όταν αυτή δεν βρίσκεται σε στύση δεν είναι ορατή διότι καλύπτεται από την πόσθη. Τα αγγεία και τα νεύρα που κατανέμονται στην κλειτορίδα είναι περίπου όμοια με τα αντίστοιχα του πέους στον άνδρα. Ο πρόδομος του κολεού αποτελεί την περιοχή που περικλείεται από τα μικρά χείλη του

αιδοίου. Πορευόμενοι από την κλειτορίδα προς το περίνεο ο πρόδομος του κολεού εμφανίζει το έξω στόμιο της ουρήθρας, το στόμιο του κολεού και τον σκαφοειδή βόθρο. Ο παρθενικός υμένας αποτελεί πτυχή του βλεννογόνου που περιβάλλει κυκλοτερώς το στόμιο του κολεού και φέρει αιμοφόρα αγγεία και νεύρα. Το εύρος του ανοίγματος του παρθενικού υμένα κατά την παιδική ηλικία είναι μικρό ενώ κατά την εφηβεία διευρύνεται και επιτρέπει την διόδo έως και δύο δακτύλων χωρίς να ραγεί, γεγονός που αποδεικνύει ότι ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί εμπόδιο στην διενέργεια συνουσίας, ανεξάρτητα από το μέγεθος του πέους. Ο παρθενικός υμένας εμφανίζει ποικίλες παραλλαγές ως προς τον αριθμό και την μορφολογία του στομίου του. Η στερεότητα του παρθενικού υμένα και επομένως η αντοχή του στην προσπάθεια ρήξης του κατά την πρώτη συνουσία διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα. Επίσης ποικίλει και ο βαθμός του πόνου και της αιμορραγίας που προκαλείται από την ρήξη του, δεδομένου ότι εξαρτώνται από την μορφή του αλλά και την πυκνότητα των αγγείων και των νεύρων. Οι βολβοί του προδόμου αποτελούν στυτικό ιστό ανάλογο με τον βολβό του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας στο ανδρικό πέος. Βρίσκονται επί τα εκτός του στομίου του κολεού και αποτελούν το υπόθεμα των μεγάλων χειλών. Κατά την σεξουαλική διέγερση οι βολβοί πληρούνται με αίμα, διογκώνονται και στενεύουν έτσι το στόμιο του κολεού, χωρίς όμως να το σκληραίνουν, γεγονός που θα εμπόδιζε την είσοδο του πέους. Η λειτουργική σημασία του φαινομένου αυτού είναι η αύξηση της ηδονής από την προστριβή του πέους κατά την σεξουαλική επαφή, αλλά και η παρεμπόδιση της εκροής του σπέρματος έξω από τον κόλπο μετά την εκσπερμάτιση. Οι μείζονες αδένες του προδόμου είναι δύο μικροί αδένες που βρίσκονται στο οπισθοπλάγιο τοίχωμα του κολεού. Το έκκριμα των αδένων χρησιμεύει στην εφύγρανση του προδόμου ώστε να διευκολύνει την είσοδο του πέους στον κολεό. Το έκκριμα κατά την συνουσία εξακοντίζεται κατά ώσεις (δίκην σπέρματος) και μερικές φορές είναι ικανής ποσότητας ώστε να δικαιολογεί τον όρο «*γυναικείο σπέρμα*». Η ποσότητα πάντως του εκκρίματος δεν είναι ικανή για την λίπανση του κόλπου, η οποία επιτελείται κατά κύριο λόγο από τους αδένες του επιθηλίου του κόλπου⁴.

1.3 Φυσιολογία γυναικείων γεννητικών οργάνων

Το ορμονικό σύστημα της γυναίκας περιλαμβάνει, όπως και του άνδρα 3 κατηγορίες ορμονών: α) μία υποθαλαμική εκλυτική ορμόνη (την εκλυτική ορμόνη της ωχρινοτρόπου ορμόνης, (LHRH), β) τις ορμόνες της πρόσθιας υπόφυσης: ωοθυλακιοτρόπο (FSH) και ωχρινοτρόπο (LH) ορμόνη, που εκκρίνονται με την επίδραση της υποθαλαμικής εκλυτικής ορμόνης (LHRH) γ) τις ορμόνες των ωοθηκών: οιστρογόνα και προγεστερόνη (ωχρίνη), που εκκρίνονται από τις ωοθήκες με την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών της αδενούπόφυσης. Μετά των υποθάλαμο και την υπόφυση, τρίτος βασικός παράγοντας που παίρνει μέρος στην παραγωγική λειτουργία της γυναίκας, είναι οι ωοθήκες. Οι ωοθήκες σχηματίζονται από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα, από μεσονεφρικές καταβολές και από περιοχή του περιτοναϊκού επιθηλίου. Η λειτουργία των ωοθηκών είναι περιορισμένη, δηλαδή αρχίζει με την ήβη και τελειώνει με την εμμηνόπαυση και η δράση τους είναι κυκλική, εκτός από την περίοδο της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας. Οι ωοθήκες παράγουν ωάρια (ωογένεση) και ορμόνες.

Ωογένεση

Η καταβολή των γεννητικών κυττάρων της γυναίκας γίνεται στην εμβρυική ζωή, όταν η περιοχή του μεσεγχύματος, στην οποία θα διπλασιαστούν οι ωοθήκες αποικίζεται από 1000-2000 αρχέγονα γεννητικά κύτταρα ($4^{\text{η}}$ - $6^{\text{η}}$ εβδομάδα) τα οποία ονομάζονται ωογόνια. Τα ωογόνια, με συνεχείς μιτωτικές διαιρέσεις, φτάνουν στα 5000000-7000000 τον 5^ο μήνα ($20^{\text{η}}$ εβδομάδα). Από την $20^{\text{η}}$ εβδομάδα μέχρι και την γέννηση πολλά από τα ωογόνια εκφυλλίζονται και τελικά την στιγμή της γέννησης, είναι 2000000. Πριν ολοκληρωθεί ο πολλαπλασιασμός τους, μερικά από τα ωογόνια αυξάνουν σε μέγεθος, αρχίζουν την μειωτική διαίρεση και ονομάζονται ωάρια ή ωοκύτταρα. Η πρώτη φάση της μειωτικής διαίρεσης διακόπτεται με την γέννηση στο στάδιο της πρόφασης και συνεχίζει αργότερα, στην αναπαραγωγική ηλικία, στις μέρες της ωοθυλακιορρηξίας. Στην ωοθυλακιορρηξία σχηματίζονται 2 άνισα θυγατρικά κύτταρα που περιέχουν απλοειδή, δηλαδή μισό αριθμό χρωμοσωμάτων. Το μεγαλύτερο από τα 2 κύτταρα ονομάζεται ωοκύτταρο $2^{\text{η}}$ τάξης και το μικρότερο 1° πολικό σωματίο. Το ωοκύτταρο $2^{\text{η}}$ τάξης, ξαναδιαίρεείται σε δεύτερη μειωτική διαίρεση, που ουσιαστικά είναι μειωτική διαίρεση ενός κύτταρου με απλοειδή αριθμό χρωμοσωμάτων και σχηματίζεται ένα μεγαλύτερο ώριμο ωάριο.

Η συμπλήρωση της 2^{ης} διαίρεσης του ωαρίου γίνεται μέσα στην σάλπιγγα στις πρώτες 24 ώρες από την ωοθηλακιορρηξία και όταν αυτό ανταμώσει το σπερματοζώαριο. Αν δεν συμβεί γονιμοποίηση, τότε εκφυλλίζεται προτού διαιρεθεί. Μετά την 2^η μειωτική διαίρεση, ο ώριμος πυρήνας του ωαρίου λέγεται θηλυκός προπυρήνας. Αυτός έχει διπλοειδή αριθμό χρωμοσωμάτων και αποτελεί τον ζυγωτή.

Ωοθηκικός κύκλος

Ο ωοθηκικός κύκλος της γυναίκας ρυθμίζεται από την λειτουργία του υποθαλάμου, της υπόφυσης και των ωοθηκών.

Ωοθήκες: από την εμβρυική ζωή της γυναίκας στην ωοθήκη βρίσκονται τα άωρα ωοθυλάκια, τα οποία φτάνουν στις 150000 περίπου. Τα κάθε ωοθυλάκιο αποτελείται από ένα ωάριο που περιβάλλεται από επιθηλιακά κύτταρα και λέγεται πρωτογενές. Η έκκριση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) έχει ως αποτέλεσμα την μεταμόρφωση των ωοθυλακίων. Το ωοθυλάκιο με μια σειρά αλλαγές μετατρέπεται σε ώριμο ωοθυλάκιο που λέγεται γρααφιανό. Συνήθως σε ένα κύκλο ωριμάζει ένα ωοθυλάκιο. Μόλις αυτό ωριμάσει βγαίνει από μέσα το ωάριο. Αυτό ονομάζεται ωοθυλακιορρηξία. Συμβαίνει περιοδικά 14 ημέρες πριν από την πρώτη ημέρα της επόμενης εμμηνορρυσίας. Σε όλη την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας μεταβάλλονται σε γρααφιανά 400-500 πρωτογενή ωοθυλάκια. Κατά την διάρκεια του ωοθυλακικού κύκλου οι ορμόνες της ωοθήκης (οιστρογόνα και προγεστερόνη) επηρεάζουν την απελευθέρωση των γοναδοτροπινών από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Ο κύκλος της περιόδου είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των ορμονών των ωοθηκών και του ενδομητρίου της μήτρας. Φυσιολογικά η περίοδος διακόπτεται μόνο από την εγκυμοσύνη ή από κάποια σοβαρή ασθένεια. Ο ωοθηκικός κύκλος μπορεί να χωριστεί σε 4 φάσεις που η καθεμία χαρακτηρίζεται από ορμονικές αλλαγές των ωοθηκών και αλλαγές της μήτρας.

Γεννητικός κύκλος

Γεννητικός κύκλος είναι το διάστημα από την αρχή της μίας περιόδου μέχρι την αρχή της επόμενης. Ο γεννητικός κύκλος χωρίζεται σε 2 φάσεις: α) την παραγωγική φάση και β) την εκκριτική φάση. Η ωοθηλακιορρηξία γίνεται στην μέση περίπου του γεννητικού κύκλου σε σταθερό κύκλο 28 ημερών. Εάν δεν γίνει ωοθηλακιορρηξία, τότε έχουμε μόνο παραγωγική φάση σε όλη την διάρκεια του κύκλου γιατί δεν δημιουργείται το ωχρό σωματίο. Το ωχρό σωματίο είναι υπεύθυνο για την παραγωγή

της προγεστερόνης και των οιστρογόνων. Η παραγωγή της προγεστερόνης είναι υπεύθυνη για τα χαρακτηριστικά της εκκριτικής φάσης του γεννητικού κύκλου. Επομένως στην περίπτωση που δεν συμβεί ωοθηλακιορρηξία ο κύκλος λέγεται μονοφασικός.

A. Παραγωγική φάση

Η παραγωγική φάση ρυθμίζεται από τα οιστρογόνα και αρχίζει με την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Τα οιστρογόνα προκαλούν στο ενδομήτριο υπεραίμια, υπερπλασία και υπερτροφία.

B. Εκκριτική φάση

Η εκκριτική φάση ρυθμίζεται από την προγεστερόνη και αρχίζει μετά την ωοθηλακιορρηξία. Η προγεστερόνη δρα στο ενδομήτριο και δημιουργεί το γλυκογόνο. Αυτό χρησιμοποιείται ως πρώτη τροφή του εμβρύου σε περίπτωση εγκυμοσύνης. Εάν όμως δεν γίνει γονιμοποίηση, τότε η έκκριση της προγεστερόνης μειώνεται σταδιακά και μετά από 2 εβδομάδες –από την αρχή της εκκριτικής φάσης- το προετοιμασμένο ενδομήτριο πέφτει με τη μορφή αιμορραγίας. Η αιμορραγία αυτή λέγεται έμμηνος ρύση και εμφανίζεται κατά σταθερά χρονικά διαστήματα, συνήθως κάθε 28 ημέρες. Η πρώτη ημέρα της εμμήνου ρύσεως αποτελεί την πρώτη ημέρα του νέου κύκλου, ο οποίος αρχίζει με την παραγωγική φάση. Στη διάρκεια μιας κανονικής εμμηνορρυσίας χάνονται 35ml ορώδους υγρού. Φυσιολογικά το υγρό της εμμηνορρυσίας δεν πήζει γιατί μαζί με το νεκρωτικό υλικό του ενδομητρίου απελευθερώνεται και μια ινωδολυσίνη. Μέσα σε 3-7 ημέρες από την έναρξη της εμμηνορρυσίας η αιμορραγία σταματά, γιατί σ' αυτό το διάστημα έχει ολοκληρωθεί η αναγέννηση του επιθηλίου του ενδομητρίου.

Εμμηνόπαυση

Όταν η γυναίκα φτάσει στην ηλικία, κατά μέσον όρο, των 40-50 χρονών, οι γενετήσιοι κύκλοι βαθμιαία γίνονται ακανόνιστοι και πολλοί από αυτούς δεν συνοδεύονται από ωορρηξία. Μετά από λίγους μήνες ως λίγα χρόνια οι κύκλοι σταματούν οριστικά. Η διακοπή αυτή ονομάζεται εμμηνόπαυση. Αίτιο της εμμηνόπαυσης είναι η εξάντληση των ωοθηκών. Με άλλα λόγια, στη διάρκεια της αναπαραγωγικής περιόδου της γυναίκας με κάθε γενετήσιο κύκλο πολλά πρωτογενή

ωοθυλάκια εξελίσσονται σε κυστικά και τελικά όλα σχεδόν τα ωάρια είτε εκφυλίζονται είτε βγαίνουν από τις ωοθήκες με την ωορρηξία.

Έτσι σε ηλικία 45 περίπου ετών έχουν απομείνει πολύ λίγα πρωτογενή ωοθυλάκια για να διεγερθούν, ενώ και η παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες ελαττώνεται καθώς ο αριθμός των πρωτογενών ωοθυλακίων πλησιάζει στο μηδέν. Για λίγο διάστημα μετά την εμμηνόπαυση εξακολουθούν να παράγονται οιστρογόνα σε ποσότητες μικρότερες από τις κρίσιμες, αλλά σε λίγα χρόνια όταν μετατραπούν σε άτρητα και τα τελευταία πρωτογενή ωοθυλάκια που έχουν απομείνει, η παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες σχεδόν μηδενίζεται.

Ορμόνες

Οι παραγόμενες από την ωοθήκη ορμόνες είναι στεροειδείς, δηλαδή χημικά ανήκουν στην ομάδα των στερολών. Στην ίδια ομάδα ανήκουν η χοληστερόλη, η βιταμίνη D και τα χολικά οξέα. Στεροειδείς ορμόνες παράγουν και οι όρχεις, ο φλοιός των επινεφριδίων και ο πλακούντας.

Οι ωοθήκες παράγουν:

- ✓ Οιστρογόνες ορμόνες, από το ωοθυλάκιο που ωριμάζει.
- ✓ Προγεστερόνη, που η έκκριση της αρχίζει λίγο πριν την ωοθηλακιωρρηξία από κύτταρα του ωοθυλακίου, που ωχρινοποιούνται και από το ωχρό σωματίο.
- ✓ Ανδρογόνες ορμόνες, από τη μυελώδη ουσία και από το ωοθυλάκιο.
- ✓ Κυβερνίνες, που είναι πεπτιδικές ουσίες και δρουν πάνω στις ίδιες ωοθήκες.
- ✓ Ριλαξίνη, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης
- ✓ Άλλους ενδοθηκικούς παράγοντες⁵.

A. Οιστρογόνες ορμόνες

Λέγονται οιστρογόνες, γιατί όταν χορηγηθούν προκαλούν οίστρο. Οι οιστρογόνες ορμόνες είναι στεροειδείς ουσίες, παράγωγα οιστρανίου και διακρίνονται σε φυσικές και συνθετικές. Ο μεταβολισμός τους γίνεται κυρίως στο ήπαρ. Αυτό ρυθμίζει και τη βιολογική τους δράση, σαν ένας βοηθητικός αδένας.

Δράση

Μήτρα: προκαλούν υπερπλασία και υπερτροφία των αδένων του ενδομητρίου και αυξάνουν τον αριθμό των μιτωτικών διαιρέσεων και τη διαπερατότητα των τριχοειδών στη διακίνηση των θρεπτικών ουσιών. Η δράση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του μήκους των αδένων και του πάχους του ενδομητρίου, μεταβολές που χαρακτηρίζουν την παραγωγική φάση του ενδομήτριου κύκλου.

Κόλπος: προκαλούν αύξηση των μιτωτικών διαιρέσεων των κυττάρων και τέτοιες μεταβολές ώστε από τον κυτταρολογικό έλεγχο των επιχρισμάτων του μπορούμε να διαγνώσουμε την ωοθηκική ορμονική δραστηριότητα.

Ωοθήκες: εκτός από την έμμεση επίδραση, που ασκούν μέσω του υποθαλάμου οι οιστρογόνες ορμόνες στις ωοθήκες, έχουν και άμεση τοπική επίδραση γιατί συμβάλλουν στην ανάπτυξη και ωρίμανση των ωοθυλακίων και στη λειτουργία των ωχρών σωματίων.

Σάλπιγγες: στις σάλπιγγες οι οιστρογόνες ορμόνες προκαλούν υπερτροφία και υπερπλασία του επιθηλίου των ενδοσαλπιγγίων. Τα κροσσωτά και τα εκκριτικά του κύτταρα αυξάνονται, ενώ ελαττώνονται τα εμβόλιμα. Επίσης αυξάνεται η ποσότητα του σαλπιγγικού υγρού και η συστατικότητα των λείων μυϊκών ινών.

B. Προγεστερόνη

Η προγεστερόνη λέγεται και ωχρίνη και ανήκει στα προγεσταγόνα. Αυτά τα διακρίνουμε σε φυσικά και συνθετικά. Φυσικό προγεσταγόνο: είναι η προγεστερόνη. Παράγεται λίγο πριν από την ωοθηλακιορρηξία από τα κοκκιώδη κύτταρα και από το ωχρό σωματίο, ύστερα από επίδραση της ωοθυλακιοτρόπου και ωχρινοτρόπου ορμόνης.

Συνθετικά προγεσταγόνα: έχουν βιολογική δράση με την προγεστερόνη και παρασκευάζονται για θεραπευτικό σκοπό. Ο μεταβολισμός της προγεστερόνης γίνεται στο ήπαρ. Ένα μεγάλο μέρος των μεταβολιτών της απεκκρίνεται από τη χολή και επαναρροφάται από το έντερο.

Δράση

Μήτρα: η προγεστερόνη προετοιμάζει το ενδομήτριο για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Κόλπος: στο κοιλικό επιθήλιο η προγεστερόνη προκαλεί αύξηση της αποφλοίωσης των βασεόφιλων κυττάρων και πυκνούς σωρούς από ενδιάμεσα κύτταρα.

Σάλπιγγες: σ' αυτές η προγεστερόνη αυξάνει την έκκριση των κυττάρων των ενδοσαλπιγγίων σε γλυκογόνο, ελαττώνει τα κροσσωτά και αυξάνει τα εκκριτικά.

Ωοθήκες: σ' αυτές η προγεστερόνη δρα άμεσα στη μεταβολή των κυττάρων τους για να διευκολύνουν την ωοθηλακιορρηξία και έμμεσα, μέσω του υποθαλάμου για την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών.

Γ. Ανδρογόνες ορμόνες

Αυτές είναι οι ουσίες που έχουν ικανότητα να προκαλούν αρσενικοποίηση. Διακρίνονται σε φυσικές και συνθετικές.

Φυσικές: οι φυσικές ανδρογόνες ορμόνες παράγονται σε μικρά ποσά από τις ωοθήκες.

Συνθετικές: οι συνθετικές ανδρογόνες ορμόνες είναι παράγωγα της τεστοστερόνης.

Οι ανδρογόνες ορμόνες μεταβολίζονται με γρήγορο ρυθμό στο ήπαρ και αποβάλλονται με τα ούρα.

Δράση

Προκαλούν υπερτρίχωση, αναστολή της εμμηνορρυσίας, ατροφία των ωαγωγών, των μαστών, του κόλπου, του αιδοίου και σε μεγάλες δόσεις εξαφανίζουν τους δευτερεύοντες γεννητικούς χαρακτήρες ενώ τους αναπτύσσουν στους άνδρες και ελέγχουν την σπερματογένεση του.

Δ. Κυβερνίνες

Οι κυβερνίνες είναι πεπτιδικές ουσίες που εκκρίνονται από τις ωοθήκες και από τους όρχεις και έχουν ενδογονιακή δράση, δρουν πάνω στις ωοθήκες ή τους όρχεις. Αυτές είναι:

- ✓ Ο αναστολέας ωρίμανσης ωαρίων (O.M.I = Ovocyte Maturation Inhibitor)
- ✓ Ο αναστολέας σύνδεσης της FSH με τους υποδοχείς (FSH-RHI=FSH-Receptors Binding Inhibitor)
- ✓ Ο αναστολέας ωχρινοποίησης (LI Luteinization Inhibitor)
- ✓ Ο αναστολέας δέσμησης της LH στους υποδοχείς (LH-RHI=Receptors Binding Inhibitor)
- ✓ Ο διεγερτικός παράγοντας ωχρινοποίησης (LH=Luteinization Stimulor)
- ✓ Ο διεγερτικός παράγοντας της LH (LH-LA=LH Binding Stimulatory Activity)
- ✓ Η ανασταλτίνη (Inhibine)
- ✓ Οι γοναδικρίνες (Gonadocrinines)

E. Ριλαξίνη

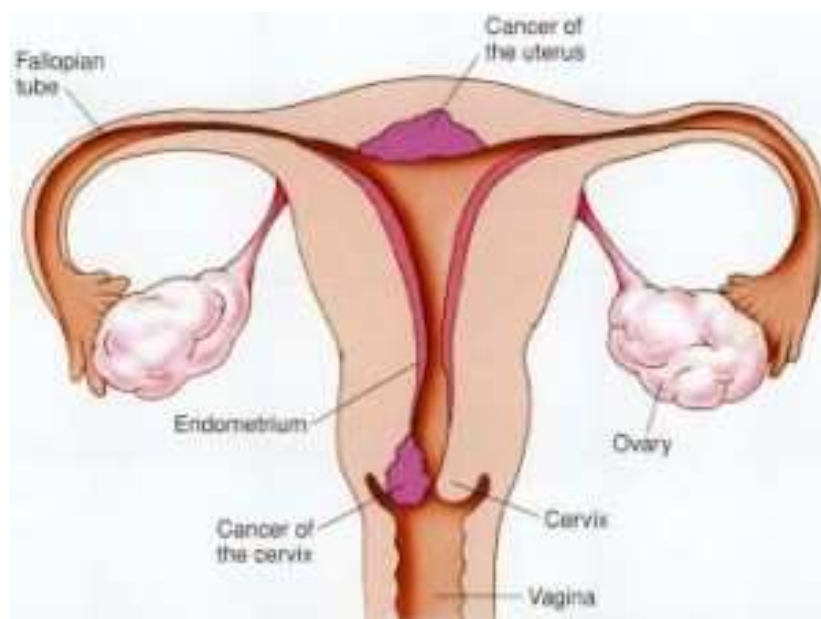
Η ριλαξίνη είναι πολυπεπτίδιο και μοιάζει με ινσουλίνη. Παράγεται από το ωχρό σωματίο και λιγότερο από τον πλακούντα. Η κυριότερη δράση της είναι στην αναδόμηση του κολλαγόνου της μήτρας και του τραχήλου στην εγκυμοσύνη. Προκαλεί χαλάρωση της ηβικής σύμφυσης στην εγκυμοσύνη. Καταστέλλει τη συσταλτικότητα του μυομητρίου. Προϋπόθεση για τη δράση της είναι η προηγούμενη δράση των οιστρογόνων ορμονών.

