



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΩΝ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΜΕΤΡΑ
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Από τις σπουδάστριες:

ΚΑΜΠΟΥΡΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΠΙΝΙΡΤΖΗ ΚΑΛΛΙΑ

Επιβλέπων καθηγητής :

Δρ. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΑΓΓΕΛΑΚΗΣ

2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α) ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1) ΕΙΣΑΓΩΓΗ

2) ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- Εξωτερικά γεννητικά όργανα
- Εσωτερικά γεννητικά όργανα

3) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

- Γενικά
- Αίτια
- Ιστοπαθολογία
- Συμπτώματα
- Διάγνωση
- Επέκταση
- Σταδιοποίηση
- Θεραπεία
- Χημειοθεραπεία
- Πρόγνωση
- Καρκίνος του τραχήλου και κύηση

4) ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

- Τεστ Παπανικολάου –Κολποτραχηλικό επίχρισμα
 - Τεχνική λήψης επιχρίσματος
 - Ταξινόμηση κυττάρων- Δυσκαρίωση
 - Προγνωστική αξία
 - Αίτια ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας

- Μορφές CIN
- Θεραπεία CIN

- Κολποσκόπηση
- HPV-DNA TEST
- Δοκιμασία LUGOL
- Εμβόλιο

Β)ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή
2. Υλικό –Μέθοδος
3. Ερωτηματολόγιο
4. Έρευνα
5. Αποτελέσματα
6. Συμπεράσματα-Συζήτηση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιθυμία μας για την επιλογή αυτού του θέματος πηγάζει από το ενδιαφέρον μας για την ενημέρωση και την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι:

Η διερεύνηση της ενημέρωσης των σπουδαστριών ΤΕΙ Κρήτης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και για τα μέτρα πρόληψης του, η καταγραφή της συχνότητας που υποβάλλονται σε test-Παπανικολάου οι σπουδάστριες και τον έλεγχο της ετοιμότητας των σπουδαστριών ΤΕΙ Κρήτης να δεχθούν την προοπτική εφαρμογής του εμβολίου εναντίον του HPV.

Σήμερα δυστυχώς,

- ο καρκίνος του τραχήλου αποτελεί την δεύτερη συχνότερη κακοήγη νόσο των γυναικών παγκοσμίως (μετά τον καρκίνο του μαστού).
- στον τρίτο κόσμο (Αφρική, Νοτιοανατολική Ασία) αποτελεί την υπ' αριθμόν 1 αιτία θανάτου γυναικών από καρκίνο.
- στην προηγμένη Ευρώπη, σήμερα, περίπου 33.400 γυναίκες εμφανίζουν κάθε χρόνο καρκίνο του τραχήλου και από αυτές περίπου οι 15.000 πεθαίνουν, δηλ. σήμερα στην Ευρώπη πεθαίνουν από την νόσο αυτή περίπου 40 γυναίκες κάθε μέρα.
- στην Ελλάδα, σύμφωνα με την εκτίμηση της δεκαετίας του '90, η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου ήταν 9,29/100.000 (EUCAN Database, 1998). Κατά την δεκαετία αυτή, στην Ελλάδα, περίπου 100 γυναίκες ηλικίας άνω των 25 ετών πέθαιναν κάθε χρόνο από την νόσο αυτή (Στοιχεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας).

Το πιο σημαντικό δεδομένο όμως, το οποίο δεν είναι γνωστό στον περισσότερο κόσμο, είναι ότι σήμερα γνωρίζουμε σίγουρα την αιτία που προκαλεί τον καρκίνο του τραχήλου: τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας τον προκαλεί ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων, γνωστός και ως HPV (Human Papilloma Virus). Είναι ίσως η μοναδική περίπτωση καρκίνου, της οποίας γνωρίζουμε σίγουρα την αιτία! Η αναγνώριση της εμπλοκής των ιών

HPV στην καρκινογένεση επιβάλλει την ανάπτυξη τρόπων αποφυγής των μολύνσεων εξ αυτών προς ελαχιστοποίηση του κινδύνου. Σημαντική θέση κατέχει η πρόληψη, τόσο με την ευρεία εφαρμογή κυτταρολογικών – μοριακών τεχνικών ανίχνευσης πρώιμων βλαβών (screening test) όσο και με την ανάπτυξη εμβολίων. Έτσι, η μέθοδος ανίχνευσης και τυποποίησης του DNA του HPV σε κυτταρικό υλικό από τον τράχηλο της μήτρας γυναικών γνωστό ως “HPV DNA test” άρχισε να εφαρμόζεται σε μικρότερη ή μεγαλύτερη κλίμακα στις διάφορες χώρες του δυτικού κόσμου ως μέθοδος μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου (screening test) σε συνδυασμό με το τεστ Παπανικολάου και την ύπαρξη σήμερα ενός Εμβολίου εναντίον του HPV. Το εμβόλιο αυτό, μετά προσπάθειες 15 περίπου ετών, είναι σήμερα υπαρκτό, και τα αποτελέσματα των μελετών εφαρμογής του σε γυναίκες είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Γίνεται σαφές ότι όλα αυτά τα θέματα και όλες αυτές οι καινούργιες γνώσεις πρόκειται στο εγγύς μέλλον να αλλάξουν τελείως το πεδίο εφαρμογής της Προληπτικής Ιατρικής και της Φροντίδας για την Βελτίωση των Συνθηκών Υγείας του γυναικείου πληθυσμού Παράλληλα όμως με την ενεργοποίηση των επιστημόνων και των φορέων υγείας, απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή του Νέου Προγράμματος Πρόληψης του Τραχηλικού Καρκίνου αποτελεί και η ευρεία και πλήρης ενημέρωση του γυναικείου και ανδρικού πληθυσμού σχετικά με την όλη διαδικασία καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας, την σημασία μόλυνσης από τον ιό, τις αληθινές διαστάσεις του κινδύνου, την σημασία της πρόληψης, τις πραγματικές δυνατότητες του εμβολίου. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μια νόσος, η οποία, σύμφωνα με τις γνώσεις και τις δυνατότητες που υπάρχουν σήμερα, μπορεί να προληφθεί.

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Αιδοίο

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο. Αυτό έχει σχήμα τριγωνικό, με τη βάση του στην ηβική πτυχή, τις πλευρές του στις αιδοιομητρικές πτυχές και την κορυφή του στο κέντρο του περινέου. Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, τους βολβούς του προδόμου, τους Bartholinovius αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες. Η αιμάτωση του αιδοίου γίνεται από την έσω αιδοϊκή αρτηρία (κλάδος της έσω λαγονίου), και εν μέρη από την έξω αιδοϊκή (κλάδος της μηριαίας αρτηρίας).

Εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης

Το εφηβαίο είναι τριγωνικό τριχωτό έπαρμα του δέρματος με τη βάση του προς το υπογάστριο και κορυφή καταλήγουσα προς τα κάτω, 3 cm περίπου πάνω από τον πρωκτό. Η τρίχωση του εφηβαίου αρχίζει στην ήβη και μειώνεται στην κλιμακτηριακή εποχή. Το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.

Μεγάλα χείλη

Αυτά παριστάνουν δύο δερμάτινες πτυχές, που περιβάλλουν τα μικρά χείλη, μήκους 9 cm περίπου. Η έξω επιφάνεια είναι τριχωτή και χωρίζεται από το μικρό χείλος με την αιδοιομητρική αύλακα, ενώ η έσω μοιάζει με βλεννογόνο. Τα πρόσθια άκρα ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν τον πρόσθιο σύνδεσμο των μεγάλων χειλέων ενώ τα οπίσθια συνδέονται σχηματίζοντας τον οπίσθιο σύνδεσμο τους. Το δέρμα των μεγάλων χειλέων περιέχει άφθονους ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες, νεύρα και αγγεία.

Μικρά χείλη

Παριστάνουν, όπως και τα μεγάλα χείλη, δύο δερμάτινες πτυχές, αλλά λεπτότερες, και βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα χείλη. Προς τα έξω συνεχονται με τα μεγάλα χείλη και προς τα μέσα αποτελούν τα πλάγια όρια του προδόμου του κόλπου. Τα μικρά χείλη προς τα εμπρός αποσχίζονται σε

δύο άλλες μικρότερες πτυχές που ενώνονται μεταξύ τους και αποτελούν προς τα πάνω την πρόσθη και προς τα κάτω το χαλινό της κλειτορίδας. Προς τα πίσω, τα μικρά χείλη ενώνονται και σχηματίζουν το χαλινό τους. Μπροστά από το χαλινό των μικρών χειλέων σχηματίζεται κοίλανση, που ονομάζεται σκαφοειδής βόθρος.

Κλειτορίδα

Η κλειτορίδα βρίσκεται ανάμεσα στα μεγάλα χείλη, λίγο πιο πάνω από το άνω σημείο συνένωσης των μικρών χειλέων, προσομοιάζει στο αντρικό πέος και έχει μήκος 5-10 εκ. Από το πάνω μέρος της έχει την πρόσθη και από το κάτω το χαλινό των μικρών χειλέων. Το επιθήλιο του δέρματος που την καλύπτει περιέχει εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις για τη σεξουαλική διέγερση.

Πρόδομος

Αυτός είναι η περιοχή που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και το χαλινό τους. Σε αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος και καταλήγουν τα στόμια παρακείμενων αδένων. Στο κάτω μέρος του, ανάμεσα από το χαλινό των μικρών χειλέων και την είσοδο του κόλπου, υπάρχει ο σκαφοειδής βόθρος, που περιγράφηκε παραπάνω.

Βολβοί του προδόμου

Αποτελούν δύο σχηματισμούς, όμοιους με αμύγδαλα που βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου, αποτελούνται από πυκνά φλεβικά πλέγματα και αντιστοιχούν στο σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας του άντρα. Στη σεξουαλική διέγερση διογκώνονται από τη συγκέντρωση αίματος και στενεύουν τον κόλπο.

Βαρθολίνειοι αδένες

Αυτοί είναι δύο μικροί στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες, που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδόμου, βαθιά, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων. Οι βαρθολίνειοι αδένες κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης εκκρίνουν βλέννα, που με πόρους μήκους 2cm, τη φέρνουν στο αιδοίο, λίγο έξω από τον παρθενικό υμένα, για να υγράνει τον κόλπο.

Παρθενικός υμένας

Ο παρθενικός υμένας αποτελεί όριο μεταξύ έσω και έξω γεννητικών οργάνων. Αποτελεί λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, έχει δύο επιφάνειες, την άνω ή κολπική και την κάτω ή αιδοϊκή, και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου. Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη, αλλά διάτρητη, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα που ποικίλει σε μέγεθος και μορφή(κυκλικός, δίθυρος, ηθμοειδής, κροσσωτός). Το άνοιγμα αυτό επιτρέπει την είσοδο ενός ή δύο δακτύλων ή την εκτέλεση συνουσίας. Σπάνια δεν υπάρχει άνοιγμα (άτρητος υμένας).

ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι ωοθήκες. Κάθε σάλπιγγα με τη σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το εξάρτημα.

Κόλπος

Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα ,μήκους 8-10cm περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα από τον παρθενικό υμένα και τον τράχηλο της μήτρας. Η φορά του είναι τέτοια που σχηματίζει σχεδόν ορθή γωνία με την μήτρα.

Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό με μικρή διάταση στο ανώτερο τμήμα του, και έχει δύο άκρα. Το πάνω συνδέεται με τον τράχηλο της μήτρας και το κάτω οδηγεί στην έξοδο του, στον πρόδομο του κόλπου. Επίσης, έχει τέσσερα τοιχώματα, τα ο πρόσθιο, το οπίσθιο και τα δύο πλάγια: το δεξιό και το αριστερό.

Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι, ώστε η κάτω μοίρα του τραχήλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο.

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται, από τα έξω προς τα μέσα, από τον ινώδη χιτώνα, τον μυϊκό χιτώνα και τον βλεννογόνο. Στην αναπαραγωγική ηλικία το επιθήλιο του βλεννογόνου του κόλπου είναι παχύ και πλούσιο σε

γλυκογόνο λόγω της επίδρασης των οιστρογόνων ορμονών. Το γλυκογόνο με την επίδραση των βακίλων του Doderlein μετατρέπεται σε γαλακτικό οξύ, με αποτέλεσμα το περιβάλλον του κόλπου να γίνεται όξινο, γεγονός που του προσφέρει προστασία από πολλά παθογόνα βακτηρίδια. Η αγγείωση του κόλπου γίνεται από τη μητριάια αρτηρία, τις κολπικές αρτηρίες (κλάδοι της κάτω κυστικής) και από τη μέση αιμορροϊδική.

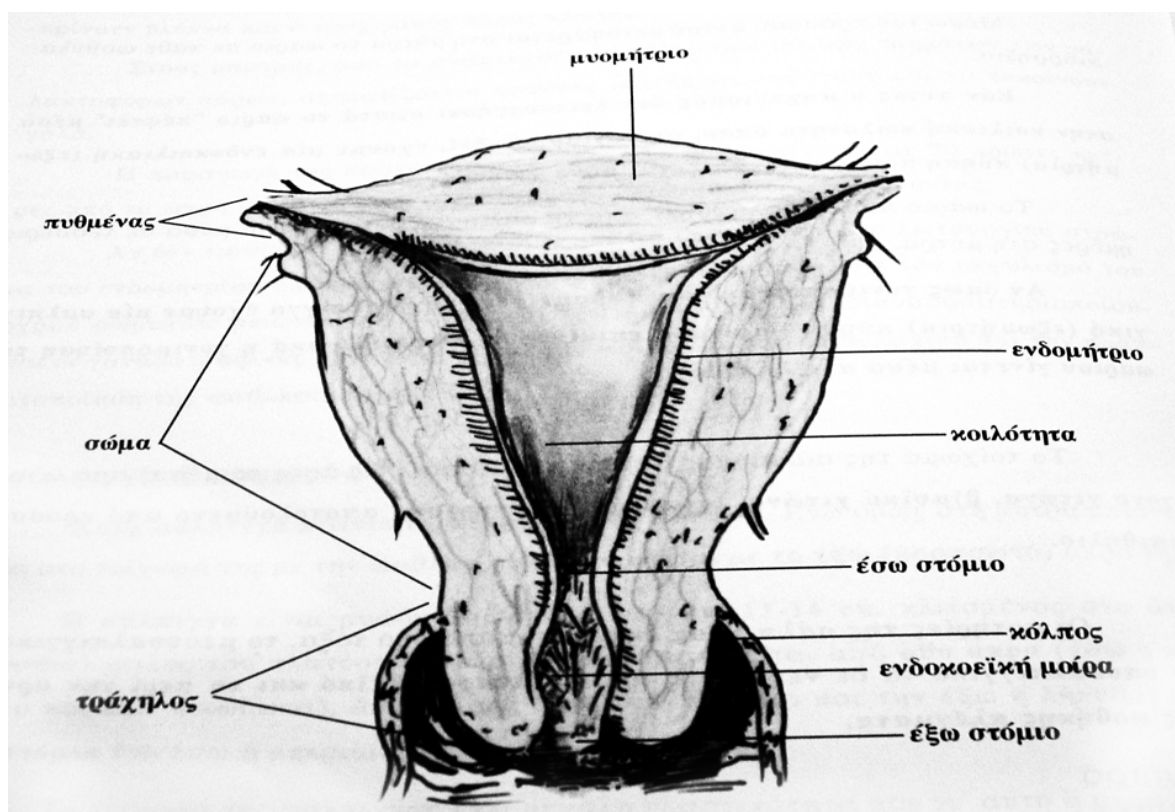
Μήτρα

Η μήτρα είναι ένα κοίλο, μυώδες όργανο αποειδούς σχήματος που βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και ορθού. Το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40γρμ. και, στη γυναίκα που γέννησε, 70γρμ. Τα τοιχώματα της έχουν πάχος 2εκ. και το μήκος της είναι περίπου 7,5εκ.

Η μήτρα αποτελείται από πάνω προς τα κάτω, από τον πυθμένα, το σώμα, και τον τράχηλο.

Στο πυθμένα βρίσκονται τα στόμια των σαλπίνγων. Το σώμα της μήτρας περικλείει την ενδομήτρια κοιλότητα η οποία είναι τριγωνική με τη βάση προς τον 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. Ο τράχηλος της μήτρας διακρίνεται σε δύο 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 που, έχει σχήμα ατράκτου, προς τα πάνω οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα με το εσωτερικό στόμιο και προς τα κάτω στην κολπική με το εξωτερικό στόμιο. Όριο μεταξύ τραχήλου και σώματος της μήτρας αποτελεί ο ισθμός. Η μήτρα συγκρατείται στη θέση της από: Α) τον τόνο των κοιλιακών τοιχωμάτων Β) το έδαφος της πυέλου Γ) το περιτόναιο και Δ) από τέσσερα ζευγάρια συνδέσμων: α) τους δύο στρογγυλούς, β) τους δύο πλατείς, γ) τους δύο πλάγιους και δ) τους δύο ιερομητριάιους. Η μήτρα αποτελείται από τρεις χιτώνες: α) τον εξωτερικό ή περιμήτριο, που αποτελεί τον ορογόνο χιτώνα της μήτρας, β) το μυομήτριο ή μυϊκό χιτώνα, που βρίσκεται κάτω από το περιμήτριο και περιέχει βηματοδότες που ρυθμίζουν τη συσταλτικότητα της μήτρας. γ) το ενδομήτριο που είναι βλεννογόνος που καλύπτει την ενδομήτρια

κοιλότητα και περιοδικά ανανεώνεται, ύστερα από απόπτωση του(εμμηνορρυσία).Ο χιτώνας αυτός βρίσκεται υπό την επίδραση των ωθητικών ορμονών, από την ήβη ως την εμμηνόπαυση, με σκοπό την προετοιμασία του για να υποδεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Η αγγείωση της μήτρας γίνεται από τις δύο μητριαίες (κλάδοι των έσω λαγονίων) και τις δύο ωθητικές αρτηρίες.



Η μήτρα σε επιμήκη διατομή

Σάλπιγγες ή Ωαγωγοί

Οι σάλπιγγες είναι δύο πολύ λεπτοί μυϊκοί σωλήνες, μήκους 10-12 εκ που εκτείνονται ανάμεσα από τα κέρατα της μήτρας και τις ωθήκες. Αποστολή τους είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωθηκών μέσα στον αυλό τους, για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να πετύχουν σύλληψη.

Το τοίχωμα των σαλπίγγων αποτελείται από τρεις χιτώνες: α) τον ορογόνο, εξωτερικά, β) τον μυϊκό, κάτω από τον ορογόνο, και γ) τον βλεννογόνο, που καλύπτει τον αυλό των σαλπίγγων εσωτερικά και βρίσκεται υπό την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών.

Κάθε σάλπιγγα έχει δύο στόμια: ένα μητρικό, που τη συνδέει με τη μήτρα, στο ύψος των κεράτων, και ένα κωδωνικό ή κοιλιακό στόμιο που εκβάλλει στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Οι σάλπιγγες διακρίνονται σε τέσσερα τμήματα: α) το ενδομητρικό, που αντιστοιχεί στο μέρος εκείνο των σαλπίγγων που ξεκινάει από τα κέρατα της μητριάς κοιλότητας και περνάει μέσα από το μυϊκό τοίχωμα της μήτρας. Το μήκος του είναι 1-1,5εκ.

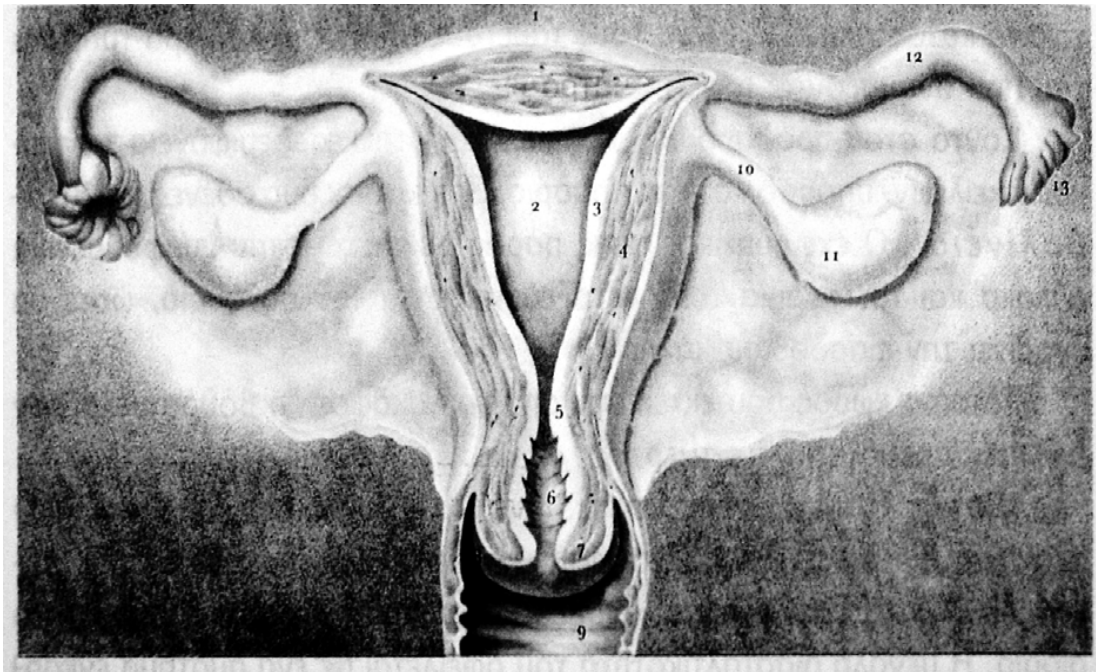
β) τον ισθμό, που βρίσκεται αμέσως μετά το ενδομητρικό και αποτελεί το στενότερο μέρος των σαλπίγγων, με μήκος 3-4εκ και διάμετρο 3-4χιλ.

γ) τη λήκυθο, που αποτελεί συνέχεια του ισθμού και το ευρύτερο τμήμα των σαλπίγγων, με μήκος 5-6 εκ και διάμετρο 8-9χιλ.

δ) τον κώδωνα, που αποτελεί το τελευταίο τμήμα, είναι κροσσωτός και έχει μορφή κωδωνοειδή. Ένας από τους κροσσούς είναι μεγαλύτερος, συνδέεται με την ωοθήκη και καλείται ωοθηκικός κροσσός. Η αγγείωση των σαλπίγγων γίνεται από κλάδους των μηριαίων αρτηριών, για τα 2/3 του τμήματος που βρίσκεται κοντά σε αυτές, και από κλάδους των ωοθηκικών αρτηριών, για το υπόλοιπο τμήμα που βρίσκεται στον κώδωνα.

Ωοθήκες

Αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, όπως οι όρχεις του άντρα. Είναι δύο αμυγδαλοειδή σωμάτια, με μέγιστη διάμετρο 5εκ και βάρος 7-12γραμ., που βρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια των πλατεών συνδέσμων, κάτω από τις σάλπιγγες και μέσα στα πλάγια και ανώτερα τμήματα της μικρής πυέλου. Οι ωοθήκες αποτελούνται εξωτερικά από τη φλοιώδη μοίρα, που περιέχει ωοθυλάκια σε διάφορα στάδια εξελίξεως, και τη μυελώδη μοίρα, εσωτερικά, που περιέχει άφθονες αρτηρίες και φλέβες.



Τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας σε εγκάρσια τομή:1. πυθμένας της μήτρας 2. κοιλότητα της μήτρας 3. ενδομήτριο 4. μυομήτριο 5. έσω τραχηλικό στόμιο 6. ενδοτράχηλος 7. έξω τραχηλικό στόμιο 8. κολπικός θόλος 9. κόλπος 10. σύνδεσμος ωθήκης 11. ωθήκη 12. σάλπιγγα 13. κωδωνικό άκρο σάλπιγγας

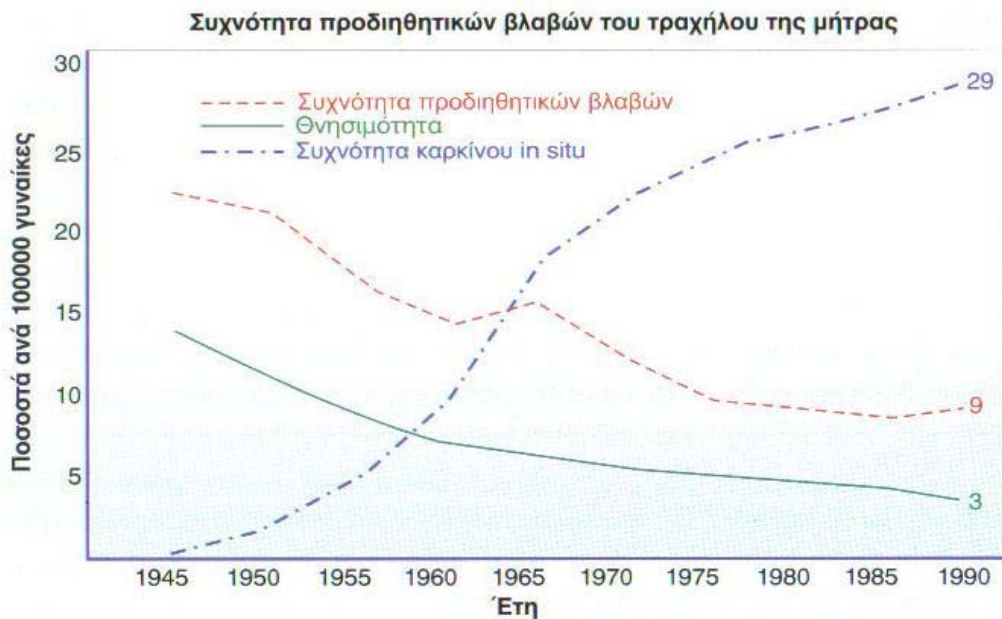
Η επιφάνεια των ωθηκών, στις γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία, είναι ανώμαλη επειδή επηρεάζεται από την ωρίμανση των ωοθυλακίων. Έτσι, η επιφάνεια των ωθηκών εμφανίζεται διαφορετική στις φάσεις του ωθητικού κύκλου. Μετά την εμμηνόπαυση οι ωθήκες μικραίνουν, γιατί ατροφούν, και η επιφάνεια τους είναι γεμάτη από εντυπώματα.

Η στήριξη των ωθηκών παρέχεται από τους κρεμαστήρες συνδέσμους, τους μητροωθητικούς συνδέσμους και τα μεσωθήκια, και η αγγείωση τους από την ωθηκική αρτηρία (απευθείας κλάδος της κοιλιακής αορτής).

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Ο πρωτοπαθής καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ήταν μέχρι πριν από μερικά χρόνια ο πλέον συχνός γυναικολογικός καρκίνος, με σχέση καρκίνου τραχήλου/καρκίνου ενδομητρίου 2:1. Σήμερα, η σχέση αυτή έχει αντιστραφεί και ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι δυο φορές πιο συχνός από τον καρκίνο του τραχήλου. Ο καρκίνος του τραχήλου είναι πιο συχνός σε αναπτυσσόμενες και υπανάπτυκτες χώρες. Ο δευτεροπαθής καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι σπάνιος. Η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου ποικίλει από χώρα σε χώρα και εξαρτάται εν πολλοίς από τη μέθοδο μαζικού ελέγχου (screening), που εφαρμόζεται για την πρόληψη του. Γενικώς, η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου εμφανίζει τα τελευταία χρόνια μια τάση μείωσης και αυτό οφείλεται στην ευρεία διάδοση της κυτταρολογικής εξέτασης κατά Παπανικολάου. Σε χώρες, που έχει εφαρμοσθεί ένα σοβαρό πρόγραμμα πρόληψης, όπως τις Σκανδιναβικές, η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου έχει μειωθεί σημαντικά. Από ορισμένες στατιστικές υπολογίζεται ότι περίπου 1 στα 60 θήλεα νεογνά θα αναπτύξουν διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε κάποιο στάδιο της ζωής τους. Στις ΗΠΑ, αλλά και σε άλλες χώρες έχει παρατηρηθεί μείωση των θανάτων από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά περίπου 60%. Εκτός από την πτωτική τάση στη συχνότητα, μεταβολές έχουν επίσης παρατηρηθεί κατά ηλικίες και στον τύπο της νεοπλασίας, με αύξηση της συχνότητας της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας σε νέες γυναίκες.(εικ.1) Η μεταβολή αυτή, σε χώρες που έχουν υπηρεσίες καταγραφής των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου, έχει σαφή σχέση με την εφαρμογή προγραμμάτων μαζικού ελέγχου, δηλαδή της κυτταρολογίας. Έτσι, η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου έχει αυξηθεί σημαντικά σε ηλικίες μεταξύ 20 και 39 ετών. Από διάφορες στατιστικές προκύπτει ότι η μέγιστη συχνότητα για τον καρκίνο in situ εμφανίζεται μεταξύ 30 και 40 ετών, ενώ για το διηθητικό καρκίνο μεταξύ 40 και 50 ετών.



Εικόνα 1: Συχνότητα προδιηθητικών βλαβών του τραχήλου της μήτρας.

ΑΙΤΙΑ

Τα αίτια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν είναι γνωστά. Διάφοροι όμως παράγοντες, όπως εκείνοι που σχετίζονται με την ανάπτυξη της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου, έχουν ενοχοποιηθεί. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η σεξουαλική δραστηριότητα σχετίζεται με την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας, ειδικότερα όταν αυτή είναι κάτω των 17 ετών καθώς και ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων αποτελούν σημαντικούς παράγοντες. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας θεωρείται το κάπνισμα. Η επίδραση του καπνίσματος φαίνεται ότι είναι ανεξάρτητη άλλων παραγόντων, όπως της μεθόδου αντισύλληψης, της ηλικίας πρώτης κυήσεως και της κοινωνικής τάξης. Η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων έχει επίσης θεωρηθεί ως ένας παράγοντας κίνδυνου. Αυτό στηρίζεται κυρίως σε επιδημιολογικές μελέτες, αλλά είναι δύσκολο να απομονωθεί ως ανεξάρτητος παράγοντας, αφού η προφύλαξη από ανεπιθύμητη κύηση, που παρέχουν τα αντισυλληπτικά δισκία, απελευθερώνει τις σεξουαλικές σχέσεις, οι οποίες από μόνες τους ενεργούν ως παράγοντας κίνδυνου.

Άλλοι παράγοντες είναι η πολυτοκία και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Έτσι, σε αρκετές χώρες της Ν. Αμερικής και της Ασίας με χαμηλό επίπεδο διαβίωσης, ο καρκίνος του τραχήλου θεωρείται μια από τις σημαντικότερες αίτιες θανάτου στις γυναίκες. Κατά πόσο διατροφικοί παράγοντες παίζουν ρόλο, δεν είναι γνωστό. Ενδεχομένως, η έλλειψη φιλικού οξέος και βιταμίνης C να παίζει κάποιο ρόλο, αν και αυτό δεν έχει διευκρινισθεί. Εκτός από τη σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας, σημασία επίσης έχει και η σεξουαλική συμπεριφορά του άνδρα-συντρόφου της. Πράγματι, ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων-γυναικών του συζύγου αποτελεί σημαντικό παράγοντα κίνδυνου για τη γυναίκα σύμφωνα με μια μελέτη ο σχετικός κίνδυνος είναι 7.8 φορές μεγαλύτερος για 15 ή περισσότερες εξωσυζυγικές συντρόφους. Οι παράγοντες, που αναφέρθηκαν ότι παίζουν ρόλο για την ανάπτυξη CIN, παίζουν επίσης ρόλο και για τον διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η σημασία διαφόρων ιών για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας τα τελευταία χρόνια. Αρχικά,

επικράτησε η άποψη ότι ο ιός του έρπητα τύπου 2 έχει μεγάλη αιτιολογική σχέση. Τα τελευταία όμως χρόνια έχει δοθεί μεγαλύτερη σημασία στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) και ιδιαίτερα στους τύπους 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 και 59. Γυναίκες, που έχουν προσβληθεί από τους τύπους αυτούς του ιού, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Είναι πιθανόν όμως μαζί με τον ιό να απαιτείται η συνεργεία και άλλων παραγόντων, ενώ δεν είναι γνώστη η συχνότητα του HPV σε φυσιολογικές γυναίκες. Από την άλλη μεριά, σε αρκετές περιπτώσεις γυναικών που εμφανίζουν αλλοιώσεις από τον HPV στο τραχηλικό επίχρισμα, οι αλλοιώσεις αυτές εξαφανίζονται αυτόματα. Ο καρκίνος συνήθως αναπτύσσεται σε έδαφος πλακώδους μετάπλασης του κυλινδρικού επιθηλίου, η οποία προέρχεται από ειδικά κύτταρα, που βρίσκονται κάτω από το κυλινδρικό επιθήλιο και λέγονται εφεδρικά κύτταρα (reserve cells). Όταν τα κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου εμφανίζουν ατυπία, η άτυπη αυτή μετάπλαση οδηγεί στην ανάπτυξη CIN.

Έχει ήδη τονισθεί ότι η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου αποτελεί προκαρκινική κατάσταση. Ο κίνδυνος μετάπτωσης της σε διηθητικό καρκίνο εξαρτάται από τη βαρύτητα της νεοπλασίας. Έτσι, σύμφωνα με μια μελέτη, ο σχετικός κίνδυνος μετάπτωσης της CIN I σε διηθητικό καρκίνο είναι 4, της CIN II 34.7 και της CIN III 112. Δεν θα πρέπει όμως να παραγνωρισθεί το γεγονός ότι έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις αυτόματης υποχώρησης της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας. Ο χρόνος μετάπτωσης της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας σε διηθητικό καρκίνο δεν είναι γνωστός. Επίσης, ο κίνδυνος η CIN να μεταπέσει σε διηθητικό καρκίνο μπορεί να μειωθεί σημαντικά με τη χρήση της κολποτραχηλικής κυτταρολογίας, η οποία θα πρέπει να εφαρμόζεται στο γυναικείο πληθυσμό ανελλιπώς από την ηλικία των 20 έως 69 ετών. Αν και η συχνότητα εφαρμογής της μεθόδου ποικίλει από μια φορά ανά 1-3 έτη, δεν έχει εξακριβωθεί εάν είναι καλύτερα ανά ένα ή 3 έτη.

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι μια πραγματικά αρνητική εξέταση κατά Παπανικολάου προστατεύει για περίπου πέντε έτη και η προστασία αυτή είναι μεγαλύτερη, εάν υπάρχουν τουλάχιστον δυο αρνητικές προηγούμενες εξετάσεις. Ανάλογα όμως με τον τρόπο λήψης και την εμπειρία, η μέθοδος μπορεί να εμφανίζει αρκετό ποσοστό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων, όπως ήδη έχει αναφερθεί.

ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Από πλευρά ιστοπαθολογίας, το από το πλακώδες επιθήλιο προερχόμενο καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας διαβαθμίζεται (grading) σε τρεις κατηγορίες, το καλώς διαφοροποιημένο (G1), το μετρίως διαφοροποιημένο (G2) και το κακώς διαφοροποιημένο (G3). Όταν η διαβάθμιση του καρκίνου δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί, τότε χαρακτηρίζεται ως GX. Ο ακροχορδονώδης εξωφυτικός τύπος από το πλακώδες επιθήλιο θεωρείται υψηλής διαφοροποίησης με τάση για τοπική ανάπτυξη και τοπική υποτροπή και μικρότερη διάθεση για επέκταση. Άλλοι τύποι καρκίνου του τραχήλου εκ του πλακώδους επιθηλίου περιλαμβάνουν τους τύπους με μεγάλα κύτταρα χωρίς κερατινοποίηση, τους τύπους με μεγάλα κύτταρα με κερατινοποίηση και τους τύπους με μικρά κύτταρα. Το αδενοκαρκίνωμα, εκτός από το ότι μπορεί να είναι *in situ* και μικροδιηθητικό, όταν είναι διηθητικό, μπορεί να είναι διαφόρων τύπων. Ένας τύπος είναι ο ενδοτραχηλικός τύπος, που αποτελεί το 90% των περιπτώσεων αδενοκαρκινώματος και τα κύτταρα του μοιάζουν με τα τραχηλικά κύτταρα του φυσιολογικού επιθηλίου. Άλλος τύπος είναι το αδενοκαρκίνωμα μικρής εκτροπής από το φυσιολογικό, που ονομάζεται και κακοήθες αδένωμα με καλή διαφοροποίηση των κυττάρων του, αλλά παρ' όλα αυτά με κακή πρόγνωση. Άλλοι τύποι είναι το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα, που παράγει βλέννα, το ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα, που μοιάζει με το αντίστοιχο του ενδομητρίου και για να τεθεί διάγνωση θα πρέπει το ενδομήτριο στην κοιλότητα της μήτρας να είναι φυσιολογικό, το αδενοκαρκίνωμα εκ διαυγών κυττάρων, το θηλώδες και το ορώδες-θηλώδες αδενοκαρκίνωμα, που είναι σχετικά σπάνιο. Τέλος, μπορεί να υπάρχουν μεικτοί τύποι από πλακώδες και αδενικό επιθήλιο, όπως το λεγόμενο αδενοπλακώδες καρκίνωμα και το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα σχετικά κακής πρόγνωσης. Εκτός από τους παραπάνω ιστολογικούς τύπους από το πλακώδες και το αδενικό επιθήλιο, στον τράχηλο μπορεί να παρατηρηθούν και άλλοι τύποι κακοήθων όγκων, όπως όγκοι από μεσεγχυματικό ιστό, που περιλαμβάνουν το σάρκωμα από το ενδοτραχηλικό στρώμα, το καρκίνο-σάρκωμα, το αδενοσάρκωμα, το λειομυοσάρκωμα και το εμβρυονικό ραβδομυοσάρκωμα των παιδιών, όγκοι από τους πόρους του Gartner, όπως

είναι το μεσονέφρωμα και ορισμένοι άλλοι όγκοι, που περιλαμβάνουν μεταστατικό καρκίνο, λέμφωμα, μελάνωμα και καρκινοειδές.

Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί μια μεταβολή στη συμπεριφορά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με το αδenoκαρκίνωμα να εμφανίζεται σε σχετικά μεγαλύτερη απόλυτη συχνότητα, το διηθητικό καρκίνο να αναπτύσσεται με σχετικά μεγαλύτερη ταχύτητα και να αυξάνει η συχνότητα των νέων σχετικά γυναικών, που αναπτύσσουν καρκίνο εκ πλακώδους επιθηλίου, ο οποίος μάλιστα είναι και περισσότερο επιθετικός.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Στις περιπτώσεις, που υπάρχει μικροσκοπική διήθηση ή μικροδιηθητικό καρκίνωμα (Στάδιο Ia), σπάνια εμφανίζονται συμπτώματα. Η πλειονότητα των περιπτώσεων αυτών διαγιγνώσκεται με το τραχηλικό επίχρισμα κατά Παπανικολάου, την κολποσκόπηση και την κωνοειδή εκτομή. Σε μερικές περιπτώσεις πραγματικής διήθησης, είναι δυνατόν να παρατηρείται κολπική αιμόρροια ή κολπική υπερέκκριση. Βεβαίως στις περιπτώσεις, που υπάρχει ορατή εικόνα καρκινώματος κατά την κλινική εξέταση (Στάδιο Ib), είναι δυνατόν εάν η βλάβη εξελκωθεί να εμφανισθεί μητρορραγία. Το ίδιο μπορεί να προκύψει και ως αποτέλεσμα σεξουαλικής επαφής ή γυναικολογικής εξέτασης. Κάτι τέτοιο μπορεί να παρατηρηθεί ακόμη και αν δεν υπάρχει κλινική εικόνα καρκίνου, λόγω του ότι ο διηθητικός καρκίνος δημιουργεί εύθρυπτο επιθήλιο. Σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η αιμορραγία μπορεί να είναι μεγάλη έως κατακλυσμιαία, με άμεσο κίνδυνο για τη ζωή της γυναίκας. Άλλο σύμπτωμα μπορεί να είναι η δύσοσμη κολπική υπερέκκριση από νέκρωση ιστών. Το άλγος είναι ασύνηθες σύμπτωμα και παρατηρείται μόνο σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου, όπως επίσης το οίδημα του σκέλους και η συχνουρία. Το άλγος στον προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται χαμηλά στην πύελο και προς την ιερά περιοχή και μπορεί να επεκτείνεται κατά μήκος του ισχιακού νεύρου και στα κάτω άκρα. Αν και τα συμπτώματα αυτά δεν είναι ειδικά για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, έχει βρεθεί ότι η παρουσία τους αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα αυξάνοντας την πιθανότητα υποτροπών. Άλλα συμπτώματα προχωρημένου καρκίνου του τραχήλου περιλαμβάνουν, δυσουρία, αιματουρία και αιμορραγία από το έντερο ή

δυσκοιλιότητα, τα οποία προέρχονται από επέκταση του όγκου στα αντίστοιχα όργανα. Τέλος, σε πολύ βαριές τελικές καταστάσεις παρατηρούνται μαζί και αιμορραγία και ουραιμία. Η τελευταία προκύπτει από στάση ούρων λόγω υδρονέφρωσης, ενώ η διήθηση πυελικών αγγείων και νεύρων δημιουργεί οίδημα, θρομβοφλεβίτιδα και νευραλγία.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κλινική εξέταση μπορεί να δώσει ενδείξεις για την ύπαρξη καρκίνου τόσο κατά την επισκόπηση όσο και κατά την ψηλάφηση του τραχήλου. Επισκοπικά, όπως αναφέρθηκε, ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί να εμφανίζεται με τη μορφή εξωφυτικής διόγκωσης μερικές φορές εξελκωμένης ή νεκρωτικής ή με τη μορφή μόνο διηθητικής βλάβης ή έλκους με επηρεασμένα χείλη(εικ.2).



Εικόνα 2 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (Α και Β).

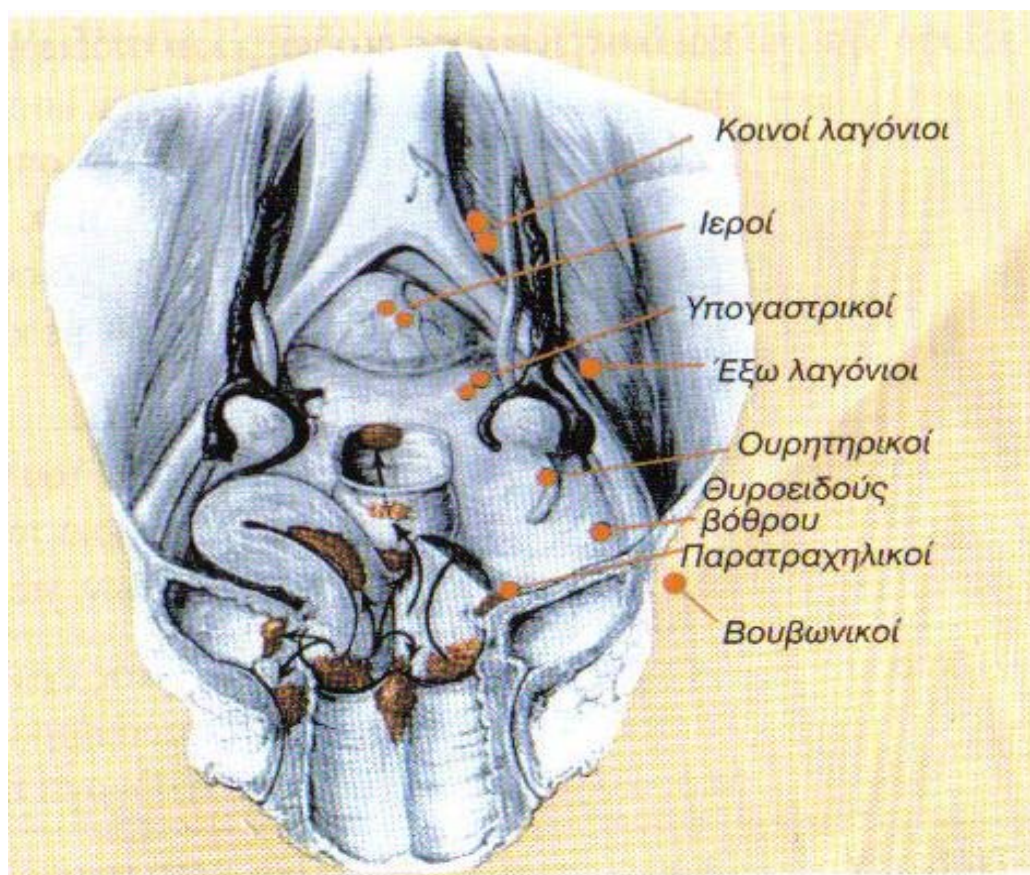
Βλάβες του ενδοτραχήλου μπορεί να μην είναι ορατές, αν και ο τράχηλος τείνει να παίρνει βαρελοειδή μορφή. Εάν υπάρχει επέκταση προς τους κολπικούς θόλους, αυτή θα γίνει ορατή κατά την επισκόπηση, ενώ κατά την ψηλάφηση διαπιστώνεται σκληρία. Η διήθηση των παραμητρίων μπορεί να διαπιστωθεί με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, η οποία για τις περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου θα πρέπει να γίνεται και από το ορθό. Η εξέταση αυτή είναι ουσιώδης για τη σταδιοποίηση της νόσου και πρέπει να γίνεται υπό αναισθησία. Καταστάσεις, οι οποίες δυνατόν να συγχυθούν με τον καρκίνο του τραχήλου, είναι η χρόνια τραχηλίτις, η φυματίωση, η σύφιλη, το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, το βουβωνικό κοκκίωμα και η ακτινομύκωση (επί χρήσεως ενδομήτρικων σπειραμάτων). Ουσιαστικά, η διάγνωση του

καρκίνου του τραχήλου θα γίνει με τη θετική κυτταρολογική εξέταση, την κολποσκόπηση και την κωνοειδή εκτομή σε περιπτώσεις μη ορατής κλινικής εικόνας (στάδιο Ia), δηλαδή με τη βιοψία και την ιστολογική εξέταση. Σε περιπτώσεις μη εμφανούς βλάβης αλλά θετικής της κυτταρολογικής εξέτασης ή και της βιοψίας, θα πρέπει να γίνεται, όπως έχει ήδη αναφερθεί, κωνοειδή εκτομή. Με την κωνοειδή εκτομή, θα γίνει η διάγνωση της αρχόμενης διήθησης (στάδιο Ia1) και του μικροδιηθητικού καρκινώματος (στάδιο Ia2). Να σημειωθεί ακόμη ότι η διάγνωση της ενδοτραχηλικής εντόπισης του καρκίνου μπορεί να γίνει με την απόξεση του τραχήλου, η οποία πρέπει να έχει τη μορφή της κλασματικής απόξεσης της μήτρας.

ΕΠΕΚΤΑΣΗ

Η επέκταση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας γίνεται κατά συνέχεια ιστών και μέσω των λεμφαγγείων, ενώ σε προχωρημένα στάδια γίνεται και αιματογενώς. Η τοπική προς το παραμήτριο επέκταση αφορά στους πλάγιους τραχηλικούς συνδέσμους και μπορεί να περιλαμβάνει ολόκληρο το σύνδεσμο μέχρι το πυελικό τοίχωμα ή να υπάρχει μόνο κατά τόπους. Επίσης, μπορεί να περιλαμβάνει λεμφαδένες, που υπάρχουν μέσα στο παραμήτριο (τραχηλικό σύνδεσμο) και είναι ανεξάρτητοι των πυελικών λεμφαδένων. Η διήθηση των παραμητρικών λεμφαδένων εξαρτάται από το στάδιο και ανέρχεται περίπου σε 15% στο στάδιο I και 20-25% στο στάδιο IIb, εμφανίζει δε θετική συσχέτιση με τη διήθηση των πυελικών λεμφαδένων. Η επέκταση του καρκίνου του τραχήλου μπορεί επίσης να γίνει τοπικά προς τον κόλπο και προς το σώμα της μήτρας (ιδίως από τον ενδοτράχηλο). Η πιθανότητα επέκτασης του καρκίνου του τραχήλου στις ωθήκες ή στο περιτόναιο είναι πολύ μικρή. Επίσης, ο καρκίνος μπορεί να επεκταθεί σε γειτονικά όργανα, όπως είναι η ουροδόχος κύστη και το ορθό. Το βάθος της διήθησης μετράται από το όριο του επιθηλίου με το στρώμα των πλέον επιφανειακών επιθηλιακών θηλών μέχρι το μέγιστο σημείο της διήθησης. Η διήθηση αγγειακών φλεβωδών ή λεμφωδών χώρων δεν αλλάζει τη σταδιοποίηση. Οι λεμφαγγειακές μεταστάσεις είναι ο κυριότερος τρόπος επέκτασης του καρκίνου και γίνονται προς τους πυελικούς λεμφαδένες και από κει στους

παραορτικούς. Ο πρώτος σταθμός λεμφαδένων εκτός από τους παραμητρικούς περιλαμβάνει τις έσω λαγονίου αρτηρίας (θυρεοειδούς βόθρου-υπογαστρικούς), της έξω λαγονίου αρτηρίας, τους προιερούς και τους κοινούς λαγόνιους. Οι παραορτικοί λεμφαδένες θεωρούνται έως δεύτερος σταθμός και κατά βάση χαρακτηρίζονται ως απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η διήθηση των λεμφαδένων εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου. Γενικώς, υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ μεγέθους της πρωτοπαθούς εστίας και του αριθμού των λεμφαδένων, που διηθούνται. Οι λεμφαδένες, που συχνότερα ανευρίσκονται διηθημένοι, είναι η ομάδα του θυρεοειδούς νεύρου. Σε ποσοστό περίπου 16% του σταδίου II, υπάρχει διήθηση των παραορτικών λεμφαδένων. Σε ελάχιστες περιπτώσεις είναι δυνατή η απ' ευθείας διήθηση των παραορτικών λεμφαδένων, χωρίς να ανευρίσκονται θετικοί πνευλικοί λεμφαδένες. Τέλος, απομακρυσμένες μεταστάσεις σε όργανα, όπως στους πνεύμονες, το ήπαρ, τα οστά, το έντερο, τον εγκέφαλο, τα επινεφρίδια, το σπλήνα και το πάγκρεας έχουν παρατηρηθεί στον καρκίνο του τραχήλου.



Εικόνα 3 Λεμφαδένες της πιέλου και μεταστάσεις του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την αντιμετώπιση του και γίνεται με την κλινική εξέταση. Χρησιμοποιείται η ταξινόμηση, που έχει προταθεί από τη FIGO (1988). Αν και η σταδιοποίηση γίνεται πριν από ενδεχόμενη χειρουργική επέμβαση, εν τούτοις επεμβατικές διαδικασίες, όπως η κωνοειδής εκτομή, αλλά και άλλες ειδικές εξετάσεις, όπως η ακτινογραφία θώρακος, η ενδοφλέβια πνευμογραφία, η κυστεοσκόπηση και η ορθοσιγμοειδοσκόπηση είναι αναγκαίες. Άλλες εξετάσεις, όπως ο βαριούχος υποκλυσμός ή η κολονοσκόπηση, η λεμφαγγειογραφία, η αξονική και η μαγνητική τομογραφία μπορεί να προσφέρουν σημαντική βοήθεια, αλλά δεν είναι υποχρεωτικές. Η μαγνητική τομογραφία ενδεχομένως να συμπεριληφθεί στις βασικές εξετάσεις, αφού η απεικονιστική της συνεισφορά είναι σημαντική ως προς το βαθμό επέκτασης της νόσου. Πάντως, μέχρι σήμερα δεν έχει συμπεριληφθεί στη διαδικασία της σταδιοποίησης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η οποία όπως αναφέρθηκε είναι κλινική.

Είναι προφανές, ότι η χρησιμοποίηση της κλινικής εξέτασης ως τις πλέον σημαντικής μεθόδου για τη σταδιοποίηση δημιουργεί εσφαλμένες εκτιμήσεις σε αρκετές περιπτώσεις. Έτσι, η εκτίμηση ότι πρόκειται για στάδιο IIb, που σημαίνει διήθηση των παραμητρίων, σύμφωνα με μια μελέτη ήταν σωστή μόνο στο ένα τρίτο των περιπτώσεων μετά από την ιστολογική εξέταση των παραμητρίων. Φλεγμονώδης αντίδραση των παραμητρίων η έλξη του παραμητρίου από διόγκωση, που προκαλεί ο καρκίνος στον τράχηλο, δυνατόν να δημιουργήσουν την ψευδή εντύπωση περί σταδίου IIb. Επίσης, σε ποσοστό περίπου 12-14% των περιπτώσεων, που εκτιμώνται κλινικά ως στάδια Ib και IIa υπάρχει διήθηση των παραμητρίων βεβαιωμένη ιστολογικά. Παρόλα αυτά, η κλινική εξέταση παραμένει η κύρια μέθοδος σταδιοποίησης και το στάδιο, προκειμένου για σύγκριση των αποτελεσμάτων της θεραπείας μεταξύ των διάφορων Κέντρων, δεν αλλάζει μετά τη χειρουργική θεραπεία, έστω και εάν τα ιστολογικά δεδομένα δεν συμφωνούν με την κλινική εκτίμηση. Επίσης, η παρακολούθηση της ασθενούς γίνεται σύμφωνα με το αρχικό στάδιο. Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας περιλαμβάνει τέσσερα στάδια.

Αν και για τη σταδιοποίηση, η κλινική εξέταση αποτελεί τη βασική μέθοδο, ορισμένες επιπλέον εξετάσεις είναι αποδεκτές, προκειμένου να ολοκληρωθεί η σταδιοποίηση. Αυτές περιλαμβάνουν την κολποσκόπηση, την ενδοτραχηλική απόξεση, την υστεροσκόπηση, την κυστεοσκόπηση, την ορθοσιγμοειδοσκόπηση, την πρωκτοσκόπηση, την ενδοφλέβια πυελογραφία και την ακτινογραφία των πνευμόνων και του σκελετού. Εάν υπάρχει υποψία για διήθηση της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού, αυτό θα πρέπει να επιβεβαιωθεί με βιοψία και ιστολογική εξέταση. Όταν η διάγνωση του σταδίου τίθεται με την κωνοειδή εκτομή, αυτή θεωρείται ως μέρος της κλινικής εξέτασης (στάδιο I). Οι λοιπές εξετάσεις, που αναφέρθηκαν παραπάνω, δεν είναι υποχρεωτικές, αφού δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς την αξιολόγηση τους. Μετά τη χειρουργική επέμβαση, όπως αναφέρθηκε, η αξιολόγηση των ιστολογικών ευρημάτων δεν μεταβάλλει το στάδιο. Σε περίπτωση, κατά την οποία έχει εκτελεσθεί ολική υστερεκτομία χωρίς προηγουμένως να έχει γίνει η κατάλληλη διαγνωστική διαδικασία και αποδειχθεί ότι πρόκειται για εκτεταμένο διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου, τότε η περίπτωση αυτή δεν μπορεί να σταδιοποιηθεί κλινικά και αναφέρεται χωριστά, αποκλειόμενη από τις θεραπευτικές στατιστικές.

Όπως αναφέρθηκε ήδη, σε περιπτώσεις σταδίου Ia, η ανεύρεση κατά την ιστολογική εξέταση διηθημένων αγγειακών, φλεβωδών ή λεμφωδών χώρων, δεν μεταβάλλει το στάδιο αλλά καταγράφεται και λαμβάνεται υπόψη για την περαιτέρω θεραπεία. Μια παράμετρος, η οποία θεωρείται σημαντική, ιδιαίτερα σε ότι έχει σχέση με τη διήθηση των παραμητρικών και πυελικών λεμφαδένων, είναι, όπως ήδη αναφέρθηκε, το μέγεθος των λεμφαδένων. Προσπάθειες αξιολόγησης του δεδομένου αυτού προεγχειρητικά δεν έχουν απόδοση ανάλογα αποτελέσματα, ενώ η εφαρμογή της αξονικής τομογραφίας δεν είναι πάντα βοηθητική. Ο ρόλος της λεμφαγγειογραφίας για την ανακάλυψη μεταστάσεων στους λεμφαδένες υπερέχει της αξονικής τομογραφίας. Νεότερες τεχνικές περιλαμβάνουν ραδιοσημασμένα μονοκλωνικά αντισώματα για την ανακάλυψη μεταστάσεων και υποτροπών. Άλλες τεχνικές είναι η ανοσοιστοχημεία, η κυτταρομετρία ροής και η τυποποίηση του HPV με τεχνικές *in situ* υβριδισμού και PCR. Τέλος, η σημασία διάφορων ογκογονιδίων, όπως πρωτογονιδίων, στην ανάπτυξη και εξέλιξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μελετάται τα τελευταία

χρόνια. Αναμένεται η μελλοντική έρευνα να βοηθήσει προς την κατεύθυνση αυτή.

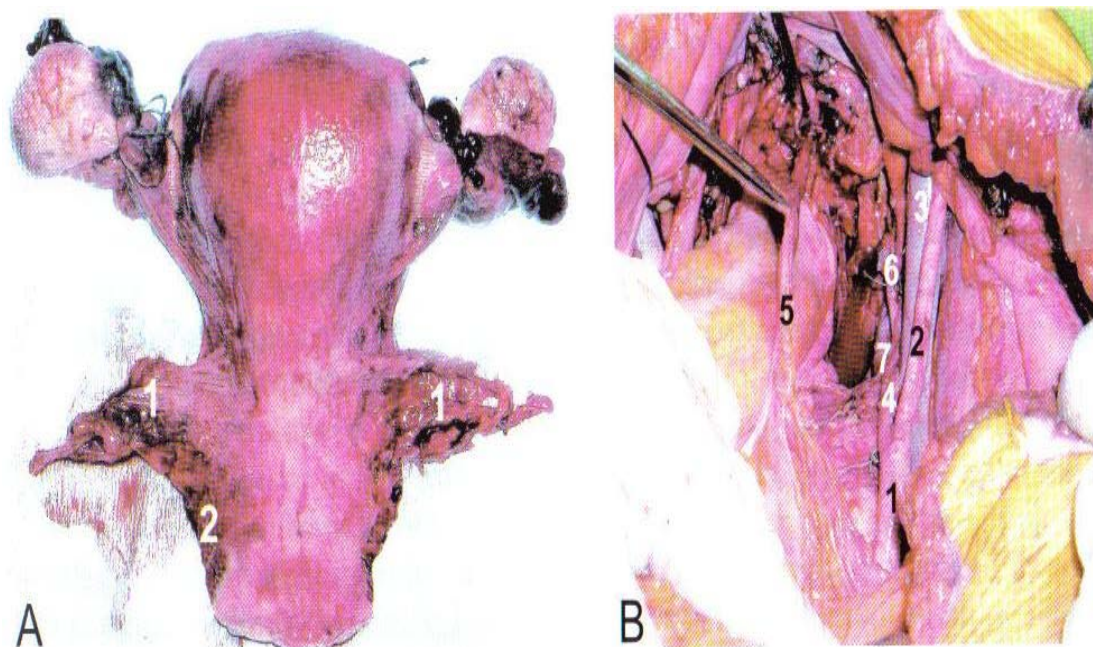
Πίνακας 1 Σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Στάδιο 0 :	Καρκίνος in situ.
Στάδιο I :	Ο καρκίνος περιορίζεται στον τράχηλο (επέκταση στο σώμα της μήτρας δεν λαμβάνεται υπ' όψη) και διακρίνεται σε στάδιο Ia και στάδιο Ib. Το στάδιο Ia περιλαμβάνει μόνο μικροσκοπική διήθηση και διακρίνεται σε στάδιο Ia1, όπου υπάρχει ελάχιστη μικροσκοπική διήθηση (≤ 3 mm και πλάτος ≤ 7 mm) και το στάδιο Ia2, κατά το οποίο η διήθηση σε βάθος δεν είναι πέραν των 5 mm (από 3-5 mm) και σε πλάτος πέραν των 7 mm. Το στάδιο Ib περιλαμβάνει διαστάσεις μεγαλύτερες του Ia2 ή ορατή κλινική εικόνα. Το στάδιο Ib διακρίνεται επίσης σε Ib1 με κλινική βλάβη όχι μεγαλύτερη από 4 cm σε μέγεθος και σε στάδιο Ib2 με κλινική βλάβη μεγαλύτερη από 4 cm σε μέγεθος στη μεγαλύτερη διάμετρο.
Στάδιο II :	Ο καρκίνος έχει προχωρήσει πέραν του τραχήλου και διακρίνεται σε στάδιο IIa, που περιλαμβάνει διήθηση μέχρι τα δύο άνω τριτημόρια του κόλπου όχι όμως τα παραμήτρια και στάδιο IIb, που περιλαμβάνει διήθηση των παραμητρίων, χωρίς όμως να φθάνει μέχρι το πυελικό τοίχωμα.
Στάδιο III :	Διακρίνεται σε IIIa, όπου ο καρκίνος έχει διηθήσει το κάτω τριτημόριο του κόλπου και σε στάδιο IIIb, κατά το οποίο η διήθηση των παραμητρίων φθάνει μέχρι το πλάγιο πυελικό τοίχωμα ή υπάρχει υδρονέφρωση ή νεφρός, που δεν λειτουργεί ή και τα δύο.
Στάδιο IV :	Περιλαμβάνει το στάδιο IVa, κατά το οποίο έχει διηθηθεί ο βλεννογόνος (όχι απλό οίδημα) της ουροδόχου κύστεως ή/και του ορθού και σε στάδιο IVb, που περιλαμβάνει απομακρυσμένες μεταστάσεις.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το είδος της θεραπείας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Έτσι, η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται μέχρι το στάδιο IIa, ενώ για τα υπόλοιπα στάδια η χειρουργική θεραπεία αποφεύγεται και εφαρμόζεται η ακτινοθεραπεία. Ειδικότερα στο στάδιο Ia1, σε νέα άτομα και εφόσον η αγγειακή και λεμφώδεις χώροι δεν έχουν διηθηθεί, ο καρκίνος μπορεί να αντιμετωπισθεί όπως ο καρκίνος in situ, δηλαδή με ευρεία κωνοειδή εκτομή, με την προϋπόθεση ότι η αφαίρεση έγινε επί υγιών ιστών. Σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, που έχουν τεκνοποιήσει, η αντιμετώπιση στο στάδιο Ia1 γίνεται με απλή ολική υστερεκτομία. Η αφαίρεση των ωοθηκών δεν είναι απαραίτητη στις περιπτώσεις αυτές, επειδή ο καρκίνος του τραχήλου δεν είναι ορμονοεξαρτώμενος, εκτός αν η γυναίκα είναι ηλικίας άνω των 45 ετών ή μετεμμηνοπαυσιακή. Από το στάδιο Ia2 αλλά και στο Ia1 εφ' όσον έχουν διηθηθεί η αγγειακή και οι λεμφώδεις χώροι και μέχρι το στάδιο IIa

εφαρμόζεται η ριζική υστερεκτομία,(εικ.4) η οποία περιλαμβάνει εκτός από την ολική αφαίρεση της μήτρας και των εξαρτημάτων, την αφαίρεση των παραμητρίων (τραχηλικών συνδέσμων) και συνεπώς και των λεμφαδένων, που υπάρχουν σε αυτά καθώς επίσης την αφαίρεση των λεμφαδένων της περιοχής του θυρεοειδούς νεύρου και των αγγείων, την αφαίρεση των λεμφαδένων των έξω λαγόνιων αγγείων, των κοινών λαγόνιων αγγείων, των έσω λαγόνιων αγγείων και την αφαίρεση των προιερών λεμφαδένων. Παράλληλα, αφαιρείται ο κυτταρολιπώδης ιστός, που καλύπτει τον περικυστικό και περιορθικό χώρο, ενώ αφαιρείται εκτεταμένα ο πλατύς σύνδεσμος και το άνω τριτημόριο του κόλπου. Επίσης, αφαιρούνται οι λεμφαδένες της περιοχής του ουρητήρα πλησίον δηλαδή του χιασμού του με τη μητριαία αρτηρία καθώς επίσης και οι παραορτικοί λεμφαδένες.



Εικόνα 4 Ριζική υστερεκτομία A: Παρασκευήσμη μήτρας(1:Παραμητήριο, 2: Κόλπος), B: Μεγάλα αγγεία της πυέλου μετά το λεμφαδενικό καθαρισμό(1:Κοινή λαγόνιος αρτηρία, 2 και 3: Έξω λαγόνιος αρτηρία και φλέβα, 4: Έσω λαγόνιος αρτηρία, 5: Ουρητήρας, 6 και 7: Κλάδοι έσω λαγονίου αρτηρίας) (ιδία).

Στα στάδια IIb, IIIa, IIIb και IV, εφαρμόζεται μόνο ακτινοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει την ενδοκολπική και ενδοτραχηλική ακτινοβολία, καθώς και την εξωτερική πυελική ακτινοβολία των λεμφαδένων. Τα τελευταία χρόνια, γίνεται προσπάθεια της εφαρμογής ολοένα και λιγότερο εκτεταμένων χειρουργικών επεμβάσεων. Έτσι, στα στάδια Ia2 μέχρι IIa, δοκιμάζεται η λαπαροσκοπική λεμφαδενεκτομή των πυελικών λεμφαδένων και η κολπική ριζική τραχηλεκτομή με εξαίρεση και τμήματος του παραμητρίου. Με τη μέθοδο αυτή

είναι δυνατόν να διατηρηθεί η γονιμότητα της γυναίκας. Παρ' όλα αυτά, μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από τη χρήση της μεθόδου, δεν είναι ακόμα διαθέσιμα.

Συνήθως, μετά τη χειρουργική επέμβαση συνιστάται συμπληρωματική ακτινοθεραπεία των πυελικών λεμφαδένων, αν και δεν είναι βέβαιο ότι στο στάδιο I αυτό βελτιώνει την πρόγνωση περισσότερο από τη χειρουργική θεραπεία μόνη της. Για τα στάδια Ib και IIa, το μέγεθος του όγκου και η επέκταση στους πυελικούς λεμφαδένες κυρίως της κοινής λαγονίου αποτελούν παράγοντες κίνδυνου, που συνεκτιμώνται για την εφαρμογή συμπληρωματικής ακτινοθεραπείας. Και στην περίπτωση αυτή, η επιβίωση των ασθενών δεν είναι βέβαιο ότι βελτιώνεται με τη συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. Παρόλα αυτά, μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία συνιστάται μετά από τη χειρουργική επέμβαση και στα στάδια Ia2 μέχρι και IIa σχεδόν σε όλες τις ασθενείς, ιδιαίτερα εάν υπάρχουν κακοί προγνωστικοί παράγοντες, όπως εκτομή πλησίον των ορίων του καρκίνου, περισσότεροι από δυο θετικοί πυελικοί λεμφαδένες ή ένδειξη για μικροσκοπική διήθηση του παραμητρίου. Σχετικά με την ακτινοβόληση των παραορτικών λεμφαδένων, αυτή κρίνεται ως μη σκόπιμη σε περιπτώσεις, που έχουν αφαιρεθεί πλήρως οι λεμφαδένες της περιοχής αυτής. Η εφαρμογή προεγχειρητικής ακτινοθεραπείας αποτελεί επίσης μια πρακτική, η οποία όμως αυξάνει τον κίνδυνο των επιπλοκών. Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία συνιστάται από ορισμένους στο στάδιο Ib2 ακολουθούμενη από χειρουργική επέμβαση. Οι κυριότερες επιπλοκές από την ακτινοθεραπεία είναι η δημιουργία συριγγίων. Τα συρίγγια αφορούν στην ουροδόχο κύστη, τους ουρητήρες, το ορθοσιγμοειδές και το λεπτό έντερο. Άλλες πιθανές επιπλοκές είναι η αιμορραγική κυστίτις, η πρωκτίτις, η σιγμοειδίτις και ο αποφρακτικός ειλεός. Παρόλα αυτά, ορισμένοι εφαρμόζουν ως μοναδική θεραπεία την ακτινοθεραπεία σε όλα τα στάδια της νόσου με εξίσου καλά (για τα δυο πρώτα στάδια) αποτελέσματα με τη ριζική υστερεκτομία. Συνήθως, εφαρμόζεται εξωτερική ακτινοβολία στην πύελο και εσωτερική στον τράχηλο με ράδιο ή κάσιο.

Αν και, όπως αναφέρθηκε, η κλινική σταδιοποίηση αποτελεί το βασικό τρόπο εκτίμησης της έκτασης της νόσου, ορισμένοι κατά τη χειρουργική επέμβαση διενεργούν ταχεία βιοψία των παροντικών λεμφαδένων και εάν αυτή αποβεί θετική, σταματούν την επέμβαση, θεωρώντας τη νόσο ως εκτεταμένη, έστω

και εάν κλινικά είχε εκτιμηθεί ως στάδιο I ή II. Η συχνότητα θετικών παραορτικών λεμφαδένων ανέρχεται σε 20% στο στάδιο II και σε 30% στο στάδιο III. Περίπου το 10% των ασθενών με στάδιο II ή μεγαλύτερο στάδιο έχουν μεταστάσεις στο περιτόναιο, τα εξαρτήματα ή το ήπαρ, οι οποίες διαγιγνώσκονται κατά τη χειρουργική επέμβαση.

Η σοβαρότερη επιπλοκή της ριζικής υστερεκτομίας είναι η στένωση ή τα συρίγγια του ουρητήρα. Η συχνότητα αυτών σήμερα έχει μειωθεί στο 1-2% επειδή αποφεύγεται η έντονη απογύμνωση του ουρητήρα από την αγγειώση του. Η συχνότερη επιπλοκή της ριζικής υστερεκτομίας είναι η κακή λειτουργία της ουροδόχου κύστεως, λόγω διατομής των νεύρων, που διέρχονται μετά από τους τραχηλικούς και τους ιερομητρικούς συνδέσμους. Μια άλλη λιγότερο συχνή, αλλά πιο επικίνδυνη επιπλοκή, είναι η θρομβοφλεβίτις και η πνευμονική εμβολή.