Γονιμότητα της γυναίκας

Η γόνιμη περίοδος κάθε γενετήσιου κύκλου. Μετά την έξοδο του από την ωοθήκη το ωάριο διατηρείται ζωντανό και ικανό να γονιμοποιηθεί πιθανόν όχι για περισσότερες από 24 ώρες. Για να γίνει, λοιπόν, η γονιμοποίηση θα πρέπει σύντομα μετά από την ωορρηξία να υπάρξουν διαθέσιμα σπερματοζώαρια. Εξάλλου λίγα μόνο σπερματοζώαρια μπορούν να διατηρήσουν τη ζωτικότητα τους μέσα στο γεννητικό σωλήνα της γυναίκας μέχρι 72 ώρες ενώ τα περισσότερα δεν αντέχουν περισσότερο από 24 ώρες. Για να υπάρξει συνεπώς γονιμοποίηση, η συνουσία θα πρέπει να γίνεται στο διάστημα μιας μέρας πριν και μιας μέρας μετά την ωορρηξία ⁵.

Κεφάλαιο Δεύτερο

Καρκίνοι γυναικείου γεννητικού συστήματος



2.1 Καρκίνος τραχήλου μήτρας

2.1.1 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ευθύνεται για το θάνατο 274.000 γυναικών κάθε χρόνο σε όλον τον κόσμο και είναι η δεύτερη περισσότερο διαδεδομένη μορφή καρκίνου των γυναικών. Στην Ευρώπη 33.500 γυναίκες προσβάλλονται κάθε χρόνο, ενώ από αυτές οι 15.000 πεθαίνουν. Όπως όλοι γνωρίζουμε η μήτρα είναι ένα πολύ σημαντικό όργανο της γυναίκας, χαρακτηριστικό της γυναικείας υπόστασης και η



αρχή της ανθρώπινης ζωής, αφού εκεί μέσα γονιμοποιείται το ωάριο, τρέφεται και μεγαλώνει το έμβρυο πριν τον ερχομό του στον κόσμο. Ο τράχηλος της μήτρας, μετά το μαστό αποτελεί το δεύτερο πεδίο ανάπτυξης κακοηθών όγκων. Ο καρκίνος του τραχήλου είναι μία νόσος που μπορεί να θεραπευθεί εάν διαγνωσθεί έγκαιρα. Δυστυχώς όμως πολλές γυναίκες όπως

πιστοποιούν τα ποσοστά που ήδη αναφέραμε δεν υποβάλλονται στην κατεξοχήν σχετική εξέταση, όπως το test – Παπανικολάου και δεν μπορούν να προλάβουν τη νόσο με τις γνωστές συνέπειες. Σε ποσοστό πάνω από 80% των γυναικών στις οποίες διαγνώσθηκε καρκίνος του τραχήλου, σε πρώιμο στάδιο θεραπεύεται με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή⁶.

2.1.2 Αιτιολογία

Έχουν γίνει πολλές μελέτες για να προσδιορίσουν την αιτία ή τις αιτίες του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας τα τελευταία 50 χρόνια. Οι περισσότερες από τις μελέτες έχουν συγκρίνει γυναίκες με CIN ή διηθητικό καρκίνο, με γυναίκες με φυσιολογικούς τραχήλους. Οι γυναίκες κατηγοριοποιούνται κατά ηλικία, τεκνοποίηση και κοινωνική κατάσταση, ώστε να αναγνωριστεί το αίτιο ή οι συνυπεύθυνοι παράγοντες για την ανάπτυξη της νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας. Παρά τις εκτεταμένες μελέτες, δεν αναδεικνύεται ένας παράγοντας ως η μοναδική αιτία της νόσου και είναι πολύ πιθανό ότι ένας αριθμός παραγόντων δρουν

σε συνδυασμό. Αυτοί συμπεριλαμβάνουν την σεξουαλική συμπεριφορά, την χρήση αντισυλληπτικών, το κάπνισμα, και την κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος. Υπάρχει ισχυρή απόδειξη ότι ένας σεξουαλικά μεταδιδόμενος παράγοντας εμπλέκεται και ότι οι ιοί του ανθρώπινου θηλώματος είναι οι κύριοι ύποπτοι προς το παρόν.

Ιός του ανθρώπινου θηλώματος: DNA ανάλυση των θηλωμάτων του ανώτερου γεννητικού συστήματος, τραχηλικού ιστού με CIN και τραχηλικού ιστού με καρκίνο, έχουν δείξει ότι δύο ομάδες HPV μπορούν να αναγνωριστούν στο γυναικείο γεννητικό σύστημα. Η μία ομάδα HPV (τύποι 6, 11) βρίσκεται σχεδόν πάντα σε χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις του τραχήλου (CIN) και σε εξωφυτικά κονδυλώματα του ανώτερου γεννητικού συστήματος τα οποία έχουν χαμηλή πιθανότητα εξέλιξης σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Μία δεύτερη ομάδα HPV (τύποι 16, 18) βρίσκεται πιο συχνά σε CIN2 και CIN3 αλλοιώσεις οι οποίες έχουν υψηλή πιθανότητα εξέλιξης σε διηθητικό καρκίνο.

Σεξουαλική δραστηριότητα: Η σχέση μεταξύ σεξουαλικής δραστηριότητας και τραχηλικού καρκίνου είναι γνωστή για περισσότερο από έναν αιώνα. Το 1982 ο Rigoni Stern εξέτασε τα αρχεία θανάτων στην Βερόνα και κατέγραψε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ήταν συχνός στις παντρεμένες γυναίκες αλλά όχι στις ανύπαντρες και στις καλόγριες. Πιο πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η ηλικία της πρώτης συνουσίας και ο αριθμός των σεξουαλικών παρτενέρ (Harris et al 1980) είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη CIN και καρκίνου. Αντίθετα με παλαιότερους ισχυρισμούς, η περιτομή δεν ελαττώνει τον κίνδυνο.

Χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων: Υπάρχουν πολλές μελέτες που έχουν ερευνήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια. Αυτές οι μελέτες είναι περίπλοκες επειδή υπάρχουν πολλά διαφορετικά σκευάσματα αντισυλληπτικών και η χρήση τους είναι περιοδικά διακοπτόμενη. Μία πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη από την Διεθνή Υπηρεσία Έρευνας Καρκίνου (2002) βρήκε ότι η παρατεταμένη χρήση αντισυλληπτικών αύξησε τον κίνδυνο του τραχηλικού καρκίνου στις γυναίκες που είχαν ήδη μολυνθεί από έναν από τους HPV ιούς υψηλού κινδύνου (HPV 16 ή 18). Οι γυναίκες που είχαν χρησιμοποιήσει το χάπι για 5-9 χρόνια είχαν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα, από τις γυναίκες που δεν το χρησιμοποιούσαν, να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι γυναίκες που είχαν

χρησιμοποιήσει το χάπι περισσότερο από 10 χρόνια είχαν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν την νόσο. Αυτός ο κίνδυνος δεν επηρεαζόταν από την ηλικία της πρώτης χρήσης ή το χρονικό διάστημα από την πρώτη /τελευταία χρήση. Σε μία μελέτη 889 γυναικών που απεβίωσαν από την νόσο, Vessey et al (2003), βρήκαν ότι αν και τα ορμονικά σκευάσματα που λαμβάνονται από το στόμα αυξάνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ελάττωναν τον κίνδυνο του καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών. Τα άλλα αντισυλληπτικά μέτρα, όπως το προφυλακτικό και οι ενδομητριακές αντισυλληπτικές συσκευές δεν φαίνεται να επηρεάζουν την ανάπτυξη ή την εξέλιξη του καρκίνου.

Κάπνισμα: Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι το κάπνισμα είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη CIN και διηθητικού καρκίνου, όπως είναι και για πολλούς άλλους επιθηλιακούς καρκίνους. Έχει γίνει μάλιστα η υπόθεση ότι ακόμα και το παθητικό κάπνισμα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο (Haverkos et al 2003). Τα παράγωγα της νικοτίνης έχουν ανιχνευθεί μέσα στην τραχηλική βλέννη, όπου μπορούν να δρουν ως επιπρόσθετος καρκινογόνος παράγοντας. Οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες στον καπνό του τσιγάρου σχηματίζουν επιβλαβείς προσμίξεις στο DNA των τραχηλικών επιθηλιακών κυττάρων τα οποία μπορεί να παρουσιάσουν μετάλλαξη και πλεονασματική εξαλλαγή (Simons et al 1994, 1995). Υπάρχουν κάποιες αποδείξεις ότι ο καπνός του τσιγάρου μπορεί να αντιδρά με το DNA του ιού του ανθρώπινου θηλώματος και να προκαλεί κακοήγη εξαλλαγή των επιθηλιακών κυττάρων.

Ανοσοποιητικό σύστημα: Η θεωρία ότι η ανοσοποιητική επίβλεψη μπορεί να είναι από τους πιο σημαντικούς φυσικούς τρόπους ελέγχου της ανάπτυξης καρκίνου στηρίζεται στο γεγονός ότι η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN) κυριαρχεί σε δέκτες μοσχευμάτων, σε καρκινοπαθείς και οροθετικές HIV γυναίκες. Αυτές οι ομάδες γυναικών έχουν μειωμένη ανοσολογική αντίδραση των T - λεμφοκυττάρων η οποία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα τους να παρουσιάσουν μία επαρκή ανοσολογική απάντηση εναντίων των ξένων αντιγόνων των καρκινικών κυττάρων και έτσι δεν είναι ικανές να τα περιορίσουν ή να τα καταστρέψουν.

Μικροβιακοί παράγοντες: Ένα σύνολο από μικροοργανισμούς έχουν ενοχοποιηθεί στο παρελθόν ότι εμπλέκονται στην διαδικασία της καρκινογένεσης. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται η τριχομονάδα του κόλπου, ο έρπης των γεννητικών οργάνων

και τα χλαμύδια. Οι πιο πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν τους ιούς του ανθρώπινου θηλώματος ως παράγοντες κλειδιά στην παθογένεση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και τις πρόδρομες αλλοιώσεις⁷.

2.1.3 Διάγνωση

Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι ευχερής. Η γυναικολογική κλινική εξέταση αποκαλύπτει συνήθως βλάβες του τραχήλου και διόγκωση λεμφαδένων, ενώ συνήθως το τεστ Παπανικολάου αποκαλύπτει νεοπλασματικά κύτταρα σε δείγμα κολπικού υγρού που λαμβάνεται από τον τράχηλο. Η κολποσκόπηση χρησιμοποιείται, όταν το τεστ Παπανικολάου βγει θετικό και δεν υπάρχουν εμφανείς βλάβες του τραχήλου στην απλή γυναικολογική εξέταση. Το κολποσκόπιο έχει τη δυνατότητα να μεγεθύνει πολύ την περιοχή και να εμφανίζει τοπικές εστίες που δεν ήταν αντιληπτές στην απλή εξέταση. Η βιοψία της ύποπτης περιοχής δίνει τις απαραίτητες πληροφορίες για το εάν υπάρχει κακοήθεια, καθώς και το βαθμό, τον τύπο και το στάδιο της νόσου⁸.

2.1.4 Θεραπεία

Η θεραπεία εξαρτάται από το στάδιο του καρκίνου. Πρώιμα στάδια: Σε περίπτωση που μόνο η επιφάνεια του τραχήλου της μήτρας εμπλέκεται, οι γιατροί μπορούν συχνά να καταργήσουν εντελώς τον καρκίνο αφαιρώντας μέρος του τραχήλου της μήτρας με το βρόχο, Ηλεκτροχειρουργική διαδικασία εκτομής, λέιζερ, ή ένα κρύο μαχαίρι, η οποία έγινε κατά τη διάρκεια ενός κωνικής βιοψίας. Αυτές οι θεραπείες διαφυλάσσουν την ικανότητα της γυναίκας να αποκτήσει παιδιά. Επειδή ο καρκίνος μπορεί να επαναληφθεί, οι γιατροί συμβουλεύουν τις γυναίκες να επιστρέψουν για τις εξετάσεις και Παπ τεστ κάθε 3 μήνες για το πρώτο έτος και κάθε 6 μήνες μετά από αυτό. Σπάνια, η αφαίρεση της μήτρας (υστερεκτομή) είναι απαραίτητη. Αν πρώιμα στάδια του καρκίνου περιλαμβάνουν περισσότερη από την επιφάνεια του τραχήλου της μήτρας, οι γιατροί κάνουν συνήθως υστερεκτομή, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Αν οι γυναίκες με πρώιμο στάδιο καρκίνου του τραχήλου επιθυμούν να διατηρήσουν την ικανότητά τους να αποκτήσουν παιδιά, μια διαδικασία που ονομάζεται ριζική τραχηλεκτομή μπορεί να γίνει. Σε αυτή τη διαδικασία, ο τράχηλος, ο ιστός δίπλα στον τράχηλο, το άνω μέρος του κόλπου, καθώς και οι λεμφαδένες στην πύελο απομακρύνονται. Η μήτρα και ο κόλπος που παραμένουν επισυνάπτονται μεταξύ τους. Έτσι, οι γυναίκες εξακολουθούν να μπορούν να μείνουν έγκυες.

Ωστόσο, τα μωρά πρέπει να γεννηθούν με καισαρική τομή. Η θεραπεία αυτή φαίνεται να είναι εξίσου αποτελεσματική με άλλες πιο επεμβατικές θεραπείες για τις γυναίκες με πρώιμο στάδιο καρκίνο του τραχήλου.

Αρχική εξάπλωση στο εσωτερικό της πυέλου: Υστερεκτομή συν την αφαίρεση των γύρω ιστών, των συνδέσμων και των λεμφαδένων (ριζική υστερεκτομή) είναι απαραίτητη. Οι ωοθήκες μπορούν να αφαιρεθούν. Κανονικά, οι ωοθήκες που λειτουργούν δεν πρέπει να αφαιρούνται. Θεραπεία ακτινοβολίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί μερικές φορές αντί της υστερεκτομής. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να ερεθίσει την κύστη ή το ορθό. Αργότερα, κατά συνέπεια, το έντερο μπορεί να φράξει, και η ουροδόχος κύστη και το ορθό μπορούν να καταστραφούν. Επίσης, οι ωοθήκες συνήθως σταματούν τη λειτουργία τους. Είτε με ριζική υστερεκτομή ή ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία επίσης χρησιμοποιείται συνήθως, και περίπου 85-90% των γυναικών έχουν θεραπευτεί.

Περαιτέρω εξάπλωση εντός της λεκάνης ή σε άλλα όργανα: Ακτινοθεραπεία συν χημειοθεραπεία είναι προτιμότερες. Μια λαπαροσκόπηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ή να γίνει χειρουργική επέμβαση για να διαπιστωθεί αν οι λεμφαδένες που συμμετέχουν και ως εκ τούτου καθορίζουν που η ακτινοβολία θα πρέπει να απευθύνεται. Εάν ο καρκίνος παραμένει στην πύελο μετά την ακτινοθεραπεία, οι γιατροί μπορούν να συστήσουν χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση όλων των οργάνων της πυέλου. Αυτή η διαδικασία θεραπεύει μέχρι το 50% των γυναικών.

Εκτεταμένες μεταστάσεις ή επανάληψη: χημειοθεραπεία συνιστάται να γίνεται μερικές φορές. Ωστόσο, η χημειοθεραπεία μειώνει το μέγεθος του καρκίνου και των ελέγχων της εξάπλωσής της σε μόλις 15-25% των γυναικών που την έλαβαν, και το αποτέλεσμα είναι συνήθως μόνο προσωρινό ⁹.

2.1.5 Πρόγνωση

Η πρόγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι άριστη, εάν διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο. Αν ο καρκίνος περιορίζεται μόνο στον τράχηλο - και σ' αυτό το στάδιο παραμένει για αρκετά χρόνια πριν αναπτυχθεί - η θεραπεία προσφέρει πλήρη ίαση στη γυναίκα δηλαδή 5/ετή επιβίωση 100%. Όλες οι γυναίκες μετά την ηλικία των 20 -25 ετών ή καλύτερα με την έναρξη των ερωτικών τους επαφών, συνιστάται

να κάνουν ένα πρώτο Pap-test, το οποίο μπορούν να επαναλαμβάνουν κάθε ένα με δύο χρόνια. Η θεραπεία προκαρκινικών σταδίων είναι απλή, ασφαλής, συχνά μη ακρωτηριαστική και συνήθως οδηγεί στην πλήρη ίαση ¹⁰.

Επομένως, η πρόγνωση εξαρτάται από το στάδιο του καρκίνου. Τα ποσοστά των γυναικών που είναι εν ζωή 5 χρόνια μετά την διάγνωση και θεραπεία είναι:

- ✓ Στάδιο I: 80 έως 90% των γυναικών
- ✓ Στάδιο II: 60 έως 75%
- ✓ Στάδιο III: 30 έως 40%
- ✓ Στάδιο IV: 15% ή λιγότερα

Εάν ο καρκίνος πρόκειται να επαναληφθεί, αυτό συμβαίνει συνήθως εντός 2 ετών ¹¹.

2.2 Καρκίνος ενδομητρίου

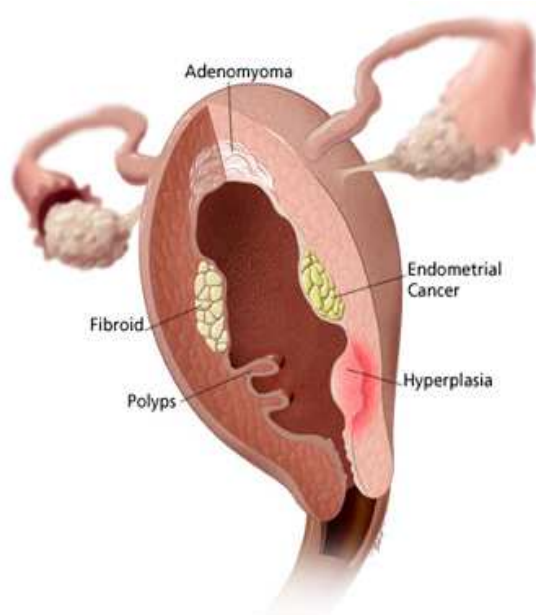
2.2.1 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του ενδομητρίου αποτελεί τον συχνότερο γυναικολογικό καρκίνο (εξαιρουμένου του καρκίνου του μαστού) στις αναπτυγμένες χώρες. Ο καρκίνος ξεκινά από το ενδομήτριο, το οποίο αποτελεί τον εσωτερικό χιτώνα της μήτρας. Το 75% των περιπτώσεων καρκίνου ενδομητρίου εμφανίζονται μετά την εμμηνόπαυση, με μέση ηλικία διάγνωσης τα 60 χρόνια. Ένα μικρό ποσοστό 3-5% εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 40 ετών. Ανιχνεύεται συχνά σε αρχικά στάδια εξαιτίας του γεγονότος ότι ο καρκίνος δίνει συμπτώματα τα οποία οδηγούν την γυναίκα να συμβουλευτεί τον γυναικολόγο της. Τα συμπτώματα αυτά, που έχουν ανάγκη διερεύνησης, μπορεί να είναι τα ακόλουθα:

- ✓ Κάθε αιμορραγία, ακόμα και σταγονοειδής, στην εμμηνόπαυση
- ✓ Μεγαλύτερη διάρκεια της περιόδου, αυξημένη ροή αίματος
- ✓ Αιμορραγία ανάμεσα στις περιόδους
- ✓ Σε προχωρημένα στάδια της νόσου μπορεί να εμφανιστεί πόνος, καταβολή, απώλεια βάρους, αναιμία ¹².

2.2.2 Αιτιολογία

Ο καρκίνος του ενδομητρίου ξεκινά από το ενδομήτριο, το τοίχωμα της μήτρας και διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με το γυναικείο ορμονικό σύστημα (ο χρόνος της εμμηνόπαυσης, ο αριθμός των κυήσεων, το σωματικό βάρος) έχουν σχετιστεί με τον κίνδυνο εκδήλωσης της πάθησης. Τα νέα ευρήματα από τη μελέτη του Κέντρου Ελέγχου Ασθενειών και Πρόληψης των ΗΠΑ με επικεφαλής την Δρ Σέριλ Τόμας που έγιναν σε 3.600 γυναίκες 20-54 ετών, επιβεβαιώνουν την σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και υψηλού κινδύνου εκδήλωσης καρκίνου του ενδομητρίου. Αλλά δείχνουν επίσης ότι ο χρόνος έναρξης της εμμηνόπαυσης είναι το σημείο-κλειδί στην σχέση. Οι



ερευνητές διαπίστωσαν ότι μεταξύ των γυναικών που είχαν την τελευταία τους εμμηνόρροια πριν την ηλικία των 45 ετών και Δείκτη Μάζας Σώματος τουλάχιστον 35 είχαν σχεδόν 22πλάσιες πιθανότητες να εκδηλώσουν καρκίνο του ενδομητρίου συγκριτικά με τις γυναίκες που έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος. Εκ των γυναικών που μπήκαν στην εμμηνόπαυση αργότερα, οι πολύ παχύσαρκες γυναίκες είχαν σχεδόν τετραπλάσιο κίνδυνο να

εκδηλώσουν καρκίνο. Οι γυναίκες που ήταν λιγότερο υπέρβαρες είχαν επίσης υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου συγκριτικά με τις γυναίκες με φυσιολογικό βάρος, ανεξαρτήτως του πότε μπήκαν στην εμμηνόπαυση. Οι λόγοι της αλληλεπίδρασης μεταξύ υψηλού ΔΜΣ και πρώιμης εμμηνόπαυσης δεν είναι ξεκάθαροι. Ενώ η παχυσαρκία συχνά σχετίζεται με τον υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου, η πρώιμη εμμηνόπαυση τυπικά σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο. Και οι δυο παράγοντες πιστεύεται ότι επηρεάζουν τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του ενδομητρίου μέσω των οιστρογόνων. Η πρώιμη εμμηνόπαυση περιορίζει την διαβίωση έκθεση της γυναίκας στα οιστρογόνα, μειώνοντας πιθανόν τον ατομικό κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου.

Η παχυσαρκία αντίθετα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο της γυναίκας λόγω του πλεονάζοντος λιπώδους ιστού που μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα των οιστρογόνων.

Ίσως οι παχύσαρκες γυναίκες με πρόωμη εμμηνόπαυση να είναι πιθανότερο να έχουν ανωμαλίες στον καταμήνιο κύκλο τους καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Και αυτό μπορεί να είναι ένδειξη ορμονικών ανωμαλιών που μπορεί να επηρεάζουν και τον κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου ¹³.

Επίσης άλλοι παράγοντες που μπορεί να παίζουν ρόλο είναι:

- ✓ Η ατοκία
- ✓ Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών
- ✓ Ο σακχαρώδης διαβήτης
- ✓ Η υπέρταση
- ✓ Η κακή διατροφή με αυξημένη κατανάλωση λίπους
- ✓ Η χορήγηση οιστρογόνων (όταν χορηγούνται μόνα τους, χωρίς την συγχορήγηση προγεστερόνης)
- ✓ Η χορήγηση ταμοξιφαίνης (φάρμακο που χορηγείται σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού) ¹⁴.

2.2.3 Διάγνωση

Τα καρκινώματα του ενδομητρίου προσβάλλουν το εσωτερικό περίβλημα της μήτρας, οπότε δεν μπορεί να διαγνωσθεί με το pap-test. Εάν παρουσιαστούν συμπτώματα όπως αιμορραγία και κοιλιακοί πόνοι, ο γυναικολόγος θα προχωρήσει αρχικά σε υπέρηχο προσπαθώντας να εξετάσει τα κύτταρα του βλεννογόνου. Η τεχνική είναι: η βιοψία του ενδομητρίου που πραγματοποιείται εισάγοντας ένα εύκαμπτο όργανο στο εσωτερικό της μήτρας διαμέσου του κόλπου και παίρνοντας (με ένα απλό ξύσιμο) μικρές ποσότητες ιστού οι οποίες λαμβάνονται μέσω του σωλήνα του οργάνου και εξετάζονται στο μικροσκόπιο ¹⁵.

2.2.4 Θεραπεία

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για τη θεραπεία του καρκίνου του ενδομητρίου, συμπεριλαμβανομένων:

- ✓ Χειρουργική: Οι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο της μήτρας κάνουν χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση της μήτρας μέσω τομής στην κοιλιακή χώρα, η διαδικασία αυτή καλείται υστερεκτομή. Εάν ο γιατρός

αφαιρέσει επίσης τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες, η διαδικασία αυτή καλείται διμερής σαλπιγγο-ωοθηκεκτομή.

- ✓ Ορμονική Θεραπεία: Αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος, συνθετικό προγεστερόνη, μια μορφή της ορμόνης προγεστερόνη, μπορεί να την σταματήσει από την καλλιέργεια. Η προγεστίνη που χρησιμοποιείται στη θεραπεία του καρκίνου του ενδομητρίου είναι σε διαφορετικές δόσεις από τη προγεστίνη που χρησιμοποιείται σε θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης για την εμμηνόπαυση. Ορισμένα διαφορετικά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν επίσης. Η αγωγή με προγεστερόνη μπορεί να είναι μια επιλογή για τις γυναίκες με πρώιμο καρκίνο του ενδομητρίου που θέλουν να αποκτήσουν παιδιά και ως εκ τούτου δεν θέλουν να έχουν μια υστερεκτομή. Ωστόσο, η προσέγγιση αυτή είναι νέα και δεν εγγυάται ότι ο καρκίνος δεν θα επιστρέψει.
- ✓ Ακτινοβολία: Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί υψηλής ενέργειας ακτίνες και μπορεί να βλάψει τα καρκινικά κύτταρα και να σταματήσει την καλλιέργειά τους. Είναι μια εντοπισμένη θεραπεία, πράγμα που σημαίνει ότι εργάζεται για την επίθεση στα καρκινικά κύτταρα σε μία περιοχή. Η ακτινοβολία μπορεί να προέρχεται από ένα μεγάλο μηχάνημα, που ονομάζεται εξωτερική ακτινοβολία, ή από ραδιενεργά υλικά που τοποθετούνται απευθείας στη μήτρα που ονομάζονται εμφυτεύματα ακτινοβολίας. Ορισμένοι ασθενείς λαμβάνουν και τα δύο είδη ακτινοθεραπείας ¹⁶.

2.2.5 Πρόγνωση

Πρόγνωση είναι μια πρόβλεψη για την πιθανή διάρκεια και / ή το αποτέλεσμα μιας ασθένειας ή πάθησης. Πρόγνωση πιο συχνά εκφράζεται ως το ποσοστό των ασθενών οι οποίοι αναμένεται να επιβιώσουν σε πέντε ή δέκα χρόνια. Πρόγνωση του καρκίνου είναι εμφανώς ανακριβής διαδικασία. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι προβλέψεις βασίζονται στην εμπειρία των μεγάλων ομάδων ασθενών που πάσχουν από καρκίνο σε διάφορα στάδια. Η χρησιμοποίηση αυτών των πληροφοριών για να προβλέψουμε το μέλλον ενός μεμονωμένου ασθενή είναι πάντα ατελής και συχνά, ελαττωματική αλλά είναι η μόνη μέθοδος διαθέσιμη.

Τα ποσοστά επιβίωσης για πέντε χρόνια για τον καρκίνο της μήτρας είναι:

- ✓ Στάδιο I: 90%
- ✓ Στάδιο II: 70% -85%
- ✓ Στάδιο III: 50%
- ✓ Στάδιο IV: 10% -30% ¹⁷.

2.3 Καρκίνος ωοθηκών

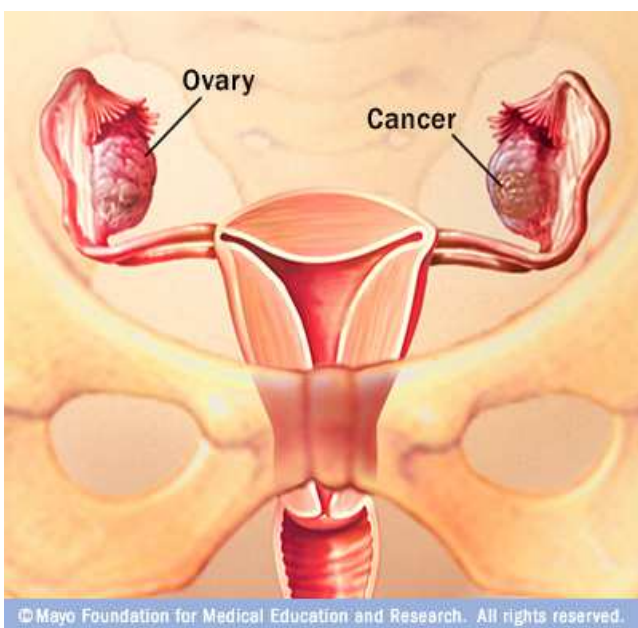
2.3.1 Επιδημιολογία

Τα νεοπλάσματα της ωοθήκης μπορεί να προέρχονται από οποιοδήποτε από τα στοιχεία που αποτελούν μια ώριμη ωοθήκη δηλαδή το επιθήλιο εκ του οποίου προέρχονται οι 90% των πρωτοπαθών όγκων, το στρώμα και τα γεννητικά κύτταρα. Εκτός αυτών στις ωοθήκες μερικές φορές αναπτύσσονται και μεταστατικοί όγκοι από το ενδομήτριο, το γαστρεντερικό σύστημα και τους μαστούς. Ο επιθηλιακός καρκίνος της ωοθήκης (ΕΚΩ) , τρίτη σε σειρά κακοήθεια του γυναικείου γεννητικού συστήματος, μετά από τους καρκίνους του ενδομητρίου και του τραχήλου, προκαλεί περισσότερους θανάτους απ' όσους και οι δύο προαναφερθέντες μαζί. Τούτο οφείλεται στο ότι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση του δεν είναι εφικτή, λόγω μη ύπαρξης πρώιμων χαρακτηριστικών συμπτωμάτων και προληπτικής διαγνωστικής εξέτασης. Έτσι 70% περίπου των ασθενών διαγιγνώσκονται σε προχωρημένα στάδια¹ με αποτέλεσμα η συνολική πενταετής επιβίωση να κυμαίνεται περίπου στο 30%. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα δεδομένα, εκτιμάται ότι η επίπτωση των καρκίνου των ωοθηκών ανέρχεται σε 8,7 ανά 100.000 γυναίκες και η θνησιμότητα σε 4,3 ανά 100.000 γυναίκες^{2,3}. Η συχνότητα αυξάνει με την ηλικία και είναι μεγαλύτερη στην όγδοη δεκαετία της ζωής (57/100.000 γυναίκες). Η μέση ηλικία κατά την στιγμή της διάγνωσης είναι τα 63 χρόνια και 70% των ασθενών έχουν προχωρημένη ηλικία.

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ορισμένους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου (risk factors) στην επιδημιολογία του καρκίνου των ωοθηκών. Ιστορικό κυήσεως και πρώτου τοκετού σε ηλικία κάτω των 25 ετών, χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, και/ή θηλασμός μειώνουν τον κίνδυνο κατά 30% έως 60%¹. Αντίθετα άτοκες γυναίκες ή γυναίκες με ηλικία άνω των 35 ετών, κατά τον πρώτο τοκετό, εμφανίζουν

μεγαλύτερο κίνδυνο. Οικογενειακό ιστορικό με δύο ή περισσότερες συγγενείς πρώτου βαθμού πάσχουσες από καρκίνο ωοθηκών, η με μεταλλαγμένα γονίδια BRCA1 και BRCA2, έχει βρεθεί ότι συνοδεύονται με έναρξη της νόσου σε νεαρή ηλικία. Τονίζεται όμως ότι οι ασθενείς αυτές αποτελούν μόνο το 5% των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο της ωοθήκης. Διάφοροι τέλος περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν μελετηθεί (π.χ. κάπνισμα, διατροφικές συνήθειες...) αλλά δεν έχει αποδειχθεί ότι συνοδεύονται με την ανάπτυξη αυτού του νεοπλασματος¹⁸.

2.3.2 Αιτιολογία



Μια ενδιαφέρουσα πρόσφατη έρευνα που έγινε στην Αυστραλία σε 775 γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο της ωοθήκης από το 1990 μέχρι το 1993, έδειξε ότι υπήρχε σχέση μεταξύ της αύξησης του βάρους σώματος και του καρκίνου της ωοθήκης. Οι ερευνητές εξέτασαν το βάρος, το ύψος και το δείκτη μάζας σώματος των ασθενών. Ο δείκτης μάζας σώματος είναι μια πολύ καλή ένδειξη του κατά πόσο κάποιος είναι κανονικού βάρους, υπέρβαρος ή παχύσαρκος. Όσο πιο ψηλός είναι ο δείκτης μάζας σώματος τόσο περισσότερο υπέρβαρος ή παχύσαρκος είναι ο ασθενής. Τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι οι γυναίκες εκείνες που είχαν το ψηλότερο δείκτη μάζας σώματος είχαν διπλάσιο κίνδυνο από τις άλλες να παρουσιάσουν καρκίνο της ωοθήκης. Το συμπέρασμα τους ήταν ότι ο κίνδυνος για καρκίνο της ωοθήκης αυξανόταν μαζί με την αύξηση του σωματικού βάρους και του δείκτη μάζας σώματος. Οι ερευνητές κοίταξαν επίσης στη βιβλιογραφία τα αποτελέσματα και άλλων ερευνών που μελέτησαν την ίδια αιτιολογία δηλαδή το κατά πόσο και άλλοι κατέληξαν στο ίδιο συμπέρασμα. Το σημαντικό είναι ότι και άλλες ομάδες κατέληξαν στο ίδιο συμπέρασμα παρά το γεγονός ότι υπήρξαν και αντίθετες απόψεις.

Επίσης ορισμένοι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για να προσβληθεί μια γυναίκα από τη νόσο είναι:

- ✓ Ηλικία: Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι συχνότερος σε γυναίκες άνω των 50 ετών
- ✓ Οικογενειακό ιστορικό: Γυναίκες με συγγενείς που ήδη παρουσίασαν καρκίνο ωοθηκών, καρκίνο μαστού ή του παχέως εντέρου
- ✓ Μεταλλάξεις γονιδίων: Παρουσία στη γυναίκα μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού
- ✓ Ιστορικό καρκίνου: Γυναίκες που παρουσίασαν καρκίνο μαστού πριν από την ηλικία των 50 ετών
- ✓ Εγκυμοσύνη και αντισυλληπτικά: Γυναίκες που δεν έκαναν παιδιά και που δεν χρησιμοποίησαν αντισυλληπτικά χάπια
- ✓ Ορμονική θεραπεία αντικατάστασης: Γυναίκες που έπαιρναν για μεγάλα χρονικά διαστήματα, πέραν των 10 ετών, μια τέτοια θεραπεία
- ✓ Στεριότητα: Γυναίκες με στεριότητα ή που έπαιρναν φάρμακα για την αντιμετώπιση της στεριότητας ¹⁹.

2.3.3 Διάγνωση

Ερευνητές από τον Οργανισμό Τροφών και Φαρμάκων (FDA) και το Διεθνές Ινστιτούτο Καρκίνου (NCI), δημοσίευσαν τα αποτελέσματα της έρευνάς τους, στην επιστημονική επιθεώρηση, *The Lancet*, που αφορούν την ανακάλυψη μίας αιματολογικής εξέτασης με την οποία μπορεί να ανιχνευθεί με ακρίβεια σχεδόν 100%, ο καρκίνος των ωοθηκών. Με την εξέταση αυτή, που διαρκεί 30 λεπτά, θα μπορούσαν να ανιχνευθούν γυναίκες, θετικές σε καρκίνο ωοθηκών, σε πρώιμα στάδια της ασθένειας και να σωθούν χιλιάδες ζωές. Στο 80% των γυναικών που πάσχουν, ο καρκίνος δεν εντοπίζεται παρά μόνον όταν έχει φτάσει σε ένα προχωρημένο στάδιο. Επί του παρόντος μόνο το 35% των γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών αναμένεται να επιζούν πέντε χρόνια μετά την διάγνωση. Η διαγνωστική δοκιμή στηρίζεται σε ένα λογισμικό το οποίο μπορεί να ανιχνεύσει τα πρότυπα βασικών πρωτεϊνών στο αίμα. Χρησιμοποιώντας ένα περίπλοκο πρόγραμμα υπολογιστών τεχνητής νοημοσύνης, που αναπτύχθηκε από την Correllogic, οι επιστήμονες ήταν σε θέση "να εκπαιδεύσουν" τον υπολογιστή για να διακρίνει μεταξύ των προτύπων των μικρών πρωτεϊνών, που βρέθηκαν στο αίμα των ασθενών με καρκίνο, σε σχέση με τα

αρνητικά δείγματα ελέγχου. Το πρόγραμμα τεχνητής νοημοσύνης αναγνωρίζει ένα πρότυπο πρωτεϊνών, το οποίο αποτελείται από λίγες πρωτεΐνες, μεταξύ των χιλιάδων, οι οποίες θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να διακρίνουν μεταξύ των γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών και των γυναικών χωρίς καρκίνο.

Αν όμως ο καρκίνος μπορεί να εντοπιστεί σε ένα αρχικό στάδιο ο αριθμός των γυναικών που επιβιώνουν πέντε ή και περισσότερα χρόνια μετά, φτάνει στο 90%. Επιπλέον είναι πολύ σημαντικό ότι σε ένα τέτοιο στάδιο οι ασθενείς μπορούν να θεραπευθούν απλώς με χειρουργική επέμβαση αποφεύγοντας έτσι την χημειοθεραπεία. Ο επικεφαλής της έρευνας Emanuel F. Petricoin III και οι συνεργάτες του, έλεγξαν 50 γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών και 50 χωρίς καρκίνο. Εντόπισαν ένα πρότυπο πρωτεϊνών στο αίμα το οποίο μπορούσε να διαφοροποιηθεί με ακρίβεια μεταξύ των γυναικών που έπασχαν από καρκίνο και των μη πασχόντων γυναικών. Στη συνέχεια έλεγξαν 116 δείγματα αίματος-50 από γυναίκες με καρκίνο ωοθηκών και 66 από γυναίκες χωρίς καρκίνο. Η εξέταση αίματος εντόπισε κάθε γυναίκα με καρκίνο ωοθηκών με 100% ακρίβεια. Η εξέταση αυτή, ήταν επίσης αποτελεσματική στην αναγνώριση γυναικών, που δεν έπασχαν από καρκίνο. Όμως η εξέταση αυτή, διέγινωσε καρκίνο σε τρεις γυναίκες οι οποίες δεν έπασχαν από την ασθένεια.

Αυτό σημαίνει ότι η εξέταση αυτή θα έδειχνε καρκίνο σε γυναίκες που δεν πάσχουν, σε ποσοστό 5%. Η εξέταση που χρησιμοποιείται σήμερα, είναι ακριβής στην ανίχνευση του καρκίνου των ωοθηκών σε προχωρημένο στάδιο αλλά εντοπίζει καρκίνους σε πρώιμα στάδια, στο 50-60% των περιπτώσεων. Η νέα αυτή εξέταση όχι μόνο ήταν ακριβής στην αναγνώριση όλων των γυναικών με καρκίνο αλλά ήταν αρκετά αξιόπιστη στον εντοπισμό των γυναικών με πρώιμο καρκίνο, σε ποσοστό 100%. Η εξέταση αυτή όμως δεν είναι έτοιμη για άμεση χρήση. Θα πρέπει να γίνουν κλινικές δοκιμές οι οποίες απαιτούν κάποια χρόνια. Περαιτέρω μελέτες θα πρέπει να επιβεβαιώσουν αυτά τα αρχικά ευρήματα και να καθοριστεί ποιες γυναίκες μπορούν να επωφεληθούν από αυτή τη εξέταση και ποιες όχι²⁰.

2.3.4 Θεραπεία

Η αντιμετώπιση των όγκων της ωοθήκης στηρίζεται στην αρχή ότι κάθε όγκος ή κύστη πάνω από 6 εκ. πρέπει να χειρουργείται ευθύς ως διαγνωσθεί. Η αρχή αυτή

δικαιολογείται από τη πιθανότητα των ανωτέρω επιπλοκών και μάλιστα της υπέρξεως ή της εξαλλαγής σε κακοήθεια και δεν αφορά τις κύστεις του ωοθυλακίου.

Εγχείρηση: κατά την εγχείρηση αφαιρείται ο όγκος και καταβάλλεται προσπάθεια διατηρήσεως κατά το δυνατόν ωοθηκικού ιστού και μάλιστα όταν ο όγκος αφορά και τις δυο ωοθήκες (μερική εκτομή ωοθήκης). Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις αυτό είναι αδύνατο ή ασύμφορο λόγω της πιθανότητας υποτροπής, όπως συχνά συνέβαινε στις σοκολατοειδείς κύστεις. Στις περιπτώσεις αυτές αφαιρείται ολόκληρη η ωοθήκη. Εάν αφαιρεθούν και οι δυο ωοθήκες και η γυναίκα είναι νέα, εκτός της στειρώσεως και της αμηνόρροιας, παρουσιάζει νευροφυτικές διαταραχές από έλλειψη των ωοθηκικών ορμονών όπως στην κλιμακτήριο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις χορηγούνται οι ελλείπουσες ορμόνες σε σκευάσματα. Στον καρκίνο της ωοθήκης εφαρμόζεται η ολική υστερεκτομή με τα εξαρτήματα. Σε περιπτώσεις διασποράς του όγκου στα όργανα της πυέλου και στο περιτόναιο (στάδιο II, III) καταβάλλεται προσπάθεια να αφαιρεθεί κατά το δυνατόν μεγαλύτερο μέρος του καρκίνου δεδομένου ότι τα θεραπευτικά αποτελέσματα είναι αντιστρόφως ανάλογα με το μέγεθος του όγκου που παραμένει στη κοιλιά. Κατά κανόνα ακολουθεί χημειοθεραπεία, κυρίως με σκευάσματα πλατίνης (Cis-Platin) ή ακτινοβολία. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση της εξέλιξεως της νόσου, πλην της κλινικής αξιολογήσεως στηρίζεται στον κατά διαστήματα έλεγχο της ασθενούς με αξονική τομογραφία και προσδιορισμό του δείκτη CA 125.

Συντηρητική θεραπεία: περιλαμβάνει την εν τω βάθει ακτινοβολία που γίνεται σε κακοήθη νεοπλάσματα είτε σε συνδυασμό με την εγχείρηση του καρκίνου της ωοθήκης είτε αμιγώς σε ανεγχείρητες περιπτώσεις. Επίσης στις περιπτώσεις αυτές εφαρμόζονται κυτταροστατικά.

Αποτελέσματα: η θεραπεία του καρκίνου της ωοθήκης παρουσιάζει φτωχά αποτελέσματα ακριβώς επειδή η διάγνωση της νόσου δεν μπορεί να γίνει έγκαιρα. Η 5ετής επιβίωση ανέρχεται μόλις σε 30% και δείχνει πολύ μικρή βελτίωση τα τελευταία χρόνια παρά τις προσπάθειες και την πρόοδο που έχει γίνει σε άλλους τομείς της θεραπείας του καρκίνου ²¹.

2.3.5 Πρόγνωση

Περίπου 75% των γυναικών επιζούν από τον καρκίνο των ωοθηκών τουλάχιστον 1 έτος μετά από τη διάγνωση. Σχεδόν κατά το ήμισυ (46%) οι γυναίκες είναι ζωντανές 5 έτη μετά από τη διάγνωση (αυτό καλείται πενταετής ποσοστό επιβίωσης). Γενικά, τα συνολικά πέντε ετών ποσοστά επιβίωσης (όλα τα στάδια που συνδυάζονται) αυξήθηκαν από 37% το 1974 σε μεγαλύτερα από 50% αυτήν την περίοδο.

Τα ποσοστά επιβίωσης ποικίλλουν ανάλογα με τους διαφορετικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας και του σταδίου στο οποίο ανιχνεύονται. Γενικά, οι γυναίκες νεώτερες από την ηλικία των 65 έχουν καλύτερα ποσοστά επιβίωσης από τις ηλικιωμένες γυναίκες. Δυστυχώς, οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών δεν εντοπίζονται έως ότου προχωρήσει η ασθένεια. Αυτό σημαίνει συνήθως ότι ο καρκίνος έχει διαδοθεί στην ανώτερη κοιλία. Προκειμένου να καθιερωθεί μια πρόγνωση και να καθοριστεί η θεραπεία, ο γιατρός πρέπει να ξέρει τον τύπο, το στάδιο, και το βαθμό της ασθένειας.

Πρόγνωση από τον τύπο κυττάρων

Όταν εξετάζεται κάτω από το μικροσκόπιο, υπάρχει μια σειρά από διαφορετικούς τύπους κυττάρων του καρκίνων των ωοθηκών.

Πρόγνωση από το στάδιο

Οι καρκίνοι οργάνωνονται (I έως IV) σύμφωνα με το εάν είναι ακόμα εντοπισμένοι (παραμένουν στην ωοθήκη) ή έχουν διαδοθεί πέρα από την αρχική περιοχή. Το ποσοστό επιβίωσης ποικίλλει σύμφωνα με το στάδιο καρκίνου:

Τα πενταετή ποσοστά επιβίωσης είναι πάνω από 90% εάν ο καρκίνος είναι ακόμα περιορισμένος στην ωοθήκη κατά τη διάγνωση. Εντούτοις, μόνο 19% των καρκίνων των ωοθηκών βρίσκονται σε αυτή τη φάση.

Εάν ο καρκίνος έχει διαδοθεί στις κοντινές περιοχές στη λεκάνη, το πέντε ετών ποσοστό επιβίωσης είναι περίπου 70%.

Εάν ο καρκίνος έχει διαδοθεί σε περιοχές έξω από τη λεκάνη, το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης είναι περίπου 30%.

Πρόγνωση από το βαθμό

Οι όγκοι βαθμολογούνται σύμφωνα με το πόσο καλά ή κακά είναι οργανωμένοι (διαφοροποίηση). Οι ωοθηκικοί όγκοι βαθμολογούνται σε μια κλίμακα 1, 2, ή 3. Ο βαθμός 1 τείνει πολύ να μοιάσει με τον κανονικό ιστό και έχει μια καλύτερη πρόγνωση από το βαθμό 3, ο οποίος δείχνει τον πολύ ανώμαλο, κακώς καθορισμένο ιστό ²².

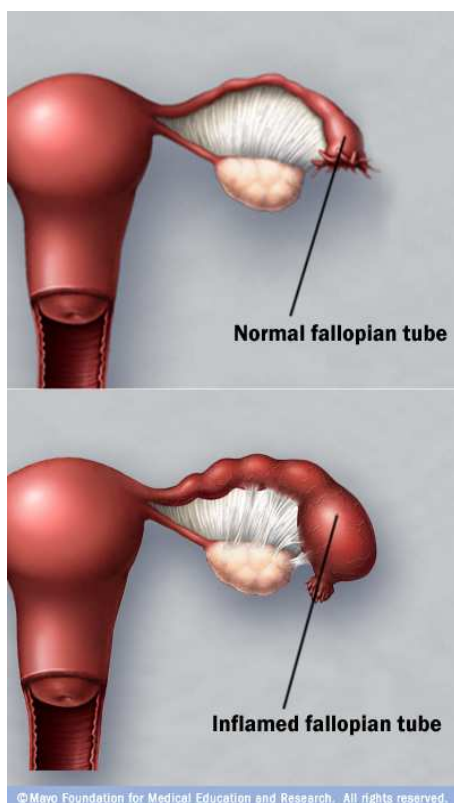
2.4 Καρκίνος σαλπίγγων

2.4.1 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος των σαλπίγγων είναι η πιο σπάνια μορφή γυναικολογικού καρκίνου (1%). Η ετήσια επίπτωση του είναι περίπου 3,6 ανά εκατομμύριο γυναίκες ετησίως. Η συχνότητα εμφάνισης αιχμής είναι σε γυναίκες που είναι 60 με 64 ετών, αλλά μπορούν να συνεχίσουν να εμφανιστούν σε γυναίκες που βρίσκονται στα πρώτα μετεμμηνοπαυσιακά χρόνια μέχρι την ηλικία των 80 ετών ²³.

2.4.2 Αιτιολογία

Λόγω της σπανιότητας του, τα αίτια και οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη πρωτογενούς καρκίνου των σαλπίγγων δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Οι ερευνητές,



ωστόσο, διερευνούν το ρόλο της γενετικής και των ορμονών.