Στην περίπτωση, κατά την οποία μετά από ολική απλή υστερεκτομία σε προηγουμένως μη διαγνωσθείσα περίπτωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αποδειχθεί ότι πρόκειται για διηθητικό καρκίνωμα, η ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε μετεγχειρητική πυελική ακτινοθεραπεία. Αν πρόκειται μόνο για μικροδιηθητικό καρκίνωμα, δεν χρειάζεται προσθετή θεραπεία.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχει αρχίσει να εφαρμόζεται ευρύτερα τα τελευταία χρόνια. Μπορεί να χορηγηθεί είτε πριν από τη χειρουργική επέμβαση είτε μετά από αυτήν ως συμπληρωματική θεραπεία μόνη σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία. Μπορεί επίσης να εφαρμοστεί σε υποτροπές της νόσου μόνη ή σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία. Η εφαρμογή της πριν από την εγχείρηση έχει ως στόχο να ελαττώσει το μέγεθος του όγκου, ιδιαίτερα σε ασθενείς σταδίου IIb ή μεγαλύτερου σταδίου. Έτσι, ανεγχείρητες περιπτώσεις μπορεί στη συνέχεια να γίνουν χειρουργήσιμες. Το θεραπευτικό χημικοθεραπευτικό σχήμα έχει ως βάση τη σισπλατίνη. Η συμπληρωματική χημειοθεραπεία μετά από τη χειρουργική φαίνεται κατά ορισμένες μελέτες να αυξάνει την πενταετή επιβίωση και να ελαττώνει τις υποτροπές και τους θανάτους από τη νόσο σε

μεγαλύτερο ποσοστό, πάρα όταν η χειρουργική θεραπεία εφαρμοσθεί μόνη της ή συμπληρωθεί με ακτινοθεραπεία. Στα στάδια III και IV, η ακτινοθεραπεία, που είναι και η πρωταρχική θεραπεία, παρέχει καλύτερα αποτελέσματα, εάν συνδυαστεί με χημειοθεραπεία, παρά εάν χορηγηθεί μόνη της. Σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου με διήθηση της ουροδόχου κύστεως ή και του ορθού ή σε υποτροπές, ορισμένοι εφαρμόζουν την πρόσθια ή οπίσθια εξεντέρωση, η οποία θεωρείται ακρωτηριαστική μέθοδος και συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών και αυξημένη θνησιμότητα. Σε περίπτωση υποτροπής της νόσου μετά από ακτινοθεραπεία χωρίς προηγούμενη επέμβαση, εφόσον πρόκειται για μικρή περιορισμένη εντόπιση στο κέντρο της πυέλου και χωρίς μεταστάσεις, εφαρμόζεται ριζική υστερεκτομή και μερική κολποεκτομή. Εάν όμως πρόκειται για μεγαλύτερες υποτροπές, ενδεχομένως η χημειοθεραπεία να ενεργήσει παρηγορητικά. Στην περίπτωση, που έχει προηγηθεί ολική υστερεκτομία και αναπτυχθεί καρκίνος αργότερα στο κολπικό κολόβωμα, η αντιμετώπιση είναι ίδια με αυτή, που αναφέρθηκε παραπάνω.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η επιβίωση στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Έτσι, στο μικροδιηθητικό καρκίνωμα και ειδικότερα σε πολύ αρχόμενη διήθηση (στάδιο Ia1), η πιθανότητα θανάτου στα πέντε έτη είναι μόλις 0.2%. Σε περιπτώσεις μικροδιηθητικού καρκινώματος (στάδιο Ia2), η πιθανότητα θανάτου ανέρχεται σε 0.4% ανεξάρτητα της εφαρμογής περισσότερο ή λιγότερο ριζικής χειρουργικής θεραπείας. Η πενταετής επιβίωση στο στάδιο Ib είναι κατά μέσον όρο σύμφωνα με διάφορες μελέτες 85%, στο στάδιο IIa 75% στο IIb 65%, στο IIIa 40% στο IIIb 30% στο Iva 15% και στο IVb 10%. Στο αδενοκαρκίνωμα αντίστοιχα τα ποσοστά είναι μικρότερα. Τα ποσοστά πάντως αυτά μειώνονται σημαντικά ακόμη και στο στάδιο Ib σε περιπτώσεις θετικών πυελικών λεμφαδένων. Κακοί προγνωστικοί παράγοντες είναι, όπως αναφέρθηκε, το μέγεθος του όγκου, η διήθηση των λεμφαγγείων και αγγείων, η διήθηση του παραμητρίου και η προσβολή των πυελικών λεμφαδένων.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΚΥΗΣΙΣ

Η συνύπαρξη καρκίνου τραχήλου της μήτρας και κυήσεως είναι σπάνια, 1 ανά 2200 κυήσεις και σημαίνει τη διάγνωση κατά την κύηση ή μέσα σε 12 μήνες μετά τον τοκετό. Τα συμπτώματα είναι ίδια με εκείνα εκτός κυήσεως, με συνηθέστερη την αιμορραγία, που μπορεί να εκλυφθεί ότι προέρχεται από επιπλοκή της κυήσεως. Η διάγνωση γίνεται, όπως εκτός κυήσεως, δηλαδή με test Παπανικολάου, κολποσκόπηση και βιοψία. Η κωνοειδής εκτομή, εάν κριθεί αναγκαία, είναι καλύτερα να γίνει στο δεύτερο τρίμηνο της κυήσεως, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος αυτόματης έκτρωσης κατά το πρώτο τρίμηνο και μεγάλης αιμορραγίας ή πρόωρου τοκετού κατά το τρίτο τρίμηνο. Η απόξεση του ενδοτράχηλου πρέπει να αποφεύγεται για τον κίνδυνο ρήξης των εμβρυικών υμένων. Σε περίπτωση καρκίνου *in situ* ή μικροδιηθητικού, που διαγνώστηκε με κωνοειδή εκτομή, συνιστάται αναμονή μέχρι τον τοκετό με κολποσκοπική παρακολούθηση κατά την κύηση και οριστική αντιμετώπιση 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Σε περίπτωση διηθητικού καρκίνου, η αντιμετώπιση είναι όπως στις μη έγκυες γυναίκες. Δηλαδή, εάν η διάγνωση γίνει μετά τις 20 εβδομάδες της κυήσεως θα γίνει συζήτηση με τη γυναίκα και εφόσον αυτή αποδεχθεί, θα εφαρμοσθεί η αναμονή μέχρι την 28^η εβδομάδα, όποτε σε χειρουργήσιμα στάδια θα γίνει ταυτόχρονα καισαρική τομή και ριζική υστερεκτομή, ενώ σε μη χειρουργήσιμα στάδια θα εφαρμοσθεί ακτινοθεραπεία. Εάν η διάγνωση γίνει νωρίτερα από τις 20 εβδομάδες, ιδιαίτερα δε στο πρώτο τρίμηνο η αντιμετώπιση θα γίνει όπως σε μη έγκυες γυναίκες. Εάν τότε εφαρμοσθεί ακτινοθεραπεία, πιθανόν προηγουμένως να αφαιρεθεί το κύημα με υστερεκτομία, ενώ στο πρώτο τρίμηνο η εξωτερική ακτινοβολία θα οδηγήσει σε αυτόματη έκτρωση.

ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Στον τράχηλο, μπορούν να αναπτυχθούν προκαρκινικές προδιηθητικές αλλοιώσεις, οι οποίες ονομάζονται δυσπλασία του τραχήλου ή ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (Cervical Intraepithelial Neoplasia-CIN). Βασικός παράγοντας στην έγκαιρη ανακάλυψη των βλαβών αυτών του τραχήλου, οι οποίες εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία μπορούν να οδηγήσουν σε διηθητικό καρκίνο, είναι η χρήση της κολπικής και τραχηλικής κυτταρολογίας.

TEST- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΚΟΛΠΟΤΡΑΧΗΛΙΚΑ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΑ

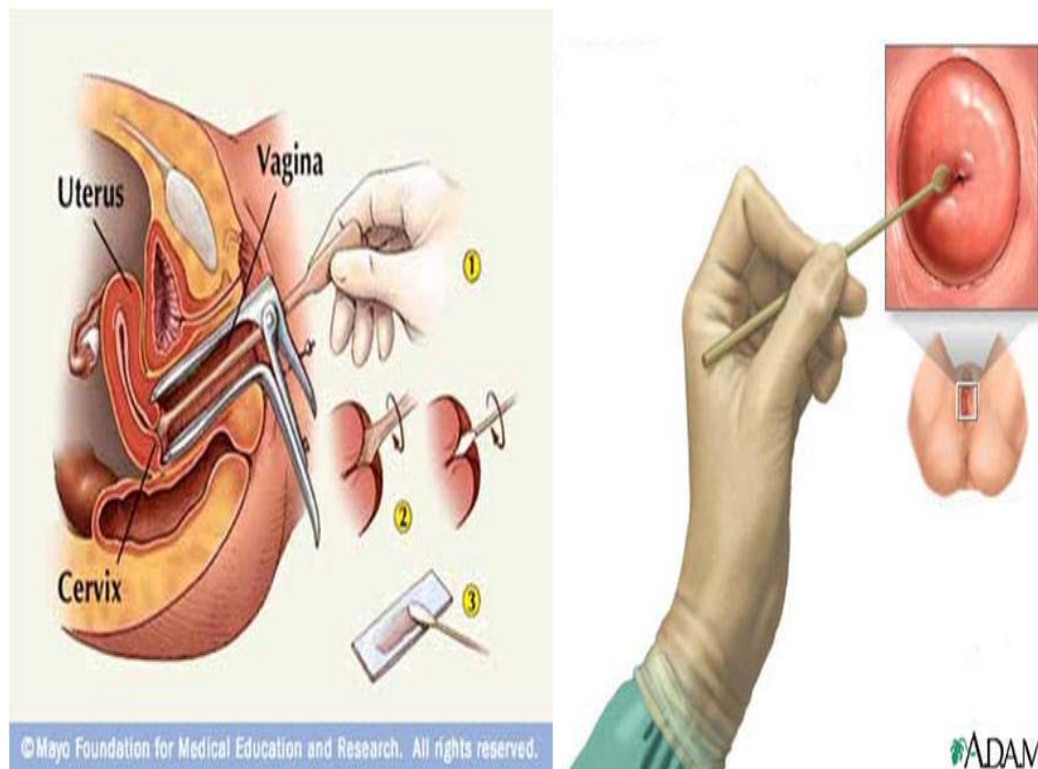


Η κυτταρολογία βασίζεται στη φυσιολογική αποφολίδωση κυττάρων από τα επιθήλια διαφόρων ιστών, που έχουν επικοινωνία με κοιλότητες του σώματος. Ως μέθοδος ελέγχου παθολογικών κυττάρων και κυρίως καρκινικών, οφείλει την ανακάλυψη και την κλινική της εφαρμογή στον Έλληνα ιατρό Γεώργιο Παπανικολάου, του οποίου φέρει και το όνομα διεθνώς (Test Papανικολαου ή Pap test ή Pap smear). Στη Γυναικολογία, η οποία υπήρξε και η πρώτη ιατρική ειδικότητα εφαρμογής της κυτταρολογίας, έχει πολύ ευρεία χρήση η μέθοδος μαζικού ελέγχου για την πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η διάγνωση αφορά στις προκαρκινικές καταστάσεις του τραχήλου και του κόλπου, λιγότερο του ενδομητρίου και πολύ λιγότερο των άλλων έσω γεννητικών οργάνων (σαλπίγγων και ωοθηκών). Η κολπική κυτταρολογία μπορεί ακόμη να βοηθήσει στη διαπίστωση κολπικών ή τραχηλικών φλεγμονών καθώς και στον έλεγχο της λειτουργικότητας των ωοθηκών, αν και σήμερα με την ύπαρξη ευαίσθητων μεθόδων μετρήσεως των ορμονών δεν χρησιμοποιείται πρωτίστως για το σκοπό αυτό.

Τεχνική λήψης του επιχρίσματος

Για την πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας λαμβάνονται συνήθως τρία επιχρίσματα, ένα από τον οπίσθιο κολπικό θόλο, ένα από τον εξωτράχηλο και ένα από τον ενδοτράχηλο. Σήμερα, αρκετοί θεωρούν ότι η λήψη από τον κόλπο δεν προσφέρει σημαντικές πληροφορίες, λόγω της σπανιότητας των βλαβών του κόλπου, οι οποίες μάλιστα εμφανίζονται σε σχετικά μεγαλύτερες ηλικίες. Η λήψη από τον οπίσθιο κολπικό θόλο γίνεται με μια ξύλινη σπάτουλα, οπότε «ξύνεται» το κολπικό επιθήλιο. Η λήψη από τον εξωτράχηλο γίνεται επίσης με μια ξύλινη σπάτουλα, οπότε «ξύνεται» κυκλικά ο εξωτράχηλος, αλλά συμπεριλαμβάνεται

οπωσδήποτε η ζώνη μετάπτωσης του ενδοτραχηλικού στο εξωτραχηλικό επιθήλιο, που αποτελεί και το επίμαχο σημείο για την ανάπτυξη του καρκίνου. Τέλος, η λήψη από τον ενδοτράχηλο γίνεται με λεπτό στυλεό, που καταλήγει σε μορφή μικρής «βούρτσας», η οποία τοποθετείται μέσα στον ενδοτράχηλο και περιστρέφεται. Για τη λήψη των τριών επιχρισμάτων, τοποθετείται προηγουμένως στον κόλπο κολποδιαστολέας, όπως κατά τη γυναικολογική εξέταση, ώστε να είναι ορατές οι επιφάνειες από τις οποίες θα γίνει η λήψη. Προϋπόθεση για την καλή λήψη και αξιολόγηση των επιχρισμάτων είναι να μην έχει προηγηθεί για ένα τουλάχιστον 24ωρο σεξουαλική επαφή ή γυναικολογική εξέταση. Επίσης, εάν έχει προηγηθεί βιοψία του τραχήλου ή απόξεση της μήτρας, να έχει παρέλθει τουλάχιστον χρονικό διάστημα 4-6 εβδομάδων από αυτή. Τα βιολογικά υλικά, που λαμβάνονται με τους παραπάνω τρόπους επιστρώνονται σε τρεις αντικειμενοφόρες πλάκες και μονιμοποιούνται σε καθαρό οινόπνευμα 90°. Εάν η μονιμοποίηση δεν γίνει άμεσα, είναι δυνατόν να δημιουργηθούν μεταβολές στα κύτταρα, που μοιάζουν με εκείνες των παθολογικών καταστάσεων. Τη μονιμοποίηση ακόλουθη η κατάλληλη χρώση και η μικροσκόπηση.



Εικ 5 τεχνική λήψης επιχρίσματος.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ-ΔΥΣΚΑΡΥΩΣΗ

Τα κύτταρα, που λήφθηκαν και χρωματίστηκαν, ελέγχονται κατά πόσον έχουν φυσιολογικούς ή παθολογικούς χαρακτήρες. Η κατάταξη στη μια ή στην άλλη κατηγορία βασίζεται στους χαρακτήρες του πυρήνα (μέγεθος, σχήμα, δίκτυο χρωματίνης) και του κυτταροπλάσματος (διαταραχές στην πρόσληψη χρωστικών, μέγεθος, κυτταρικά έγκλειστα, εκφυλιστικές αλλαγές). Σύμφωνα με την κατάταξη, που προτάθηκε από τον Παπανικολάου, τα κύτταρα ταξινομούνται σε πέντε κατηγορίες, που διεθνώς αναφέρονται με τους λατινικούς αριθμούς I, II, III, IV και V. (πίνακας 2)

Σήμερα, αντί για την παραπάνω ταξινόμηση χρησιμοποιούνται τρεις μόνο κατηγορίες, δηλαδή των σαφώς φυσιολογικών κυττάρων (κατηγορίες I και II), των σαφώς παθολογικών κυττάρων (κατηγορίες IV και V) και των ύποπτων για κακοήθεια κυττάρων (κατηγορία III). Εάν ανευρεθούν μόνο φυσιολογικά κύτταρα, γίνεται επανάληψη του επιχρίσματος ανά έτος, αν και σε ορισμένες προηγμένες χώρες, που έχουν επιβάλλει μαζικό έλεγχο σχεδόν όλου του πληθυσμού, αυτό γίνεται ανά τρία έτη. Η ανεύρεση καρκινικών κυττάρων επιβάλλει την ιστολογική επιβεβαίωση και εντόπιση του καρκίνου και θεραπεία. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναγνωρισθεί και άλλα κύτταρα με άλλους χαρακτήρες, τα οποία ταξινομούνται χωριστά, εκτός εάν συνυπάρχουν ύποπτα για κακοήθεια κύτταρα. Οι αλλοιώσεις στα κύτταρα αυτά δημιουργούνται από την παρουσία του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) και χαρακτηρίζονται είτε από την παρουσία υπερκεράτωσης ή παρακεράτωσης (μη ειδικά για HPV) είτε ως κοιλοκύτταρα (χαρακτηριστικά για HPV).

Στις περιπτώσεις υποψίας για κακοήθεια, παρατηρούνται χαρακτηριστικές αλλοιώσεις στον πυρήνα των κυττάρων. Υπάρχει δηλαδή μια εκτροπή του πυρήνα από το φυσιολογικό, ενώ το κυτταρόπλασμα δεν υφίσταται μεταβολές. Τέτοιες διαταραχές αφορούν στο μέγεθος του πυρήνα, στο περίγραμμα του και στο δίκτυο της χρωματίνης. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να είναι ελαφρές, δηλαδή με μικρή μόνο εκτροπή από το φυσιολογικό ή βαρύτερες, ώστε η ομοιότητα με καρκινικά κύτταρα να είναι μεγάλη. Στις παραπάνω περιπτώσεις ανωμαλιών του πυρήνα, πρόκειται για δυσκαρύωση.

Η βαρύτητα της κατάστασης αυτής μπορεί να εκτιμηθεί και από το είδος των κυττάρων, που παρουσιάζουν τις δυσκαρυωτικές αλλοιώσεις, χωρίς όμως αυτό να είναι απόλυτο. Οι αλλοιώσεις αρχίζουν πάντοτε από τα κύτταρα της βασικής ή παραβασικής στοιβάδας, τα οποία όμως δεν αποφολιδώνονται, επειδή καλύπτονται από τις υπερκείμενες στοιβάδες. Δυσκαρυωτικές αλλοιώσεις υπάρχουν πάντοτε και στα υπερκείμενα κύτταρα (ενδιάμεσα, επιφανειακά), τα οποία όμως, εάν διατηρούν την ωριμότητά τους, προσδίδουν στις αλλοιώσεις χαρακτήρα μικρότερης ή μεγαλύτερης βαρύτητας. Όταν όλα τα αποφολιδούμενα κύτταρα με δυσκαρυωτικές αλλοιώσεις είναι ανώριμα, η βλάβη είναι σοβαρής μορφής. Συνήθως, υπάρχει αντιστοιχία μεταξύ του βαθμού δυσκαρύωσης και του βαθμού δυσπλασίας, που προκύπτει από την ιστολογική εξέταση, χωρίς όμως αυτό να είναι απόλυτο.

Η ανεύρεση δυσκαρυωτικών αλλοιώσεων στα κύτταρα της επιφανειακής και της ενδιάμεσης στοιβάδας μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να οφείλεται στην παρουσία φλεγμονής, όπως πχ τριχομοναδικής κολπίτιδος. Η διάγνωση τέτοιας φλεγμονής επιβάλλει τη θεραπεία της και την επανάληψη του επιχρίσματος μετά 1-3 μήνες. Εάν οι δυσκαρυωτικές αλλοιώσεις επιμένουν, πρέπει να γίνει περαιτέρω διερεύνηση με κολποσκόπηση και βιοψία του τραχήλου. Στις περιπτώσεις έντονης δυσκαρύωσης, την κολποσκόπηση θα ακολουθήσει ευρύτερη βιοψία, συνήθως κωνοειδής εκτομή. Η αντιμετώπιση των περιπτώσεων αυτών περιγράφεται παρακάτω. Δυσκαρύωση μπορεί να ανευρεθεί και στα αδενικά κύτταρα του ενδοτραχηλίου, η οποία πρέπει να διερευνάται με περαιτέρω έλεγχο (κλασματική απόξεση).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, αναφέρεται η παρουσία στο επίχρισμα άτυπων κυττάρων. Η έννοια της ατυπίας στα κολποτραχηλικά επιχρίσματα έχει διάφορες ερμηνείες. Συνήθως, άτυπα χαρακτηρίζονται τα κύτταρα, που παρουσιάζουν διαφόρου βαθμού εκτροπή από το φυσιολογικό, η οποία όμως δεν υποδηλώνει την ύπαρξη κακοήθειας. Στις περιπτώσεις αυτές, υπάγονται φλεγμονώδεις καταστάσεις του κόλπου ή του τραχήλου, η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων, η πρόπτωση της μήτρας, η ακτινοβολία, η χημειοθεραπεία κ.λπ. Μετά την απομάκρυνση του υπευθύνου αιτιολογικού παράγοντα, η ατυπία εξαφανίζεται. Κατ' άλλους, άτυπα χαρακτηρίζονται όλα τα κύτταρα, τα οποία δεν είναι φυσιολογικά. Για την αποφυγή ριζικής θεραπευτικής αντιμετώπισης όλων των περιπτώσεων, είναι απαραίτητο να

ζητείται από τον κυτταρολόγο η διευκρίνιση όσο αναφορά στη σημασία που δίνει στον όρο ατυπία, όταν αναφέρεται στο αποτέλεσμα της εξέτασης. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις, είναι δύσκολο να διευκρινισθεί η σημασία των άτυπων κυτάρων και τα επιθηλιακά αυτά κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου χαρακτηρίζονται ως απροσδιορίστου σημασίας (ASCUS). Απροσδιορίστου σημασίας άτυπα κύτταρα μπορεί να προέρχονται και από το αδενικό επιθήλιο (AGUS). Η αντιμετώπιση των περιπτώσεων αυτών, που δεν αποτελούν συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις, θα αναφερθεί παρακάτω.

Πίνακας 2 Κατηγορίες κολποτραχηλικών επιχρισμάτων κατά Παπανικολάου

Κατηγορία I :	Όλα τα κύτταρα είναι φυσιολογικά.
Κατηγορία II :	Κύτταρα χωρίς χαρακτήρες κακοήθειας, αλλά με άτυπους χαρακτήρες ή κύτταρα σαφώς φυσιολογικά, αλλά ύπαρξη φλεγμονωδών στοιχείων.
Κατηγορία III :	Κύτταρα με άτυπους χαρακτήρες, ύποπτους για ύπαρξη κακοήθειας, αλλά όχι διαγνωστικούς κακοήθειας
Κατηγορία IV :	Λίγα σε αριθμό κύτταρα με σαφείς χαρακτήρες κακοήθειας.
Κατηγορία V :	Μεγάλος αριθμός κυττάρων με χαρακτήρες κακοήθειας.

Προγνωστική αξία

Με το test Παπανικολάου, το ψευδώς θετικό αποτέλεσμα είναι πολύ μικρό (<1%). Αντίθετα, το ψευδώς αρνητικό είναι αρκετά υψηλό κυμαινόμενο από 10-20%, ενώ κατά ορισμένες μελέτες το ποσοστό αυτό φθάνει το 40-45%, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για αδenoκαρκίνωμα του τραχήλου. Σχετικά με το πλακώδες επιθήλιο, το test Παπανικολάου συνδυαζόμενο με την κολποσκόπηση ανακαλύπτει σχεδόν όλες τις αλλοιώσεις. Τα τελευταία χρόνια, έχουν γίνει προσπάθειες για βελτίωση της τεχνικής, ώστε να μειωθεί το ποσοστό των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων. Μια τέτοια τεχνική είναι το Thin Prep 2000, κατά το οποίο η λήψη γίνεται με τον κλασσικό τρόπο, αλλά τα βιολογικά υλικά εμβαπτίζονται σε υγρό για να απομακρυνθεί το αίμα, η βλέννη και τα φλεγμονώδη κύτταρα, ενώ δεν υπάρχει απώλεια των κυττάρων προς εξέταση. Κατόπιν, τα κύτταρα απλώνονται σαν μια λεπτή στοιβάδα καλοδιατηρημένων κυττάρων σε αντικειμενοφόρο πλάκα και εξετάζονται. Η αξία των κολπικών επιχρισμάτων στην πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου του κόλπου δεν είναι πολύ μεγάλη. Αυτό γιατί, ενώ ο πρωτοπαθής καρκίνος του κόλπου εντοπίζεται συνήθως στο ανώτερο τριτημόριο του οπίσθιου κολπικού τοιχώματος, είναι δυνατόν κατά τη λήψη του επιχρίσματος ο οπίσθιος κολπικός θόλος να καλυφθεί κατά ένα μέρος από τον οπίσθιο κολποδιαστολέα και να μην έρθει σε επαφή με τη σπάτουλα. Η πιθανότητα να ανιχνευθεί καρκίνος από το ενδομήτριο δεν ξεπερνά με τις καλύτερες στατιστικές το 60%, από δε τις ωοθήκες το 20%. Ενδομητριάκα κύτταρα μπορούν να αποτελούν φυσιολογικό εύρημα στο κολπικό επίχρισμα, όταν αυτό ληφθεί τις ημέρες της εμμηνου ρύσεως ή 1-2 ημέρες πριν ή μετά από αυτή. Η ανεύρεση ενδομητρικών κυττάρων στο επίχρισμα τις υπόλοιπες ημέρες του κύκλου ή σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι δηλωτική κάποιας επεξεργασίας στο ενδομήτριο (φλεγμονή, υπερπλασία, καρκίνος) και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα (απόξεση). Η ανεύρεση ιστιοκυττάρων πρέπει επίσης να θέτει υποψίες για βλάβη του ενδομητρίου. Η λήψη των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων κατά τις ημέρες της εμμηνου ρύσεως καλό είναι να αποφεύγεται, επειδή καλύπτεται το οπτικό πεδίο από τα ερυθρά αιμοσφαίρια και είναι δύσκολη μια σωστή διάγνωση. Όταν όμως πρόκειται για

μητρορραγία και όχι για έμμηνον ρύση, τότε επιβάλλεται η λήψη των επιχρισμάτων, διότι υπάρχει πιθανότητα να υποκρύπτεται κακοήθεια.

ΑΙΤΙΑ ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας (CIN) μπορεί να μεταπέσει σε διηθητικό καρκίνο, εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία. Τα αίτια, που οδηγούν στην ανάπτυξη της τραχηλικής δυσπλασίας, παραμένουν άγνωστα. Ορισμένοι όμως παράγοντες, οι οποίοι έχουν σχέση και με την εμφάνιση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου, έχουν ενοχοποιηθεί. Ο κυριότερος από αυτούς είναι η πρόωγη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων (<20 ετών), η έντονη σεξουαλική δραστηριότητα και η αλλαγή πολλών σεξουαλικών συντρόφων. Παλιότερα, γινόταν αποδεκτό ότι ρόλο κατά τη σεξουαλική επαφή είχε η επίδραση του σμήγματος της πρόσθης του πέους, το οποίο ήταν ερεθιστικό για τον τράχηλο. Αργότερα, θεωρήθηκε ότι η φαγοκυττάρωση των σπερματοζωαρίων από τα εφεδρικά κύτταρα (reserve cells) της ζώνης μετάπτωσης του τραχήλου μπορούσε να οδηγήσει σε εκτροπή του φυσιολογικού κύτταρου προς το παθολογικό, λόγω της περίσσειας DNA. Τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή σε ορισμένους ιούς. Μέχρι πρότινος, ενοχοποιητικός ρόλος αποδιδόταν στον ιό του έρπητα 2, ενώ αυτό απορρίφθηκε αργότερα. Σήμερα, ενοχοποιείται ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων ή κονδυλωμάτων (HPV), ο οποίος ανευρίσκεται αρκετά συχνά στα κύτταρα του τραχήλου. Ορισμένοι τύπου του ιού, όπως οι 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 58 και 59, θεωρούνται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των δυσπλασιών του τραχήλου. Η ανίχνευση του ιού αυτού μπορεί να γίνει με το test Παπανικολάου, όπου ανευρίσκονται, όπως αναφέρθηκε, τα χαρακτηριστικά κοιλοκύτταρα. Νεότερες τεχνικές, όπως η εφαρμογή της αλυσιδωτής αντίδρασης της πολυμεράσης (PCR), ανακαλύπτουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τον τύπο του HPV. Η ανεύρεση του HPV στον τράχηλο δεν σημαίνει την υποχρεωτική παρουσία κονδυλωμάτων. Αντίθετα, τις περισσότερες φορές δεν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις προσβολής από τον HPV. Άλλοι παράγοντες, που σχετίζονται με την ανάπτυξη δυσπλασίας ή καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι το κάπνισμα και η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων. Ο μηχανισμός, με τον οποίο η νικοτίνη μπορεί να επηρεάζει το

τραχηλικό επιθήλιο, δεν είναι γνωστός. Σχετικά με τα αντισυλληπτικά δισκία, ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου είναι ελαφρά αυξημένο, χωρίς να μπορεί να διευκρινιστεί εάν αυτό σχετίζεται με τις ίδιες τις ορμονικές ουσίες ή με άλλους παράγοντες, όπως πχ την απελευθέρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, λόγω της ασφάλειας που παρέχουν τα δισκία ως προς τον κίνδυνο κυήσεως. Τέλος, αυξημένος κίνδυνος για CIN υπάρχει σε άτομα, που έχουν την πρώτη κύηση σε μικρή ηλικία, στις πολύτοκες γυναίκες, στις διαζευγμένες, στις γυναίκες χαμηλών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων και όταν ο σεξουαλικός τους σύντροφος έχει πολλές άλλες σεξουαλικές συντρόφους. Ο τράχηλος των έφηβων είναι περισσότερο ευαίσθητος στην επίδραση διαφόρων καρκινογόνων, λόγω της έντονης πλακώδους μετάπλασης που συμβαίνει μέσα στη ζώνη μετάπτωσης, η οποία αποτελεί φυσιολογική μεν διεργασία, αλλά υπό την επίδραση του καρκινογόνου παράγοντα μπορεί να οδηγήσει στο σχηματισμό άτυπης ζώνης μετάπτωσης.

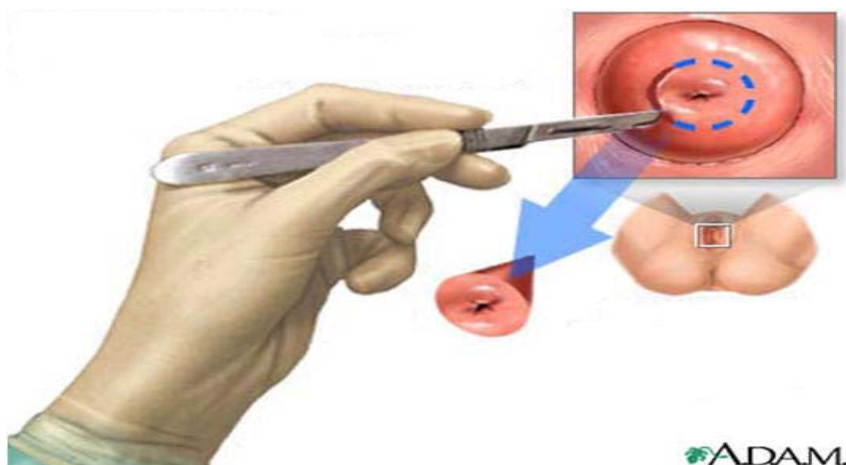
ΜΟΡΦΕΣ CIN

Η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας διακρίνεται αναλόγως της βαρύτητας της σε τρεις μορφές την ελαφρά (CIN1), την μέτρια (CIN2) και τη βαριά (CIN3). Η τελευταία αντιστοιχεί σε καρκίνο in situ. Η διάγνωση των μορφών αυτών γίνεται με την ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος κατόπιν βιοψίας του τραχήλου. Εκτός από την παραπάνω ταξινόμηση, υπάρχει και η ταξινόμηση κατά Bethesda, σύμφωνα με την οποία η δυσπλασία του τραχήλου διακρίνεται σε χαμηλής διαβάθμισης (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion-LG SIL) και σε υψηλής διαβάθμισης (High Grade- HG SIL). Η πρώτη περιλαμβάνει τις ελαφρές αλλοιώσεις, δηλαδή τις περιπτώσεις με HPV ή CIN1 και η δεύτερη τις βαρύτερες αλλοιώσεις, δηλαδή με CIN2 ή 3. Η διάκριση αυτή γίνεται, επειδή η ελαφρά δυσπλασία ή οι αλλοιώσεις HPV σε αρκετές περιπτώσεις υποχωρούν αυτόματα. Αντίθετα, η μέτρια και κυρίως η βαριά δυσπλασία αποτελούν καταστάσεις, οι οποίες έχουν πολλές πιθανότητες να εξελιχθούν σε διηθητικό καρκίνο, εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία. Ο χρόνος, που χρειάζεται η δυσπλασία του τραχήλου να μεταπέσει σε διηθητικό καρκίνο, είναι δύσκολο να υπολογιστεί, αν και από

διάφορες εκτιμήσεις προκύπτει ότι απαιτείται χρονικό διάστημα 3-20 ετών. Πάντως, σπάνιες περιπτώσεις ταχείας μετάπτωσης δυσπλασίας σε διηθητικό καρκίνο σε διάστημα πχ 1-2 ετών έχουν αναφερθεί. Προκαρκινικές αλλοιώσεις από το αδενικό επιθήλιο είναι η ενδοεπιθηλιακή αδενική ατυπία, μέτρια ή βαρεία και το αδενοκαρκίνωμα in situ.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ CIN

Η θεραπεία των δυσπλασιών του τραχήλου της μήτρας γίνεται με καταστροφή ή αφαίρεση της βλάβης. Η καταστροφή μπορεί να γίνει με Laser εξάχνωση ή καυτηρίαση με κρυοπληξία ή θερμοκαυτήρα. Σε περιπτώσεις όμως σοβαρότερων βλαβών, προτιμώνται αφαιρετικές μέθοδοι με τη μορφή κυρίως της κωνοειδούς εκτομής(εικ. 7), με την οποία ταυτόχρονα γίνεται και η διάγνωση.