Οι παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν τον κίνδυνο μιας γυναίκας να αναπτύξει καρκίνο των σαλπίγγων περιλαμβάνουν:

Ηλικία: Αν και μπορεί να προκληθεί καρκίνος σε γυναίκες κάθε ηλικίας, ο οποίος συνήθως εμφανίζεται σε Καυκάσιες μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας μεταξύ 50 και 60, που είχαν λίγα ή δεν είχαν παιδιά. Η μέγιστη επίπτωση είναι σε γυναίκες ηλικίας 60 με 66 χρόνια.

Οικογενειακό ιστορικό: Ένα οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των σαλπίγγων έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο μιας γυναίκας να αναπτύξει αυτό το είδος καρκίνου.

Γενετικές μεταλλάξεις: Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι γυναίκες που φέρουν μεταλλάξεις BRCA - που συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού και καρκίνου των ωοθηκών - ή ένα από τα γονίδια που προκαλούν HNPCC έχουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου των σαλπίγγων. BRCA μεταλλάξεις, κυρίως BRCA1, έχουν εντοπιστεί σε 16-43% των γυναικών με πρωτοπαθή καρκίνο των σαλπίγγων. Υπάρχει ένας μειωμένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου των σαλπίγγων μεταξύ των γυναικών που έχουν χρησιμοποιήσει ορμονική αντισύλληψη, όπως και μεταξύ εκείνων που έχουν γεννήσει και έχουν θηλάσει τα παιδιά, με την προστατευτική επίδραση να αυξάνεται ανάλογα με τον αριθμό παιδιών που μια γυναίκα έχει γεννήσει.

Έχοντας ένα ή περισσότερα από τα συμπτώματα που αναφέρονται ανωτέρω δεν σημαίνει απαραίτητα ότι μια γυναίκα έχει καρκίνο των σαλπίγγων. Ωστόσο, είναι σημαντικό να συζητήσει οποιαδήποτε συμπτώματα με το γιατρό, δεδομένου ότι μπορούν να αναφέρουν άλλα προβλήματα υγείας³.

2.4.3 Διάγνωση

Αυτή δεν είναι εύκολη με την κλινική εξέταση. Πόνος, κοιλική έκκριση και ψηλαφητός όγκος στις σάλπιγγες εμφανίζονται στα 2/3 των περιπτώσεων. Ο κυτταρολογικός έλεγχος των κοιλιοτραχηλικών επιχρισμάτων, η υστεροσαλπιγγογραφία και η λαπαροσκόπηση μπορούν να μας βοηθήσουν στη διάγνωση. Τις περισσότερες όμως φορές η διάγνωση γίνεται στην εγχείρηση όταν αυτή αποφασίζεται για εξαρτηματικό όγκο. Εντοπίζονται συνήθως στο μεσαίο ή έξω τριτημόριο της σάλπιγγας και όταν μεγαλώσουν, δημιουργούν ασκίτη. Υποψίες πρέπει να μας δημιουργηθούν, όταν στην εμμηνόπαυση εκτελέσουμε διαγνωστική απόξεση μήτρας, δεν αποδειχθεί βλάβη της και οι αιμορραγίες συνεχίζονται²⁴.

2.4.4 Θεραπεία

Η θεραπεία για τον καρκίνο των σαλπίγγων συνήθως περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση, ακολουθούμενη από τη χημειοθεραπεία. Η θεραπεία θα εξαρτηθεί από την

ηλικία, την επιθυμία να αποκτήσει παιδιά, καθώς και τον τύπο και το στάδιο του όγκου.

Χειρουργική: Η χειρουργική είναι συνήθως το πρώτο βήμα της θεραπείας για τον καρκίνο των σαλπίγγων. Αφορά συνήθως την αφαίρεση της μήτρας, του τραχήλου της μήτρας, των σαλπίγγων και των ωοθηκών, μια διαδικασία που ονομάζεται ολική κοιλιακή υστερεκτομή. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, παίρνεται δείγμα από συγκεκριμένες περιοχές εκτός των σαλπίγγων για να δούμε αν καρκίνος έχει εξαπλωθεί καθόλου. Αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέρα από τις σάλπιγγες, είναι εξαιρετικά σημαντικό να αφαιρεθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερο κομμάτι του όγκου.

Χημειοθεραπεία : Σε ορισμένες περιπτώσεις, η χημειοθεραπεία μπορεί να συστηθεί ως συνέχεια της θεραπείας με χειρουργική επέμβαση. Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιεί φάρμακα για να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα. Τα φάρμακα μπορούν να δοθούν από το στόμα ή μπορούν να χορηγηθούν ενδομυϊκός ή ενδοβλεβίως²⁵.

2.4.5 Πρόγνωση

Ο σαλπιγγικός καρκίνος είναι τόσο σπάνιος που είναι ενδεδειγμένο να κοιτάξουμε όλες τις στατιστικές, ιδιαίτερα τις προγνωστικές, με σκεπτικισμό. Μόνο περίπου 1500 περιπτώσεις του σαλπιγγικού καρκίνου έχουν αναφερθεί στην επιστημονική κοινότητα κατά τη διάρκεια του τελευταίου αιώνα. Κατά συνέπεια, το μεγαλύτερο μέρος των αναφερόμενων πληροφοριών έκβασης είναι βασισμένο στις ξεπερασμένες επεξεργασίες και διαδικασίες, έτσι είναι δύσκολο να συναχθούν τα συμπεράσματα που αφορούν το σήμερα. Ένα παράδειγμα αυτού είναι η αλλαγή στις προγνωστικές στατιστικές για το σαλπιγγικό καρκίνο που είναι περιορισμένος στις σάλπιγγες (στάδιο I καρκίνος). Εκθέσεις τόσο πρόσφατες όσο η πρόσφατη δεκαετία του '80 δίνουν στο 5-ετες ποσοστό επιβίωσης περίπου 60%, ενώ στοιχεία βασισμένα στα πιο πρόσφατα πρωτόκολλα οργάνωσης και θεραπείας παρουσιάζουν ποσοστά 85-90%, και ακόμα υψηλότερα, για παρόμοιο καρκίνο. Τα ποσοστά επιβίωσης για τον καρκίνο που έχει υπερβεί τις σάλπιγγες είναι πιο μεταβλητά ανάλογα με τις διαγνωστικές διαδικασίες και τις θεραπείες που χρησιμοποιούνται στις μεμονωμένες περιπτώσεις, στο σημείο όπου απλά δεν υπάρχει καμία σταθερή στατιστική διαθέσιμη αυτή τη στιγμή²⁶.

Η πρόγνωση εξαρτάται από πόσο βαθειά ο καρκίνος έχει εισβάλει στις σάλπιγγες . Εάν περιορίζεται στο εσωτερικό των σαλπίγγων η πρόγνωση είναι άριστη, με 91% των γυναικών να επιζούν για τουλάχιστον 5 έτη μετά από τη διάγνωση. Εντούτοις, εάν ο καρκίνος έχει διαπεράσει τον τοίχο των σαλπίγγων, έπειτα το πενταετές ποσοστό επιβίωσης μειώνεται σε 53%. Για τους όγκους που έχουν διαδοθεί μέσω του τοιχώματος στην εξωτερική επιφάνεια των σαλπίγγων, το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης είναι λιγότερο από 25% ²⁷.

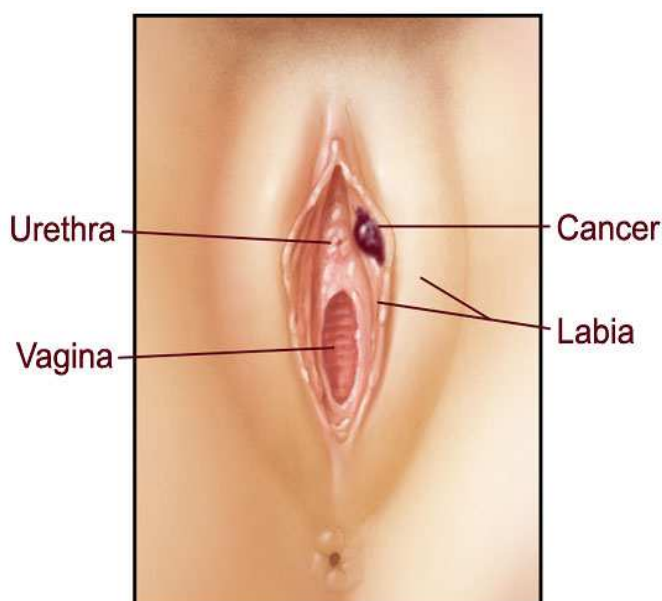
2.5 Καρκίνος αιδοίου

2.5.1 Επιδημιολογία

Τα κακοήθη νεοπλάσματα του αιδοίου αποτελούν το 3-5% των κακοήθων νεοπλασμάτων του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Η μέση ηλικία κατά την οποία παρουσιάζεται καρκίνος του αιδοίου είναι τα 50 χρόνια. Ανάλογα με το στάδιο του, το γενικό ποσοστό πενταετούς επιβίωσης κυμαίνεται μεταξύ 10 και 70% ²⁸.

2.5.2 Αιτιολογία

Οι νεαρές γυναίκες με καρκίνο του αιδοίου τείνουν να έχουν αρκετούς τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου της νόσου, όπως το κάπνισμα και η έκθεση στον ιό του ανθρώπινου θηλώματος (HPV), σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύονται στο επιστημονικό έντυπο American Journal of Obstetrics and Gynecology. Η Δρ Πατρίτσια Τζουντσον και οι συνεργάτες της στο Πανεπιστήμιο της Μινεσότα



εξηγούν ότι «αν οι γυναίκες τροποποιήσουν αυτές τις συμπεριφορές η συχνότητα του καρκίνου του αιδοίου θα μειωθεί σημαντικά. Οι γυναίκες και ιδιαίτερα οι νέες δεν έχουν επίγνωση του καρκίνου του αιδοίου. Επίσης δεν γνωρίζουν ότι το κάπνισμα και η έκθεση στον HPV αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου. Οι

εμβολιασμοί κατά του HPV συντελούν στη μείωση της συχνότητας του καρκίνου αυτού.» Οι επιστήμονες έθεσαν υπό ιατρική παρακολούθηση 56 γυναίκες με καρκίνο του αιδοίου που είχαν εκδηλώσει τη νόσο σε ηλικία 45 ετών ή νωρίτερα. Σχεδόν οι μισές ασθενείς ανέφεραν την παρουσία των συμπτωμάτων λιγότερο από έξι μήνες πριν από τη διάγνωση. Οι γυναίκες έτειναν να έχουν ιστορικό καπνίσματος και σχεδόν το 70% είχε ιστορικό πρώιμων ιστολογικών αλλαγών που σχετίζονταν με τον καρκίνο του αιδοίου. Συνολικά, το 6,7% των ασθενών είχε προβλήματα με το ανοσοποιητικό του σύστημα. Η λοίμωξη από τον HPV ήταν επίσης συχνή. Ο καρκίνος του αιδοίου είναι σχετικά σπάνια κακοήθεια, με ποσοστό 2,2 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες τον χρόνο. Ωστόσο, τα τελευταία 28 χρόνια η συχνότητά του έχει αυξηθεί²⁹.

2.5.3 Διάγνωση

Μια γυναικολογική εξέταση θα χρησιμοποιηθεί για την παρατήρηση της υπόπτου περιοχής. Κατά τη διάρκεια αυτής της εξέτασης, ο ιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα ειδικό όργανο που ονομάζεται μεγεθυντικό κολποσκόπιο για να δει την περιοχή καλύτερα. Επιπλέον, η περιοχή μπορεί να περιποιηθεί με ένα αραιό διάλυμα του οξικού οξέος, που προκαλεί ορισμένες ανώμαλες περιοχές να μετατραπούν σε λευκές, γεγονός που τις καθιστά ευκολότερες για να παρατηρηθούν. Κατά τη διάρκεια αυτής της εξέτασης, αν κάθε περιοχή είναι ασυνήθιστα ύποπτη, ένα δείγμα ιστού (βιοψία) θα πρέπει να ληφθεί. Η βιοψία μπορεί να γίνει στο γραφείο του γιατρού με τη χρήση των τοπικών αναισθητικών. Θα πρέπει να αφαιρεθεί ένα σφηνοειδή κομμάτι του ιστού, το οποίο περιέχει το ύποπτο δείγμα με ορισμένο γύρω του κανονικό δέρμα και το υποκείμενο στρώμα του δέρματος και του συνδετικού ιστού. Μικρές βλάβες θα καταργηθούν στο σύνολό τους. Η διάγνωση του καρκίνου εξαρτάται από μια μικροσκοπική ανάλυση αυτού του ιστού από έναν παθολόγο. Η διάγνωση για τον καρκίνο του αιδοίου θα καθορίσει το πόσο προχωρημένος είναι ο καρκίνος και το πόσο έχει εξαπλωθεί. Αυτό καθορίζεται από το μέγεθος του όγκου και πόσο βαθιά έχει εισβάλλει στους γύρω ιστούς και όργανα, όπως οι λεμφαδένες. Θα πρέπει επίσης να καθοριστεί εάν ο καρκίνος έχει αναπαραχθεί με μεταστάσεις, ή εξαπλωθεί σε άλλα όργανα. Οι δοκιμές που χρησιμοποιούνται για να καθοριστεί η έκταση του καρκίνου περιλαμβάνουν ακτίνες X και αξονική τομογραφία σάρωσης (αξονική τομογραφία). Ενδοσκοπική εξέταση της ουροδόχου κύστης (κυστεοσκόπηση) και / ή του ορθού (πρωκτοσκόπηση) μπορεί να γίνει εάν υπάρχει η υποψία ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε αυτά τα όργανα³⁰.

2.5.4 Θεραπεία

Όταν διαγνωσθεί έγκαιρα ο καρκίνος του αιδοίου μπορεί να θεραπευτεί σε πάνω από 90% των περιπτώσεων. Η θεραπεία του καρκίνου του αιδοίου περιλαμβάνει χαρακτηριστικά τη χειρουργική επέμβαση, τη θεραπεία ακτινοβολίας και σε μερικές περιπτώσεις, τη χημειοθεραπεία.

Χειρουργική επέμβαση: Σε πολλές περιπτώσεις, ο καρκίνος του αιδοίου θεραπεύεται με τη χειρουργική επέμβαση. Ο τύπος χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται από το μέγεθος, το βάθος και την εξάπλωση του καρκίνου. Μια συνήθως χρησιμοποιημένη μορφή χειρουργικής επέμβασης καλείται ευρεία τοπική εκτομή, στην οποία ο καρκίνος και μερικό κομμάτι από τον φυσιολογικό ιστό γύρω από τον καρκίνο αφαιρούνται. Μια άλλη χειρουργική προσέγγιση καλείται ριζική εκτομή, η οποία αφαιρεί τον καρκίνο και μια μεγαλύτερη μερίδα του περιβάλλοντος ιστού και σε μερικές περιπτώσεις, τους λεμφαδένες. Επιπλέον, σε μερικές περιπτώσεις, η χειρουργική επέμβαση λέιζερ μπορεί να χρησιμοποιηθεί, η οποία χρησιμοποιεί μια στενή ακτίνα του φωτός για να αφαιρέσει τα κύτταρα καρκίνου.

Ακτινοθεραπεία: Η θεραπεία ακτινοβολίας χρησιμοποιεί τις ακτίνες X ή άλλες υψηλής ενέργειας ακτίνες για να σκοτώσει τα κύτταρα καρκίνου και να συρρικνώσει τους όγκους. Η ακτινοβολία μπορεί να προέλθει από μια μηχανή έξω από το σώμα, αποκαλούμενη εξωτερική θεραπεία ακτινοβολίας ακτίνων. Η ακτινοβολία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο, πριν από ή μετά από τη χειρουργική επέμβαση.

Χημειοθεραπεία: Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιεί τα φάρμακα για να σκοτώσει τα κύτταρα καρκίνου. Τα φάρμακα μπορούν να δοθούν από το στόμα, ή μπορούν να τεθούν στο σώμα από μια βελόνα στη φλέβα ή το μυ. Η χημειοθεραπεία καλείται συστηματική θεραπεία επειδή το φάρμακο εισάγεται στη ροή του αίματος, ταξιδεύει μέσα στο σώμα, και μπορεί να σκοτώσει τα κύτταρα καρκίνου σε όλο το σώμα³¹.

2.5.5 Πρόγνωση

Παράγοντες που συσχετίζονται με την έκβαση της νόσου περιλαμβάνουν τη διάμετρο και το βάθος των καρκινικών αλλοιώσεων, η συμμετοχή των τοπικών λεμφαδένων, ο κυτταρικός τύπος, η κατάσταση του HPV, και η ηλικία του ασθενούς.

Καρκίνοι του αιδοίου που είναι θετικοί στον HPV έχουν καλύτερη πρόγνωση από εκείνους που έχουν HPV αρνητικό. Το ποσοστό της πενταετούς επιβίωσης είναι 98% για το στάδιο I του καρκίνου του αιδοίου και 87% για το στάδιο II του καρκίνου του αιδοίου. Το ποσοστό επιβίωσης μειώνεται σταθερά, καθώς ο αριθμός των επηρεαζόμενων λεμφαδένων αυξάνεται. Το ποσοστό επιβίωσης είναι 75% για τους ασθενείς με έναν ή δύο, 36% για τα άτομα με τρεις ή τέσσερις, και 24% για τα άτομα με πέντε ή έξι εμπλεκόμενους λεμφαδένες. Οι προηγούμενες στατιστικές λήφθηκαν από τις μελέτες των ασθενών που έλαβαν τη χειρουργική επεξεργασία μόνο και δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να καθορίσουν τα ποσοστά επιβίωσης όταν υιοθετείται η βοηθητική θεραπεία.

Ο καρκίνος του αιδοίου μπορεί να διαδοθεί τοπικά για να καλύψει τον πρωκτό, τον κόλπο, και την ουρήθρα. Λόγω της ανατομίας του αιδοίου, δεν είναι ασυνήθιστο για τον καρκίνο να διαδοθεί στους τοπικούς λεμφαδένες. Τα προχωρημένα στάδια του καρκίνου του αιδοίου μπορούν να έχουν επιπτώσεις στο πυελικό κόκκαλο. Οι πνεύμονες είναι η πιο κοινή περιοχή για τη μετάσταση του καρκίνου του αιδοίου. Η μετάσταση μέσω του αίματος είναι ασυνήθιστη³².

Κεφάλαιο Τρίτο

Προληπτικά και πρώιμα διαγνωστικά μέτρα στους καρκίνους του γυναικείου γεννητικού συστήματος.



3.1 Προληπτικά μέτρα

Η πρόληψη του καρκίνου είναι μέτρα που λαμβάνονται για τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου. Με την πρόληψη του καρκίνου, ο αριθμός των νέων κρουσμάτων καρκίνου σε μια ομάδα ή πληθυσμό μειώνεται. Ας ελπίσουμε ότι αυτό θα μειώσει τον αριθμό των θανάτων που προκαλούνται από καρκίνο. Για την πρόληψη νέων κρουσμάτων καρκίνου από την έναρξη, οι επιστήμονες εξετάζουν τους παράγοντες κινδύνου και τους προστατευτικούς παράγοντες. Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου για καρκίνο μπορεί να αποφευχθούν, αλλά πολλοί δεν μπορούν. Για παράδειγμα, το κάπνισμα και γονίδια που κληρονομούνται είναι παράγοντες κινδύνου για ορισμένους τύπους καρκίνου, αλλά μόνο το κάπνισμα μπορεί να αποφευχθεί. Η τακτική άσκηση και η υγιεινή διατροφή μπορεί να αποτελέσει προστατευτικούς παράγοντες για ορισμένους τύπους καρκίνου. Η αποφυγή των παραγόντων κινδύνου και η αύξηση των προστατευτικών παραγόντων ίσως μειώσουν τον κίνδυνο, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι δεν θα πάθετε καρκίνο. Διαφορετικοί τρόποι για την πρόληψη του καρκίνου μελετούνται, μεταξύ των οποίων είναι:

- ✓ Η αλλαγή τρόπου ζωής ή οι διατροφικές συνήθειες.
- ✓ Αποφυγή πραγμάτων που είναι γνωστό ότι προκαλούν καρκίνο.
- ✓ Η λήψη φαρμάκων για τη θεραπεία μιας προκαρκινικής κατάστασης ή να αποτρέψει τον καρκίνο από την έναρξη του ³³.

α) Προληπτικά μέτρα για το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας από τους καρκίνους με την πιο εύκολα πρόληψη. Λόγω του τεστ Παπανικολάου, ο αριθμός των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχει μειωθεί κατά τα τελευταία είκοσι χρόνια. Ωστόσο, πολλές γυναίκες εξακολουθούν να αναπτύσσουν καρκίνο του τραχήλου. Στην πραγματικότητα, πάνω από 9.000 γυναίκες στις ΗΠΑ αναπτύσσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κάθε χρόνο. Ενώ ορισμένες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, δεν μπορούν να προληφθούν, υπάρχουν πολλά πράγματα που μια γυναίκα μπορεί να κάνει για να μειώσουν τον κίνδυνο της ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Μερικά από αυτά είναι:

Κάντε ένα τεστ Παπανικολάου. Το τεστ Παπανικολάου μπορεί να είναι η μεγαλύτερη άμυνα για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το τεστ Παπανικολάου μπορεί να

ανιχνεύσει τις αλλαγές του τραχήλου της μήτρας νωρίς, πριν μετατραπεί σε καρκίνο. Ελέγξτε τις κατευθυντήριες γραμμές του τραχήλου της μήτρας για προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου για να μάθετε πόσο συχνά θα πρέπει να υποβληθείτε σε τεστ Παπανικολάου, ή εξετάσεις με το γιατρό σας.

Οριοθετείστε το ποσό των σεξουαλικών συντρόφων που έχετε. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν πολλούς ερωτικούς συντρόφους αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου. Επίσης, αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης του HPV, μια γνωστή αιτία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Σταματήστε το κάπνισμα ή αποφύγετε το παθητικό κάπνισμα. Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης πολλών μορφών καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το κάπνισμα σε συνδυασμό με HPV λοίμωξη μπορεί να επιταχύνει την δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας. Ο καλύτερος τρόπος είναι να αποφύγετε τη συνήθεια.

Αν είστε σεξουαλικά ενεργή, χρησιμοποιείτε προφυλακτικό. Κάνοντας σεξ χωρίς προφυλάξεις βάζετε τον εαυτό σας σε κίνδυνο για το HIV και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, το οποίο μπορεί να αυξήσει τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Παρακολούθηση των αφύσικων αποτελεσμάτων του τεστ Παπανικολάου. Αν είχατε αφύσικα αποτελέσματα του τεστ Παπανικολάου, είναι σημαντικό να δοθεί συνέχεια με τακτικές λήψεις επιχρίσματος ή κολποσκοπήσεις, ότι ο γιατρός σας έχει αποφασίσει για εσάς. Εάν έχετε υποβληθεί σε θεραπεία για τη δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας, χρειάζεστε ακόμα να συνεχίσετε να κάνετε τεστ Παπανικολάου ή κολποσκόπηση. Η δυσπλασία μπορεί να επιστρέψει και αν δεν εντοπιστεί, μπορεί να μετατραπεί σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Κάντε το εμβόλιο HPV. Αν είστε κάτω των 27 ετών, μπορεί να δικαιούστε να λάβετε το εμβόλιο του HPV, το οποίο εμποδίζει υψηλού κινδύνου στελέχη του HPV σε γυναίκες. Το εμβόλιο του HPV, το Gardasil, εγκρίθηκε από το FDA για να δοθεί στα νεαρά κορίτσια ηλικίας ακόμη και 9 ετών. Το εμβόλιο είναι πιο αποτελεσματικό όταν χορηγείται σε νέες γυναίκες πριν γίνουν σεξουαλικά ενεργές ³⁴.

β) Προληπτικά μέτρα για τον καρκίνο του ενδομητρίου

Ο καρκίνος του ενδομητρίου μπορεί μερικές φορές να συνδέεται με γνωστούς παράγοντες κινδύνου για την ασθένεια. Πολλοί παράγοντες κινδύνου μπορεί να αλλάξουν αλλά δεν μπορούν να αποφευχθούν όλοι.