ΕΙΚ.7 κωνοειδής εκτομή του τραχήλου

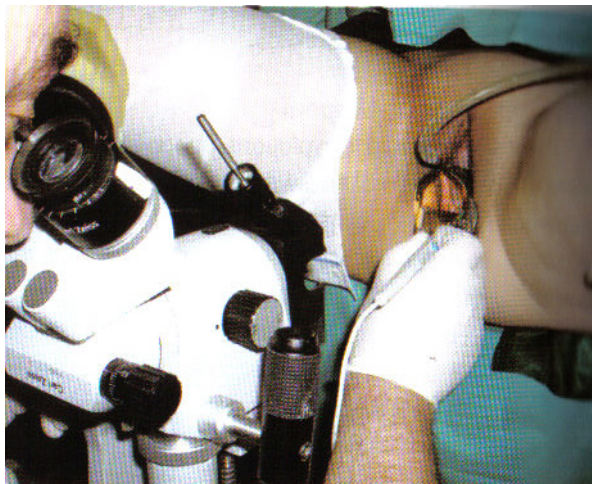
Η κωνοειδής εκτομή βοηθάει στο να διαπιστωθεί το βάθος της βλάβης και συνεπώς να εκτιμηθεί κατά πόσον υπάρχει διήθηση του στρώματος. Μπορεί να γίνει με χειρουργικό νυστέρι, ενώ σήμερα προτιμάται η loop διαθερμία ή laser. Εάν με την κωνοειδή διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει διήθηση του στρώματος, τότε η επέμβαση αυτή είναι και θεραπευτική, αν και σε γυναίκες περί την εμμηνόπαυση μπορεί να συστηθεί και ολική υστερεκτομή, χωρίς όμως να είναι απολύτως απαραίτητη. Μετά από την κατάλληλη θεραπεία, οι

γυναίκες πρέπει στη συνέχεια να παρακολουθούνται με το test Παπανικολάου και με κολποσκόπηση ανά τρεις μήνες μέχρι ένα έτος και στη συνέχεια ανά 6-12 μήνες. Μετά από υστερεκτομή για δυσπλασία του τραχήλου, ο έλεγχος πρέπει να συνεχίζεται με το κολπικό μόνο επίχρισμα, όπως ήδη αναφέρθηκε, λόγω της πιθανότητας πολυεστιακής εντόπισης της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας στο γεννητικό σύστημα. Εάν η κωνοειδής εκτομή είναι αρκετά ευρεία, είναι δυνατόν να δημιουργήσει δυσκολία σε μελλοντική προσπάθεια σύλληψης ή στην εξέλιξη της κύησης, λόγω ελάττωσης της εκκρινόμενης τραχηλικής βλέννας ή ανεπάρκειας του τραχηλικού στομίου αντίστοιχα.

ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ

Όπως ήδη αναφέρθηκε, επειδή οι δυσπλασίες του τραχήλου δεν προκαλούν συμπτώματα, η διάγνωση τους βασίζεται στην τραχηλική κυτταρολογία στα πλαίσια της εφαρμογής του προληπτικού ελέγχου του γυναικείου πληθυσμού, η οποία πρέπει να γίνεται μια φορά το έτος στην διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας. Μετά την ηλικία των 65 ετών, ο έλεγχος εφαρμόζεται ανά 3-5 έτη. Έτσι, σε περιπτώσεις, που θα ανευρεθούν δυσκαρυωτικά κύτταρα στο test Παπανικολάου, η επόμενη αναγκαία εξέταση είναι η κολποσκόπηση. Το κολποσκόπιο είναι ένα διοφθάλμιο στερεοσκοπικό μικροσκόπιο, που μεγεθύνει την εικόνα 10-40 φορές(εικ.6). Η επισκόπηση διευκολύνεται με ενσωματωμένο φωτισμό, που επικεντρώνεται στον τράχηλο και η εστία επιτυγχάνεται σε απόσταση 12-15 cm. Εάν με την εξέταση αυτή διαπιστωθούν αλλοιώσεις HPV ή ελαφρός δυσπλασίας, οι γυναίκες μπορούν να επανεξεταστούν με το test Παπανικολάου μετά από διάστημα 4-6 μηνών. Θα πρέπει όμως η διάγνωση να επιβεβαιωθεί με ιστολογική εξέταση κατόπιν βιοψίας, που λαμβάνεται κατά την κολποσκόπηση από τις περιοχές των αλλοιώσεων. Σε αρκετές από αυτές τις περιπτώσεις, η βλάβες πιθανόν να υποχωρήσουν αυτόματα και το επόμενο test να είναι αρνητικό. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι καταστάσεις, όπως φλεγμονή του κόλπου ή του τραχήλου καθώς και αναγεννητική δραστηριότητα στον τράχηλο από πρόσφατη βιοψία ή κύηση είναι δυνατόν να δημιουργήσουν δυσκολία στην αξιολόγηση του επίχρισματος, λόγω του ότι η εικόνα μπορεί να μιμείται δυσκαρυωτικές αλλοιώσεις των κυττάρων. Σε περίπτωση, που πιστοποιηθεί η ύπαρξη φλεγμονής με

μικροβιολογικό έλεγχο, πρέπει να γίνει θεραπεία της φλεγμονής και επανάληψη του test Παπανικολάου. Εάν οι αλλοιώσεις HPV ή ελαφριάς δυσκαρύωσης επιμένουν ή διαπιστωθούν αλλοιώσεις μετρίου ή βαρείας δυσκαρύωσης, θα πρέπει μαζί με τον κολποσκοπικό έλεγχο να γίνει και βιοψία του τραχήλου καθώς και να ληφθεί υλικό από τον ενδοτράχηλο με ελαφρά απόξεση. Η βιοψία, ιδιαίτερα στις βαρύτερες περιπτώσεις, θα πρέπει να είναι της μορφής της κωνοειδούς εκτομής. Η αξιολόγηση των κολποσκοπικών ευρημάτων γίνεται είτε με το πράσινο φίλτρο του κολποσκοπίου μετά από τοποθέτηση φυσιολογικού ορού στον τράχηλο, οπότε ανευρίσκονται παθολογικά αγγεία είτε με τον ψεκάσμο του τραχήλου με οξεϊκό οξύ διαλύματος 1-5%. Σε περιπτώσεις δυσπλασίας, μετά την εφαρμογή του οξεϊκού οξέος στην περιοχή της αλλοίωσης παρατηρείται λευκάζουσα περιοχή, καλώς αφοριζόμενη από τον πέριξι υγιή ιστό. Μέσα στη λευκάζουσα αυτή περιοχή, μπορεί να παρατηρηθούν ανώμαλα αγγεία, όπως είναι η διάστιξη, το μωσαϊκό και τα άτυπα αγγεία. Τα τελευταία συνηγορούν υπέρ της διήθησης του στρώματος. Όσο πιο διεσταλμένα είναι τα τριχοειδή, που σχηματίζουν τη διάστιξη ή το μωσαϊκό και όσο μεγαλύτερη είναι η απόσταση μεταξύ των τριχοειδών τόσο μεγαλύτερη ατυπία αναμένεται στην ιστολογική εξέταση. Επίσης, όσο πιο λευκωπή είναι η περιοχή με την αλλοίωση τόσο πιο σοβαρή είναι η δυσπλασία. Η κολποσκόπηση θεωρείται επιτυχής, εάν είναι πλήρως ορατή η ζώνη μετάπτωσης του πλακώδους επιθηλίου του εξωτράχηλου στο κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτράχηλου. Η διαπίστωση λευκάζουσας περιοχής στον τράχηλο δια γυμνού οφθαλμού, δηλαδή χωρίς κολποσκόπιο, δηλώνει συνήθως κερατινοποίηση, η οποία οφείλεται σε προσβολή HPV (λευκοπλακία). Αυτό δεν αποκλείει την πιθανότητα συνύπαρξης δυσπλασίας του τραχήλου.



Εικ. 5 κολποσκόπιο και κολποσκόπηση

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ Iugol

Εκτός από τη χρησιμοποίηση της κολποσκοπησης, βοηθητική στη διάγνωση των ενδοεπιθηλιακών βλαβών του τραχήλου είναι και η δοκιμασία με Iugol. Η δοκιμασία αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι τα κύτταρα, τα οποία περιέχουν γλυκογόνο, όπως είναι α φυσιολογικά κύτταρα του τραχήλου και του κόλπου, χρωματίζονται καφέ, όταν εφαρμόσει σ' αυτά διάλυμα Iugol . Αντίθετα, τα κύτταρα που δεν περιέχουν γλυκογόνο, όπως πχ τα καρκινικά ή τα προερχόμενα από τραχηλική δυσπλασία δεν χρωματίζονται με την εφαρμογή του Iugol και τότε η δοκιμασία χαρακτηρίζεται ως θετική. Πάντως, η δοκιμασία αυτή δεν είναι ειδική ούτε απολυτά διαγνωστική της δυσπλασίας ή του καρκίνου του τραχήλου, διότι μπορεί να είναι θετική ακόμη και σε καλοήθεις καταστάσεις, όπως είναι το εκτρόπιο, το μεταπλαστικό επιθήλιο καθώς επίσης και το κυλινδρικό επιθήλιο. Επομένως, σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να αντικαταστήσει την κολποσκοπηση, απλά μπορεί να είναι μέθοδος βοηθητική.

HPV-DNA test

Η αναγνώριση ότι ο ιός HPV είναι σημαντικός παράγοντας της ανάπτυξης ενδοεπιθηλιακών βλαβών και καρκίνου του τραχήλου αλλά και το υψηλό ποσοστό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων με το test Pap στην έγκυρη διάγνωση των παραπάνω αλλοιώσεων οδήγησαν τα τελευταία χρόνια στην ανάπτυξη μιας δοκιμασίας, που ονομάζεται HPV-DNA test. Αν και μέχρι σήμερα μελέτες δείχνουν ότι το HPV test παρουσιάζει μεγαλύτερη ευαισθησία από το test Παπανικολάου ως προς την ανίχνευση των σοβαρού βαθμού αλλοιώσεων του τραχήλου, ενώ το test Παπανικολάου παρουσιάζει μεγαλύτερη ειδικότητα εν τούτοις δεν τεκμηριώνεται η χρήση του ως μεθόδου πληθυσμιακού ελέγχου (screening) συμπτωματικών γυναικών. Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι η μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε απλουστευμένη μορφή, αφού είναι δυνατόν η γυναίκα μόνη της να λαμβάνει υλικό από τον κόλπο ή τον τράχηλο. Περισσότερο σημαντική φαίνεται να είναι η εφαρμογή του HPV test σε περιπτώσεις γυναικών με άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιορίστου σημασίας (ASCUS). Στις περιπτώσεις αυτές, η εφαρμογή του HPV test, δηλαδή η ανίχνευση των τύπων εκείνων του ιού, που χαρακτηρίζονται ως ογκογόνοι, δείχνει μια υπεροχή έναντι του test Παπανικολάου. Η ευαισθησία

του HPV test στις περιπτώσεις αυτές είναι περίπου 96% έναντι 44% του test Παπανικολάου. Εάν το HPV test είναι αρνητικό, είναι φανερό ότι οι γυναίκες αυτές δεν κινδυνεύουν από την εμφάνιση σοβαρής ενδοεπιθηλιακής βλάβης ή διηθητικού καρκίνου, ενώ αντίθετα αυτές, που παρουσιάζουν θετικό HPV test, χρειάζεται να υποβληθούν σε περαιτέρω έλεγχο με κολποσκόπηση, βιοψία και παρακολούθηση. Τέλος, το HPV test πιθανόν να αποδειχθεί σημαντική μέθοδος και στην παρακολούθηση (follow up) των γυναικών με ενδοεπιθηλιακή ή αρχόμενη διηθητική αλλοίωση του τραχήλου, οι οποίες υποβλήθηκαν ήδη σε θεραπεία. Ασφαλώς και το DNA test δεν πρόκειται να υποκαταστήσει το test Παπανικολάου, ο συνδυασμός όμως και των δυο φαίνεται ότι ανιχνεύει σχεδόν το 100% των ασθενών με υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου ή διηθητικό καρκίνο. Οι γυναίκες, που έχουν αρνητικό test -Παπανικολάου και αρνητικό HPV-DNA test φαίνεται ότι τουλάχιστον για τα επόμενα 7-10 έτη δεν κινδυνεύουν να αναπτύξουν μια υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου ή διηθητικό καρκίνο, ενώ ασθενείς που έχουν αρνητικό μεν το test Παπανικολάου αλλά θετικό το HPV test είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης βλαβών και εμφάνιση θετικού test Παπανικολάου στα επόμενα δυο έτη. Η εφαρμογή του HPV-DNA test φαίνεται ότι είναι σημαντική και στην περίπτωση γυναικών με άτυπα αδενικά κύτταρα απροσδιορίστου σημασίας (AGUS).

Εμβόλιο κατά του HPV.

Αυτό το εμβόλιο, έπειτα από προσπάθειες 15 περίπου ετών, σήμερα υπάρχει, και τα πρώτα αποτελέσματα εφαρμογής του είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Πρόκειται για προφυλακτικό εμβόλιο κατά της μόλυνσης από τον ιό, ενώ σε εξέλιξη βρίσκονται και οι μελέτες που αφορούν την αξιολόγηση ενός θεραπευτικού εμβολίου, εναντίον ήδη υπαρχουσών κυτταρικών αλλοιώσεων οφειλόμενων στη δράση του ιού. Η δράση του

προφυλακτικού εμβολίου βασίζεται στην αντιγονική δράση των επονομαζόμενων «ιόμορφων σωματιδίων» (Virus Like Particles-VLPs), τα οποία συντίθενται από 20 καπομερίδια της ιικής καψιδιακής πρωτεΐνης LI ως εδρικά καψίδια/ισσωμάτια, παρόμοια με αυτά του ιού, χωρίς όμως να εμπεριέχουν ιικό DNA. Ο εμβολιασμός του ατόμου με αυτά τα μη επικίνδυνα VLPs (εξαιτίας της απουσίας ιικού DNA) έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ειδικών αδρανοποιητικών IgG αντισωμάτων εναντίον της καψιδιακής πρωτεΐνης LI του ιού. Κατ' αυτό τον τρόπο, γίνεται αδύνατη η μόλυνση των κυττάρων του εμβολιασμένου ατόμου από τον ιό, δηλαδή η είσοδος του ισωματίου του HPV στα βασικά κύτταρα του επιθηλίου. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα μέχρι στιγμής υπάρχοντα εμβόλια εναντίον του HPV δεν προφυλάσσουν απ' όλους τους υποτύπους του ιού, αλλά μόνον από τους πλέον νοσογόνους και επικίνδυνους, δηλαδή τους υποτύπους 16 και 18 (οι οποίοι όμως είναι υπεύθυνοι για το ~ 70% των περιπτώσεων τραχηλικού καρκίνου παγκοσμίως). Το εμβόλιο, βέβαια, το οποίο έλαβε την άδεια κυκλοφορίας από τον υπεύθυνο φορέα (FDA) των ΗΠΑ στις 8 Ιουνίου 2006 και της Ευρώπης (EMEA) στις 20 Σεπτεμβρίου 2006, είναι τετραδύναμο, δηλαδή δρα κατά των ογκογόνων υποτύπων 16 και 18, αλλά ταυτόχρονα και κατά των μη ογκογόνων υποτύπων 6 και 11, υπεύθυνων για την εμφάνιση περίπου του 90% των κονδυλωματωδών αλλοιώσεων, κυρίως της πρωκτογεννητικής περιοχής, οι οποίες αποτελούν μια από τις πλέον συχνές σεξουαλικά μεταδιδόμενες παθήσεις. Ως εκ τούτου, το εμβόλιο, όπως απέδειξαν οι σχετικές μελέτες σε μεγάλο αριθμό γυναικών και χρόνο παρακολούθησης περίπου 4-5 έτη, προφυλάσσει με αποτελεσματικότητα 98-100% από τις προκαρκινικές και καρκινικές αλλοιώσεις, κυρίως του τραχήλου, αλλά και του κόλπου, αιδοίου, πέους και πρωκτού, παράλληλα δε και από τα κονδυλώματα τόσο της γεννητικής περιοχής όσο και της μη γεννητικής περιοχής, όπου αυτά εκδηλώνονται (π.χ. στοματοφαρυγγική κοιλότητα). Σύμφωνα και με τις ενδείξεις που τονίστηκαν από τους υπεύθυνους φορείς, οι οποίοι έδωσαν άδεια για την κυκλοφορία του τετραδύναμου εμβολίου, η ηλικία κατά την οποία θα πρέπει να χορηγείται το εμβόλιο είναι αυτή των νέων κοριτσιών (και αγοριών) πριν από την έναρξη της σεξουαλικής τους δραστηριότητας. Κατά συνθήκη, αυτή ορίστηκε ως η ηλικία από 9 έως 13 (15) ετών. Βέβαια, η ένδειξη χορήγησης του εμβολίου υπάρχει και για κάθε γυναίκα μεγαλύτερης ηλικίας που δεν έχει σεξουαλικές επαφές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών και τις υπάρχουσες οδηγίες, αυτό το εμβόλιο μπορεί να χορηγηθεί και σε όλες τις νέες γυναίκες μέχρι 26 ετών

σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα δεδομένα-, ανεξάρτητα αν αυτές έχουν ήδη σεξουαλικές επαφές, δηλαδή ανεξάρτητα αν αυτές οι γυναίκες είναι ή όχι φορείς του ιού, αρκεί βέβαια να μην εμφανίζουν ήδη νεοπλασματικές αλλοιώσεις στον τράχηλο της μήτρας.

Αυτό δικαιολογείται για τους εξής λόγους:

(α) αν δεν είναι φορείς των 4 HPV-τύπων, από τους οποίους καλύπτει το υπάρχον εμβόλιο, αυτό θα τις προστατεύσει από τη μόλυνση από αυτούς τους συγκεκριμένους τύπους,

(β) αν πρόσφατα έχουν γίνει φορείς ενός από τους 4 HPV-τύπους το εμβόλιο θα ενισχύσει την ανοσιακή απάντηση του οργανισμού τους σε αυτούς, και

(γ) η πιθανότητα να είναι φορείς και των 4 HPV-τύπων που καλύπτει το υπάρχον εμβόλιο είναι πολύ μικρή, άρα ο εμβολιασμός θα έχει θετικό αποτέλεσμα.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, αν μια γυναίκα με υπάρχουσα σεξουαλική δραστηριότητα είναι ήδη φορέας ενός (ή περισσότερων) από τους HPV-τύπους 6, 11, 16 και 18, που εμπεριέχονται στο υπάρχον εμβόλιο, το να εμβολιαστεί με αυτό δεν την προστατεύει από μια πιθανόν εν εξελίξει ευρισκόμενη αλλοίωση στον τράχηλο, οφειλόμενη στον ή στους τύπους αυτούς.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΕΚ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΩΝ HPV

Στις μελέτες, οι πιο συχνά αναφερθείσες ανεπιθύμητες ενέργειες (εμφανίζονται σε περισσότερους από 1 στους 10 ασθενείς) είναι πυρετός και αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης (ερυθρότητα, πόνος, οίδημα). Ο πλήρης κατάλογος των ανεπιθύμητων ενεργειών που αναφέρθηκαν με τη χρήση των εμβολίων HPV έως το 2006 στο σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών εμβολίων (VAERS) του Αμερικάνικου Οργανισμού Φαρμάκων και τροφίμων(FDA) είναι: συγκοπή (55%), ζάλη (41%), πυρετός (41%), εξάνθημα (33%), παραισθησία (32%), κνησμός (31%), πονοκέφαλος(19%), εμετός (1%), μυαλγία (13%), λεμφαδενοπάθεια (10%), αρθραλγία(7%) σύνδρομο Guillain-Barre(1%). Ως γενετικό προϊόν που είναι δέχθηκε επίσης σωρεία επιθέσεων για πρόκληση

τερατογενέσεων και γονιδιακών βλαβών, κίνδυνος ο οποίος δεν έχει εκτιμηθεί πλήρως και δεν έχει διασαφηνιστεί εκ των εταιρειών. Τελικώς καταλήγουν οι οδηγίες ότι τα εμβόλια:

α) δεν πρέπει να χορηγούνται σε άτομα που μπορεί να είναι υπερευαίσθητα (αλλεργικά) στη δραστική ουσία του εμβολίου ή σε οποιοδήποτε άλλο από τα συστατικά του.

β) εάν ένα άτομο εμφανίσει σημάδια αλλεργίας έπειτα από μία δόση εμβολίου, δεν πρέπει να λάβει τις υπόλοιπες δόσεις.

γ) ο εμβολιασμός πρέπει να αναβάλλεται σε άτομα με υψηλό πυρετό

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι:

Η διερεύνηση της ενημέρωσης των σπουδαστριών ΤΕΙ Κρήτης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και για τα μέτρα πρόληψης του. Καταγραφή της συχνότητας που υποβάλλονται σε test-Παπανικολάου. Τον έλεγχο της ετοιμότητας των σπουδαστριών ΤΕΙ Κρήτης να δεχθούν την προοπτική εφαρμογής του εμβολίου εναντίον του HPV.

Υλικό-Μέθοδος

Για τη διεκπεραίωση της έρευνας μας έγινε παράθεση για συμπλήρωση ένα ειδικό φύλλο ερωτηματολογίου σε ένα δείγμα αντιπροσωπευτικό. Συμπληρώθηκε από 200 σπουδάστριες του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κρήτης από τις σχολές Λογιστικής και Νοσηλευτικής

Να σημειωθεί ότι Το ερωτηματολόγιο μας συντάχθηκε υπό τη συμβουλευτική καθοδήγηση από το ερωτηματολόγιο που μοιράστηκε στα πλαίσια του προγράμματος << ΛΥΣΣΥΣΤΡΑΤΗ >> το οποίο είχε χρησιμοποιηθεί το Σεπτέμβριο του 2005 σε μια πανευρωπαϊκή προσπάθεια ενημέρωσης σχετικά με τους τρόπους πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης από το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η επεξεργασία όλων των δεδομένων της έρευνας μας έγινε με τη βοήθεια των στατιστικών Excel εταιρείας του λογισμικού Microsoft και αναλυτικότερα η επεξεργασία στοιχείων με το πρόγραμμα SPSS. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα παρουσιαστούν με τη μορφή ραβδογραμμάτων και κυκλικών διαγραμμάτων.

Παρακάτω παρατίθεται το ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως τι γνωρίζουν για το test-Παπανικολάου και αν υποβάλλονται σε αυτό τακτικά, τι γνωρίζουν για το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και για τον ιό HPV και τέλος τι γνωρίζουν για το νέο εμβόλιο ενάντια στον ιό HPV.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:

1. Ηλικία:.....

2. Σχολή:.....

3. Διαμονή:.....

4. Πόσες φορές το χρόνο πηγαίνετε σε γυναικολόγο:

α) Καμία

β) 1 φορά

γ) 2-3 φορές

δ) > 3 φορές

5. Πήρατε ποτέ αντισυλληπτικό χάπι:

α) ναι

β) όχι

6. Αν ναι, επί πόσο χρον. διάστημα (έτη):

α) <1

δ) >10

β) 1-5

γ) 5-10

7. Καπνίζετε:

α) ναι

β) όχι

8. Αν ναι, επί πόσο χρον. διάστημα (έτη):

α) <1

γ) 1-10

β) 1-5

δ) >10

9. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα:

α) <10

γ) 20-40

β) 10-20

δ) >40

10. Ξέρετε τι είναι το τεστ Παπανικολάου:

β) όχι

α) ναι

11. Ξέρετε γιατί πρέπει να κάνει η γυναίκα τεστ Παπανικολάου:

β) όχι

α) ναι

12. Αν ναι, γιατί:

α) για να προλάβει τον καρκίνο γενικά

γεννητικά όργανα

η) στις σάλπιγγες

δ) στο αιδοίο

θ) στις ωθήκες

β) στους μαστούς

ε) στον τράχηλο της μήτρας

γ) για να προλάβει τον καρκίνο στα

ζ) στο ενδομήτριο

13. Έχετε κάνει εσείς τεστ Παπανικολάου:

α) ναι

β) όχι

14. Αν όχι, γιατί:

- α) δεν ενημερώθηκα
- β) από αμέλεια
- γ) ντρέπομαι
- δ) νοιώθω ανασφάλεια
- ε) δεν έχω χρόνο

- ζ) δεν είχα κανένα σύμπτωμα
- η) φοβάμαι το αποτέλεσμα
- θ) δεν έχω εύκολη πρόσβαση
- ι) έχω πιο σοβαρά προβλήματα

15. Αν ναι;

- α) μια φορά
- β) 2-3 φορές

- γ) τακτικά (κάθε χρόνο για πάνω από 5 χρόνια)

16. Η τελευταία φορά ήταν:

- α) μέσα στο χρόνο
- β) 1-3 χρόνια πριν

- γ) περισσότερο από 3 χρόνια πριν

17. Έχετε (ή είχατε ποτέ) παθολογικό τεστ Παπανικολάου:

α) ναι

β) όχι

18. Είχε ποτέ κάποια γνωστή σας παθολογικό τεστ Παπανικολάου:

α) ναι

β) όχι

19. Είχε ποτέ κάποια γνωστή σας καρκίνο τραχήλου της μήτρας:

α) ναι

β) όχι

20. Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με το τεστ Παπανικολάου:

- α) από την οικογένεια
- β) από φίλους-γνωστούς
- γ) από τον γιατρό σας

- δ) από την τηλεόραση
- ε) από τον Τύπο
- ζ) από το Internet
- η) άλλο

21. Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:

- α) από την οικογένεια
- β) από φίλους-γνωστούς
- γ) από τον γιατρό σας

- δ) από την τηλεόραση
- ε) από τον Τύπο
- ζ) από το Internet
- η) άλλο

22. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συνδέεται αιτιολογικά κυρίως με τη:

- α) ηλικία
- β) διατροφή

- γ) σεξουαλική δραστηριότητα
- δ) υγιεινή

- ε) μόλυνση από μικρόβιο
- ζ) μόλυνση από ιό

- η) μόλυνση της ατμόσφαιρας θ) δεν ξέρω

23. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί:

- α) όχι γ) ναι, σε μεγάλο ποσοστό
 β) ναι, σε μικρό ποσοστό δ) δεν ξέρω

24. Πώς νομίζετε ότι μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας:

- α) με υγιεινή διατροφή δ) με το τεστ Παπανικολάου
 β) με αποφυγή του καπνίσματος ε) με συχνές εξετάσεις από τον γυναικολόγο
 γ) με συντηρητικές σεξουαλικές σχέσεις ζ) με φάρμακα και βιταμίνες
 η) δεν ξέρω

25. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας θεραπεύεται:

- α) όχι γ) ναι, σε μεγάλο ποσοστό
 β) ναι, σε μικρό ποσοστό δ) δεν ξέρω

26. Πιστεύετε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μια πάθηση:

- α) πολύ συχνή γ) σπάνια
 β) συχνή δ) πολύ σπάνια

28. Γνωρίζετε τι είναι ο ιός των θηλωμάτων (HPV):

- α) ναι β) όχι

29. Εάν ναι, από πού ενημερωθήκατε για τον HPV:

- α) από την οικογένεια δ) από την τηλεόραση
 β) από φίλους-γνωστούς ε) από τον Τύπο
 γ) από τον γιατρό σας ζ) από το Internet
 η) άλλο

30. Πώς μεταδίδεται ο HPV:

- α) με τις τροφές ε) από την τουαλέτα
 β) με τον αέρα ζ) από τις πετσέτες
 γ) από τον ερωτικό σύντροφο η) υπάρχει στον οργανισμό
 δ) από τα ζώα θ) κληρονομικά
 ι) δεν ξέρω
 κ) άλλο

31. Πού οδηγεί μία μόλυνση από τον HPV:

- α) οδηγεί πάντα σε ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας γ) υποχωρεί αυτομάτως
 β) οδηγεί μερικές φορές σε ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δ) δεν ξέρω

32. Ξέρετε τι είναι το HPV-τεστ:

- α)ναι β) όχι

33. Έχετε κάνει ποτέ HPV-τεστ:

- α)ναι β) όχι

34. Έχετε κάποια γνωστή που έχει κάνει HPV-τεστ:

- α)ναι β) όχι

35. Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο εναντίον του HPV:

- α)ναι β) όχι

36. Από πού έχετε ενημερωθεί για το εμβόλιο εναντίον του HPV:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> α)από την οικογένεια | <input type="checkbox"/> γ) από τον γιατρό σας | <input type="checkbox"/> ε) από τον Τύπο |
| <input type="checkbox"/> β)από φίλους-γνωστούς | <input type="checkbox"/> δ) από την τηλεόραση | <input type="checkbox"/> ζ)από το Internet |

37.Θα δεχόσασταν να εμβολιαστείτε για να προφυλαχθείτε από την μόλυνση από HPV:

- α)ναι β) όχι

38. Αν όχι, είναι επειδή:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> α) δεν έχετε ενημερωθεί επαρκώς | <input type="checkbox"/> γ) δεν πιστεύετε ότι το εμβόλιο θα σας προφυλάξει από την μόλυνση από τον HPV |
| <input type="checkbox"/> β) φοβάστε τις παρενέργειες του εμβολίου | |

39.Θα δεχόσασταν να εμβολιαστείτε για να προφυλαχθείτε από τον καρκίνο του τραχήλου:

- α)ναι β) όχι

40.Αν όχι, είναι επειδή:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> α)δεν έχετε ενημερωθεί επαρκώς | <input type="checkbox"/> γ)δεν πιστεύετε ότι ο καρκίνος του τραχήλου οφείλεται στον HPV |
| <input type="checkbox"/> β)φοβάστε τις παρενέργειες του εμβολίου | <input type="checkbox"/> δ) δεν πιστεύετε ότι το εμβόλιο θα σας προφυλάξει από τον καρκίνο του τραχήλου |

41. Πιστεύετε ότι η συσχέτιση HPV-σεξουαλικών σχέσεων-καρκίνου τραχήλου μήτρας πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο ενημέρωσης όλων των νεαρών κοριτσιών και αγοριών στο σχολείο (γυμνάσιο και λύκειο):

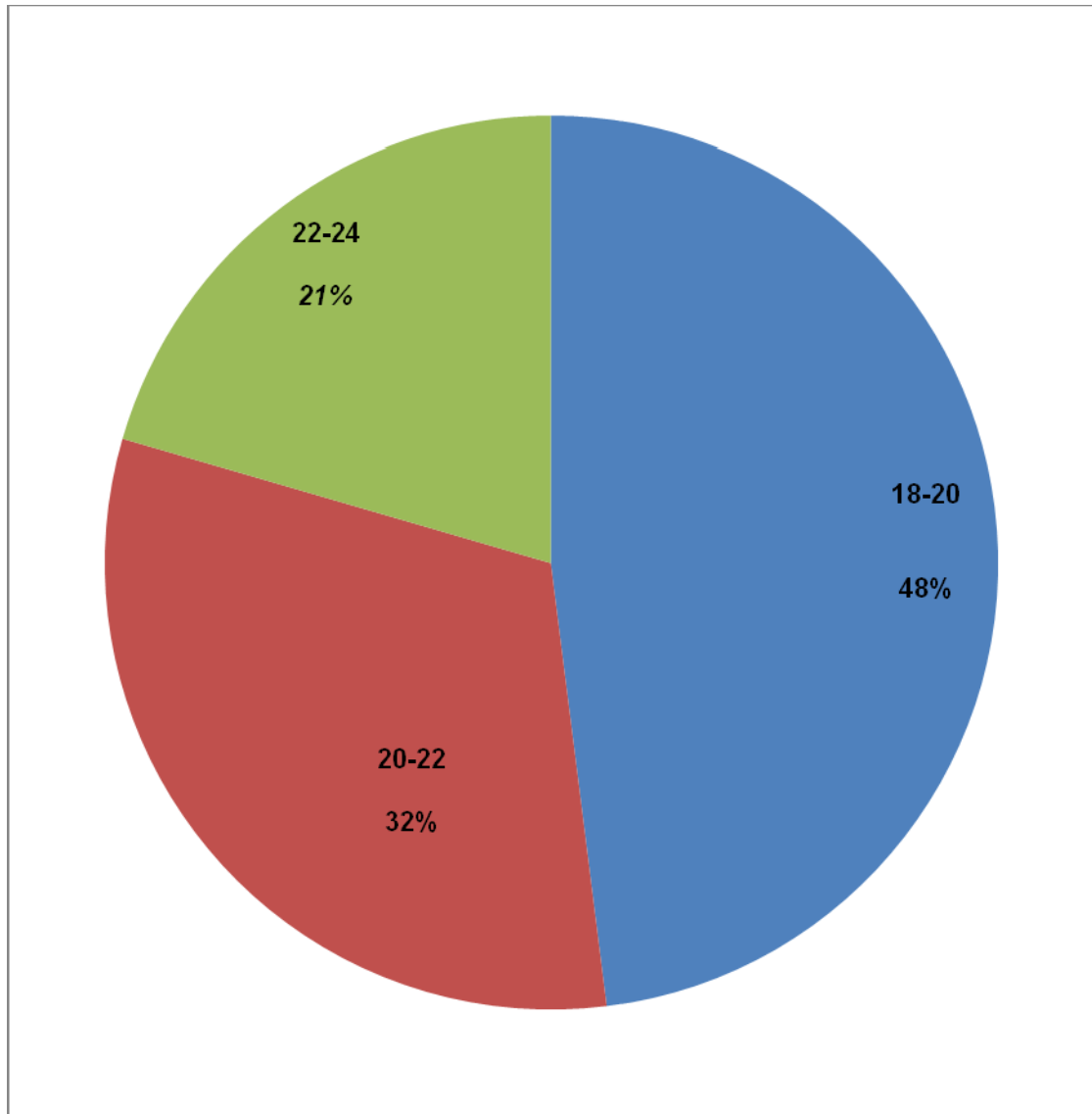
- α) ναι β) όχι γ) δεν ξέρω

42. Αν το εμβόλιο εναντίον του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν θα προσφέρεται δωρεάν από το κράτος ή τα ασφαλιστικά ταμεία, θα επιλέγατε να το προμηθευτείτε ιδιωτικά:

- α) ναι
- β) όχι
- γ) μόνο με ποσοστό συμμετοχής στο κόστος αγοράς

Μέσος όρος ηλικιών που απάντησαν:

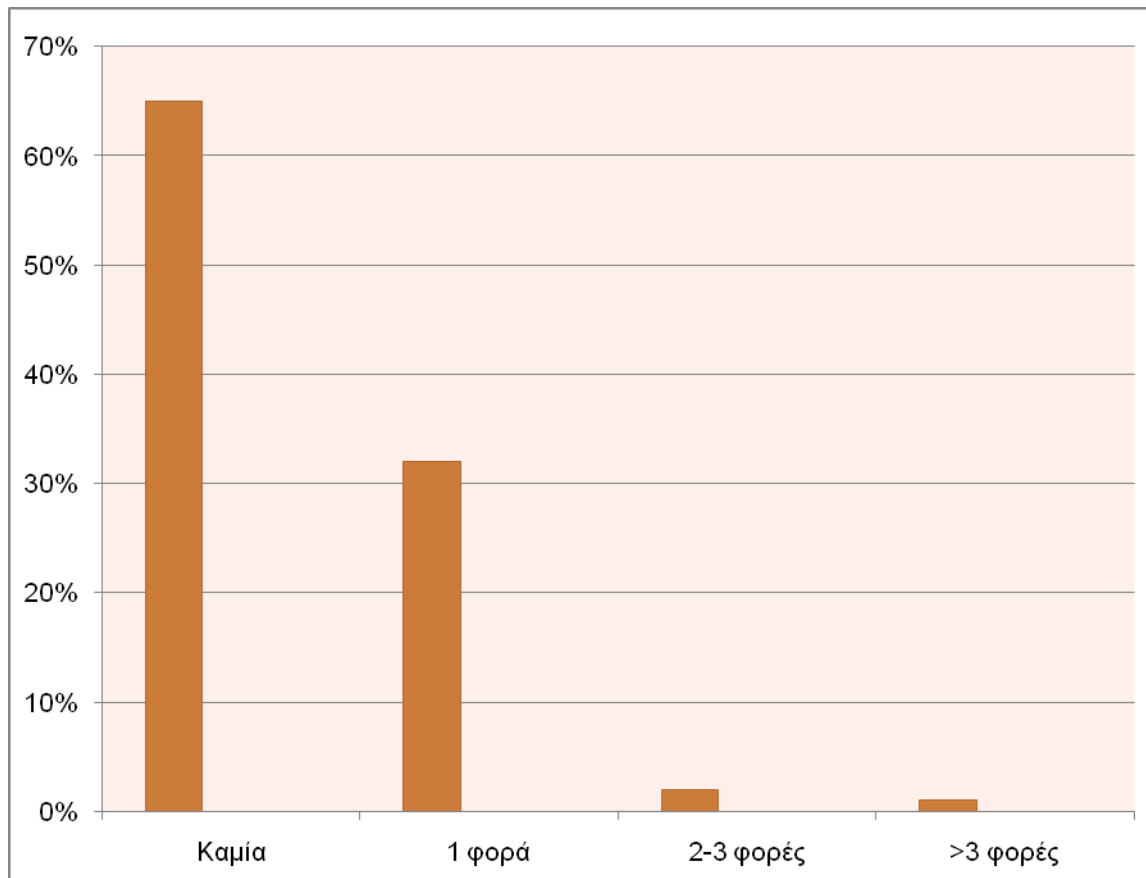
<u>Ηλικίες</u>	<u>Άτομα</u>	<u>Ποσοστό</u>
18-20	96	48%
20-22	63	31,5%
22-24	41	20,5%
Σύνολο	200	100%



Πόσες φορές το χρόνο πηγαίνετε σε γυναικολόγο ?