Ορμονική Θεραπεία Υποκατάστασης: Οι γυναίκες με μήτρα που λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης οιστρογόνων για 5 έτη ή περισσότερο για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης έχουν 10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του ενδομητρίου από εκείνες που δεν λαμβάνουν θεραπεία με οιστρογόνα. Η προσθήκη προγεστερόνης σε θεραπεία με οιστρογόνα (συνδυασμένη ορμονική θεραπεία) μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου ή προκαρκινικών βλαβών, όπως η άτυπη υπερπλασία.

Εκλεκτικοί τροποποιητές υποδοχέων οιστρογόνου: ταμοξιφαίνη και ραλοξιφαίνη είναι εκλεκτικοί ρυθμιστές των υποδοχέων οιστρογόνου ή SERMs που είναι υπό μελέτη για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Χρησιμοποιώντας ταμοξιφαίνη αυξάνει τον κίνδυνο μιας γυναίκας να αναπτύξει καρκίνο του ενδομητρίου. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Χρησιμοποιώντας ραλοξιφαίνη δεν έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του ενδομητρίου.

Λήψη αντισυλληπτικών από το στόμα: Η λήψη αντισυλληπτικών από το στόμα από προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του ενδομητρίου, που κυμαίνονται από μείωση κατά 50% μετά από 4 χρόνια χρήσης, σε 72% μείωση μετά από 12 ή περισσότερα χρόνια χρήσης.

Ηλικία έναρξης της εμμηνόρροιας και της εμμηνόπαυσης: Έναρξη εμμήνου ρύσεως σε νεαρή ηλικία και η αρχή της εμμηνόπαυσης σε μεγάλη ηλικία αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του ενδομητρίου.

Διατροφή και τρόπος ζωής: Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου είναι αυξημένος σε γυναίκες που είναι παχύσαρκες. Οι γυναίκες που κάνουν διατροφή χαμηλή σε κορεσμένα λίπη, πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, και πλούσια σε προϊόντα σόγιας μπορεί να έχουν μειωμένο κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου, όπως και οι γυναίκες που ασκούνται τακτικά τείνουν να έχουν μειωμένο κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου.

Κληρονομικό ιστορικό: Οι γυναίκες που φέρουν τα κληρονομικά non polyposis καρκίνου του παχέως εντέρου (HNPCC) με γενετική ανωμαλία έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου.

Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών: Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου είναι υψηλότερος στις γυναίκες που έχουν σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (μια διαταραχή των ορμονών που πραγματοποιούνται από τις ωοθήκες).

Αριθμός παιδιών και θηλασμός: Οι γυναίκες που δεν έχουν μείνει ποτέ έγκυος έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του ενδομητρίου από τις γυναίκες που έχουν παιδιά. Οι γυναίκες που θηλάζουν μπορεί να έχουν μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου ³⁵.

γ) Προληπτικά μέτρα για τον καρκίνο των ωοθηκών

Ο καρκίνος των ωοθηκών, δεν μπορεί να προληφθεί, αλλά πιθανότατα οι γυναίκες να είναι σε θέση να μειώσουν ορισμένες από τις πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο των ωοθηκών. Μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση ενός συνδυασμού οιστρογόνων και προγεστερόνης σε αντισυλληπτικά για περισσότερο από 5 χρόνια μειώνει τον κίνδυνο μιας γυναίκας να αναπτύξει καρκίνο της ωοθήκης. Μία μελέτη έδειξε ότι χαμηλές δόσεις συνδυασμών χαπιών είναι πιο αποτελεσματικό για τη μείωση του κινδύνου. Μια άλλη έδειξε ότι το προστατευτικό αποτέλεσμα διαρκεί για πολλά χρόνια μετά που θα σταματήσει η γυναίκα να παίρνει συνδυασμό χαπιών. Οι γυναίκες που έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο με την χρήση αντισυλληπτικών χαπιών. Τα αποτελέσματα δεν είναι σαφή από τις μελέτες σχετικά με τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών σε γυναίκες που έχουν αλλαγές γονιδίων BRCA. Κάνοντας χειρουργική επέμβαση για το κλείσιμο ή το δέσιμο των σαλπίγγων (διμερείς απολίνωση των σαλπίγγων) θα μειώσει τις πιθανότητες σας για την ανάπτυξη ωοθηκικού καρκίνου. Αλλά, εσείς δεν θα μπορέσετε να μείνετε έγκυος μετά την επέμβαση αυτή. Συζητήστε με το γιατρό σας σχετικά με το αν αυτή η επιλογή είναι σωστή για σας. Έχοντας ένα ή περισσότερα μωρά μειώνετε τις πιθανότητές σας για τον καρκίνο των ωοθηκών. Θηλασμός για τουλάχιστον ένα έτος επίσης ελαττώνει τις πιθανότητές σας.

Ένας μικρός αριθμός των γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών είχαν ένα συγγενή πρώτου βαθμού με καρκίνο όπως μια αδελφή, μητέρα, κόρη -ή δευτέρου βαθμού - όπως θεία ή γιαγιά η οποία είχε καρκίνο των ωοθηκών. Αλλαγές (μεταλλάξεις) σε δύο

μεγάλα γονίδια BRCA1 και BRCA2, είναι πιο στενά συνδεδεμένες σε ένα υψηλότερο ποσοστό επιβίωσης για τον καρκίνο των ωοθηκών σε αυτές τις οικογένειες. Μπορούν να κάνουν ένα τεστ γονιδίου BRCA αν έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών. Οι περισσότεροι εμπειρογνώμονες συστήνουν ότι οι γυναίκες με τις γνωστές μεταλλάξεις BRCA αφαιρούν τη μήτρα, τις ωοθήκες, και τις σάλπιγγες τους ενώ αυτά τα όργανα είναι ακόμα υγιή, για να μειώσουν την πιθανότητα για αλλαγές στην διάρκεια της ζωής τους από την ανάπτυξη του καρκίνου των ωοθηκών. Δεν θα είναι σε θέση να μείνουν έγκυος, αλλά μελέτες έχουν δείξει ότι αυτή η επέμβαση μειώνει τις πιθανότητες που έχουν να αναπτύξουν καρκίνο των ωοθηκών κατά περίπου 95% . Υπάρχει ακόμη μια μικρή πιθανότητα να αναπτυχθεί ο καρκίνος, ακόμη και μετά την αφαίρεση των ωοθηκών. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι μπορεί να υπάρχει ήδη ένας μικρός όγκος ο οποίος είχε ωριμάσει πριν από την αφαίρεση των ωοθηκών. Αυτά τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να παραμείνουν στον οργανισμό μετά την χειρουργική επέμβαση, όπου συνεχίζουν να μεγαλώνουν.

Είναι επίσης δυνατό να αναπτυχθεί ο καρκίνος στον ομαλό ιστό που ευθυγραμμίζει την κοιλιακή κοιλότητα (περιτοναίου). Αυτό το είδος του καρκίνου που ονομάζεται περιτοναϊκός καρκίνος, μοιάζει με τον καρκίνο των ωοθηκών, έχει παρόμοια συμπτώματα, και αντιμετωπίζεται με τον ίδιο τρόπο ³⁶.

δ) Προληπτικά μέτρα για το καρκίνο του αιδοίου

Η γυναίκα μπορεί να προλάβει το καρκίνο του αιδοίου με την αποφυγή των σεξουαλικών συμπεριφορών που αυξάνουν τον κίνδυνο σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως HPV και ο HIV, και οι δύο όροι που αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του αιδοίου. Αυτές οι συμπεριφορές περιλαμβάνουν να μην έρθουν σε σεξουαλική επαφή σε μια νέα ηλικία, να μην έχει πολλούς συντρόφους, και να μην έρθουν σε σεξουαλική επαφή με κάποιον που είχε πολλούς συντρόφους. Τα προφυλακτικά μπορούν να ελαττώσουν τον κίνδυνο μετάδοσης HPV, αλλά δεν μπορούν να προστατεύσουν πλήρως από HPV. Επιπλέον, ένα εμβόλιο ενάντια σε μερικές μορφές του HPV είναι αποτελεσματικό στην πρόληψη του καρκίνου του αιδοίου καθώς επίσης και των τραχηλικών και κολπικών καρκίνων. Το εμβόλιο συστήνεται αυτήν την περίοδο για τις νέες γυναίκες καθώς γίνονται σεξουαλικά ενεργές, και η χρήση του μελετάται στους νεαρούς άνδρες. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο του καρκίνου του αιδοίου. Μπορείτε να βοηθήσετε να προληφθεί

ο καρκίνος του αιδοίου, γνωρίζοντας τα σημάδια και τα συμπτώματά του και να κάνει τις καθιερωμένες γυναικολογικές εξετάσεις που ελέγχουν για τις προκαρκινικές αλλαγές που μπορούν να οδηγήσουν στον καρκίνο του αιδοίου. Όταν ο καρκίνος ανιχνεύεται νωρίς, είναι ιδιαίτερα θεραπεύσιμος. Το γενικό πενταετές ποσοστό επιβίωσης είναι 96% όταν δεν περιλαμβάνονται οι λεμφαδένες. Ενώ μειώνεται σε 64% εάν ο καρκίνος έχει διαδοθεί στους λεμφαδένες³⁷.

ε)Προληπτικά μέτρα για το καρκίνο των σαλπίγγων

Επειδή οι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο των σαλπίγγων είναι άγνωστοι, δεν υπάρχει κανένας τρόπος να αποτραπεί. Εντούτοις, οι εξετάσεις αίματος κάποια ημέρα να προσδιορίσουν τις γυναίκες που είναι πιθανότερο να αναπτύξουν καρκίνο των σαλπίγγων ή καρκίνο των ωοθηκών. Αυτές οι διαγνωστικές εξετάσεις μπορούν να προσδιορίσουν τις μεταλλαγές BRCA1³⁸.

3.2 Πρώιμα διαγνωστικά μέτρα των καρκίνων

Μερικοί κοινοί καρκίνοι είναι ευκολότεροι να μεταχειριστούν και να θεραπευτούν εάν διαγνωστούν πρόωρα. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι καρκίνων, αλλά οι περισσότεροι καρκίνοι αρχίζουν όταν τα ανώμαλα κύτταρα γίνονται εκτός ελέγχου και διαμορφώνουν ένα κομμάτι (αποκαλούμενο όγκο). Ο όγκος μπορεί να συνεχίσει να αυξάνεται έως ότου αρχίζει ο καρκίνος να δίνει μεταστάσεις σε άλλα μέρη του σώματος. Εάν ο όγκος βρίσκεται όταν είναι ακόμα μικρός και δεν έχει διαδώσει ακόμα, η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να είναι εύκολη. Εντούτοις, όσο περισσότερο ο όγκος περνά απαρατήρητος, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα ο καρκίνος να έχει διαδοθεί. Αυτό καθιστά συνήθως την επεξεργασία δυσκολότερη³⁹.

Τραχήλου μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί συνήθως να βρεθεί εγκαίρως από καθιερωμένες εξετάσεις και τεστ Παπανικολάου. Όπως το τεστ Παπανικολάου έγινε ρουτίνα στη χώρα αυτή, κατά τον περασμένο μισό αιώνα οι επεμβατικές βλάβες (προκαρκίνου) του τραχήλου της μήτρας έγιναν πολύ πιο συνηθισμένες από τον διηθητικό καρκίνο. Το να είναι ενήμερες για οποιαδήποτε σημεία και συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, μπορεί επίσης να βοηθήσει να αποφευχθούν περιττές καθυστερήσεις στη διάγνωση. Έγκαιρη ανίχνευση βελτιώνει σημαντικά τις πιθανότητες επιτυχούς θεραπείας και εμποδίζει την ενδεχόμενη πρόωρη αλλαγή στα

κύτταρα του τραχήλου της μήτρας από το να μεταλλαχθεί σε καρκινική⁴⁰.

Ενδομητρίου

Ο καρκίνος του ενδομητρίου μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα και να θεραπευτεί σε ποσοστό πάνω από 90%. Είναι καρκίνος που εμφανίζεται συνήθως μετά την εμμηνόπαυση σε γυναίκες 50 έως 65 χρόνων.

Για το λόγο αυτό εάν η περίοδος έχει σταματήσει πάνω από ένα χρόνο και εμφανιστεί ξανά αίμα από τον κόλπο η γυναίκα πρέπει να συμβουλευτεί αμέσως γυναικολόγο. Το ίδιο επίσης οφείλουν να κάνουν και οι γυναίκες ηλικίας 40-50 χρόνων όταν αρχίσουν ανωμαλίες της περιόδου με εμφάνιση αίματος από τον κόλπο για πολλές μέρες, ή όταν η περίοδο εμφανίζεται συχνότερα από πριν, η αυξάνει σημαντικά η ποσότητά της. Οι ανωμαλίες αυτές συνήθως οφείλονται στην κλιμακτήριο ή και σε άλλες καλοήθειες παθήσεις της μήτρας πρέπει όμως να ελέγχονται⁴¹.

Αιδοίου

Το να έχεις υποβληθεί σε πυελικές εξετάσεις και η γνώση οποιονδήποτε σημαδιών και συμπτωμάτων του καρκίνου του αιδοίου βελτιώνουν πολύ τις πιθανότητες της έγκαιρης ανίχνευσης και της επιτυχούς θεραπείας. Εάν έχετε οποιοδήποτε πρόβλημα από αυτά που έχουν αναφερθεί επικοινωνήστε με τον γιατρό σας. Εάν ο γιατρός σας βρίσκει τίποτα ανώμαλο κατά τη διάρκεια της πυελικής εξέτασης, μπορεί να χρειαστείτε περισσότερες εξετάσεις για να μάθετε τι είναι λάθος. Αυτό μπορεί να σημαίνει την παραπομπή σας σε γυναικολόγο (ειδικός στα προβλήματα του γυναικείου γεννητικού συστήματος).

Δεν υπάρχει καμία τυποποιημένη διαλογή για αυτήν την ασθένεια, άλλη διαφορετική, από την φυσική εξέταση ρουτίνας⁴².

Ωοθηκών

Περίπου 20% των ωοθηκικών καρκίνων βρίσκονται σε ένα πρώιμο στάδιο. Όταν ο ωοθηκικός καρκίνος ανιχνεύεται πρόωρα σε ένα εντοπισμένο στάδιο, περίπου το 94% των ασθενών επιβιώνουν περισσότερο από 5 έτη μετά από τη διάγνωση.

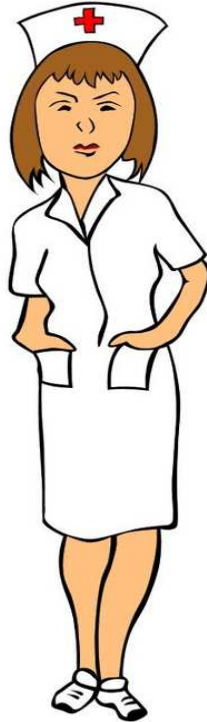
Διάφορες μεγάλες μελέτες είναι υπό εξέλιξη για να μάθουν τους καλύτερους τρόπους να βρεθεί ο ωοθηκικός καρκίνος σε πιο αρχικό στάδιο ⁴³.

Σαλπίγγων

Ο καρκίνος των σαλπίγγων εντοπίζεται σπάνια νωρίς. Περιστασιακά, εντοπίζεται νωρίς όταν ανιχνεύεται μια μάζα ή άλλη ανωμαλία μιας στερεότυπης πυελικής εξέτασης ή κατά την διάρκεια μιας δοκιμής απεικόνισης που γίνεται για έναν άλλο λόγο. Συνήθως, ο καρκίνος δεν εντοπίζεται έως ότου φτάσει σε ένα προχωρημένο στάδιο, τότε είναι προφανές επειδή μια μεγάλη μάζα είναι παρούσα. Εάν ο καρκίνος υποψιαστεί, η υπολογισμένη τομογραφία (CT) γίνεται συνήθως. Εάν τα αποτελέσματα εμφανίσουν καρκίνο, η χειρουργική επέμβαση γίνεται για να επιβεβαιώσει τη διάγνωση, να καθορίσει την έκταση της διάδοσης, και να αφαιρεθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερο μέρος του καρκίνου ⁴⁴.

Κεφάλαιο Τέταρτο

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και πρόωμη
διάγνωση των καρκίνων του γυναικείου γεννητικού
συστήματος.



Εισαγωγή

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: **πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, έρευνα, παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους.**

Ας δούμε λίγο πιο αναλυτικά, το έργο που καλούνται να επιτελέσουν οι νοσηλευτές/τριες, στο δύσκολο δρόμο που καλείται να διανύσει κάθε άνθρωπος αντιμετώπιζοντας με τον καρκίνο σε όλα τα βήματα της πορείας του.

Εισαγωγή στο νοσοκομείο

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία **κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής.** Ανεξάρτητα με αυτό σκοπός του/της νοσηλευτή/τριας είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο.

Απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια η **πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό** και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά.

Θεραπεία

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

Ενημέρωση, για την αναγκαιότητα της θεραπείας, για τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους, για τις παρενέργειες, για την διάρκεια χημειοθεραπείας και κάθε πόσο πρέπει να επαναλαμβάνεται.

Ασφαλής χορήγηση των χημειοθεραπευτικών προφύλαξη από την εξαγγελίωση των φαρμάκων.

Παρακολούθηση για έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπτώσεων της θεραπείας.

Παρότρυνση για καλή συνεργασία στην εφαρμογή δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών θεραπειών.

Ενημέρωση για εισαγωγή ασθενών σε κλινικές μελέτες.

Υποστήριξη των ασθενών και συγγενών με συνομιλία για καθημερινά θέματα.

Παρότρυνση συγγενών και άλλων ατόμων του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς για συμμετοχή σε προγράμματα πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης.

Ενημέρωση για το τι πρόκειται να συμβεί προεγχειρητικά - διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά έτσι ώστε να έχει ο ασθενής υψηλό ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα π.χ. τάση προς έμετο, δυσκολία κίνησης κάποιου μέλους.

Εκμάθηση για:

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

Στη ψυχολογική στήριξη προ και μετά της θεραπείας

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα: αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλάσματος κατάσταση σωματικής - ψυχικής - κοινωνικής υγείας. Μια αναγκαιότητα που προέκυψε μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερα νόσου.

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή/τριας είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου. Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου. Τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής είναι:

- ✓ Χειρισμός/ διαχείριση καρκινικού πόνου.
- ✓ Αντιμετώπιση ψυχολογικών - κοινωνικών ηθικών προβλημάτων.
- ✓ Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων.
- ✓ Διατροφική υποστήριξη, αντιμετώπιση καχεξίας.
- ✓ Φροντίδα τελικού σταδίου.

Οι νοσηλευτές/τριες οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το:

- ✓ Να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου.
- ✓ Να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή.
- ✓ Να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

Η **παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου** είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του **στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση** της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο "palliative care" - "ανακουφιστική φροντίδα", έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας.

Συμπέρασμα

Οι νοσηλευτές/τριες σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα ⁴⁵.

Κεφάλαιο πέμπτο

Μεθοδολογία της έρευνας

5.1 Πεδίο της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς των νοσοκομείων Βενιζέλειο και ΠΑ.Γ.Ν.Η και συγκεκριμένα στις κλινικές χειρουργική ογκολογική, γυναικολογική και Τ.Ε.Π (επείγοντα περιστατικά).

5.2 Δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 30 γυναίκες:

- α) διαγνωσμένες με καρκίνο του γεννητικού συστήματος και συγκεκριμένα με καρκίνο τραχήλου μήτρας, ενδομήτριου, σαλπίγγων, ωοθηκών και αιδοίου
- β) μεγαλύτερες των 18 ετών,
- γ) που έχουν υποβληθεί σε τουλάχιστον μια θεραπεία,
- δ) που δεν ήταν βαρέως πάσχουσας ασθενείς ώστε να μπορούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και
- ε) που μιλούν και γράφουν ελληνικά.

5.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Ως καταλληλότερη μέθοδος για την συλλογή δεδομένων της έρευνας κρίθηκε η σκόπιμη δειγματοληψία με ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς στην οποία ο ερευνητής επιλέγει μια ειδική ομάδα ή ομάδες μελών του πληθυσμού με βάση ορισμένα κριτήρια που προαναφέρθηκαν ⁴⁶.

Παρόλο που η μέθοδος αυτή θεωρείται αδύναμη σε σχέση με τις δειγματοληπτικές μεθόδους, στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος με βάση το πλαίσιο της μελέτης (πτυχιακή εργασία Τ.Ε.Ι.), τον χρόνο τον οποίο είχαν στην διάθεσή τους οι ερευνητές και το χαμηλό οικονομικό κόστος της μεθόδου συλλογής δεδομένων.

Η έρευνα έγινε με την χρήση του προγράμματος Excell του Microsoft office του 2007. Το ανώνυμο ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε ως μέθοδος συλλογής δεδομένων διότι δεν απαιτείται πολύς χρόνος για την συμπλήρωσή του, υπάρχει πλήρης ανωνυμία στις απαντήσεις του ενώ δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που αντανακλούν στην αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή αφού ο ερευνητής δεν είναι παρών κατά την απάντησή του. Ο σχεδιασμός της έρευνας βασίστηκε σε περιγραφική μελέτη (simple survey) με εφαρμογή μερικών συσχετίσεων (η

οποία αποτελεί είδος ποσοτικής μελέτης) για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα ⁴⁷.

5.4 Ερευνητικό εργαλείο

Μοιράστηκαν συνολικά 30 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν όλα συμπληρωμένα με μερικές ερωτήσεις ελλιπείς. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούνταν από 32 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 24 ήταν πολλαπλής επιλογής και οι 8 ερωτήσεις ανάπτυξης.

5.5 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας ήταν να διαπιστωθούν και να καταγραφούν οι γνώσεις και οι στάσεις των ασθενών με καρκίνο του γυναικείου γεννητικού συστήματος όσον αφορά την πρόληψη και πρώιμη διάγνωση των νοσημάτων αυτών.

5.6 Ερευνητικά ερωτήματα

- 1) Ποιες είναι οι γνώσεις των γυναικών σχετικά με τα προληπτικά μέτρα για την αποφυγή του καρκίνου του γεννητικού συστήματος ;
- 2) Ποια η συχνότητα εμφάνισης των καρκίνων του γεννητικού συστήματος στις κλινικές που μελετάμε;
- 3) α. Ποιο είναι το ποσοστό των γυναικών που εφαρμόζουν μέτρα προσυμπτωματικού ελέγχου ;
β. Ποια μέτρα προ συμπτωματικού ελέγχου εφαρμόζουν;
γ. Κάθε πότε εφαρμόζουν τα μέτρα αυτά;
- 4) α. Ποια ήταν τα πρώιμα συμπτώματα που εμφάνισαν πριν την εκδήλωση της νόσου;
β. Πόσο χρονικό διάστημα μεσολάβησε από το πρώτο σύμπτωμα μέχρι την διάγνωση;
- 5) Πως βαθμολογούν οι ασθενείς την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στην κλινική που νοσηλεύονται;

5.7 Δεοντολογία της έρευνας

Στο χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης, η έρευνα εστιάζεται συνεχώς πάνω σε ανθρώπινα υποκείμενα: στα πιστεύω, στις θέσεις και στις εμπειρίες τους που συνοδεύονται με την αρρώστια, στις συμπεριφορές αντιμετώπισης, στα συστήματα

υποστήριξης και στο περιβάλλον που μπορεί να δράσει ως παράγοντας ύπαρξης ή μη διαφόρου βαθμού άγχους. Η επιτυχία μιας τέτοιας έρευνας εξαρτάται από την αποτελεσματική εισχώρηση μέσα σε δραστηριότητες άλλων ατόμων, πράγμα που εγείρει ηθικά θέματα περί του τι είναι σωστό ή λαθεμένο.

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος σε αυτή, θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια μελέτη.