<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Καμία	130	65%
1 φορά	64	32%
2-3 φορές	4	2%
>3 φορές	2	1%

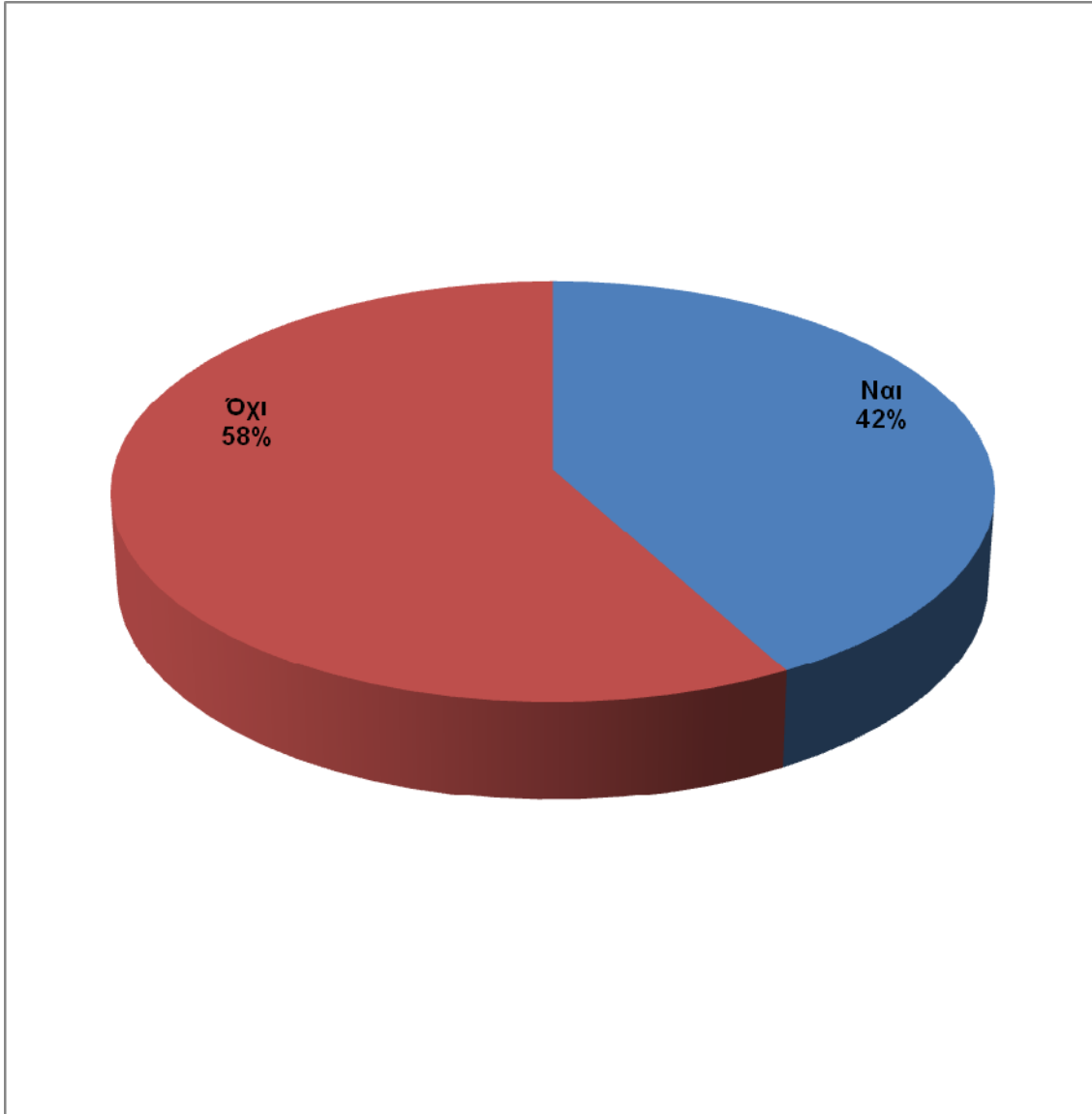
Σύνολο:	200	100%
----------------	------------	-------------



Πήρατε ποτέ αντισυλληπτικό χάπι;

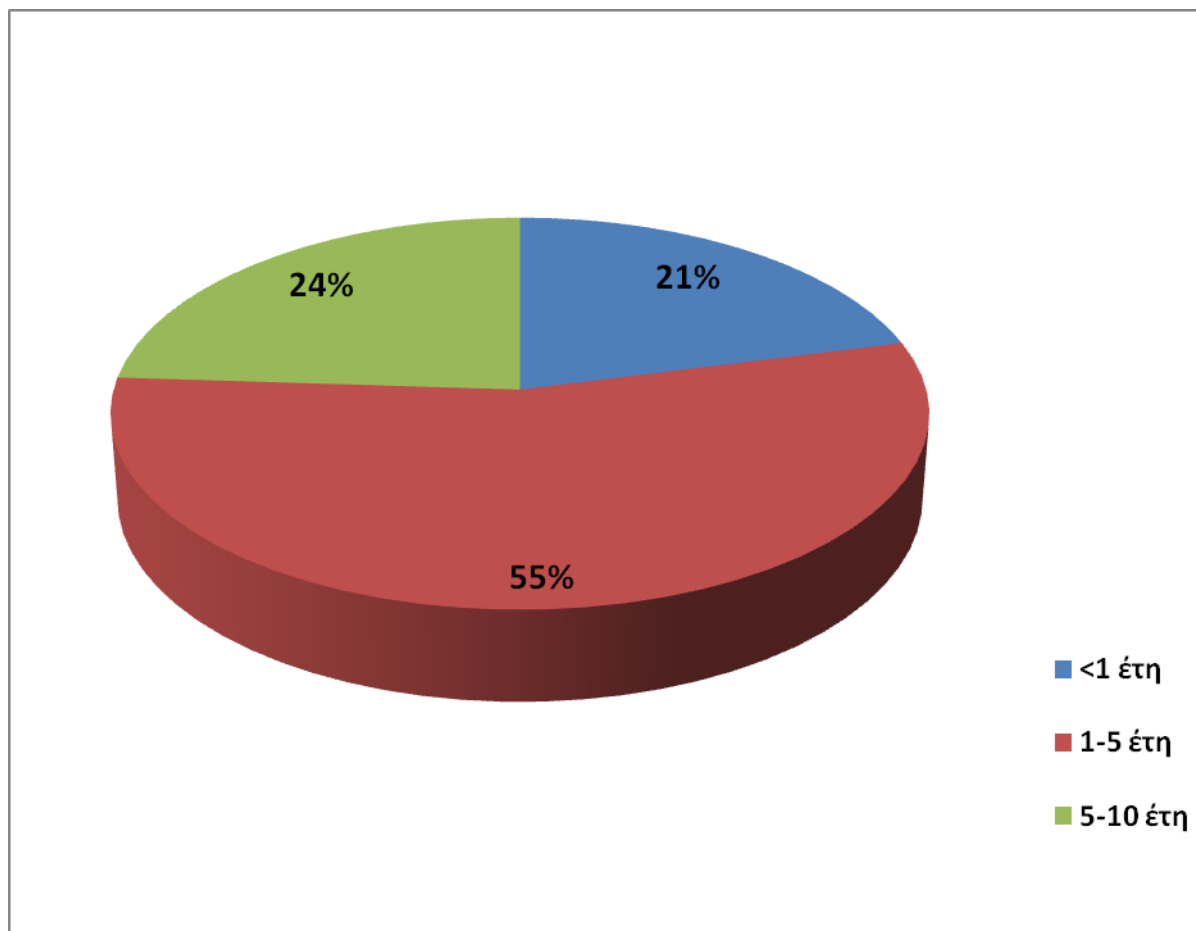
<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	84	42%
Όχι	116	58%

Σύνολο:	200	100%
----------------	------------	-------------



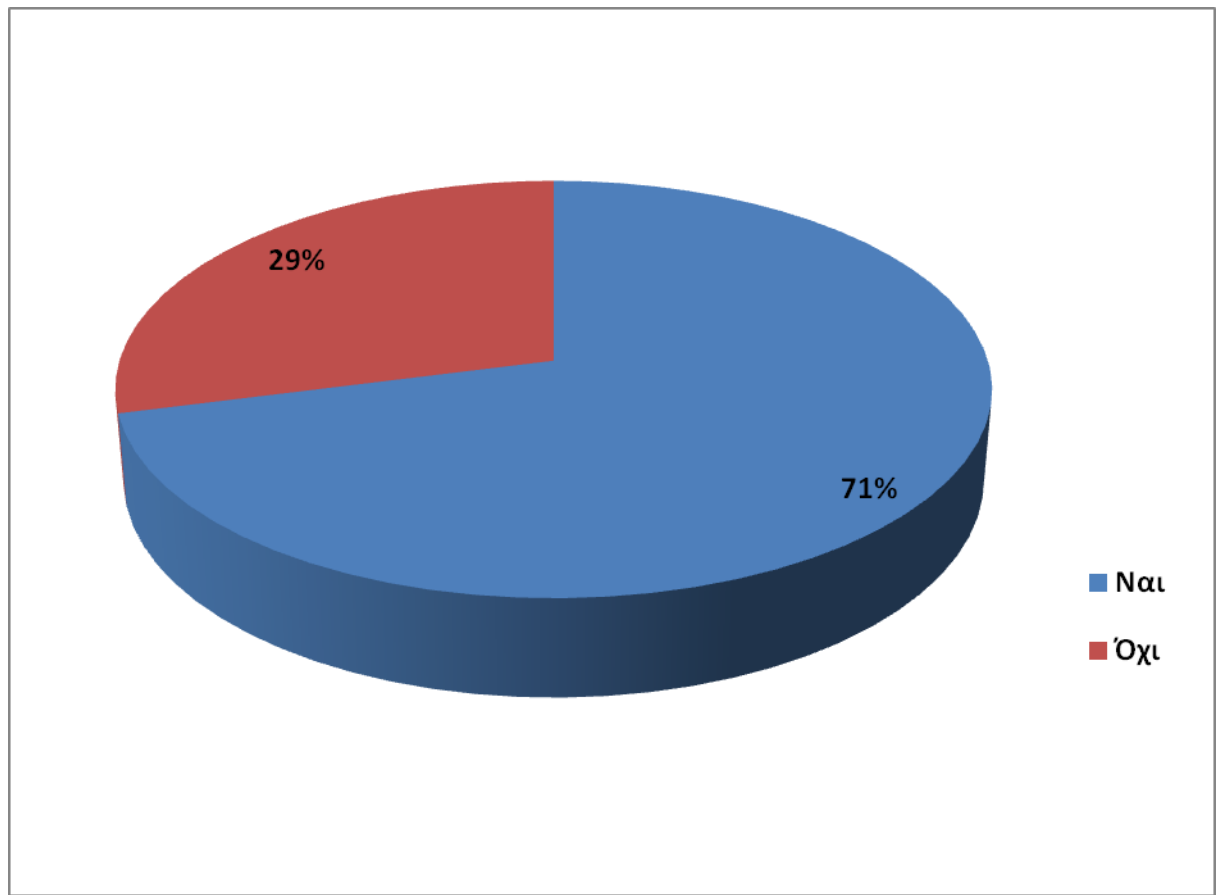
Αν ναι, επί πόσο χρονικό διάστημα(έτη):

<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
<1 έτη	18	21%
1-5 έτη	46	55%
5-10 έτη	20	24%
Σύνολο:	84	100%



Καπνίζετε ?

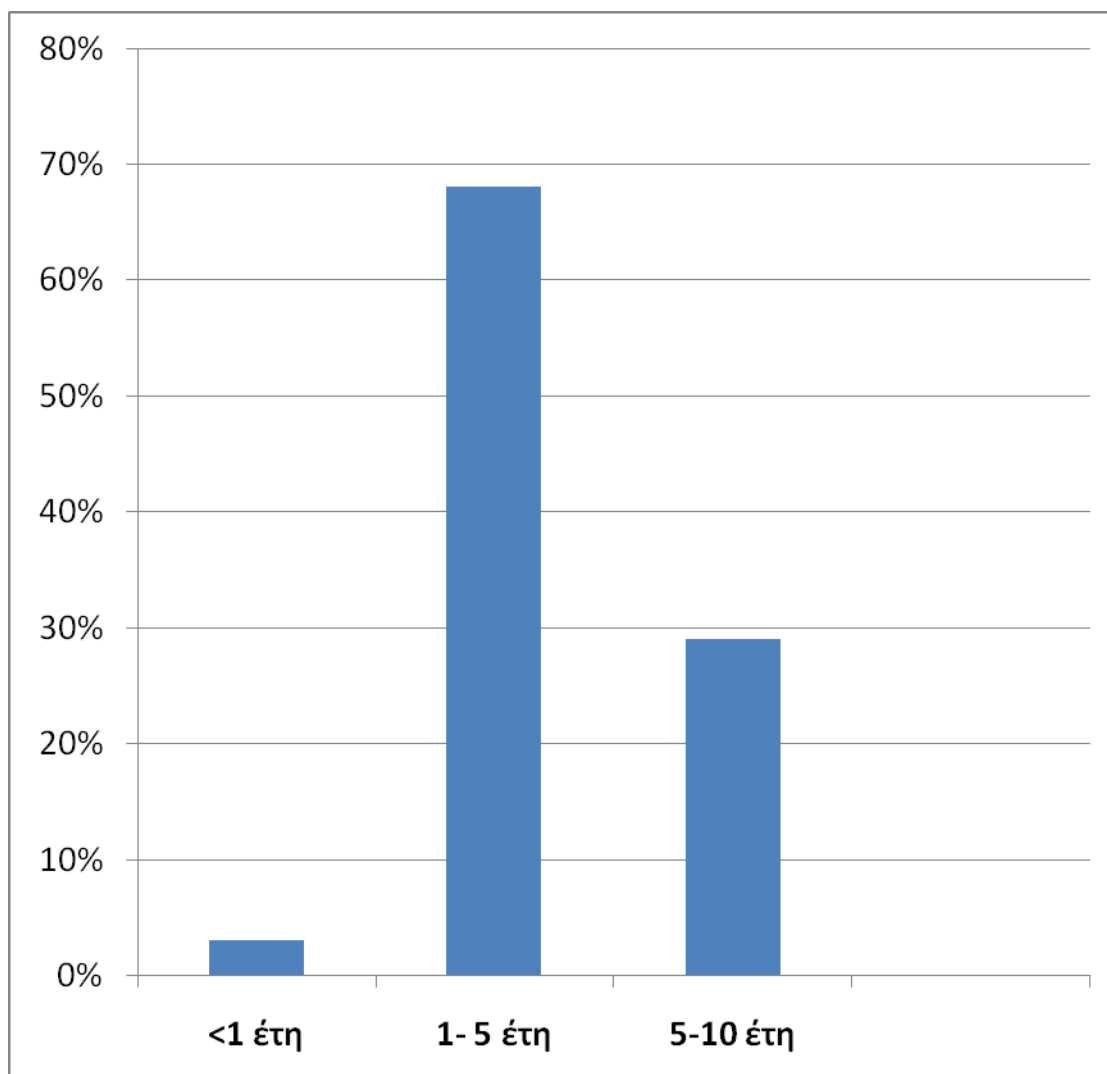
<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	143	71%
Όχι	57	29%
Σύνολο:	200	100%



Αν ναι, επί πόσο χρονικό διάστημα(έτη):

<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
<1 έτη	4	3%
1-5 έτη	98	68%

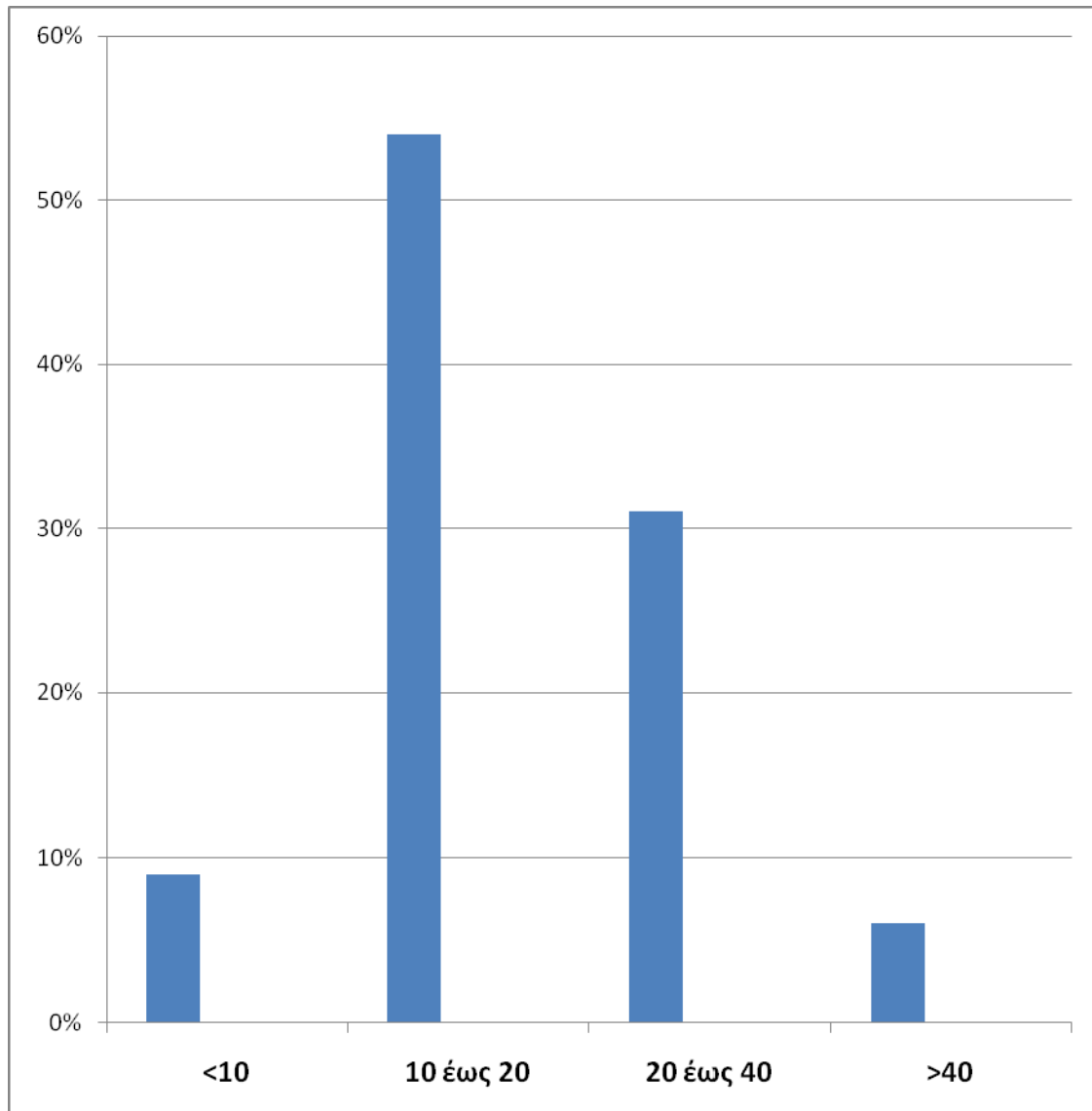
5-10 έτη	41	29%
Σύνολο:	143	100%



Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα:

<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
<10	14	9%
10-20	76	54%

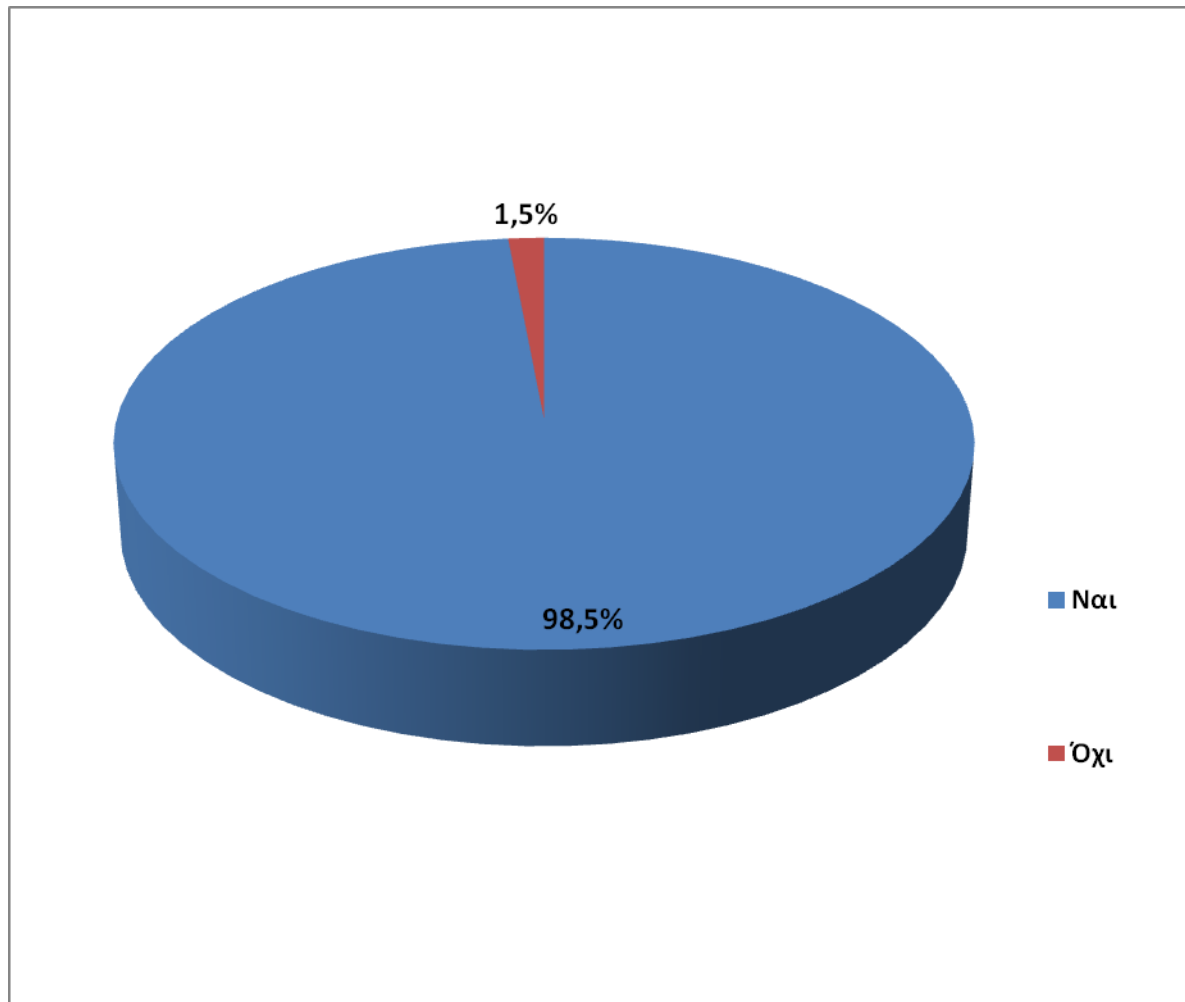
20-40	44	31%
>40	9	6%
Σύνολο:	143	100%



Ξέρετε τι είναι το τεστ Παπανικολάου?

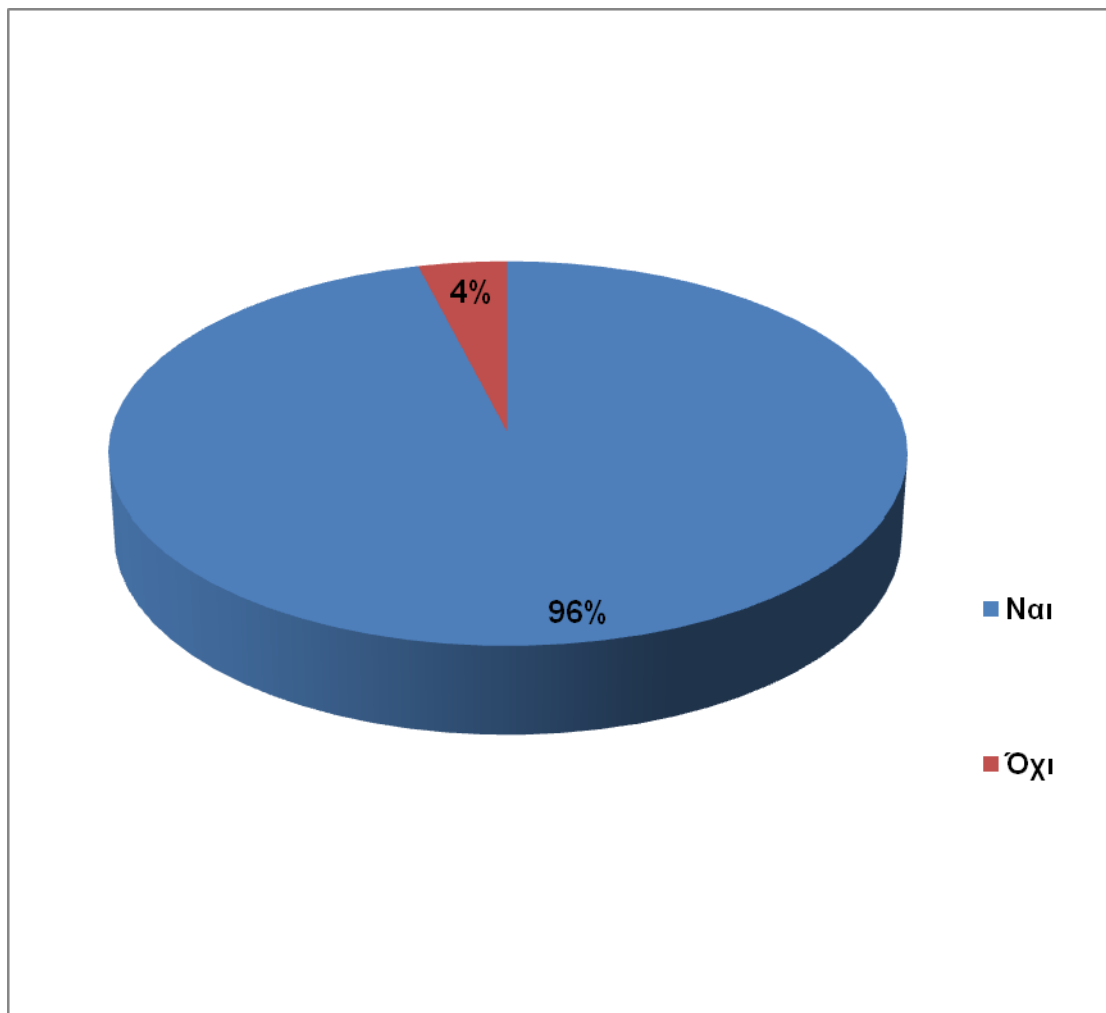
<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
-------------------	------------------	-------------------

	<u>απάντησαν</u>	
Ναι	197	98.5%
Όχι	3	1,5%
Σύνολο:	200	100%



Ξέρετε γιατί πρέπει να κάνει η γυναίκα τεστ Παπανικολάου?

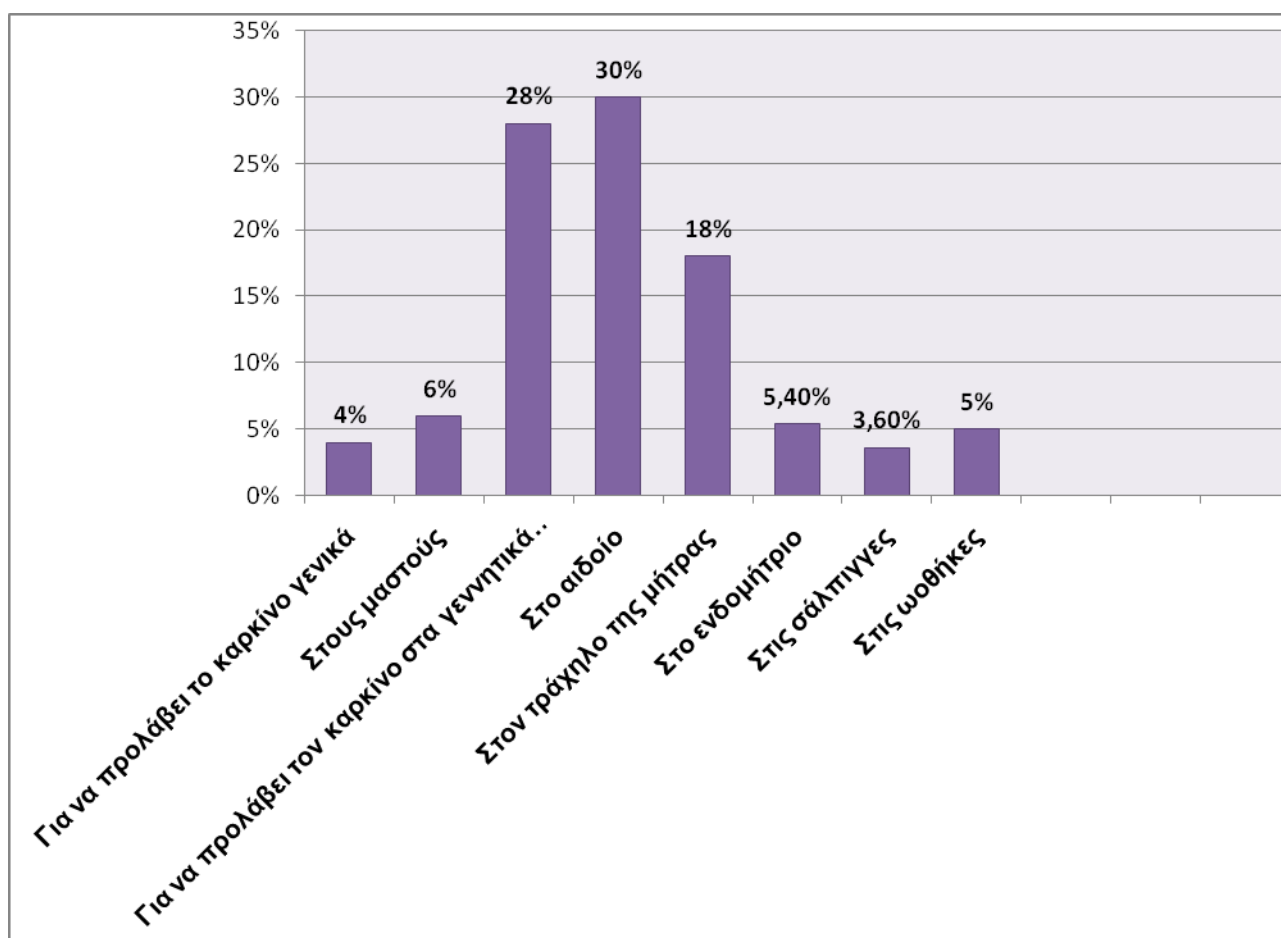
<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	192	96%
Όχι	8	4%
Σύνολο:	200	100%



Αν ναι, γιατί:

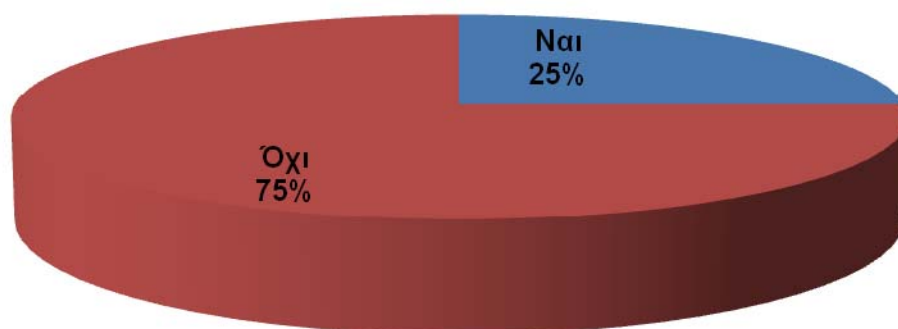
	<u>Άτομα που</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
--	------------------	-------------------

	<u>απάντησαν</u>	
Για να προλάβει το καρκίνο γενικά	8	4%
Στους μαστούς	7	3,6%
Για να προλάβει τον καρκίνο στα γεννητικά όργανα	54	28%
Στο αιδοίο	58	30%
Στον τράχηλο της μήτρας	32	18%
Στο ενδομήτριο	11	5,4%
Στις σάλπιγγες	12	6%
Στις ωοθήκες	10	5%
Σύνολο:	192	100%



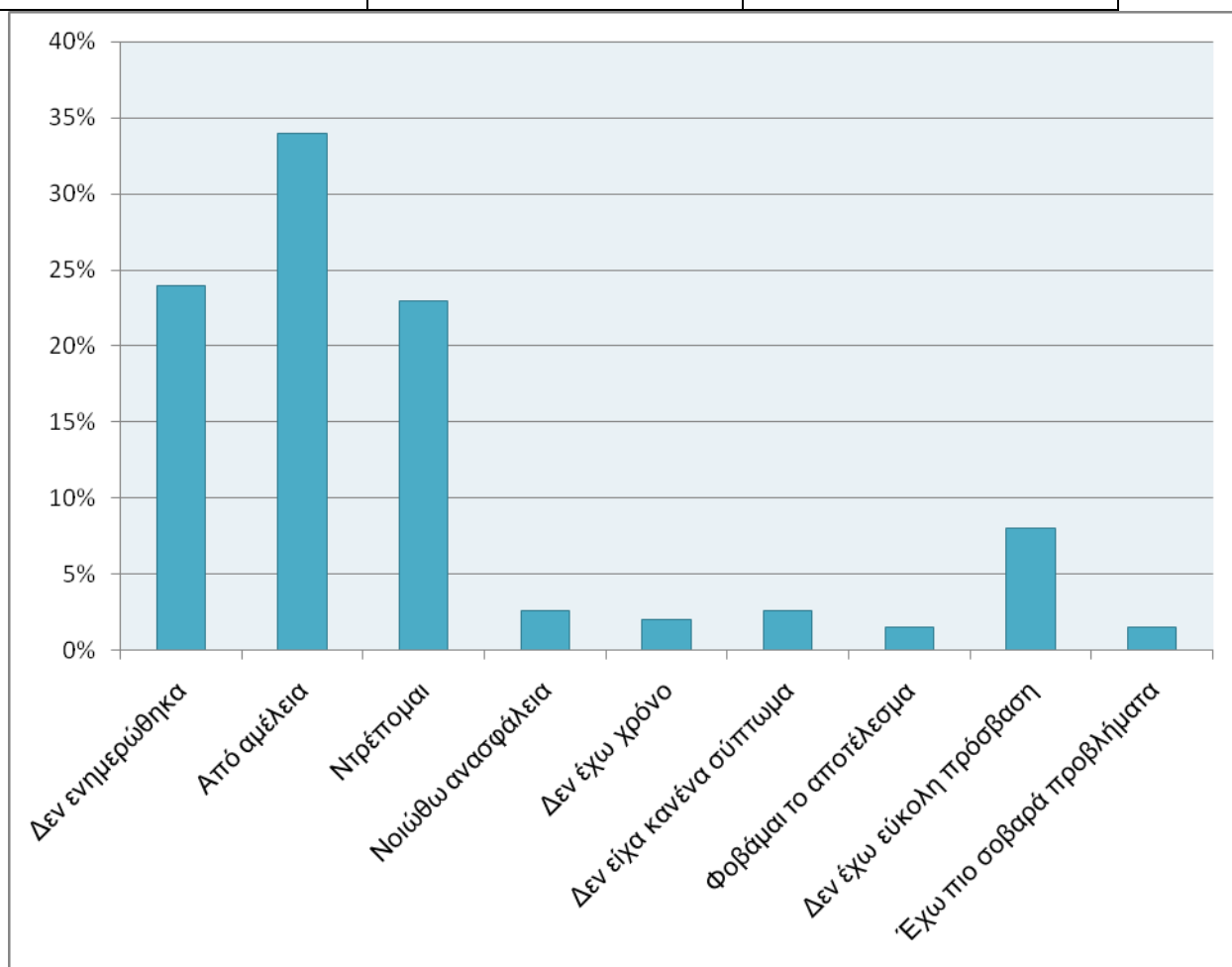
Έχετε κάνει εσείς τεστ Παπανικολάου?