Τρεις είναι οι αρχές που θεσπίστηκαν από την αναφορά του Belmont όπως αναφέρονται στο βιβλίο της Σαχίνη (1997), μεθοδολογία έρευνας, οι οποίες καθορίζουν τους ηθικούς άξονες πάνω στους οποίους βασίστηκε και σχεδιάστηκε η παρούσα μελέτη.

Η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης. Πάνω σε αυτές τις αρχές στηρίζονται τα κριτήρια ηθικής συμπεριφοράς στην έρευνα, καθώς και τα βασικά δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας.

Τα δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας είναι τα εξής:

α) Εμπιστευτικότητα των δεδομένων

Όπως σε όλες τις έρευνες έτσι και σε αυτή θεωρήθηκε απαραίτητο να εξασφαλιστεί η πλήρη ανωνυμία των υποκειμένων. Αυτό επιτεύχθηκε με τη μη συμπλήρωση του ονόματός τους στα ερωτηματολόγια καθώς και τη μη παραμονή μέλους της ομάδας στο χώρο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

β) Ενημέρωση για το είδος της έρευνας

Στην παρούσα έρευνα, πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι ασθενείς ενημερώθηκαν για το σκοπό της, τη μέθοδο και τη διαδικασία συλλογής πληροφοριών. Επίσης ενημερώθηκαν για τον τρόπο με τον οποίο τα αποτελέσματα της έρευνας θα αξιοποιούνταν και για τα οφέλη που θα μπορούσαν να προκύψουν από αυτήν.

γ) Διατήρηση ψυχολογικής ισορροπίας

Στην συγκεκριμένη έρευνα η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε χωρίς να ασκηθεί ψυχολογική πίεση στους ασθενείς. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο σε καμία περίπτωση δεν έθιγαν την προσωπικότητα των ασθενών λαμβάνοντας υπόψη την σοβαρότητα της κατάστασής τους. Τέλος ο χρόνος που απαιτήθηκε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ελάχιστος κατανοώντας την σωματική και ψυχολογική ταλαιπωρία που τυχόν να είχαν υποστεί οι ασθενείς.

5.8 Πιλοτική μελέτη

Η πιλοτική μελέτη έγινε σε 4 ασθενείς με Ca γυναικείου γεννητικού συστήματος (2 από τη ΧΟΓΚ και 2 από την γυναικολογική), προκειμένου να διαπιστωθούν προβλήματα κατανόησης, πιθανών ελλείψεων, χρόνου συμπλήρωσης ή άλλων προβλημάτων. Διαπιστώθηκε πρόβλημα σε μια ερώτηση λόγω του μεγέθους της η οποία αφαιρέθηκε και στην θέση της μπήκαν 2 μικρότερες που αφορούσαν το πόσο συχνά επισκέπτονταν το γυναικολόγο και ποια προφυλακτικά μέσα χρησιμοποιούσαν. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε στα 7 λεπτά.

5.9 Στατιστική ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Microsoft Office Excel 2007 και οι συναρτήσεις count if(..) και count(..) ενώ για το μέσο όρο των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η συνάρτηση average(..). Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης ελέγχθηκαν με τις μεθόδους χ^2 (chi-square test) και αφορούσαν το τόπο διαμονής, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο μόρφωσης του δείγματος.

Σύμφωνα με τις συναρτήσεις αυτές ελέγχθηκαν:

- Ο αριθμός των παιδιών και σε ποια ηλικία τα απέκτησαν.
- Σε ποια ηλικία είχαν την πρώτη τους περίοδο καθώς επίσης αν είχε διακοπή και αν τυχόν είχαν προβλήματα με την περιόδό τους.
- Αν είχαν κάνει χρήση αντισυλληπτικών χαπιών και ποια προφυλακτικά μέτρα χρησιμοποιούν.
- Αν έχουν εμβολιαστεί για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

- Αν είχαν κάνει διακοπή εγκυμοσύνης.
- Κάθε πότε επισκέπτονταν το γυναικολόγο τους και ποιες εξετάσεις έκαναν.
- Τι συμπτώματα είχαν πριν την διάγνωση και πόσο χρονικό διάστημα τα είχαν και τι τους παρακίνησε τελικά να επισκεφτούν το γιατρό.
- Σε τι εξετάσεις και ποια θεραπεία έχουν υποβληθεί καθώς και το πόσο ταλαιπωρήθηκαν από αυτές.
- Πόσο ικανοποιημένοι είναι από την νοσηλευτική, ιατρική και ψυχολογική φροντίδα καθώς επίσης και τι πιστεύουν πως πρέπει να βελτιωθεί μέσα στο νοσοκομείο.
- Και τέλος ποια ήταν τα βασικά προβλήματα που είχαν μέχρι την τελική διάγνωση του προβλήματος υγείας τους και τι θεωρούν ως αιτία επιδείνωσης της κατάστασής τους.

Κεφάλαιο Έκτο

Αποτελέσματα

6.1 Αποτελέσματα

Το δείγμα της έρευνας μας αποτελείται από 13 ασθενείς του Βενιζελείου νοσοκομείου και από 17 του ΠΑΓΝΗ (πίνακας 1)* και συγκεκριμένα 12 από την Γυναικολογική κλινική, 16 από την Χειρουργική Ογκολογική κλινική (ΧΟΓΚ) και 2 από την Παθολογική κλινική (ΠΟΓΚ) (πίνακας 2). Η ηλικία τους κυμαινόταν από 35 έως 70 ετών με μέσο όρο τα 53.9 έτη (πίνακας 3). Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση το 66.7 % του δείγματος ήταν έγγαμες, το 10% ήταν άγαμες, το 13% ήταν χήρες και το 10% ήταν διαζευγμένες (πίνακας 4). Ως τόπο μόνιμης κατοικίας αναφέρουν περισσότεροι από τους μισούς (66.7%) το Ηράκλειο, το 16.7% το Ρέθυμνο ενώ το υπόλοιπο ποσοστό που αποτελεί το 16.7% του συνόλου προερχόταν από την υπόλοιπη Κρήτη (πίνακας 5α). Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (76.7%) ζούσε σε πόλη (πίνακας 5β).

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσής τους οι περισσότεροι ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου. Συγκεκριμένα το επίπεδο εκπαίδευσής τους είναι: απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου το 60%, Δημοτικού 20%, απόφοιτοι σχολών ΑΕΙ/ΤΕΙ το 3.3% ενώ δεν πήγε καθόλου σχολείο το 16.7% (πίνακας 6).

Το 90% του δείγματος έχει αποκτήσει παιδιά (πίνακας 7α) και το 40.8% του ποσοστού τα απέκτησε σε ηλικία που κυμαινόταν από 23 έως 27 έτη (πίνακας 7β). Η ηλικία που είχαν την πρώτη τους περίοδο κυμαινόταν από 11 έως 15 ετών με μέσο όρο τα 13 έτη (πίνακας 10). Το 66.7% δήλωσε ότι έχει διακοπή η περιόδός του (πίνακας 11α) με μέση ηλικία διακοπής τα 47.5 έτη (πίνακας 11β). Το 56.7% ανέφερε προβλήματα περιόδου (πίνακας 12α) με κύρια: τον έντονο πόνο (33.3%), μη σταθερό κύκλο (30%) και αιμορραγίες εκτός περιόδου (13.3%) (πίνακας 12β).

Το 30% του δείγματος δήλωσε ότι είχε κάνει χρήση αντισυλληπτικών χαπιών στο παρελθόν (πίνακας 13α) και το 55.6% ξεκίνησε την χρήση σε ηλικία 15 έως 25 ετών (πίνακας 13β) ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (55.6%) δήλωσε την χρήση τους από 1 έως 12 μήνες (πίνακας 13γ). Ενώ το 88.9% συνεχίζει να κάνει χρήση αντισυλληπτικών χαπιών μέχρι και σήμερα (πίνακας 13δ). Επιπλέον δήλωσαν ως προφυλακτικά μέτρα που χρησιμοποιούσαν τα: δεν χρησιμοποιώ 56.7%, προφυλακτικό 23.3% και 20% δεν έχω σεξουαλικές επαφές (πίνακας 19).

*οι πίνακες βρίσκονται στο παράρτημα.

Στην ερώτηση για το ποιες από αυτές είχαν εμβολιαστεί κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (HPV) ολόκληρο το δείγμα (100%) απάντησε αρνητικά (πίνακας 14). Επίσης το 16.7% του δείγματος απάντησε θετικά στο ότι είχε κάνει διακοπή της εγκυμοσύνης στο παρελθόν (πίνακας 15α) ενώ το 40% του ποσοστού αυτού δήλωσε είχε κάνει διακοπή της εγκυμοσύνης 3 φορές (πίνακας 15β).

Το 43.4% του δείγματος επισκεπτόταν το γυναικολόγο μια φορά το χρόνο, το 23.3% μια φορά το εξάμηνο ενώ το 20% καθόλου (πίνακας 17). Οι λόγοι για τους οποίους επισκέπτονταν το γυναικολόγο ήταν: προληπτικός έλεγχος (50%) μια φορά το χρόνο, γυναικολογικές εξετάσεις (50%) μια φορά το χρόνο, συμπτώματα γεννητικού συστήματος (20%) μια φορά τα 2 χρόνια (πίνακας 16), κολποσκόπηση (10%) μια φορά τα 2 χρόνια και αιματολογικές ή βιοχημικές εξετάσεις (60%) μια φορά το χρόνο (πίνακας 18). Επίσης το 16.7% δήλωσε ως αιτία που δεν έκανε γυναικολογικές εξετάσεις ότι ντρεπόταν (πίνακας 18β).

Το 73% του συνόλου δήλωσε ότι ένα από τα συμπτώματα ήταν αυτό που το παρακίνησε να επισκεφτεί το γυναικολόγο ενώ το 24% πήγε για καθιερωμένο έλεγχο και διαπιστώθηκε εκεί το παρόν πρόβλημα (πίνακας 25). Τα συμπτώματα που είχαν ήταν: διαταραχές ούρησης (10.5%), ανωμαλίες περιόδου (11.6%), πόνος και δυσφορία στην κοιλιά ή στην λεκάνη (25.6%), επίμονη κούραση και πόνοι στην πλάτη (15.2%), επίμονοι εμετοί και ναυτία (9.3%), αιμορραγία μεταξύ των περιόδων (6.9%), ανεξήγητες ή αφύσικες κολπικές εκκρίσεις (5.9%), φαγούρα (3.4%) και άλλο (11.6%) (πίνακας 23). Το χρονικό διάστημα που είχαν τα συμπτώματα αυτά κυμαινόταν από 0 έως 10 μήνες (90%) (πίνακας 24).

Οι μέρες που νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο κυμαίνονταν από 1 έως 13 (πίνακας 8α) και το 70% του δείγματος έχει νοσηλευτεί 1 έως 2 φορές (πίνακας 8β).

Οι εξετάσεις που έχουν υποβληθεί για την διάγνωση της νόσου ήταν: γενική αίματος (18.7%), βιοχημικές εξετάσεις (16.8%), τιμές ορμονών (11.3%), αξονική (6.3%) μαγνητική (6.8%), ακτινογραφία (5%), σπινθηρογράφημα (0.0%), τεστ Παπ (15%), υστεροσαλπιγγογραφία (1.3%), υπερηχογράφημα (12.5%), υστεροσκόπηση (1.3%) και βιοψία ενδομητρίου (5%) (πίνακας 26). Το 56.7% δήλωσε ότι καμία εξέταση δεν τους ταλαιπώρησε ενώ το 16.7% δήλωσε την μαγνητική και το 13.3% την βιοψία ενδομητρίου (πίνακας 27). Το 70% του συνόλου έχει υποβληθεί σε χειρουργική

θεραπεία ενώ το 20% και το 3.3% έχουν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία αντίστοιχα (πίνακας 28).

Το 26.7% του δείγματος δήλωσε ότι υπήρχε γυναίκα στο συγγενικό της περιβάλλον που να είχε το ίδιο πρόβλημα με την ασθενή (πίνακας 21α). Το 50% του ποσοστού αυτού δήλωσε την θεία ως συγγενικό πρόσωπο το 25% την αδερφή και με 12.5% η μητέρα και η γιαγιά (πίνακας 21β). Επίσης το 43.3% του συνόλου δήλωσε ότι είχε γενικότερα ένα συγγενή με κάποια νεοπλασματική νόσο (πίνακας 22α) και συγκεκριμένα: πατέρας 46.2% , παππούς 23%, θείος 15.4% και από 7.7% αδερφή και ξαδέρφη (πίνακας 22β). Το 38.5% του ποσοστού δήλωσε ότι το συγγενικό πρόσωπο είχε Ca στον πνεύμονα και το 30.8% στον προστάτη (πίνακας 22γ).

Η νοσηλευτική φροντίδα αξιολογήθηκε με 5 από το 53.3% του δείγματος, η ιατρική φροντίδα αξιολογήθηκε με 5 από το 53.3% και η ψυχολογική φροντίδα αξιολογήθηκε με 5 από το 43.3% σε μία κλίμακα που κυμαινόταν από 0 έως 5 όπου το 0 σήμαινε καθόλου και το 5 άριστα (πίνακας 29). Τα πράγματα που συνέστησαν για βελτίωση σύμφωνα με το δείγμα ήταν: 36.7% περισσότερο προσωπικό, 26.7% περισσότερο ενδιαφέρον του προσωπικού, 3.3% περισσότερο υλικό και 6.7% καλύτερη εξυπηρέτηση (πίνακας 30).

Ως αιτία επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας τους ανέφεραν τους εξής λόγους: 33.3% μη συχνές επισκέψεις στο γιατρό και αμέλεια, 6.7% την ηλικία, 3.3% την εμμηνόπαυση, 6.7% την κακή ψυχολογία και 3.3% το φόβο (πίνακας 31). Και τέλος τα βασικά προβλήματα που αντιμετώπισαν μέχρι την τελική διάγνωση του προβλήματος της υγείας τους ήταν: 46.7% ο πόνος, 16.7% την αιμορραγία και 10% ο φόβος (πίνακας 32).

Κεφάλαιο Έβδομο

Συζήτηση -

Συμπεράσματα

7.1 Συζήτηση

Το δείγμα της έρευνας μας αποτελούνταν από 30 νοσηλεύόμενες γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του γεννητικού συστήματος. Από αυτές το 40% είχε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το 13.3% είχε καρκίνο ενδομητρίου, το 26.7% είχε καρκίνο ωοθηκών, το 10% καρκίνο σαλπίγγων και το 10% καρκίνο αιδοίου. Τουλάχιστον 8 γυναίκες εμφάνισαν καρκίνο σε ηλικία 35 έως 44 έτη, γεγονός που υποδηλώνει εμφατικά την ανάγκη έναρξης των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο σε αρκετά μικρή ηλικία. Αν και τα 2/3 των γυναικών κατοικούν στο Ηράκλειο παρατηρούμε ότι αρκετές έρχονται από άλλα μέρη της Κρήτης γεγονός που οφείλεται στην άρτια οργάνωση και παρουσία ογκολογικών κλινικών στα δυο μεγάλα νοσοκομεία της πόλης. Δυστυχώς και σε αυτή τη μελέτη επιβεβαιώνεται ότι ο καρκίνος είναι μια χρόνια νόσος με πολλά προβλήματα. Το 36% των ασθενών νοσηλεύονται πάνω από 7 ημέρες ενώ υψηλά είναι τα ποσοστά και αυτών που είχαν περισσότερες από μια νοσηλείες το τελευταίο δίμηνο.

Το 1/3 των γυναικών παρουσίασε απώλεια βάρους και το 60% των γυναικών αυτών έχασε από 6 έως 10 κιλά, γεγονός το οποίο συμφωνεί με έρευνα που παρουσιάστηκε στο 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Διαιτολογίας και Διατροφής το οποίο αναφέρει ότι : οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο αναπτύσσουν ένα μεγάλο αριθμό κλινικών συμπτωμάτων. Η καχεξία αποτελεί την πιο απειλητική πλευρά του καρκίνου. Η ανορεξία, η ακούσια απώλεια βάρους, η απώλεια ιστών, η κακή ποιότητα ζωής, η έλλειψη δραστηριότητας και τελικά ο θάνατος χαρακτηρίζουν την καρκινική καχεξία, δηλαδή μια κατάσταση προχωρημένου πρωτεϊνο-θερμιδικού υποσιτισμού. Περίπου οι μισοί από το σύνολο των καρκινοπαθών υποφέρουν από αυτό το σύνδρομο. Ενώ οι ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες και καρκίνο του μαστού σπάνια εμφανίζουν σημαντική απώλεια βάρους, οι περισσότεροι άλλοι τύποι συμπαγών όγκων σχετίζονται με υψηλά ποσοστά εμφάνισης καχεξίας⁴⁸.

Το 66.7% των γυναικών είχε την πρώτη του περίοδο από ηλικία 11 έως 13 ετών. Τουλάχιστον το 1/2 των γυναικών είχε προβλήματα με τη περιόδό τους με κυριότερα τον έντονο πόνο με 37% και το μη σταθερό κύκλο με 33.4%. Ακόμα στο 66.7% του δείγματος έχει διακοπεί η περίοδος του και μάλιστα στο 30% των γυναικών αυτών διακόπηκε σε ηλικία από 39 έως 44 ετών.

Το 30% του δείγματος έχει κάνει χρήση αντισυλληπτικών εκ των οποίων το 55.6% τα ξεκίνησε σε ηλικία 15 έως 25 ετών και το 55.6% του ποσοστού έκανε χρήση αντισυλληπτικών χαπιών έως ένα χρόνο. Επιπλέον το 88.9% των γυναικών αυτών συνεχίζουν να κάνουν χρήση μέχρι και σήμερα.

Στην έρευνά μας διαπιστώσαμε ότι το συνολικό ποσοστό του δείγματος δεν είχε κάνει το εμβόλιο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (HPV). Ίσως όμως παίζει ρόλο ότι στην έρευνά μας υπήρχαν γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας οι οποίες δεν είχαν πια λόγο να το κάνουν. Παρόλα αυτά το ποσοστό συμφωνεί εν μέρει με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα Γιάννινα η οποία έδειξε πως μόλις το 11% των κοριτσιών και των νεαρών γυναικών που πρέπει να εμβολιαστούν, προχώρησαν στην απαιτούμενη διαδικασία. Στο ζήτημα αυτό αναφέρθηκε στην παρέμβασή του και ο καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Αριστοτέλης Λουφόπουλος, τονίζοντας πως οι παρενέργειες του συγκεκριμένου εμβολίου είναι ίδιες με κάθε άλλο εμβόλιο⁴⁹.

Όσον αφορά τις εξετάσεις πρόληψης που γίνονταν κατά μέσο όρο μια φορά το χρόνο με κύριες το Τεστ Παπανικολάου (50%), τη μαστογραφία (53.3%), τις αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις (60%) φαίνεται ξεκάθαρα ότι υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης στα θέματα πρόληψης και στη σημαντικότητα των εξετάσεων αυτών.

Από την έρευνά μας διαπιστώσαμε ότι το 26.7% του δείγματος είχε κάποιο συγγενικό πρόσωπο με το ίδιο πρόβλημα υγείας, στοιχείο το οποίο μας δείχνει ότι υπάρχει σχέση κληρονομικότητας ανάμεσα στους συγγενείς. Κάτι το οποίο δεν συμφωνεί απόλυτα με την έρευνα του Εργαστηρίου Ιατρικής Γενετικής του Πανεπιστημίου Αθηνών η οποία αναφέρεται στον «Προσυμπτωματικό έλεγχο για κληρονομικές μορφές καρκίνου» και αναλυτικότερα επισημαίνει ότι: εάν υπάρχει αλλαγή σε συγκεκριμένα γονίδια ή γονίδιο σημαίνει ότι το άτομο εμφανίζει μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσει ένα συγκεκριμένο τύπο καρκίνου, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό που δεν φέρουν τις αλλαγές αυτές στο γονιδίωμά τους. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν σημαίνει ότι εάν φέρεις τις αλλαγές στο γονιδίωμα ότι σίγουρα θα προσβληθείς από συγκεκριμένο τύπο καρκίνου, όμως το άτομο αυτό έχει αυξημένη πιθανότητα να προσβληθεί από καρκίνο κατά την διάρκεια της ζωής του⁵⁰.

Σύμφωνα με την έρευνά μας τα κυριότερα συμπτώματα που είχαν πριν τη διάγνωση και τους οδήγησαν στο γυναικολόγο ήταν η φαγούρα, η αιμορραγία μεταξύ των περιόδων και πόνος ή δυσφορία στην περιοχή της κοιλιάς ή στη λεκάνη με χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων αυτών από 0 έως 10 μήνες. Τα δεδομένα αυτά συμφωνούν με την έρευνα της Μελίνας Κατσαμά όπου η φαγούρα και η αιμορραγία μεταξύ των περιόδων αναφέρονται ως 2 από τα 5 σημαντικά γυναικολογικά συμπτώματα⁵¹.

Τα 2/3 των γυναικών αυτών είχαν υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία ενώ το 20% σε χημειοθεραπεία. Οι εξετάσεις που ταλαιπώρησαν περισσότερο τις γυναίκες αυτές ήταν η μαγνητική τομογραφία με ποσοστό 16.7% και η βιοψία ενδομητρίου 13.3%.

Τέλος, οι γυναίκες της έρευνάς μας έκριναν την νοσηλευτική, ιατρική και ψυχολογική φροντίδα, με κλίμακα από 0 έως 5 όπου το 0 σήμαινε καθόλου και το 5 σήμαινε άριστα. Η νοσηλευτική φροντίδα βαθμολογήθηκε με 5 από το 53.3% του δείγματος όπως και η ιατρική φροντίδα ενώ η ψυχολογική φροντίδα βαθμολογήθηκε με 5 από το 43.3% του δείγματος. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι το δείγμα πρότεινε πράγματα προς βελτίωση μέσα στο νοσοκομείο και αυτά ήταν: περισσότερο προσωπικό με ποσοστό 36.7% και περισσότερο ενδιαφέρον από το προσωπικό με ποσοστό 26.6 %.

7.2 Συμπέρασμα

Από την έρευνά μας συμπεράναμε ότι οι γνώσεις των γυναικών σχετικά με τα προληπτικά μέτρα για την αποφυγή των καρκίνων του γεννητικού συστήματος δεν είναι επαρκείς αν κρίνουμε από το αποτέλεσμα ότι μια στις δύο γυναίκες κάνει προληπτικό έλεγχο μια φορά το χρόνο. Τα πιο συχνά μέτρα προσυμπτωματικού ελέγχου που εφαρμόζουν είναι το Τεστ Παπανικολάου, η μαστογραφία, η κολποσκόπηση και οι αιματολογικές/βιοχημικές εξετάσεις τα οποία γίνονται μια φορά το χρόνο.

Η συχνότητα εμφάνισης των καρκίνων του γεννητικού συστήματος στις κλινικές που μελετήθηκαν ήταν: καρκίνος του τραχήλου της μήτρας με ποσοστό 40%, καρκίνο των

ωοθηκών με 26.7%, καρκίνος του ενδομητρίου 13.3% και καρκίνος του αιδοίου και των σαλπίνγων 10% ο καθένας.

Σύμφωνα με την έρευνά μας τα πρώιμα συμπτώματα που εμφάνισαν πριν την εκδήλωση της νόσου ήταν πόνος και δυσφορία στην κοιλιά ή στην λεκάνη (25.6%), επίμονη κούραση και πόνοι στην πλάτη (15.2%), ανωμαλίες περιόδου (11.6%), διαταραχές ούρησης (10.5%), επίμονοι εμετοί και ναυτία (9,3%) αιμορραγία μεταξύ των περιόδων (6.9%) ανεξήγητες αφύσικες κολπικές εκκρίσεις (5.9%) και φαγούρα (3.4%). Το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από το πρώτο σύμπτωμα μέχρι την διάγνωση ήταν από 0 έως 10 μήνες με ποσοστό 90%.

Η νοσηλευτική φροντίδα βαθμολογήθηκε, σε κλίμακα από 0 έως 5 όπου 0 ήταν καθόλου και 5 άριστα, με 4 και 5 σε ποσοστό 86.6%, η ιατρική φροντίδα με 4 και 5 σε ποσοστό 86.6% ενώ η ψυχολογική φροντίδα με 4 και 5 σε ποσοστό 56.6% .

Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Μετά την συγκεκριμένη μελέτη όπου διαπιστώσαμε σχετικά ανεπαρκή προληπτικό έλεγχο κρίνουμε σκόπιμο μελλοντικά να διερευνηθούν οι παρακάτω τομείς:

- Να πραγματοποιηθεί έρευνα με τη χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών.
- Να εφαρμοστούν προληπτικά προγράμματα εκπαίδευσης σε θέματα προσυμπτωματικού ελέγχου σε συγγενείς/συνοδούς ογκολογικών ασθενών.
- Να μελετηθεί η κατανομή και άλλων παραγόντων κινδύνου για γυναικολογικό καρκίνο στο γυναικείο πληθυσμό της Ελλάδας.
- Να αξιολογηθεί η γνώση των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά την εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων των εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου και την ικανότητα τους να προσδιορίζουν γρήγορα και αξιόπιστα ομάδες υψηλού κινδύνου για καρκίνο.

Παράρτημα 1

Πίνακας 1: Νοσοκομεία

Νοσοκομεία	Άτομα	Ποσοστό
Βενιζέλειο	13	43.3%
ΠΑΓΝΗ	17	56.7%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 2: Τμήματα νοσηλείας

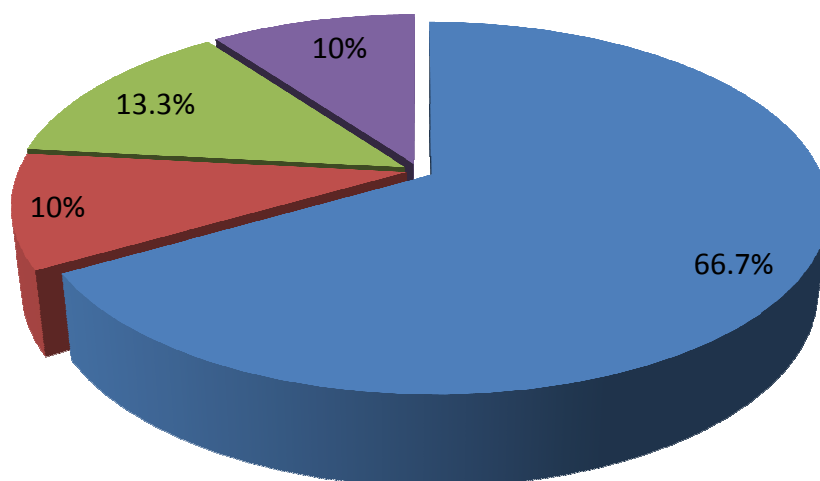
Τμήμα νοσηλείας	Άτομα	Ποσοστό
Γυναικολογική	12	40%
ΧΟΓΚ	16	53.3%
ΠΟΓΚ	2	6.7%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 3 : Ηλικία

Ηλικία	Άτομα	Ποσοστό
35 έως 44	8	26.6%
45 έως 54	6	20%
55 έως 64	11	36.6%
≥65	5	16.6%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 4: Οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Άτομα	Ποσοστό
Έγγαμη	20	66.7%
Άγαμη	3	10%
Χήρα	4	13.3%
Διαζευγμένη	3	10%
Σύνολο	30	100%



Πίνακας 5 : α) Τόπος κατοικίας: Νομός

Τόπος κατοικίας	Άτομα	Ποσοστό
Ηράκλειο	20	66.7%
Χανιά	3	10%
Ρέθυμνο	5	16.7%
Αγ. Νικόλαος	2	6.6%
Σύνολο	30	100%

β) Τόπος κατοικίας: Χωριό / πόλη

	Άτομα	Ποσοστό
Χωριό	7	23.3%
Πόλη	23	76.7%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 6: Επίπεδο μόρφωσης

Επίπεδο μόρφωσης	Άτομα	Ποσοστό
Δεν πήγα σχολείο	5	16.7%
Δημοτικό	6	20%
Γυμνάσιο	7	23.3%
Λύκειο	11	36.7%
Α.Ε.Ι/Τ.Ε.Ι	1	3.3%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 7:α) Παιδιά

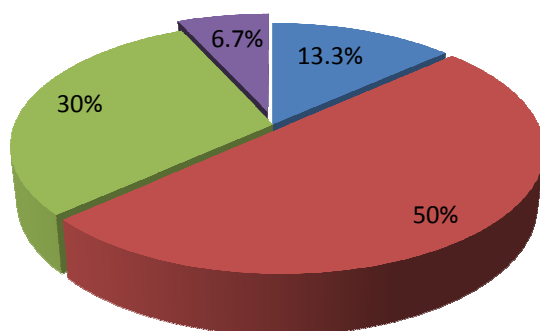
Παιδιά	Άτομα	Ποσοστό
Όχι	3	10%
Ναι	27	90%
Σύνολο	30	100%

β) Ηλικία απόκτησης παιδιού

Ηλικία	Άτομα	Ποσοστό
14-18	6	22.2%
19-22	10	37%
23-27	11	40.8%
Σύνολο	27	100%

Πίνακας 8 : α) Μέρες νοσηλείας

Μέρες νοσηλείας	Άτομα	Ποσοστό
1-3	4	13.3%
4-6	15	50%
7-9	9	30%
≥10	2	6.7%
Σύνολο	30	100%



β) Νοσηλείες στο τελευταίο δίμηνο

Νοσηλείες	Άτομα	Ποσοστό
1 ^η φορά	1	3.3%
1- 2 φορές	21	70%
3- 4 φορές	8	26.7%
>4 φορές	0	0.0%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 9: α) Απώλεια βάρους

Απώλεια βάρους	Άτομα	Ποσοστό
Όχι	20	66.7%
Ναι	10	33.3%
Σύνολο	30	100%

β) Κιλά που έχασαν

Κιλά	Άτομα	Ποσοστό
1-5	3	40%
6-10	6	60%
11-14	1	10%
Σύνολο	10	100%

Πίνακας 10: Ηλικία εμμηναρχής

Ηλικία	Άτομα	Ποσοστό
11-13	20	66.7%
14-15	10	33.3%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 11: α) Διακοπή περιόδου

Διακοπή	Άτομα	Ποσοστό
Όχι	10	33.3%
Ναι	20	66.7%
Σύνολο	30	100%

β) Ηλικία διακοπής περιόδου

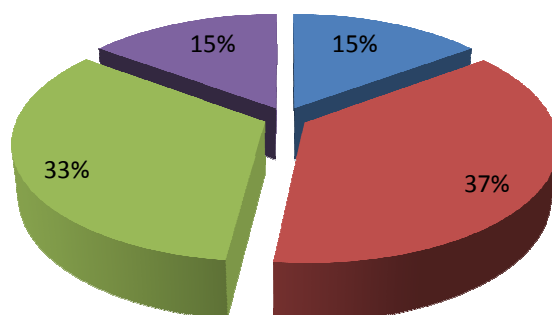
Ηλικία διακοπής περιόδου	Άτομα	Ποσοστό
39-44	6	30%
45-50	6	30%
51-55	8	40%
Σύνολο	20	100%

Πίνακας 12: α) Ύπαρξη προβλημάτων περιόδου

Ύπαρξη	Άτομα	Ποσοστό
Όχι	13	43.7%
Ναι	17	56.7%
Σύνολο	30	100%

β) Προβλήματα περιόδου

	Άτομα	Ποσοστό
Αιμορραγίες εκτός περιόδου	4	14.8%
Έντονος πόνος	10	37%
Μη σταθερός κύκλος	9	33.4%
Άλλο	4	14.8%
Σύνολο	27	100%



Πίνακας 13: α) Χρήση αντισυλληπτικών χαπιών

Χρήση	Άτομα	Ποσοστό
Όχι	21	70%
Ναι	9	30%
Σύνολο	30	100%

β) Ηλικία αρχής χρήσης

Ηλικία	Άτομα	Ποσοστό
15-25	5	55.6%
26-35	1	11.1%
36-41	3	33.3%
Σύνολο	9	100%

γ) Χρονικό διάστημα χρήσης

Χρονικό διάστημα(σε μήνες)	Άτομα	Ποσοστό
1-12	5	55.6%
13-24	3	33.3%
25-36	1	11.1%
Σύνολο	9	100%

δ) Συνεχιζόμενη χρήση μέχρι σήμερα

Χρήση	Άτομα	Ποσοστό
Όχι	1	11.1%
Ναι	8	88.9%
Σύνολο	9	100%

Πίνακας 14: Εμβολιασμός κατά του HPV

Εμβολιασμός	Άτομα	Ποσοστό
Όχι	30	100%
Ναι	0	0.0%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 15: α) Διακοπή εγκομοσύνης

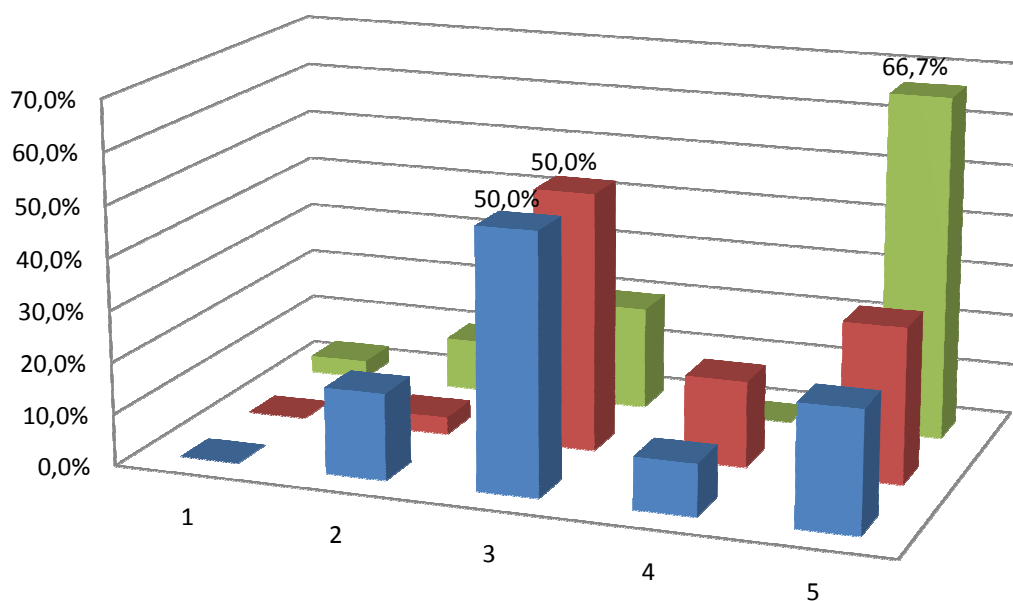
Διακοπή	Άτομα	Ποσοστό
Όχι	25	83.3%
Ναι	5	16.7%
Σύνολο	30	100%

β) Πόσες φορές

	Άτομα	Ποσοστό
1φορά	3	60%
2φορές	0	0.0%
3φορές	2	40%
Σύνολο	5	100%

Πίνακας 16: Λόγοι επίσκεψης στο γυναικολόγο

Λόγοι	Χρονική περίοδος					Σύνολο
	νωρίτερα	Μια ανά εξαμηνο	Μια ανά χρόνο	Μια ανά δυο χρόνια	Καθόλου	
Προληπτικός έλεγχος						
Άτομα	0	5	15	3	7	30
Ποσοστό	0.0%	16.7%	50%	10%	23.3%	100%
Γυναικολογικές εξετάσεις						
Άτομα	0	1	15	5	9	30
Ποσοστό	0.0%	3.3%	50%	16.7%	30%	100%
Συμπτώματα γενν. συστημ.						
Άτομα	1	3	6	0	20	30
Ποσοστό	3.3%	10%	20%	0.0%	66.7%	100%

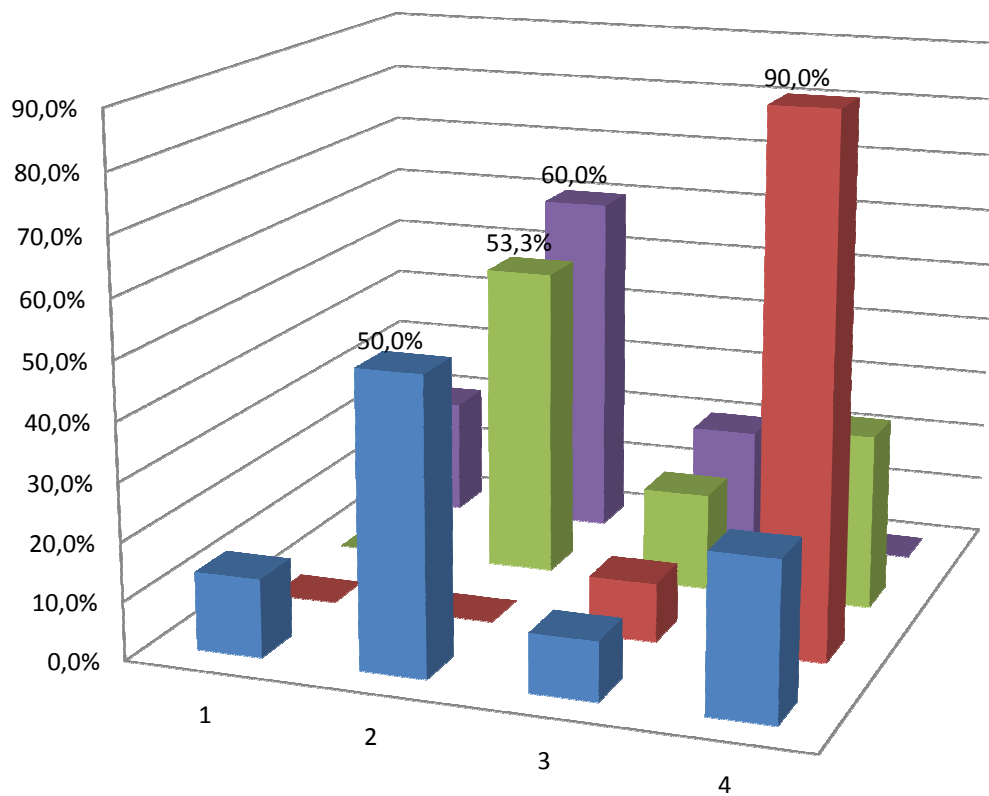


Πίνακας 17: Συχνότητα επίσκεψης σε γυναικολόγο

Συχνότητα	Άτομα	Ποσοστό
Μια ανά μήνα	1	3.3%
Μια ανά εξάμηνο	7	23.3%
Μία ανά χρόνο	13	43.4%
Μια ανά δυο χρόνια	3	10%
Καθόλου	6	20%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 18: α) Γυναικολογικές εξετάσεις

Εξετάσεις	Χρονική περίοδος				Σύνολο
	Μια ανά εξάμηνο	Μια ανά χρόνο	Μια ανά δυο χρόνια	Καθόλου	
Τεστ Παπ					
Άτομα	4	15	3	8	30
Ποσοστό	13.3%	50%	10%	26.7%	100%
Κολποσκόπηση					
Άτομα	0	0	3	27	30
Ποσοστό	0.0%	0.0%	10%	90%	100%
Μαστογραφία					
Άτομα	0	16	5	9	30
Ποσοστό	0.0%	53.3%	16.7%	30%	100%
Αιματολογικές/βιοχημικές εξετάσεις					
Άτομα	6	18	6	0	30
Ποσοστό	20%	60%	20%	0.0%	100%

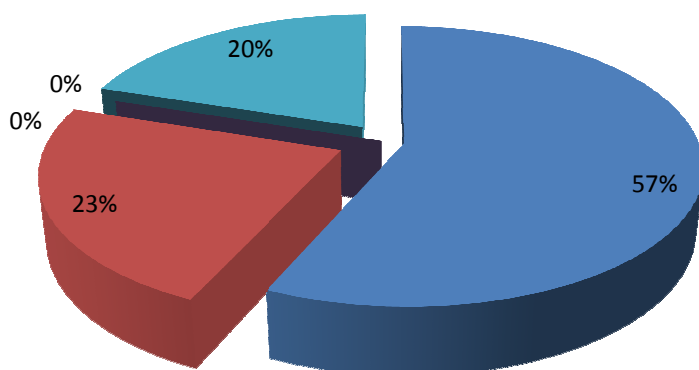


β) Λόγοι που δεν έκαναν εξετάσεις

Λόγοι	Άτομα	Ποσοστό
Δεν τις ήξερα	0	0.0%
Ντρεπόμουν	5	16.6%
Δεν είχα λεφτά/δεν τα κάλυπτε η ασφάλεια μου	2	6.7%
Φοβόμουν για το αποτέλεσμα	2	6.7%
Άλλο	21	70%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 19: Προφυλακτικά μέτρα

Μέτρα	Άτομα	Ποσοστό
Δεν χρησιμοποιώ	17	56.7%
Προφυλακτικό	7	23.3%
Αντισυλληπτικά	0	0.0%
Σπιράλ	0	0.0%
Δεν έχω σεξουαλικές επαφές	6	20%
Σύνολο	30	100%



Πίνακας 20: Είδος καρκίνου

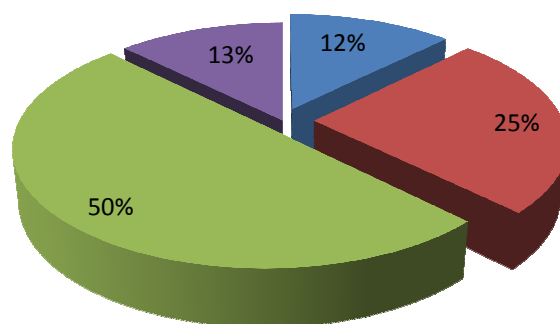
Είδος	Άτομα	Ποσοστό
Τραχήλου μήτρας	12	40%
Ενδομητρίου	4	13.3%
Ωοθηκών	8	26.7%
Σαλπίνγων	3	10%
Αιδοίου	3	10%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 21:α)Υπαρξη συγγενικού προσώπου με το ίδιο πρόβλημα υγείας.

Συγγενικό πρόσωπο	Άτομα	Ποσοστό
Όχι	22	73.3%
Ναι	8	26.7%
Σύνολο	30	100%

β)Είδος συγγένειας

Είδος συγγένειας	Άτομα	Ποσοστό
Μητέρα	1	12.5%
Αδελφή	2	25%
Θεία	4	50%
Γιαγιά	1	12.5%
Σύνολο	8	100%



Πίνακας 22:α) Ύπαρξη συγγενικού προσώπου με κάποια νεοπλασματική νόσο.

Συγγενικό πρόσωπο	Αριθμός	Ποσοστό
Όχι	17	56.7%
Ναι	13	43.3%
Σύνολο	30	100%

β) Είδος συγγένειας

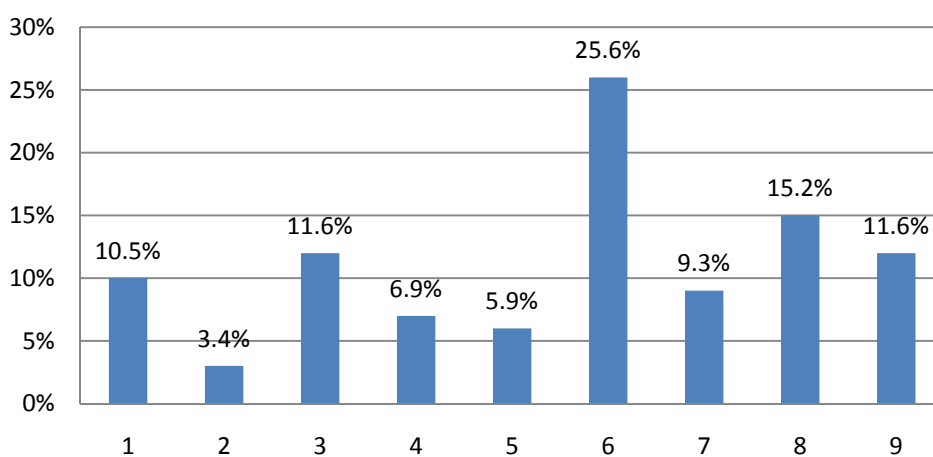
Είδος συγγένειας	Άτομα	Ποσοστό
Πατέρας	6	46.2%
Μητέρα	0	0.0%
Θείος	2	15.4%
Ξαδέρφη	1	7.7%
Παππούς	3	23%
Αδελφή	1	7.7%
Σύνολο	13	100%

γ) Περιοχή που είχαν το πρόβλημα

Περιοχή	Άτομα	Ποσοστό
Λεμφαδένες	1	7.7%
Πνεύμονας	5	38.5%
Προστάτης	4	30.8%
Ενδομήτριο	2	15.4%
Παχύ έντερο	1	7.7%
Σύνολο	13	100%

Πίνακας 23: Συμπτώματα πριν τη διάγνωση

Συμπτώματα	Άτομα	Ποσοστό
Διαταραχές ούρησης	9	10.5%
Φαγούρα	3	3.4%
Ανωμαλίες περιόδου	10	11.6%
Αιμορραγία μεταξύ των περιόδων	6	6.9%
Ανεξήγητες/αφύσικες κοιλιακές εκκρίσεις	5	5.9%
Πόνος και δυσφορία στην κοιλιά ή στην λεκάνη	22	25.6%
Επίμονοι εμετοί και ναυτία	8	9.3%
Επίμονη κούραση και πόνοι στην πλάτη	13	15.2%
Άλλο	10	11.6%
Σύνολο	86	100%

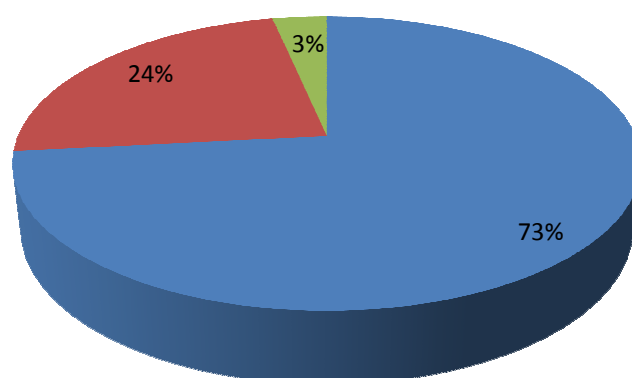


Πίνακας 24: Χρονική διάρκεια συμπτμάτων

Διάρκεια (σε μήνες)	Άτομα	Ποσοστό
0-10	27	90%
11-20	0	0.0%
21-30	3	10%
Σύνολο	30	100%

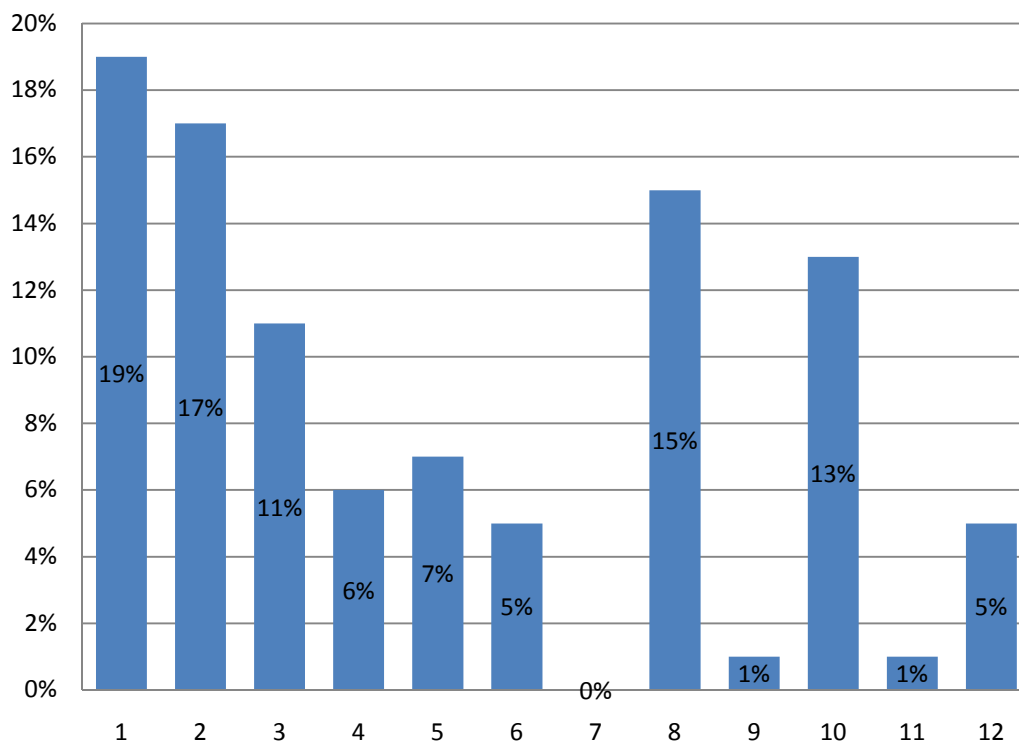
Πίνακας 25: Λόγοι που τους οδήγησαν στο γιατρό