<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	51	25%
Όχι	149	75%
Σύνολο:	200	100%



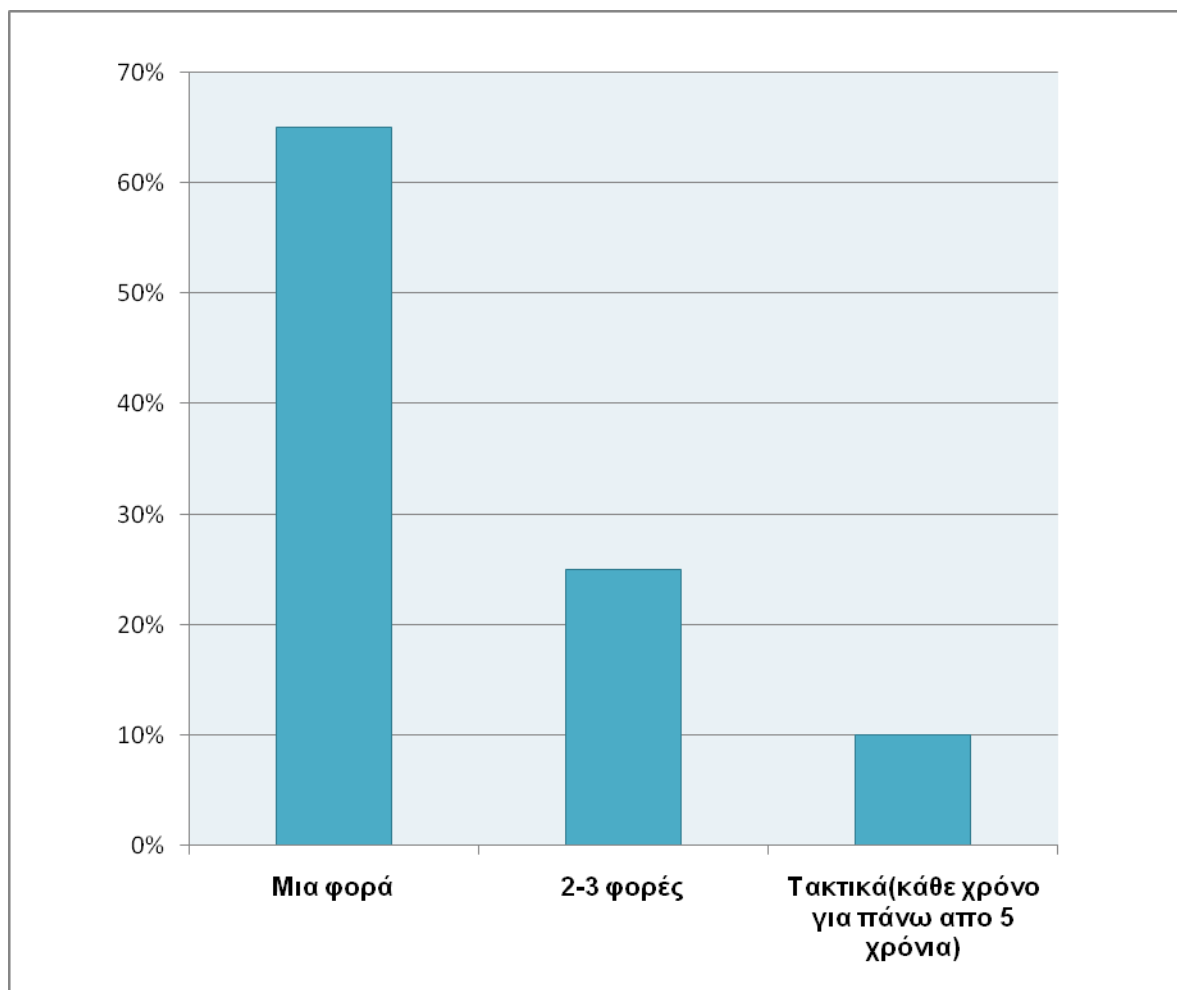
Αν όχι, γιατί?

	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Δεν ενημερώθηκα	36	24%
Από αμέλεια	51	34%
Ντρέπομαι	35	23%
Νοιώθω ανασφάλεια	5	2,6%
Δεν έχω χρόνο	3	2%
Δεν είχα κανένα σύμπτωμα	4	3,4%
Φοβάμαι το αποτέλεσμα	2	1,5%
Δεν έχω εύκολη πρόσβαση	11	8%
Έχω πιο σοβαρά προβλήματα	2	1,5
Σύνολο:	149	100%



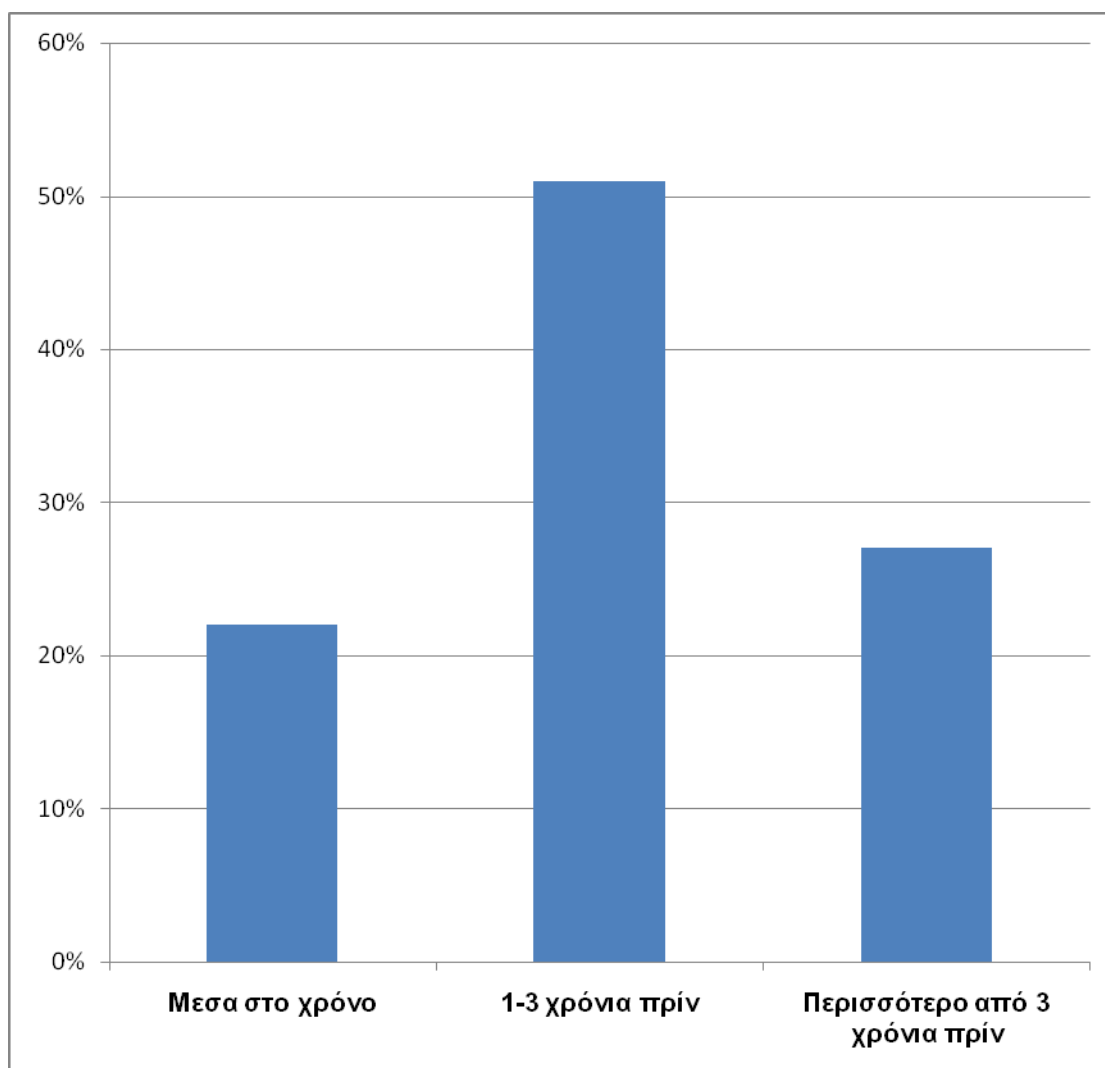
Αν ναι πόσες φορές?

<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Μια φορά	33	65%
2-3 φορές	13	25%
Τακτικά(κάθε χρόνο για πάνω από 5 χρόνια)	5	10%
Σύνολο:	51	100%



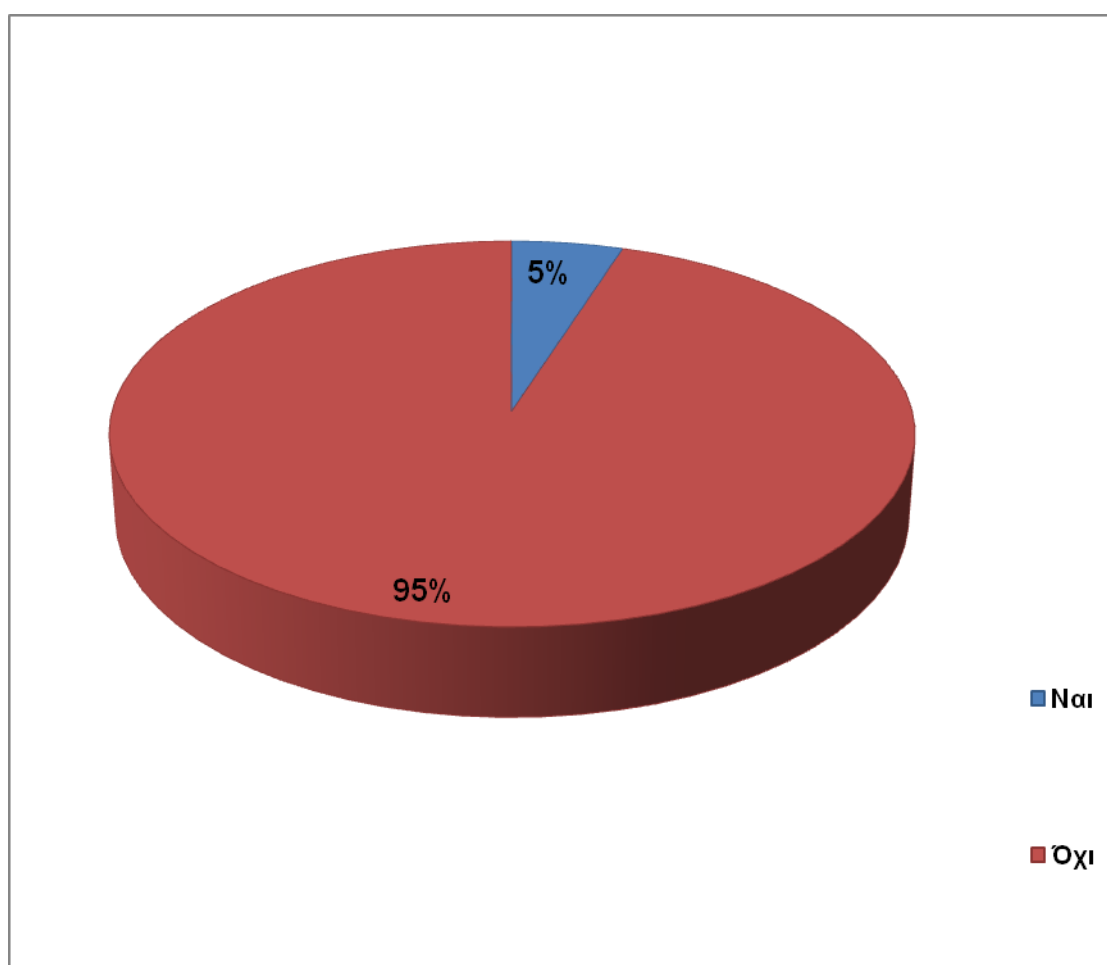
Η τελευταία φορά ήταν :

<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Μέσα στο χρόνο	11	22%
1-3 χρόνια πριν	26	51%
Περισσότερο από 3 χρόνια πριν	14	27%
Σύνολο:	51	100%



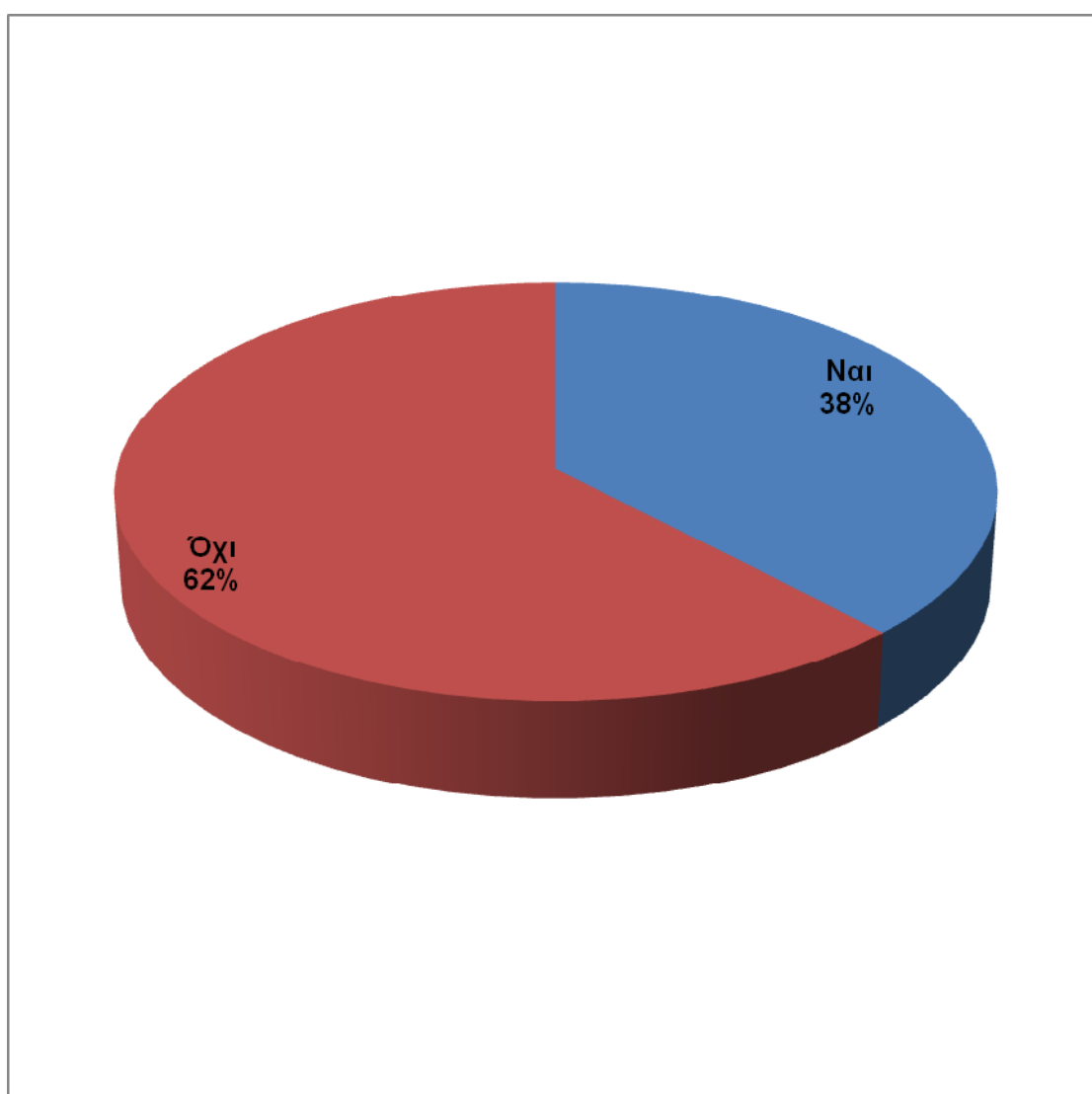
Έχετε (ή είχατε ποτέ) παθολογικό τεστ Παπανικολάου?

<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	3	5%
Όχι	48	95%
Σύνολο:	51	100%



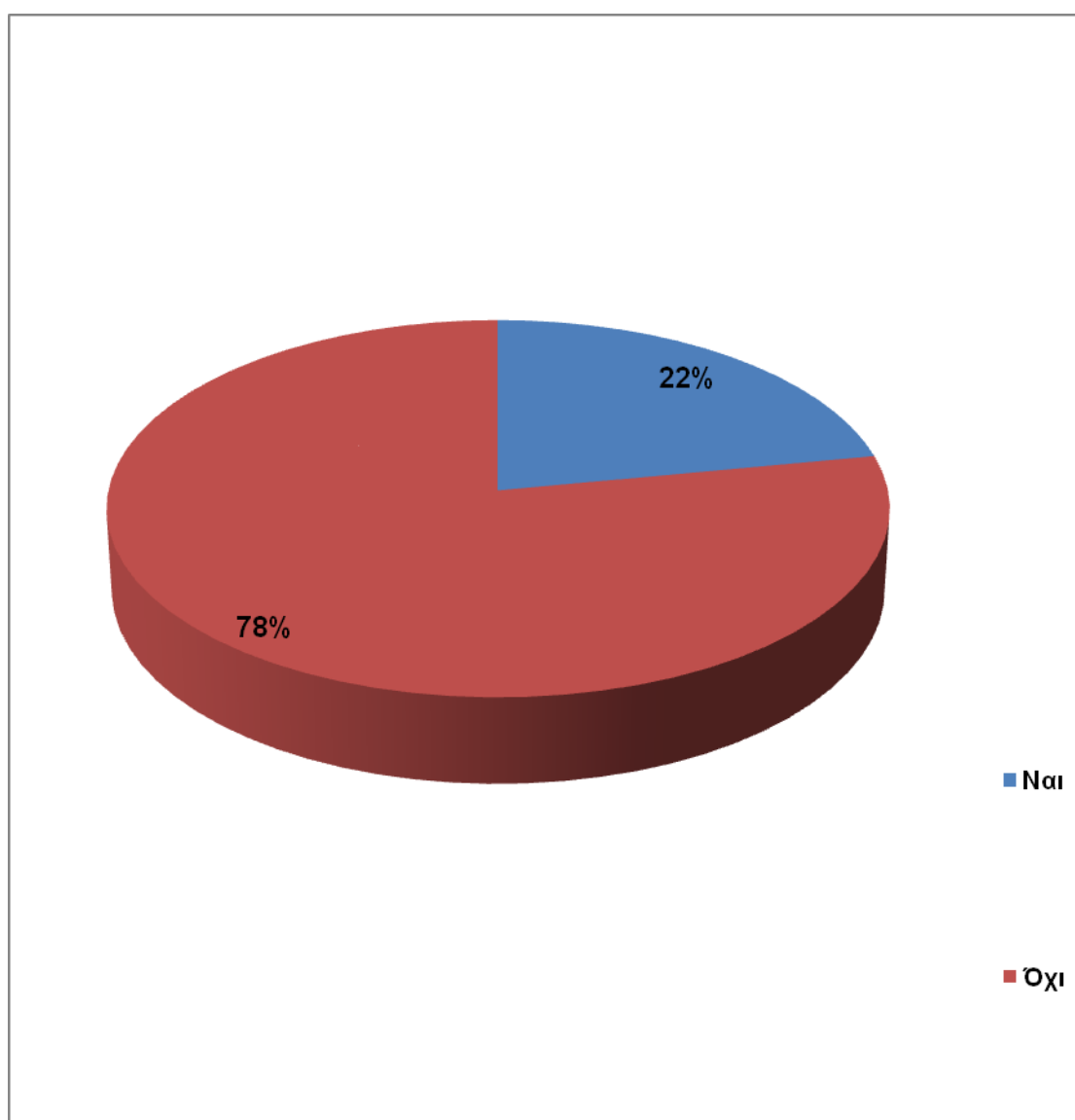
Είχε ποτέ κάποια γνωστή σας παθολογικό τεστ Παπανικολάου?

<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	76	38%
Όχι	124	62 %
Σύνολο:	200	100%



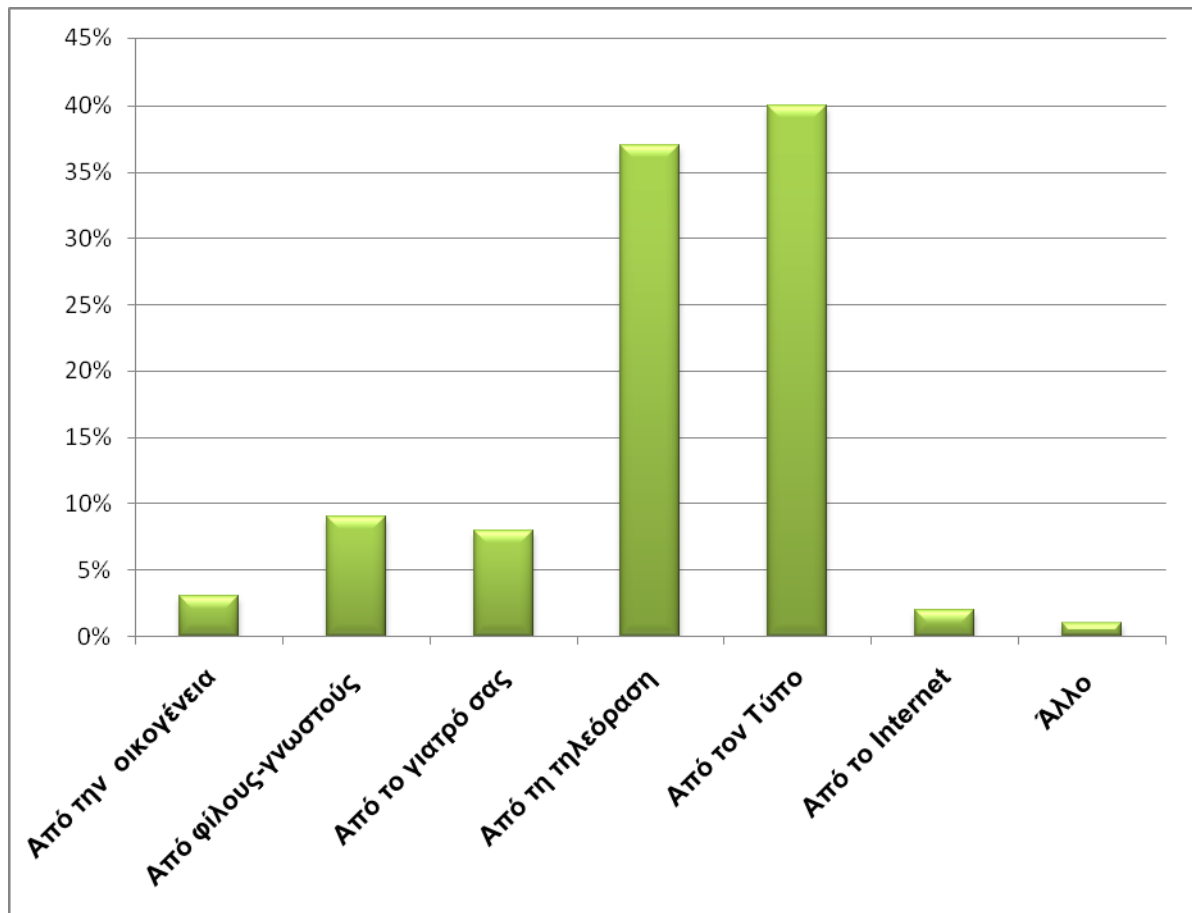
Είχε ποτέ κάποια γνωστή σας καρκίνο του τραχήλου της μήτρας?

<u>Απαντήσεις</u>	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	44	22%
Όχι	156	78%
Σύνολο:	200	100%



Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας?

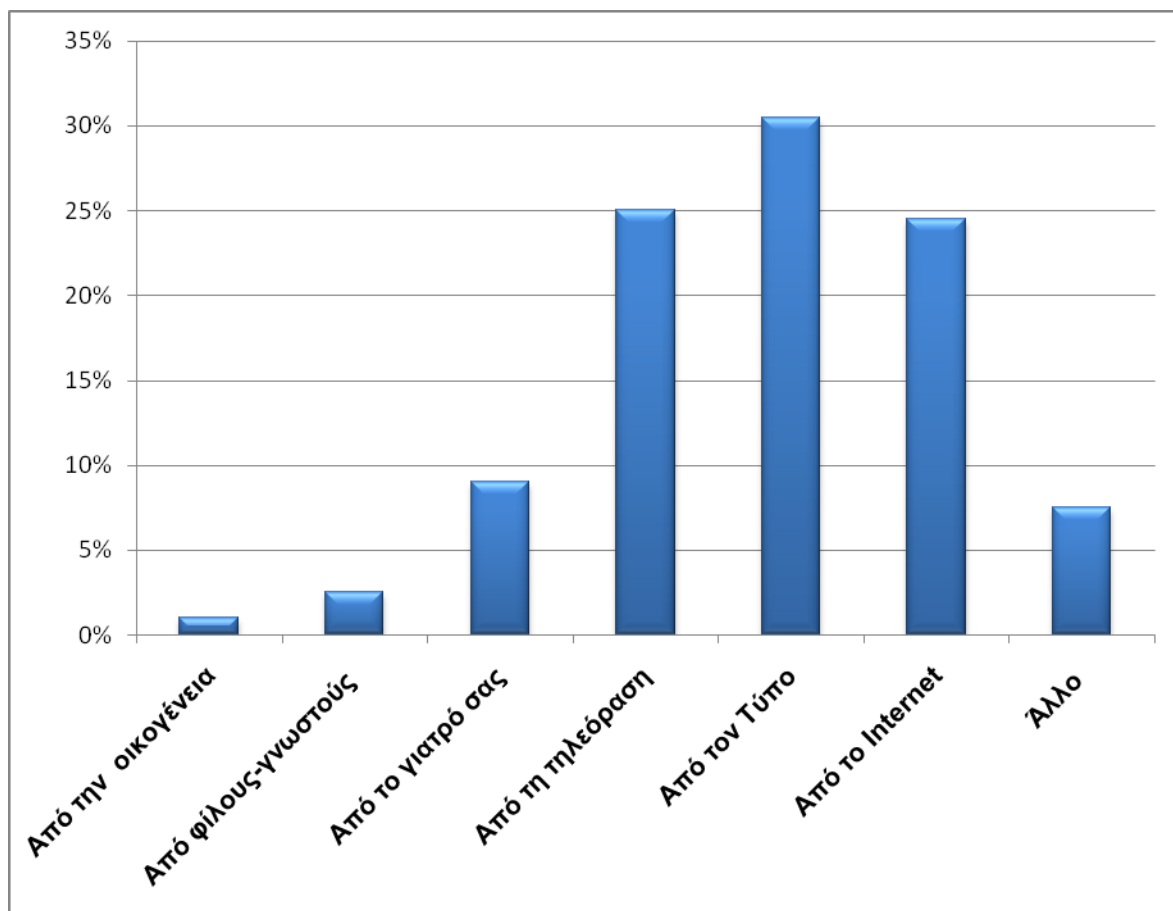
	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Από την οικογένεια	6	3%
Από φίλους-γνωστούς	18	9%
Από το γιατρό σας	16	8%
Από τη τηλεόραση	73	37%
Από τον Τύπο	81	40%
Από το Internet	4	2%
Άλλο	2	1%
Σύνολο:	200	100%



Από που έχετε ενημερωθεί σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας?

	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Από την οικογένεια	2	1%
Από φίλους-γνωστούς	5	2,5%
Από το γιατρό σας	18	9%
Από τη τηλεόραση	50	25%
Από τον Τύπο	61	30,5%
Από το Internet	49	24,5%
Άλλο	15	7,5%

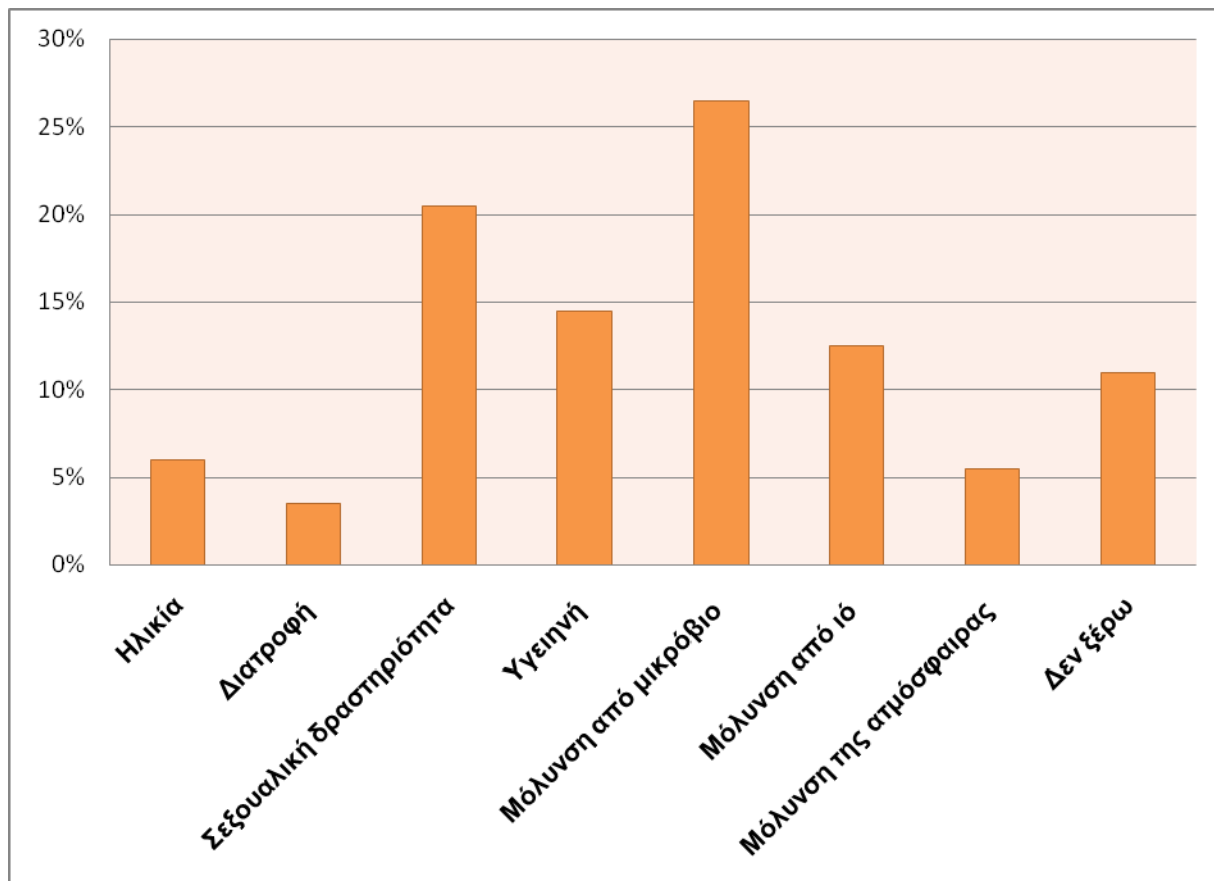
Σύνολο:	200	100%
----------------	------------	-------------



Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συνδέεται αιτιολογικά κυρίως με την:

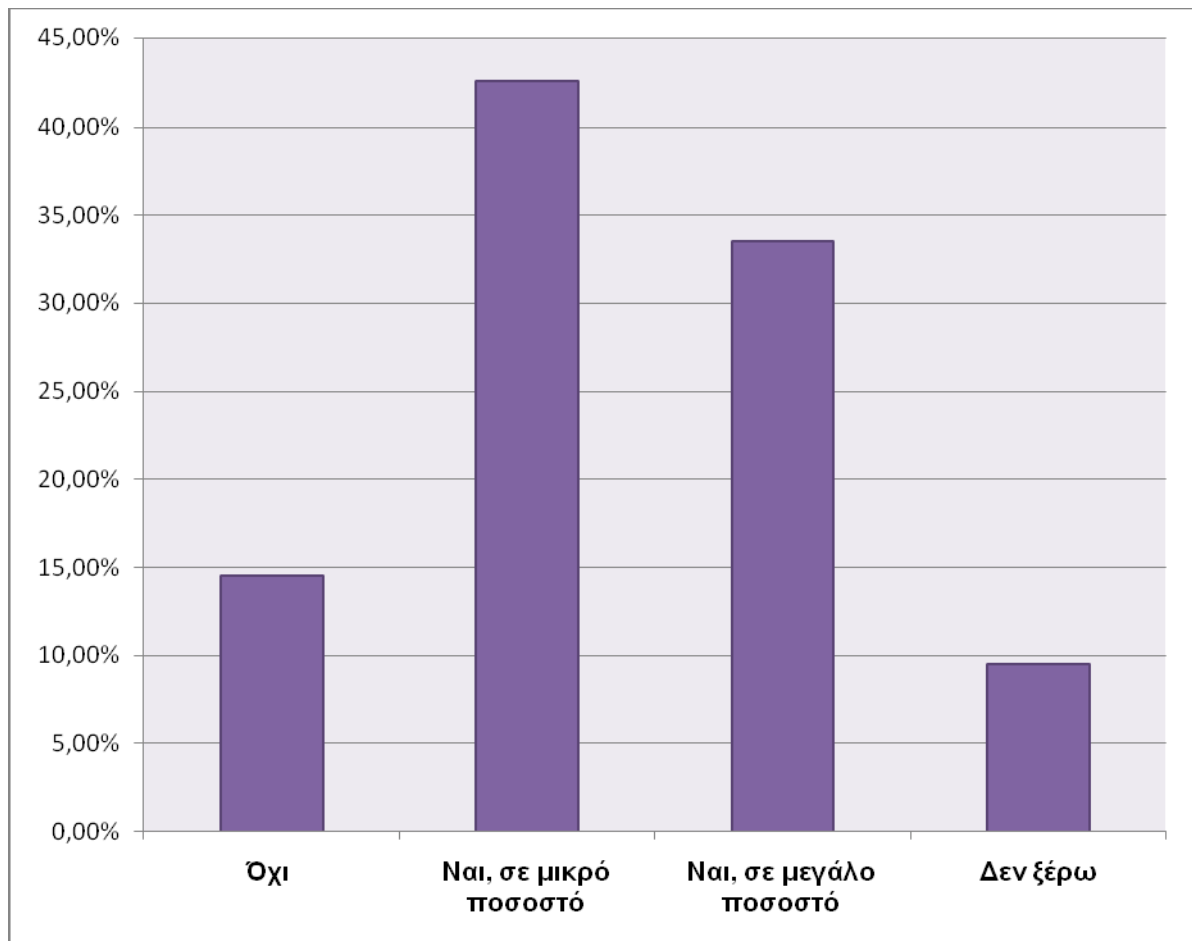
	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ηλικία	12	6%
Διατροφή	7	3,5%
Σεξουαλική δραστηριότητα	41	20,5%
Υγιεινή	29	14,5%
Μόλυνση από μικρόβιο	53	26,5%
Μόλυνση από ιό	25	12,5%
Μόλυνση της	11	5,5%

ατμόσφαιρας		
Δεν ξέρω	22	11%
Σύνολο:	200	100%



Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί:

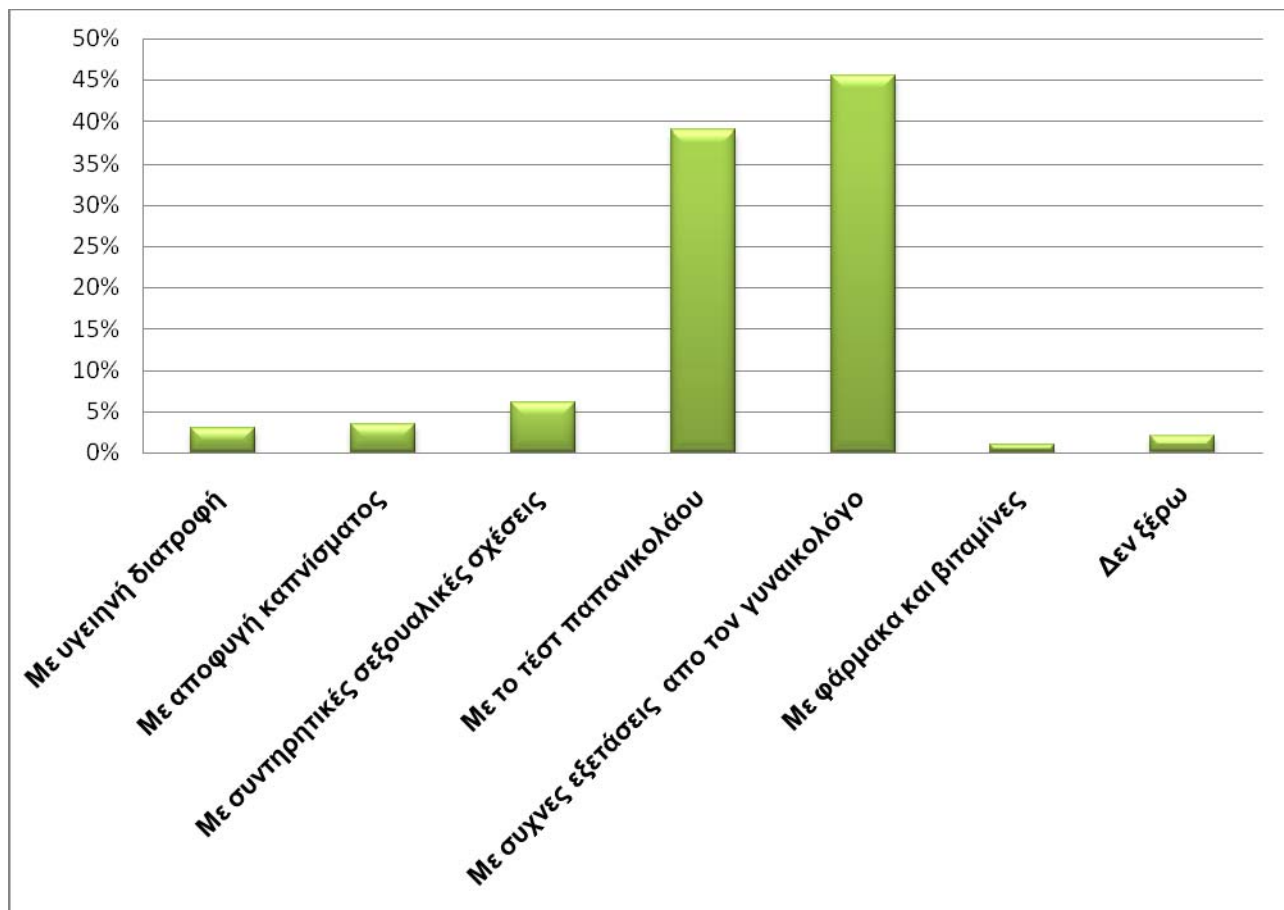
	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Όχι	29	14,5%
Ναι, σε μικρό ποσοστό	85	42,5%
Ναι, σε μεγάλο ποσοστό	67	33,5%
Δεν ξέρω	19	9,5%
Σύνολο	200	100%



Πως νομίζεται ότι μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας?

	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Με υγιεινή διατροφή	6	3%
Με αποφυγή καπνίσματος	7	3,5%
Με συντηρητικές σεξουαλικές σχέσεις	12	6%
Με το τεστ Παπανικολάου	78	39%
Με συχνές εξετάσεις	91	45,5%

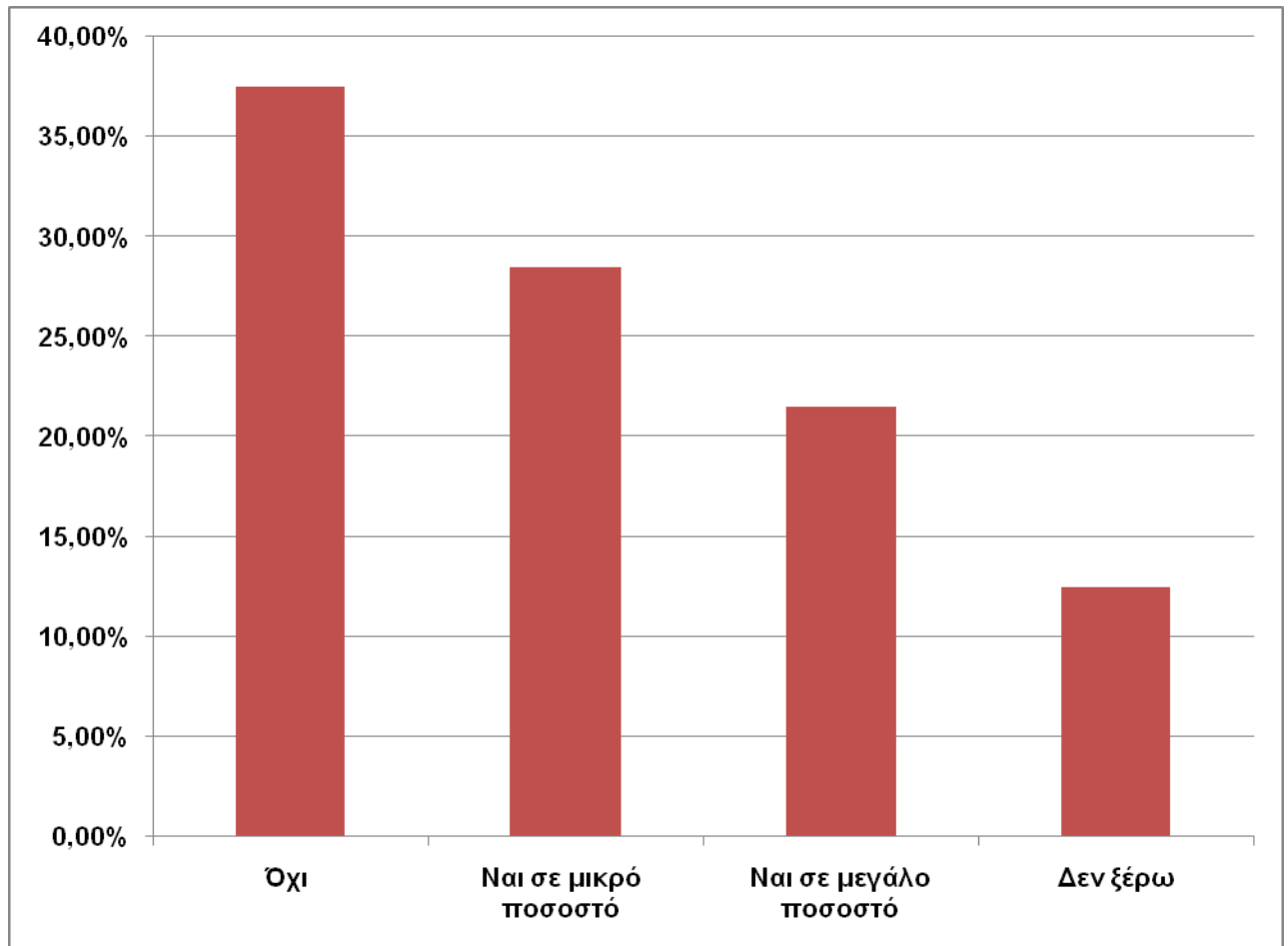
από τον γυναικολόγο		
Με φάρμακα και βιταμίνες	2	1%
Δεν ξέρω	4	2%
Σύνολο:	200	100%



Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας θεραπεύεται?

	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Όχι	75	37,5%
Ναι σε μικρό ποσοστό	57	28,5%
Ναι σε μεγάλο ποσοστό	43	21,5%
Δεν ξέρω	25	12,5%

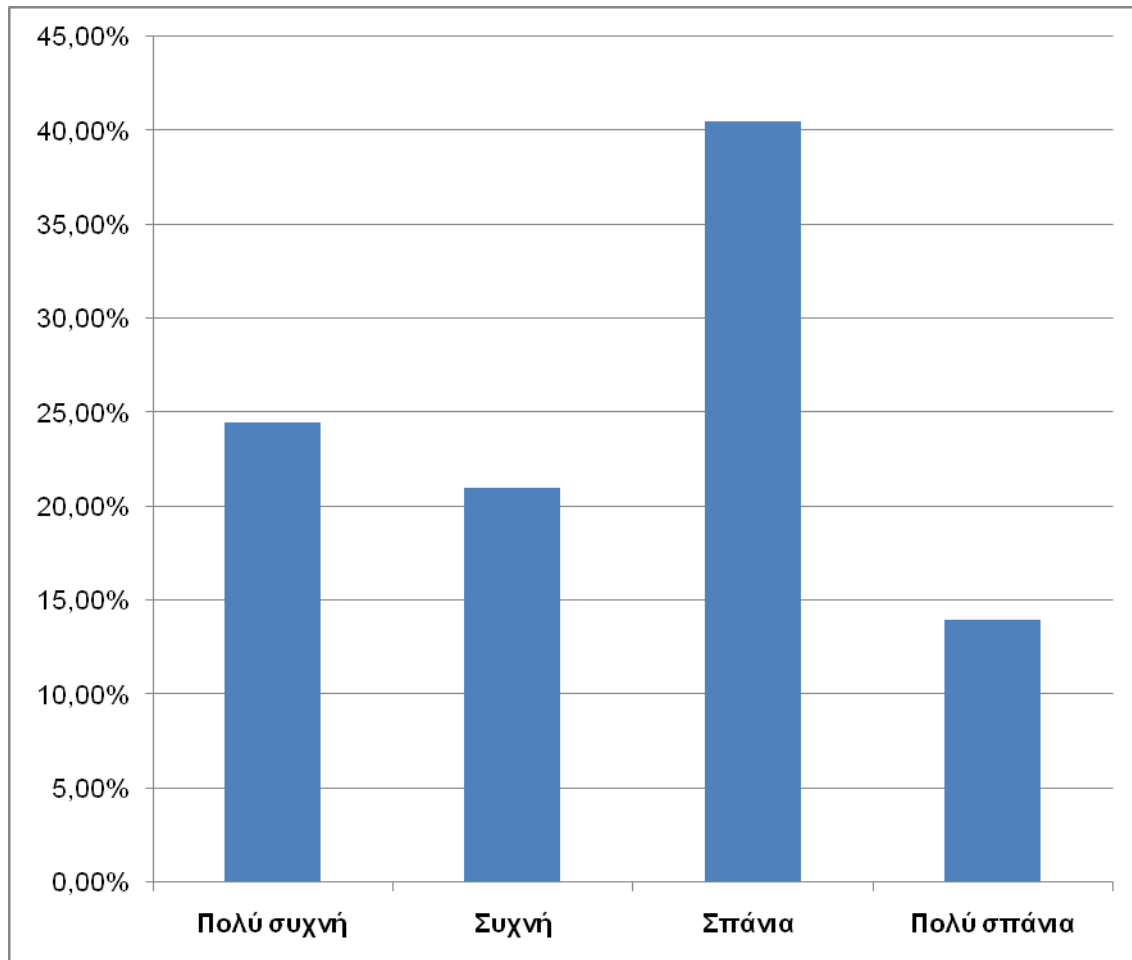
Σύνολο	200	100%
---------------	------------	-------------



Πιστεύετε ότι ο καρκίνος της μήτρας είναι μια πάθηση:

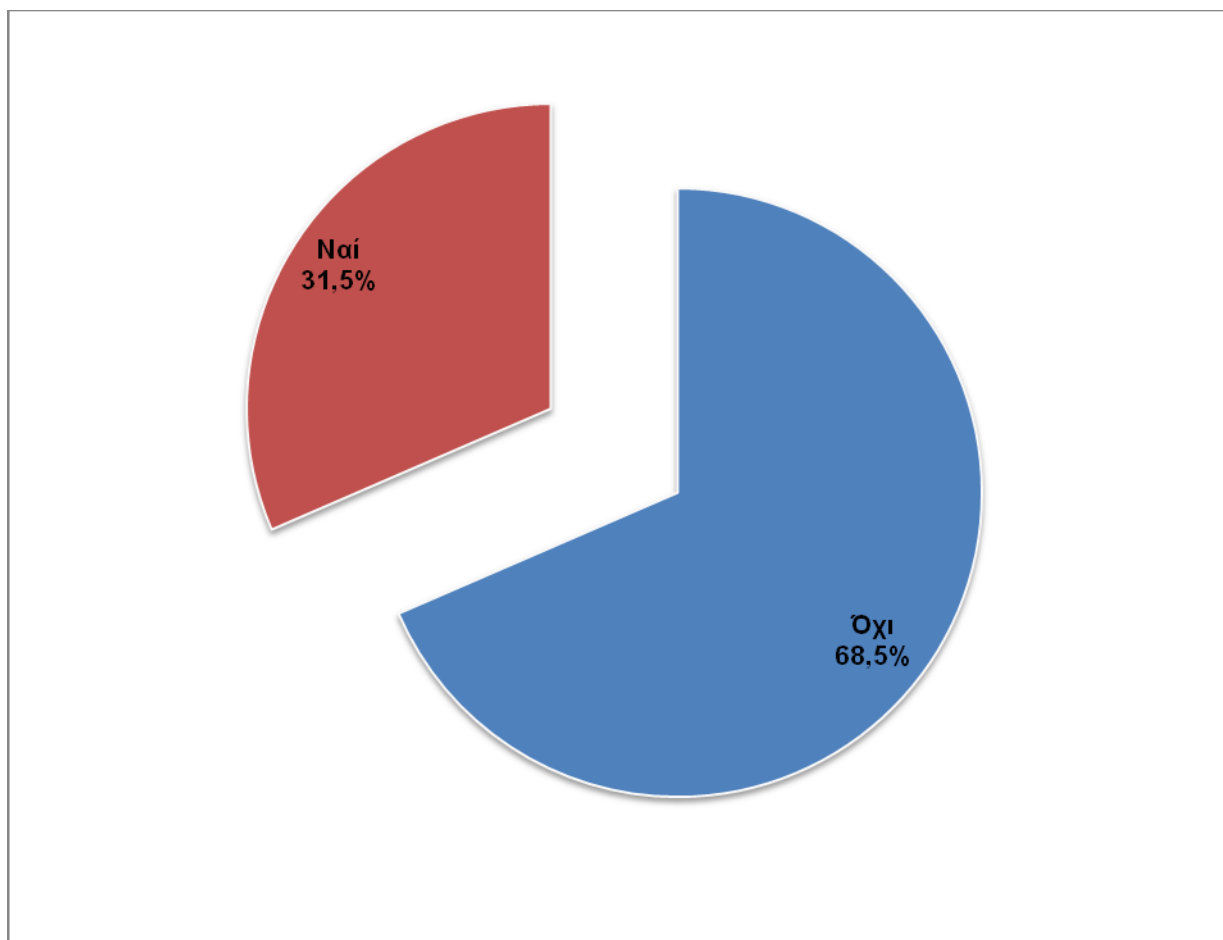
	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Πολύ συχνή	49	24,5%
Συχνή	42	21%
Σπάνια	81	40,5%
Πολύ σπάνια	28	14%

Σύνολο:	200	100%
----------------	------------	-------------



Γνωρίζεται τι είναι ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV):

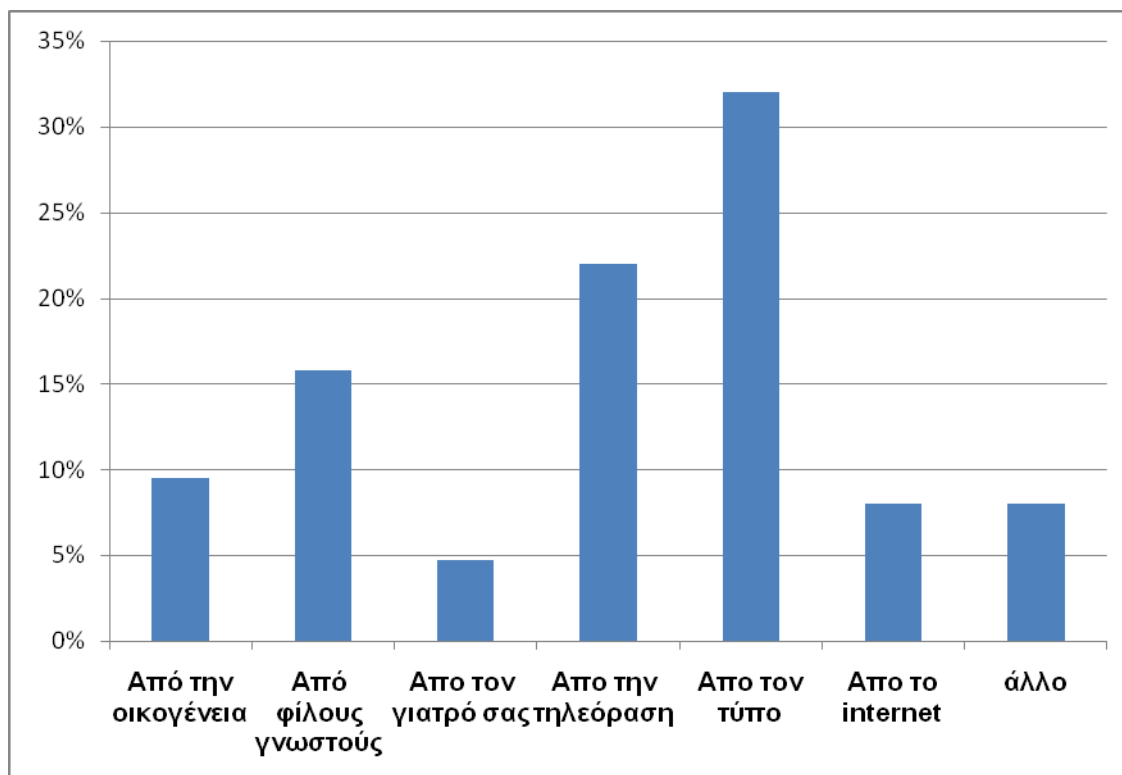
	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	63	31,5%
Όχι	137	68,5%
Σύνολο:	200	100%



Εάν ναι, από πού ενημερωθήκατε για τον (HPV):

	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Από την οικογένεια	6	9,5%
Από φίλους γνωστούς	10	15,8%
Από τον γιατρό	3	4,7%

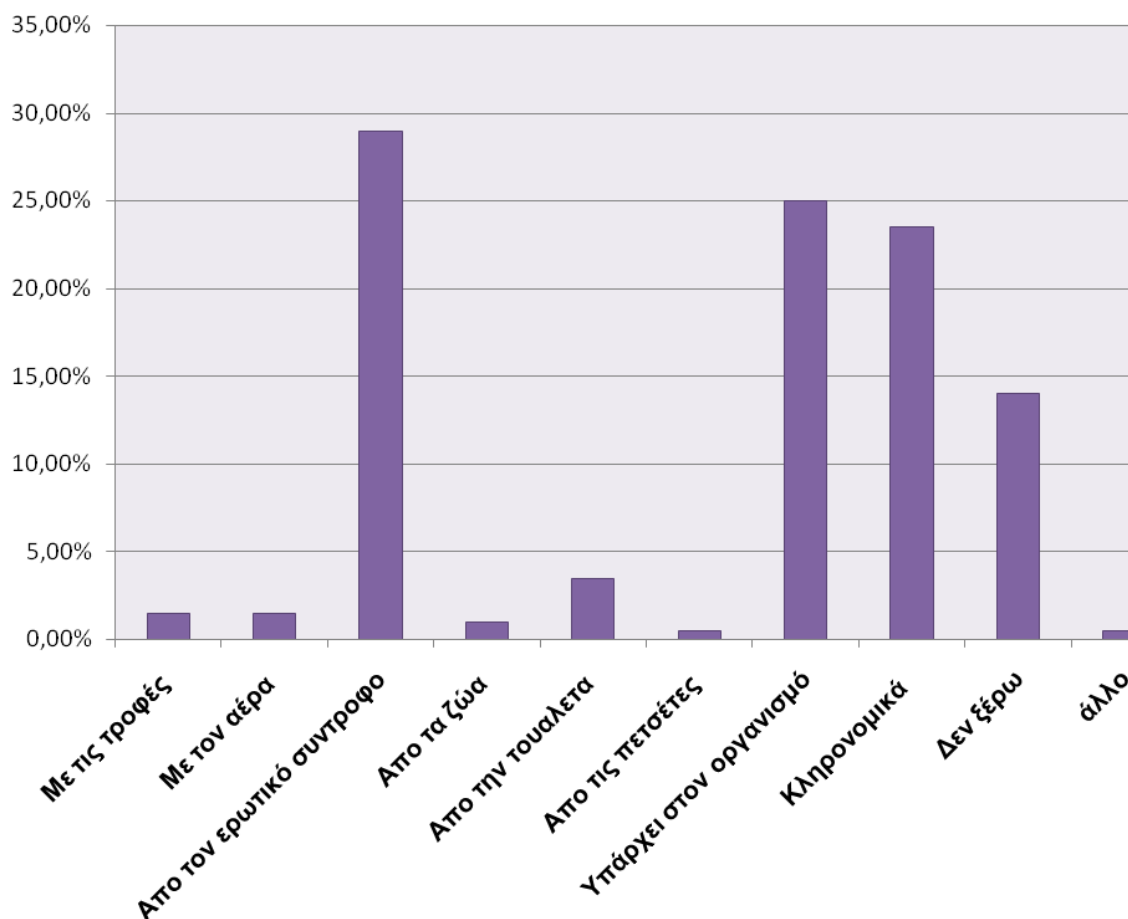
σας		
Από την τηλεόραση	14	22%
Από τον τύπο	20	32%
Από το internet	5	8%
άλλο	5	8%
Σύνολο:	63	100%



Πως μεταδίδεται ο HPV?

	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Με τις τροφές	3	1,5%
Με τον αέρα	3	1,5%
Από τον ερωτικό σύντροφο	58	29%
Από τα ζώα	2	1%

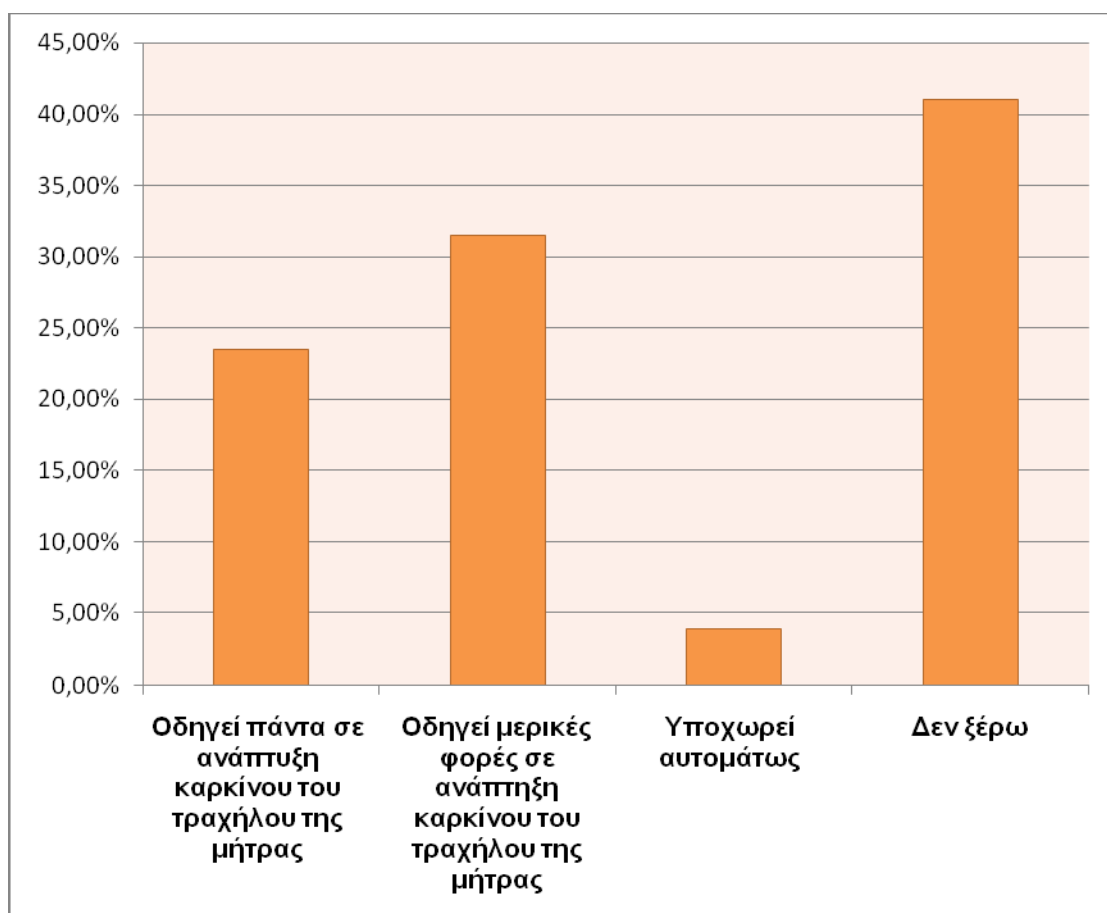
Από την τουαλέτα	7	3,5%
Από τις πετσέτες	1	0,5%
Υπάρχει στον οργανισμό	50	25%
Κληρονομικά	47	23,5%
Δεν ξέρω	28	14%
άλλο	1	0,5%
Σύνολο:	200	100%



Που οδηγεί μια μόλυνση από τον HPV?

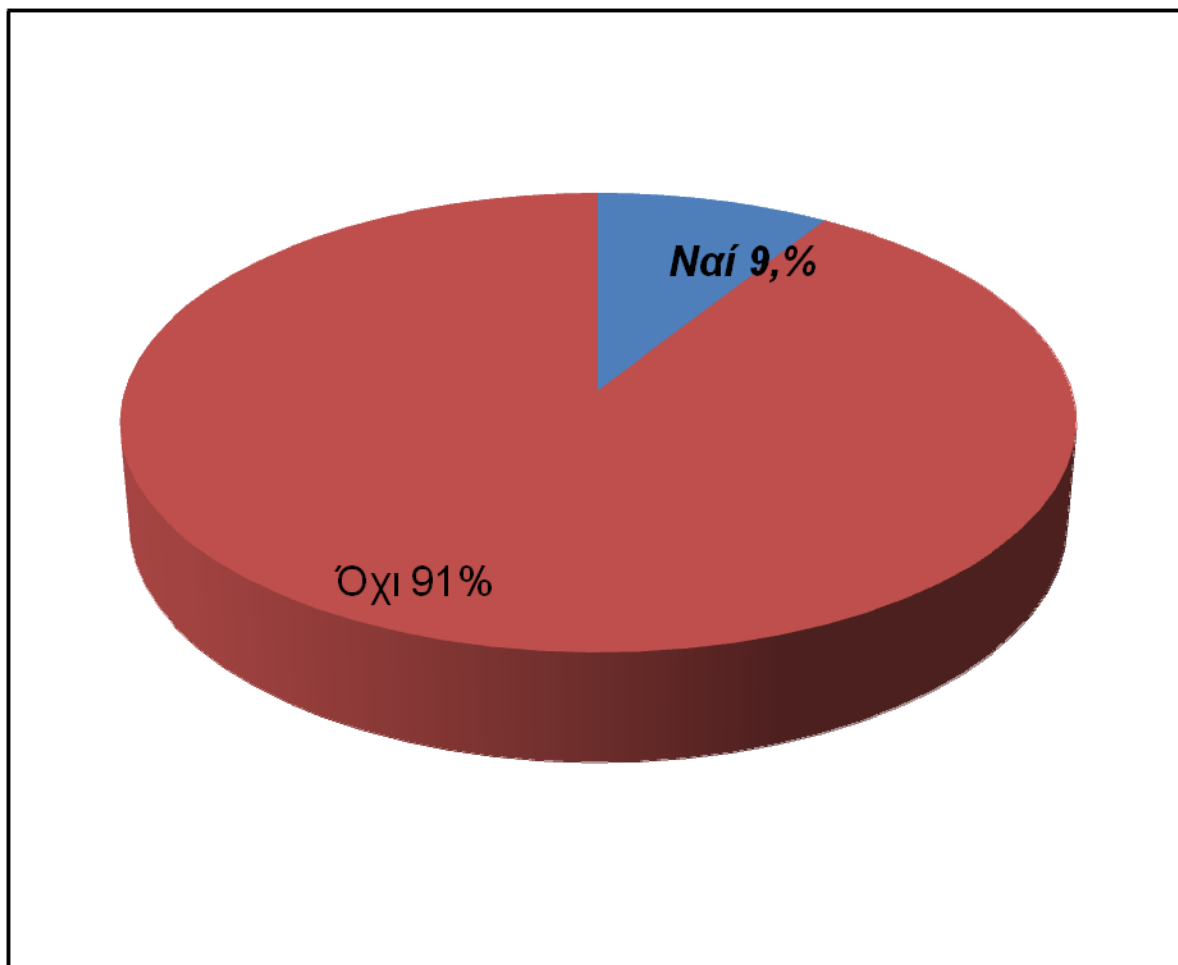
	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Οδηγεί πάντα σε ανάπτυξη καρκίνου	47	23,5%

του τραχήλου της μήτρας		
Οδηγεί μερικές φορές σε ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	63	31,5%
Υποχωρεί αυτομάτως	8	4%
Δεν ξέρω	82	41%
Σύνολο:	200	100%



Ξέρετε τι είναι το HPV-test?