Λόγοι	Άτομα	Ποσοστό
Ένα απ'τα συμπτώματα	22	73%
Καθιερωμένος έλεγχος	7	24%
Πόνος κατά την σεξουαλική επαφή	1	3%
Σύνολο	30	100%



Πίνακας 26: Εξετάσεις

Εξετάσεις	Άτομα	Ποσοστό
Γενική αίματος	30	18.7%
Βιοχημικές	27	16.8%
Τιμές ορμονών	18	11.3%
Αξονική	10	6.3%
Μαγνητική	11	6.8%
Ακτινογραφία	8	5%
Σπινθηρογράφημα	0	0.0%
Τεστ Παπ	24	15%
Υστεροσαλπιγγογραφία	2	1.3%
Υπερηχογράφημα	20	12.5%
Υστεροσκόπηση	2	1.3%
Βιοψία ενδομητρίου	8	5%
Σύνολο	160	100%

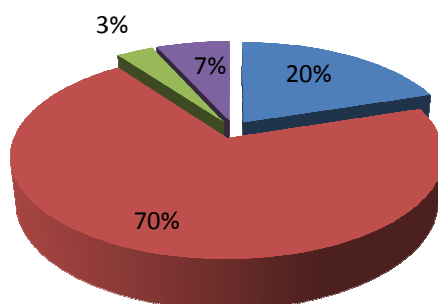


Πίνακας 27: Εξέταση που ταλαιπώρησε περισσότερο

Εξέταση	Άτομα	Ποσοστό
Καμία	17	56.7%
Γενική αίματος	0	0.0%
Τιμές ορμονών	0	0.0%
Αξονική	2	6.7%
Μαγνητική	5	16.7%
Ακτινογραφία	0	0.0%
Σπινθηρογράφημα	0	0.0%
Τεστ Παπ	0	0.0%
Υστεροσαλπιγγογραφία	1	3.3%
Υπερηχογράφημα	0	0.0%
Υστεροσκόπηση	1	3.3%
Βιοψία ενδομητρίου	4	13.3%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 28: Θεραπείες

Θεραπείες	Άτομα	Ποσοστό
Χημειοθεραπεία	6	20%
Χειρουργική	21	70%
Ακτινοθεραπεία	1	3%
Άλλο	2	7%
Σύνολο	30	100%



Πίνακας 29: Αξιολόγηση φροντίδας

Νοσηλευτική φροντίδα	Ιατρική φροντίδα	Ψυχολογική φροντίδα
0 - 0.0% (0)*	0 - 0.0% (0)*	0 - 6.7% (2)*
1 - 0.0% (0)*	1 - 0.0% (0)*	1 - 13.3% (4)*
2 - 6.7% (2)*	2 - 6.7% (2)*	2 - 10% (3)*
3 - 6.7%(2)*	3 - 6.7% (2)*	3 - 13.3% (4)*
4 - 33.3% (10)*	4 - 33.3% (10)*	4 - 13.3% (4)*
5 - 53.3 % (16)*	5 - 53.3 % (16)*	5 - 43.3% (13)*

*Μέσα στις παρενθέσεις βρίσκονται οι απόλυτοι αριθμοί.

Ερώτηση 30: Πράγματα προς βελτίωση

Πράγματα	Άτομα	Ποσοστό
Περισσότερο προσωπικό	11	36.7%
Περισσότερο ενδιαφέρον προσωπ.	8	26.6%
Κανένα	6	20%
Ανεπαρκές υλικό	1	3.3%
Δεν γνωρίζουν	2	6.7%
Καλύτερη εξυπηρέτηση	2	6.7%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 31: Αιτία επιδείνωσης της κατάστασής τους (κατά τη γνώμη τους)

Αιτία	Άτομα	Ποσοστό
Κανένα	10	33.3%
Μη συχνές επισκέψεις/αμέλεια	10	33.3%
Δεν γνωρίζουν	4	13.3%
Η ηλικία	2	6.7%
Εμμηνόπαυση	1	3.3%
Κακή ψυχολογία	2	6.7%
Φόβος	1	3.3%
Σύνολο	30	100%

Πίνακας 32: Βασικά προβλήματα που αντιμετώπιζαν πριν τη διάγνωση

Προβλήματα	Άτομα	Ποσοστό
Κανένα	5	16.7%
Διαταραχές ούρησης	1	3.3%
Κόπωση	1	3.3%
Φόβος	3	10%
Αιμορραγία	5	16.7%
Έντονη εφίδρωση	1	3.3%
Πόνος	14	46.7%
Σύνολο	30	100%

Βιβλιογραφία

- 1) Ανώνυμο (2009). Τι είναι καρκίνος; Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.pare-dose.net/blog/?p=173> (2/10/2009)
- 2) Ιατρική της γυναίκας (1996). Τα γεννητικά όργανα, Kervasdoue de Anne Εκδόσεις Κισσός (29/8/2009)
- 3) Παπανικολάου Νίκος Α. Παπανικολάου Αλέξης Ν. (1994). Γυναικολογία Εσωτερικά γεννητικά όργανα Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός (29/8/2009)
- 4) Αγγελάκης Εμμανουήλ (2007). Σημειώσεις μαιευτικής – γυναικολογίας (22/9/2009)
- 5) Ιωαννίδου – Μουζάκα Λυδία (29/6/2009). Καρκίνος τραχήλου μήτρας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.mastologos.gr/articles/uterus-cancer> (12/9/2009)
- 6) Ανώνυμο (2009). Παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.eurocytology.eu/Static/eurocytology/gre/cervical/LP1ContentCcontE.html> (16/9/2009)
- 7) Ανώνυμο (2009). Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://health.in.gr/woman/Article.asp?ArticleId=18817&CurrentTopId=18661&IssueTitle=%CD%EF%F3%DE%EC%E1%F4%E1> (17/9/2009)
- 8) Ανώνυμο (2008). Cervical Cancer: Treatment, The Merck Manuals, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.merck.com/mmhe/sec22/ch252/ch252d.html> (2/10/2009)
- 9) Χατζηγεωργίου Κωνσταντίνος (2001). Καρκίνος τραχήλου της μήτρας: Πρόγνωση, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.gyn.gr/artman/publish/printer76.asp> (11/10/2009)
- 10) Ανώνυμο (2008). The Merck Manuals, prognosis of cervical cancer, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.merck.com/mmhe/sec22/ch252/ch252d.html> (25/9/2009)
- 11) Μαστρογαμβράκης Γ. (21/2/2008) Η έγκαιρη πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.womanslife.gr/index4.php?option=com_content&task=view&id=230&Itemid=729 (12/9/2009)
- 12) Ανώνυμο (2007). Παχυσαρκία και πρόωμη εμμηνόπαυση αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://news.pathfinder.gr/health/562613.html> (16/9/2009)
- 13) Ανώνυμο (2008). Η έγκαιρη πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.womanslife.gr/index4.php?option=com_content&task=view&id=230&Itemid=729 (16/9/2009)
- 14) Μυλωνάκη Δ. (19/9/2009). Μήτρα και τράχηλος μήτρας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.dmilonaki.gr/oncology/female/metra-trakhelos.html> (18/9/2007)

- 15) Ανώνυμο (2008). Endometrial Cancer: Treatment, UCSF Medical Center, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.ucsfhealth.org/adult/medical_services/cancer/pelvic/conditions/endo/treatments.html (2/10/2009)
- 16) Wood D. (9/30/09). Diagnosis and Prognosis of Uterine (Endometrial) Cancer Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.swedish.org/13983.cfm> (15/8/2009)
- 17) Βλάχος Γ. (2009). Καρκίνος ωοθηκών. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα www.exe1928.gr/files/seminars/2009/feb/blaxos.doc (12/9/2009)
- 18) Ανώνυμο (2007). Καρκίνος ωοθηκών: Συμπτώματα και παράγοντες κινδύνου. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=1391 (16/9/2009)
- 19) Ανώνυμο (2002). Διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.e-telescope.gr/gr/cat04/art04_020528.htm (17/9/2009)
- 20) Γεωργακόπουλος Παν. (1993). Επίτομη μαιευτικής γυναικολογίας και νοσηλευτικής Θεραπεία γυναικολογικού καρκίνου Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισσιανός (2/10/2009)
- 21) Ανώνυμο (2009). The New York Times: health guide, prognosis Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://health.nytimes.com/health/guides/disease/ovarian-cancer/prognosis.html> (11/10/2009)
- 22) Ανώνυμο (2008). Fallopian Tube Cancer: The Basics. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.oncolink.com/types/article.cfm?c=6&s=49&ss=801&id=9502&p=2> (12/9/2009)
- 23) Ανώνυμο (2009). Fallopian tube cancer, The University of Texas MD Anderson Cancer center, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.mdanderson.org/patient-and-cancer-information/cancer-information/cancer-types/fallopian-tube-cancer/index.html> (25/9/2009)
- 24) Ανώνυμο (2008). Fallopian tube cancer: Treatment , UCSF Medical Center, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.ucsfhealth.org/adult/medical_services/cancer/pelvic/conditions/fallopian/treatments.html (11/10/2009)
- 25) Dolson L. (2001). Fallopian tube cancer, prognosis, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.baymoon.com/~gyncancer/library/weekly/aa112200a.htm> (8/10/2008)
- 26) Ανώνυμο (2007). Harvard medical center, reproductive health and menopause, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://womenshealth.aetna.com/WH/ihtWH/r.W=23/st.41823/t.42842.html#Prognosis> (11/10/2009)
- 27) Ανώνυμο (2009). Καρκίνος κόλπου, αιδοίου, πέους. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.ygeiaonline.gr/index.php?option=com_content&view=article&catid=79:2008-12-11-17-25-33&id=454:2008-12-12-12-14-38 (12/9/2009)
- 28) Ανώνυμο (2007). Τροποποιήσιμοι ορισμένοι εκ των παραγόντων κινδύνου του καρκίνου του αιδοίου. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://news.pathfinder.gr/health/567031.html> (17/9/2009)

- 29) Ανώνυμο (2001). Vulvar Cancer Encyclopedia Index V Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.lifesteps.com/gm/Atoz/ency/vulvar_cancer.jsp
- 30) Ανώνυμο (2008). Vulva cancer: Treatment , UCSF Medical Center, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.ucsfhealth.org/adult/medical_services/cancer/pelvic/conditions/vulvar/treatments.html (11/10/2009)
- 31) Ανώνυμο (2001). Encyclopedia Index V: Vulvar Cancer, prognosis Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.lifesteps.com/gm/Atoz/ency/vulvar_cancer.jsp (8/10/2009)
- 32) Ανώνυμο (2009). Cancer prevention, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/cervical/Patient/page1> (12/0/2009)
- 33) Fayed L. (29/4/2007). Cervical Cancer: Prevention, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://cancer.about.com/od/cervicalcancer/a/preventcervical.htm> (12/10/2009)
- 34) Ανώνυμο (2005). Endometrial cancer prevention, FOX Chase Cancer Center, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.fccc.edu/cancer/pdq/English/Patients/EndometrialCancerPrevention.html> (11/10/2009)
- 35) Ανώνυμο (2007). Ovarian cancer prevention , Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.webmd.com/ovarian-cancer/guide/ovarian-cancer-prevention> (9/10/2009)
- 36) Ανώνυμο (2008). Mayo Clinic Staff, Vulvar Prevention- avoiding risks, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.mayoclinic.com/health/vulvar-cancer/DS00768/DSECTION=prevention> (8/10/2009)
- 37) Ανώνυμο (2007). Fallopian tube cancer prevention, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.intelihealth.com/IH/ih/IH/W/9339/31145.html> (10/10/2009)
- 38) Ανώνυμο (2006). Why is it important to find cancer early? Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://familydoctor.org/online/famdocen/home/common/cancer/basics/725.html> (10/10/2009)
- 39) Ανώνυμο (2009). Can Cervical Cancer Be Found Early? American Cancer Society, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_3X_Can_cervical_cancer_be_found_early8.asp (15/9/2009)
- 40) Ανώνυμο (2009). Ο καρκίνος του ενδομητρίου μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα; Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://dapndfk4dents.Forumotion.com/forum-f46/topic-t444.htm> (15/9/2009)
- 41) Ανώνυμο (2009). Can vulvar cancer be found early? American Cancer Society Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.cancer.org/docroot/cri/content/cri_2_4_3x_can_vulvar_cancer_be_found_early_45.asp (18/9/2009)
- 42) Ανώνυμο (2009). Can ovarian cancer be found early? American Cancer Society Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI2_4_3XCan_ovarian_cancer_be_found_early33.asp (12/10/2009)

- 43) Ανώνυμο (2008). Fallopian tube cancer, The Merck Manuals, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.merck.com/mmhe/sec22/ch252/ch252g.html> (21/10/2009)
- 44) Ανώνυμο (2009). Νοσηλευτής Ογκολογικών Ασθενών, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/specialists/nurse/> (21/10/2009)
- 45) Σαχίνη- Καρδάση Α. (2004). Μεθοδολογία έρευνας, εφαρμογές στο χώρο της υγείας Εκδόσεις ΒΗΤΑ (27//11/2008)
- 46) Oppenheim A.N. (1992). Questionnaire design, interviewing and attitude measurement Biddles Ltd , Guilford & King's Lynn (27//11/2008)
- 47) Σαχίνη Α. (1997). Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική Εκδόσεις ΒΗΤΑ (2/12/2009)
- 48) Ανώνυμο (2005). 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Διαιτολογίας και Διατροφής: Καρκινικοί καχεξία, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=870 (10/1/2010)
- 49) Λουφόπουλος Α. (7/11/2009). Στο επίκεντρο το Εμβόλιο, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://odysseaschios.blogspot.com/2009/11/blog-post_8709.html (10/1/2010)
- 50) Ανώνυμο (2009). Προσυμπτωματικός έλεγχος για κληρονομικές μορφές καρκίνου Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://209.85.129.132/search?q=cache:Fml56gBWMEoJ:www.Eurogentest.org/web/files/public/unit6/patients/Greece/cancer-greek.pdf> (10/1/2010)
- 51) Κατσαμά Μελ. (13/7/2009). 5 γυναικολογικά συμπτώματα που δεν πρέπει να αγνοήσετε, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.myself.gr/Article/womens-health-symptoms/39-4467.html> (10/1/2010)

ΑΝΩΤΑΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο προσπαθεί να καταγράψει τις γνώσεις σας σε θέματα πρόληψης και πρώιμης διάγνωσης σε νεοπλασίες του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Συμπληρώνεται εύκολα μέσα σε διάστημα δέκα λεπτών και είναι ανώνυμο. Όσες πληροφορίες μας δώσετε θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για αυτή την έρευνα και θα τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Σας παρακαλούμε να απαντήσετε στις ακόλουθες ερωτήσεις ώστε να βοηθήσετε την έρευνά μας.

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Οι ερευνητές: Βραχνάκης Ανδρέας

Γουρνιαζάκη Ερασμία

Πανουτσακοπούλου Βασιλική

Ερωτηματολόγιο

- 1) **Νοσοκομείο:** Βενιζέλιο ΠΑΓΝΗ
- 2) **Τμήμα νοσηλείας:**
- 3) **Ηλικία**
- 4) **Οικογενειακή κατάσταση**
α) Έγγαμη β) Άγαμη γ) Χήρα δ) Διαζευγμένη
- 5) **Τόπος κατοικίας**
I) α) Ηράκλειο β) Χανιά γ) Ρέθυμνο δ) Άγιος Νικόλαος
II) **Ζείτε σε:** ε) Χωριό στ) Πόλη

6) Επίπεδο μόρφωσης

- α) Δεν πήγα σχολείο β) Δημοτικό γ) Γυμνάσιο δ) Λύκειο ε) ΑΕΙ/ΤΕΙ
 στ) Άλλο.....

7) Έχετε παιδιά;

- Όχι Ναι Αν **ΝΑΙ** σε ποια ηλικία γεννήσατε το πρώτο σας παιδί;
.....

8) ι) Πόσες μέρες νοσηλεύεστε στο νοσοκομείο;

ιι) Πόσες φορές έχετε νοσηλευτεί στο νοσοκομείο το τελευταίο δίμηνο;

- α) 1^η φορά β) 1-2 φορές γ) 3-4 φορές δ) >4 φορές

9) Παρουσιάσατε απώλεια βάρους τους τελευταίους έξι μήνες;

- α) Όχι Ναι

β) Αν **ΝΑΙ**, πόσα κιλά χάσατε;.....

γ) Αν **ΟΧΙ**, αυξήθηκε το βάρος σας;.....

10) Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σας περίοδο;

11) Έχει διακοπεί η περίοδος σας;

- Όχι Ναι Αν **ΝΑΙ**, σε ποια ηλικία συνέβη;

12) Είχατε προβλήματα με την περιόδό σας;

- Όχι Ναι Αν **ΝΑΙ** ποιες;

- α) Αιμορραγίες εκτός περιόδου
β) Έντονος πόνος
γ) Μη σταθερό κύκλο
δ) Άλλο.....
ε) Άλλο.....

13) Παίρνετε ή έχετε πάρει στο παρελθόν αντισυλληπτικά χάπια;

- Όχι Ναι α) Αν **ΝΑΙ** σε ποια ηλικία ξεκινήσατε;.....

β) Αν **ΝΑΙ** για πόσο χρονικό διάστημα τα παίρνατε;

Συνεχίζετε να τα παίρνετε και τώρα; Όχι Ναι

14) Έχετε κάνει το εμβόλιο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας(HPV);

Όχι Ναι

15) Έχετε κάνει ποτέ διακοπή της εγκυμοσύνης για ιατρικούς ή άλλους λόγους;

Όχι Ναι Αν ΝΑΙ πόσες φορές;

16) Αναφέρετε δύο σημαντικούς λόγους για τους οποίους είχατε επισκεφτεί το γυναικολόγο σας πριν αρρωστήσετε με το σημερινό πρόβλημα υγείας σας;

Προβλήματα	Χρονικό διάστημα				
		1φορά το εξάμηνο	1 φορά τον χρόνο	1 φορά τα 2 χρόνια	καθόλου
α)Προληπτικός έλεγχος (τεστ Παπ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β)Γυναικολογικές εξετάσεις (μαστογραφία)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ)Συμπτώματα γεννητικού συστήματος (αιμορραγίες κύκλου, πόνος στην περιοχή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ)Άλλο.....					

17) Πόσο συχνά επισκεπτόσασταν το γυναικολόγο σας;

α) Μια φορά το μήνα β) Μια φορά το εξάμηνο γ) Μια φορά το χρόνο

δ) Μια φορά τα δυο χρόνια ε) Καθόλου

18) Ποιες και κάθε πότε κάνατε τις παρακάτω γυναικολογικές εξετάσεις;

	1)Μια φορά το εξάμηνο	2)Μία φορά χρόνο	3)Μια φορά το τα χρόνια	4)Καθόλου
α)Τεστ Παπανικολάου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β)κολποσκόπηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ)Μαστογραφία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ)Αιματολογικές/βιοχημικές εξετάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε)Άλλο.....				

Αν **ΔΕΝ** κάνατε πείτε μας την αιτία:

- α) Δεν τις ήξερα β)Ντρεπόμουν γ)δεν είχα λεφτά/δεν τα κάλυπτε η ασφάλεια μου
- δ) Φοβόμουν για το αποτέλεσμα ε) Άλλο.....

19) Ποια προφυλακτικά μέσα χρησιμοποιείτε κατά την σεξουαλική επαφή;

- α)Δεν χρησιμοποιώ β) Προφυλακτικό γ) Αντισυλληπτικά
- δ) Σπирάλ ε) Δεν έχω σεξουαλικές επαφές
- στ)Άλλο.....

20) Σε ποιο σημείο εντοπίζεται το πρόβλημά σας;

- α) τράχηλος μήτρας
- β) ενδομήτριο
- γ) ωοθηκών
- δ) σαλπίγγων
- ε) αιδοίου

21) Υπάρχει κάποια γυναίκα στο συγγενικό σας περιβάλλον που να έχει/είχε το ίδιο πρόβλημα με εσάς;

- Όχι Ναι Αν **ΝΑΙ** ποια;
- α) Μητέρα
 - β) Αδελφή
 - γ) Θεία
 - δ) Γιαγιά
 - ε)
 - Άλλο.....

22) Υπάρχει γενικότερα κάποιος συγγενής σας εκτός από τους παραπάνω με κάποια νεοπλασματική νόσο;

Όχι Ναι Αν **ΝΑΙ** τι σχέση έχετε/είχατε;.....

Αν **ΝΑΙ** που είχε το πρόβλημα;.....

23) Ποια από τα παρακάτω ήταν τα συμπτώματα που σας οδήγησαν να επισκεφθείτε το γιατρό σας και τελικά διαγνώστηκε πρόβλημα υγείας που πάσχετε τώρα και για το οποίο νοσηλεύεστε;

- α) Διαταραχές σύρρησης
- β) Φαγούρα
- γ) Ανωμαλίες περιόδου
- δ) Αιμορραγία μεταξύ των περιόδων
- ε) Ανεξήγητες αφύσικες κολπικές εκκρίσεις
- στ) Πόνος και δυσφορία στην κοιλιά ή στην λεκάνη
- ζ) Επίμονοι εμετοί και ναυτία
- η) Επίμονη κούραση και πόνοι στην πλάτη
- θ) Άλλο.....

24) Πόσο χρονικό διάστημα είχατε τα συμπτώματα πριν πάτε στο γιατρό;

.....

25) Τι ήταν αυτό που σας παρακίνησε να επισκεφθείτε τον γιατρό;

α) Ένα από τα συμπτώματα

β) Πήγατε στο γιατρό για καθιερωμένο έλεγχο και διαπιστώθηκε εκεί

γ) Πόνο κατά την σεξουαλική επαφή

δ) Άλλο.....

26) Σε ποιες από τις παρακάτω εξετάσεις έχετε υποβληθεί για τη διάγνωση της νόσου;

α) γενική αίματος δ) αξονική ζ) σπινθηρογράφημα

β) βιοχημικές εξετάσεις ε) μαγνητική η) τεστ Παπανικολάου

γ) τιμές ορμονών στ) ακτινογραφία θ) υστεροσαλπιγγογραφία

ι) υπερηχογράφημα

ια) υστεροσκόπηση

ιβ) βιοψία ενδομητρίου

27) Ποια από τις παραπάνω εξετάσεις θεωρείτε ότι σας ταλαιπώρησε περισσότερο;

.....

...

28) Σε ποιες από τις παρακάτω θεραπείες έχετε υποβληθεί;

α) Χημειοθεραπεία

β) Χειρουργική

γ) Ακτινοθεραπεία

δ) Άλλο.....

29) Πόσο ικανοποιημένη είστε από την νοσηλευτική, ιατρική και ψυχολογική φροντίδα που έχετε μέχρι τώρα για το πρόβλημα υγείας σας;

(Βαθμολογείτε την από 0-5 όπου 0 καθόλου ικανοποιημένοι και 5 πάρα πολύ ικανοποιημένοι)

Νοσηλευτική φροντίδα	Ιατρική φροντίδα	Ψυχολογική φροντίδα
0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

30) Τι πράγματα νομίζετε ότι θα πρέπει να βελτιωθούν μέσα στο νοσοκομείο;

.....
.....
.....

31) Ποιο γεγονός εάν υπάρχει, θεωρείτε κατά την γνώμη σας ότι επιδείνωσε ή ήταν η αιτία για την κατάσταση της υγείας σας;

.....
.....
.....

32) Ποια ήταν τα βασικά προβλήματα που είχατε μέχρι τη τελική διάγνωση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας σας

.....
.....
.....

Σας ευχαριστούμε