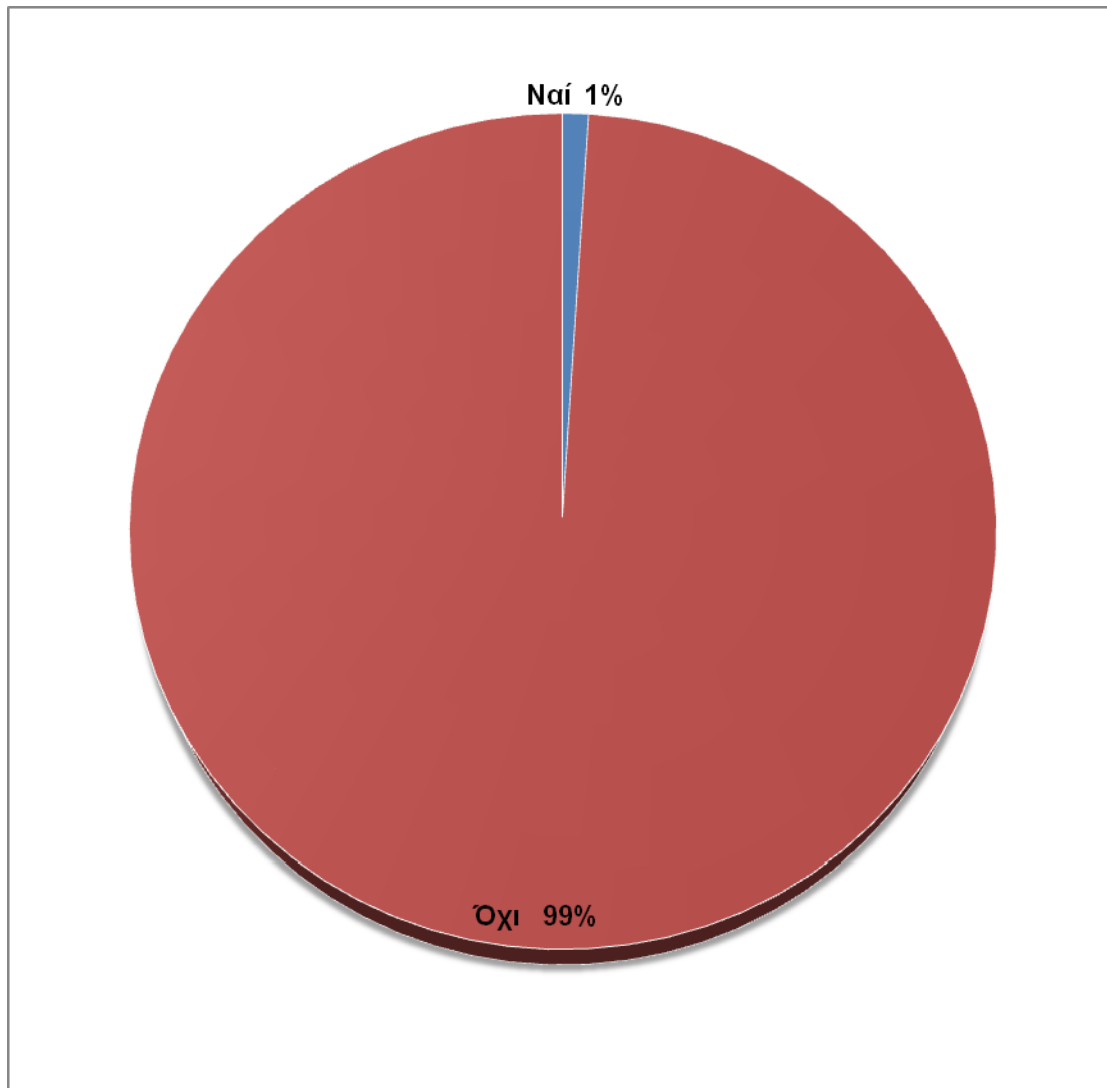
	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	18	9%
Όχι	182	91%
Σύνολο:	200	100%



Έχετε κάνει ποτέ HPV-test?

	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	2	1%
Όχι	198	99%

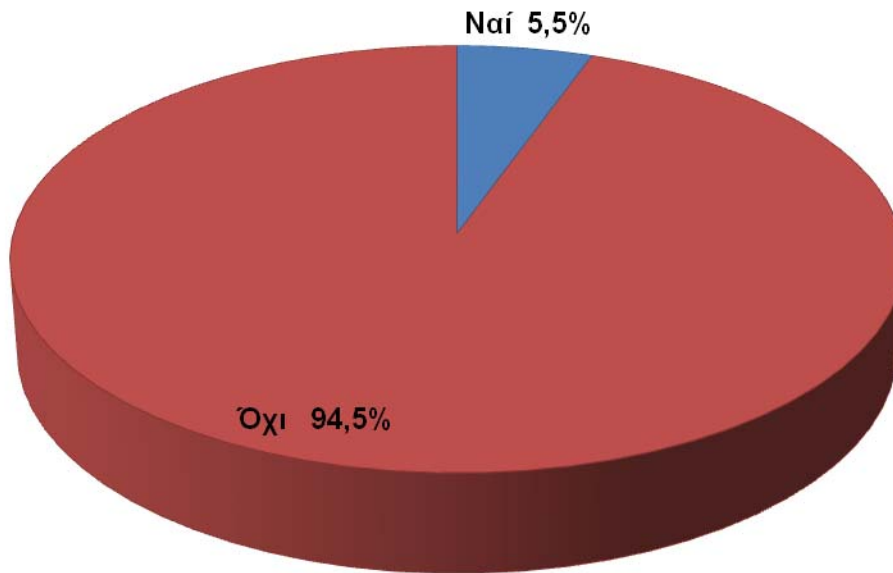
Σύνολο:	200	100%
---------	-----	------



Έχετε κάποια γνωστή που έχει κάνει HPV-test?

	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	11	5,5%
Όχι	189	94,5%

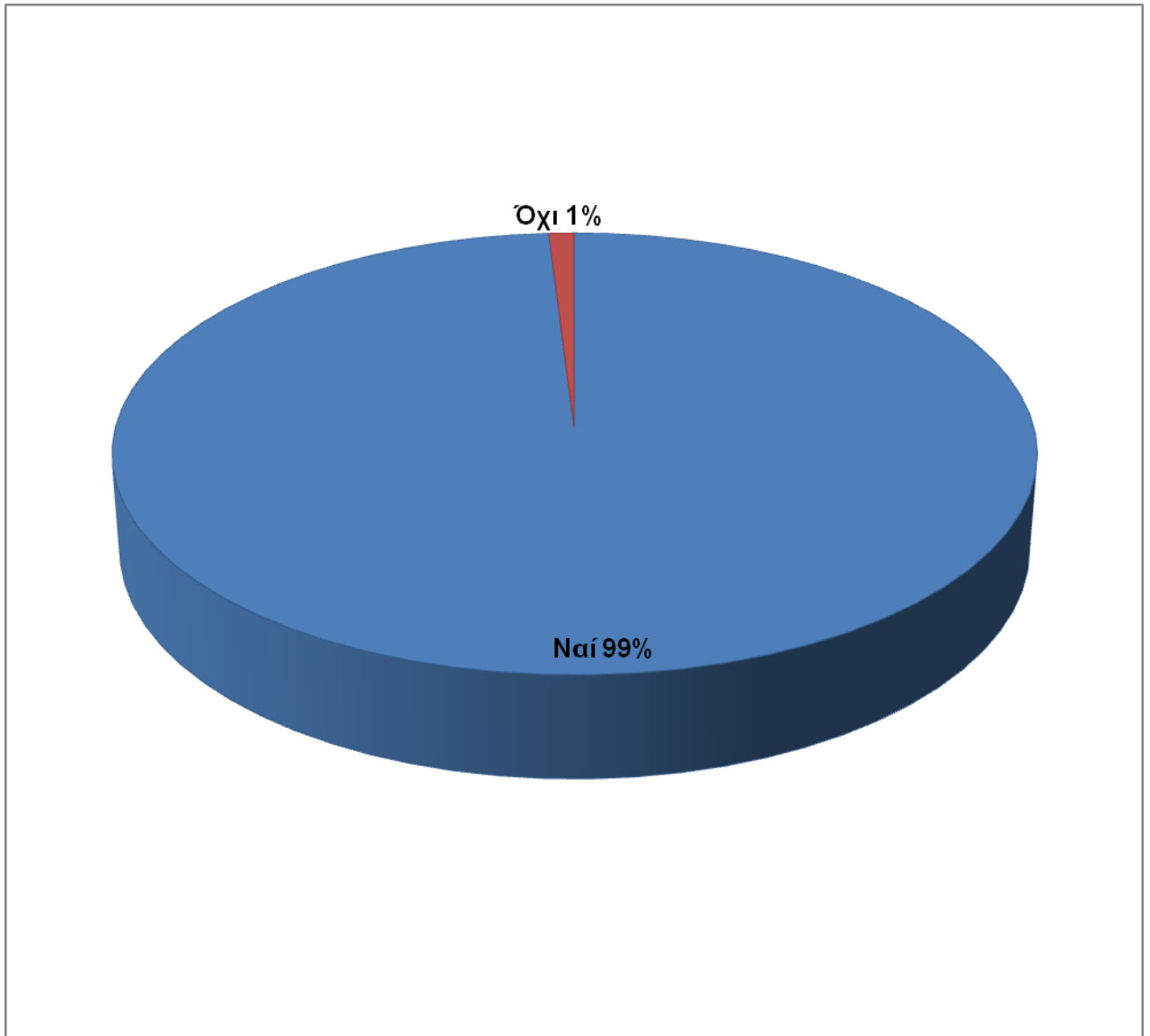
Σύνολο:	200	100%
---------	-----	------



Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο εναντίον του HPV ?

	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	198	99%
Όχι	2	1%

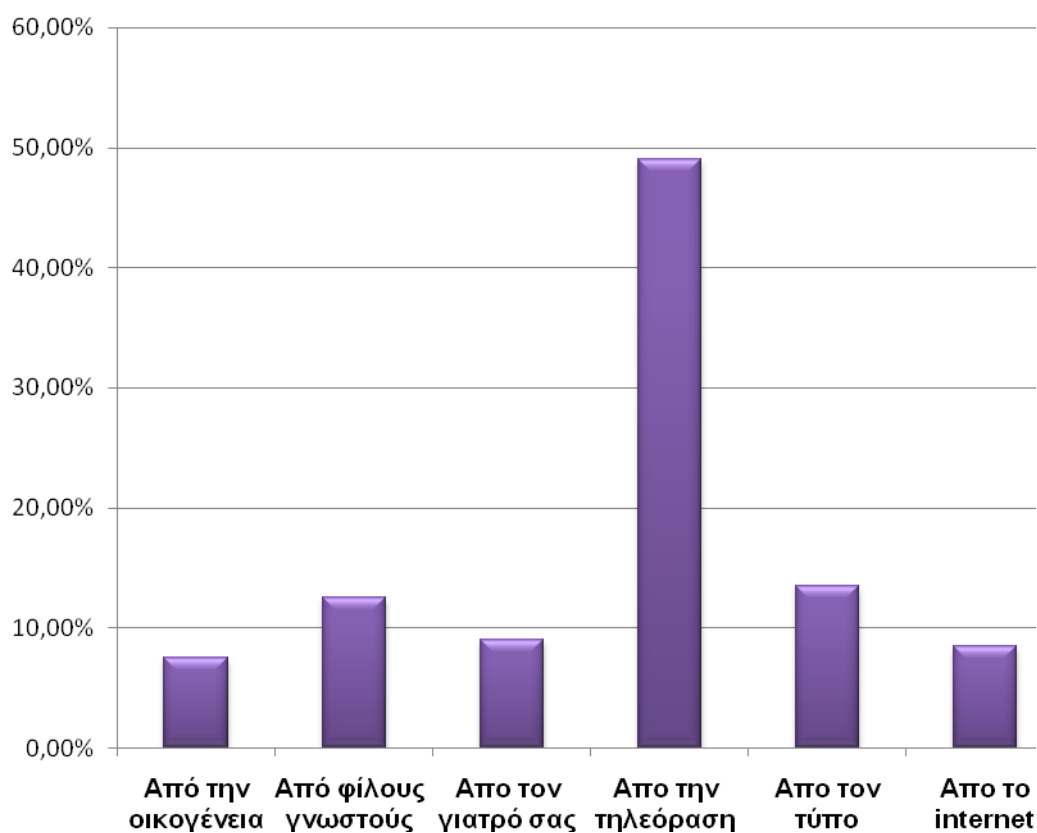
Σύνολο	200	100%
--------	-----	------



Από που έχετε ενημερωθεί για το εμβόλιο εναντίον του HPV:

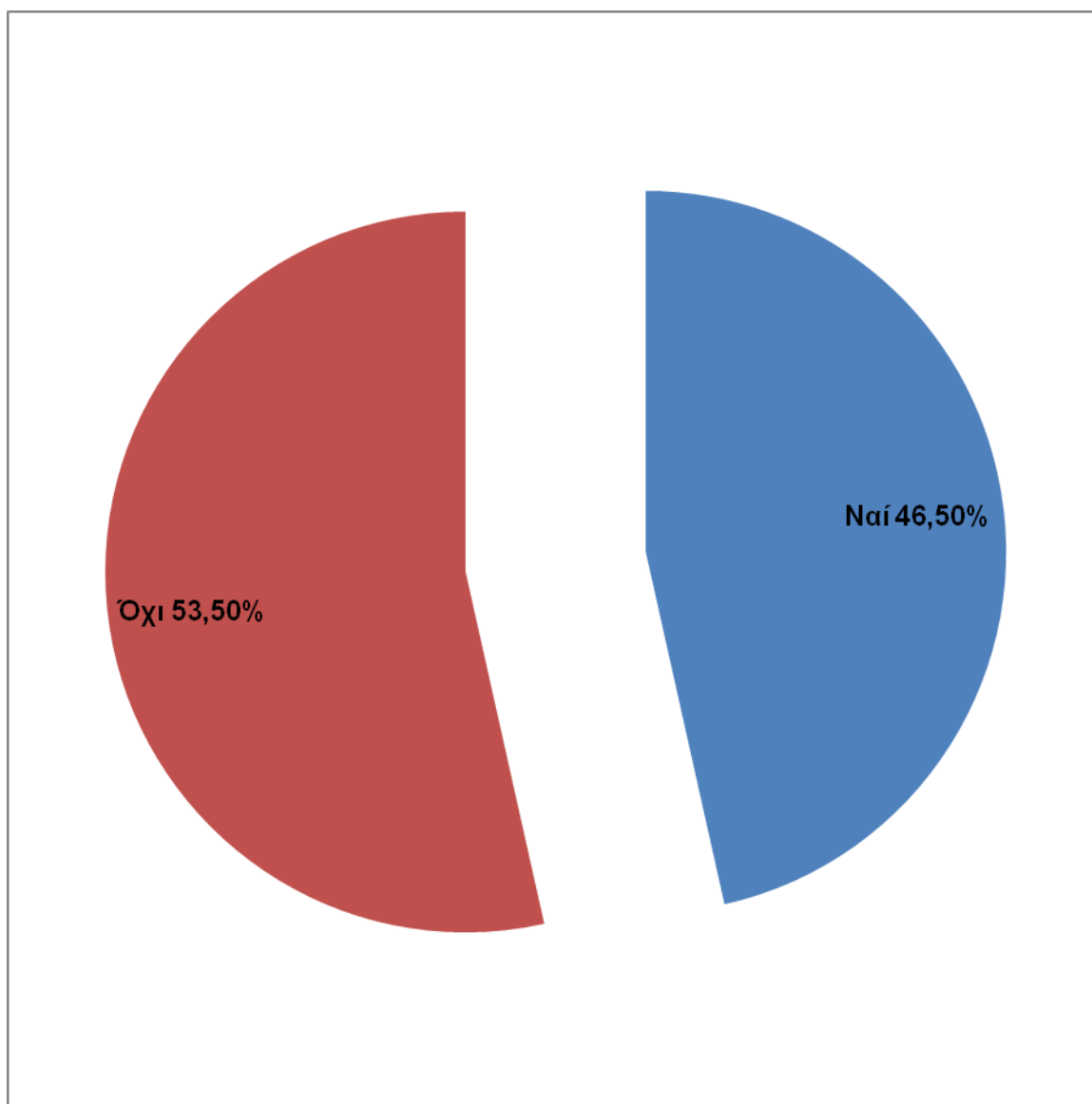
	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Από την οικογένεια	15	7,5%

Από φίλους γνωστούς	25	12,5%
Από τον γιατρό σας	18	9%
Από την τηλεόραση	98	49%
Από τον τύπο	27	13,5%
Από το internet	17	8,5%
Σύνολο:	200	100%



Θα δεχόσασταν να εμβολιαστείτε για να προφυλαχθείτε από την μόλυνση από HPV:

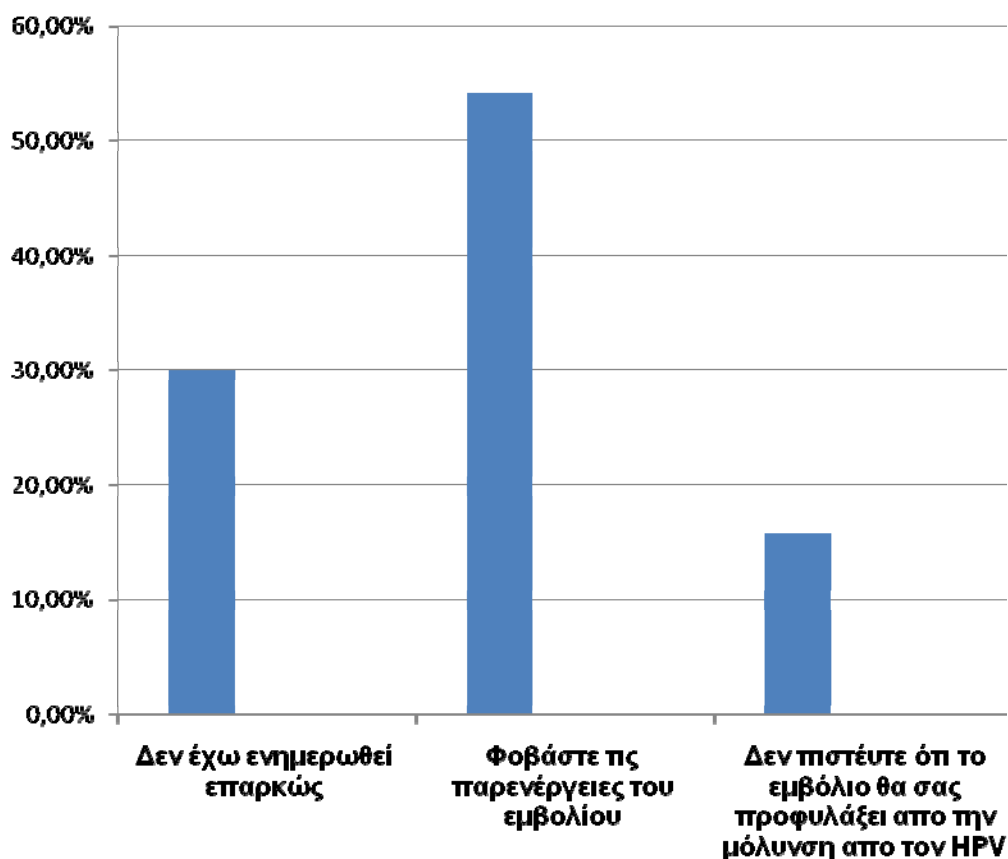
	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	93	46,5%
Όχι	107	53,5%
Σύνολο:	200	100%



Αν όχι ,επειδή:

	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Δεν έχω ενημερωθεί επαρκώς	32	30%

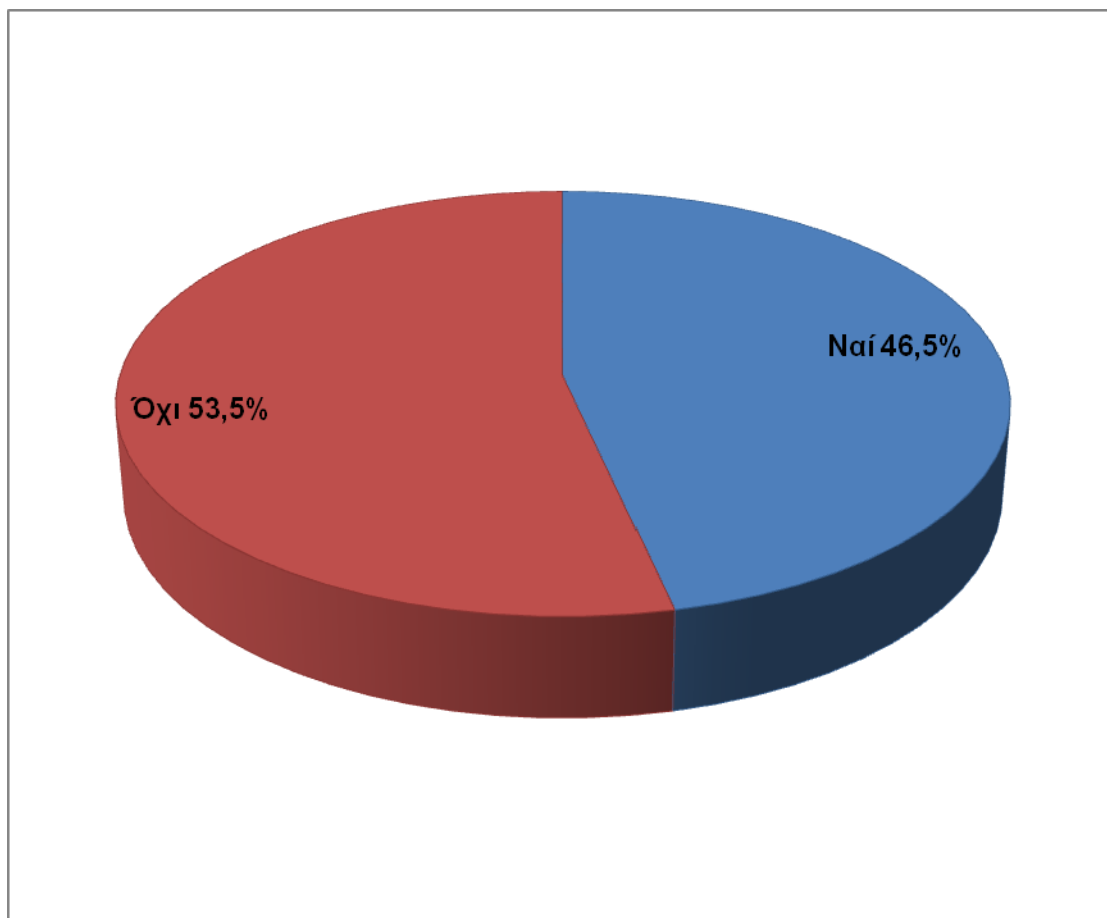
Φοβάστε τις παρενέργειες του εμβολίου	58	54,2%
Δεν πιστεύετε ότι το εμβόλιο θα σας προφυλάξει από την μόλυνση από τον HPV	17	15,8%
Σύνολο:	107	100%



Θα δεχόσασταν να εμβολιαστείτε για να προφυλαχθείτε από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:

	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	102	51%

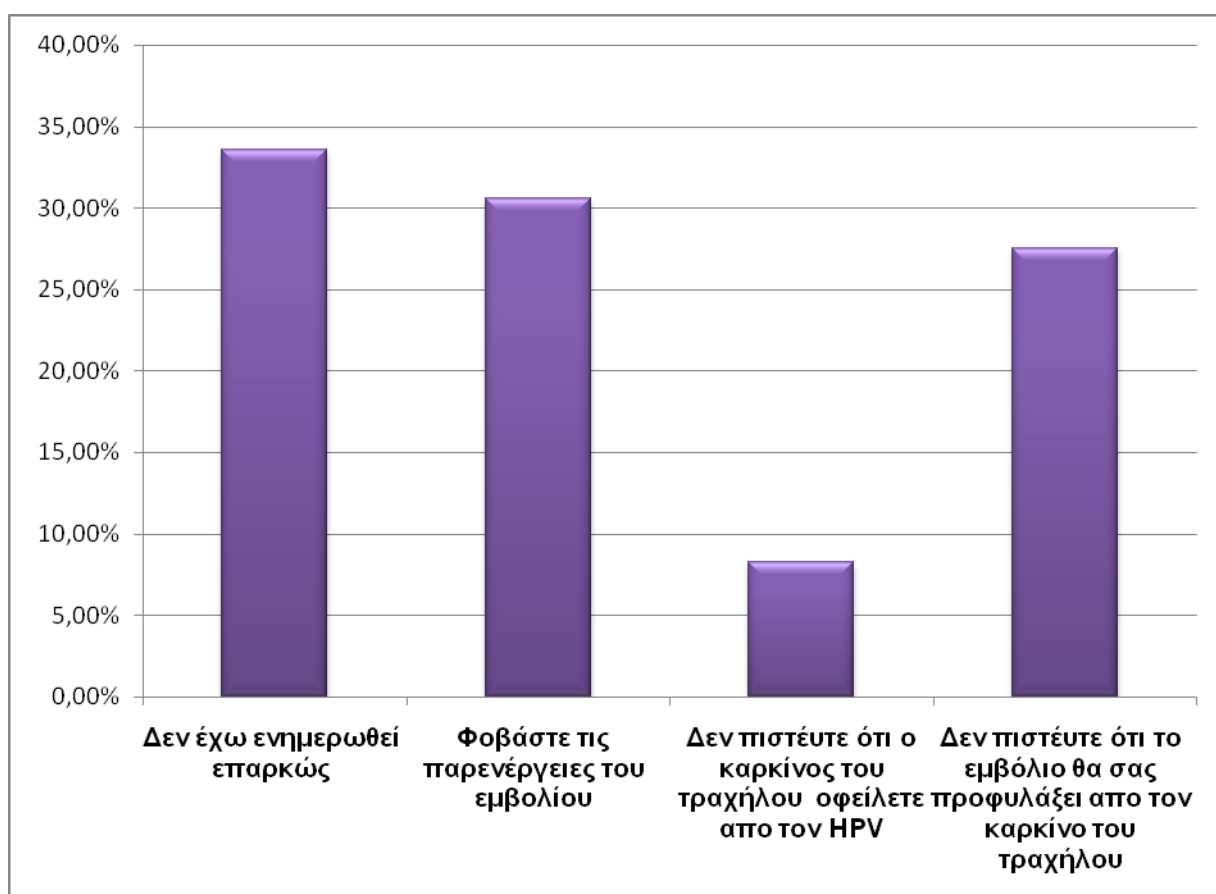
Όχι	98	49%
Σύνολο:	200	100%



Αν όχι θα ναι επειδή:

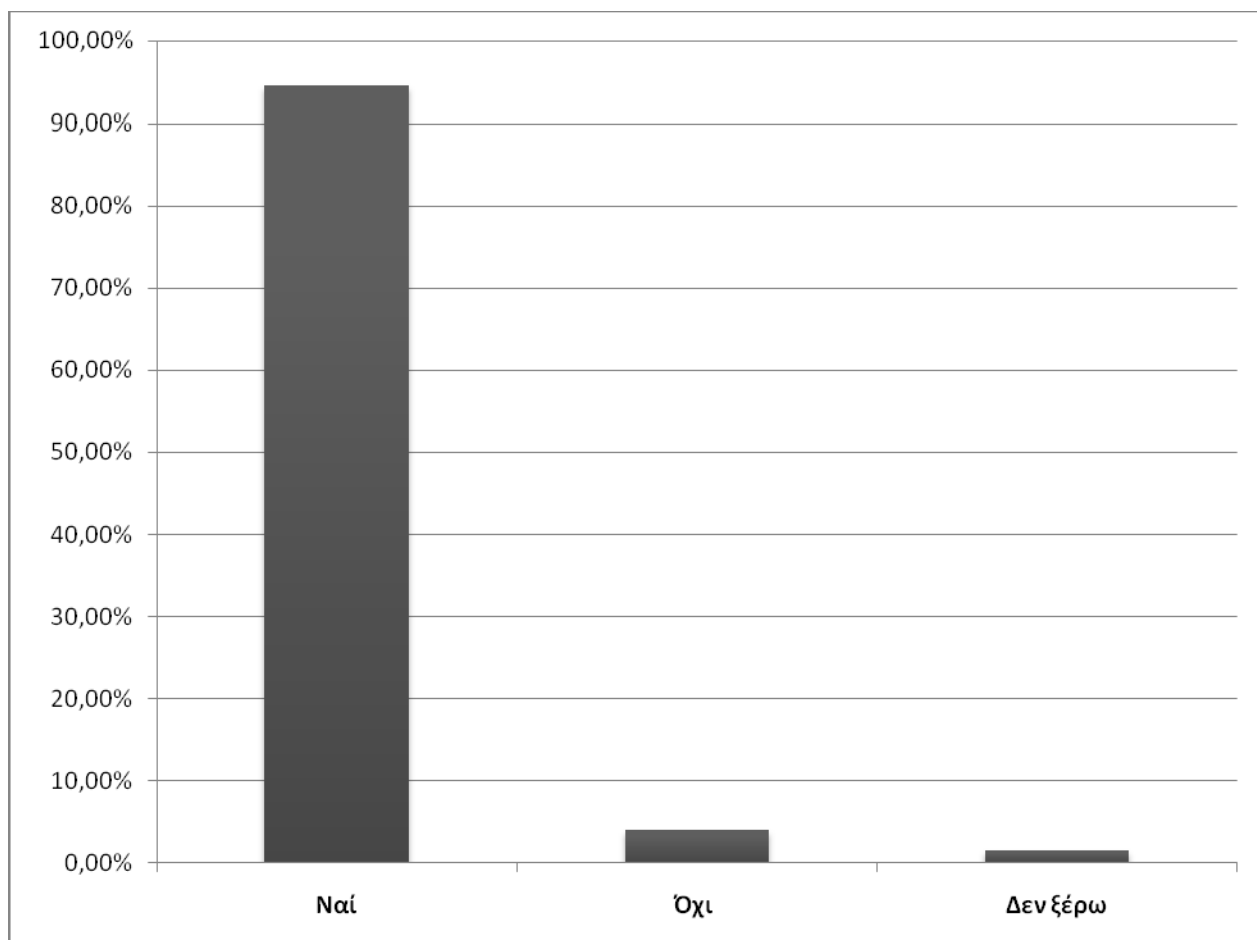
	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Δεν έχω ενημερωθεί επαρκώς	33	33,6 %

Φοβάστε τις παρενέργειες του εμβολίου	30	30,6%
Δεν πιστεύετε ότι ο καρκίνος του τραχήλου οφείλεται από τον HPV	8	8,3%
Δεν πιστεύετε ότι το εμβόλιο θα σας προφυλάξει από τον καρκίνο του τραχήλου	27	27,5%
Σύνολο:	98	100%



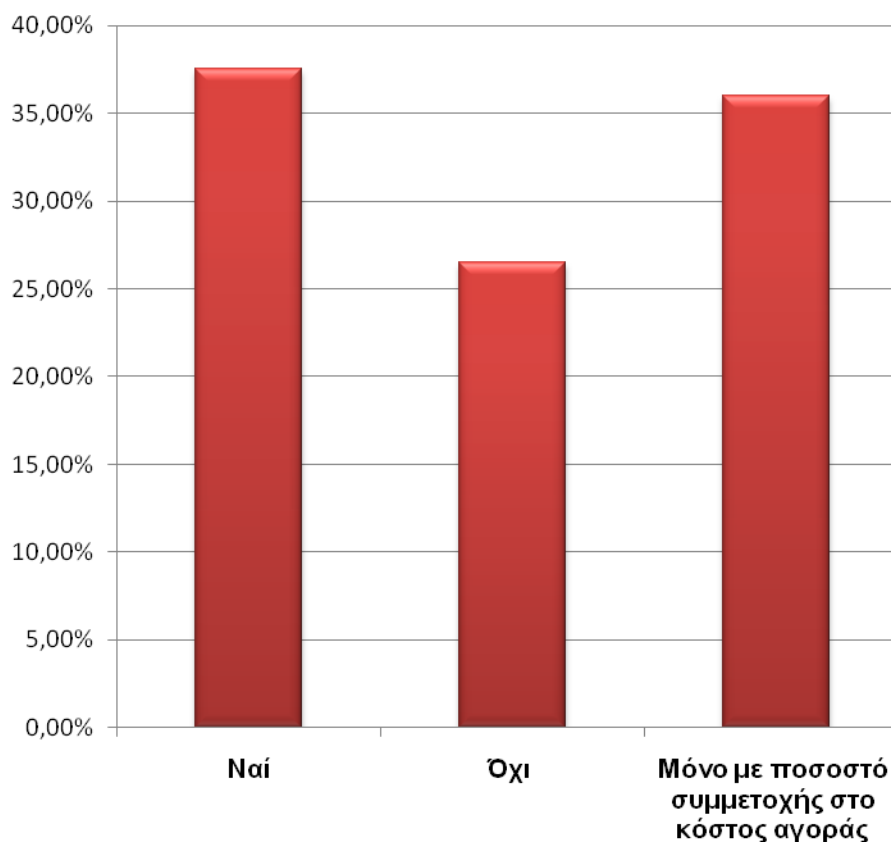
Πιστεύεται ότι η συσχέτιση HPV- σεξουαλικών σχέσεων –καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο ενημέρωσης όλων των νεαρών κοριτσιών και αγοριών στο σχολείο? (γυμνάσιο και λύκειο).

	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναί	189	94,5 %
Όχι	8	4%
Δεν ξέρω	3	1,5%
Σύνολο:	200	100%



Αν το εμβόλιο εναντίον του καρκίνου του τραχήλου της μήτρα δεν θα προσφέρεται δωρεάν από το κράτος ή τα ασφαλιστικά ταμεία , θα επιλέγατε να το προμηθευτείτε ιδιωτικά:

	<u>Άτομα που απάντησαν</u>	<u>Ποσοστό(%)</u>
Ναι	75	37,5%
Όχι	53	26,5%
Μόνο με ποσοστό συμμετοχής στο κόστος αγοράς	72	36%
Σύνολο	200	100%



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- Ο μέσος όρος ηλικιών των σπουδαστριών ΤΕΙ Κρήτης που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο είναι: το μεγαλύτερο ποσοστό το 48%(96 άτομα)από 18-20,το 31,5%(63 άτομα) 20-22 και το 20,5%941 άτομα) 22-24.
- Στην ερώτηση «Πόσες φορές το χρόνο πηγαίνετε σε γυναικολόγο» . Το μεγαλύτερο ποσοστό που ανέρχεται στο 52% (104 άτομα)απάντησε καμία φορά ,το 30%(60 άτομα) πηγαίνει 1 φορά το χρόνο ,το 15% (30 άτομα) 2-3 φορές το χρόνο και ένα 3% (6 άτομα) απάντησε πάνω από 3 φορές το χρόνο.
- Στην ερώτηση «Πήρατε ποτέ αντισυλληπτικό χάπι» το μεγαλύτερο ποσοστό 58% (116 άτομα)απάντησε όχι και το 42%(84άτομα) απάντησε ναι.
- Το 42% (84 άτομα)που απάντησε ναι ότι παίρνει αντισυλληπτικό χάπι στην προηγούμενη ερώτηση κλήθηκε να απαντήσει Στην ερώτηση «επί πόσο χρονικό διάστημα τα παίρνει». Όπου παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 55%(46 άτομα)τα παίρνει από 1-5 έτη , το 24%(20 άτομα) τα παίρνει από 5-10 έτη και τέλος το21%(18 άτομα)τα παίρνει για λιγότερο από ένα έτος.
- Στην ερώτηση «καπνίζετε» το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητριών 71% (143 άτομα)απάντησε ναι ενώ το 29% (57 άτομα) απάντησε όχι.
- Το 71%(143 άτομα)που απάντησε ναι στην ερώτηση καπνίζετε κλήθηκε να απαντήσει « επί πόσο χρονικό διάστημα (έτη)καπνίζει». Παρατηρώντας το γράφημα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό το 68%(98 άτομα) καπνίζει από 1-5 έτη, το 29% (41άτομα)καπνίζει 5-10 έτη και τέλος το 3%(4 άτομα)καπνίζει λιγότερο από 1έτος.
- Το 71%(143 άτομα)που απάντησε ναι στην ερώτηση καπνίζετε κλήθηκε να απαντήσει και στην ερώτηση «πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα». Παρατηρώντας το γράφημα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο

ποσοστό το 54% (76 άτομα) καπνίζει από 10-20 τσιγάρα ημερησίως, το 31%(44 άτομα) 20-40 τσιγάρα, το 9%(14 άτομα) λιγότερα από 10 τσιγάρα και τέλος το 6% (9άτομα)πάνω από 40 τσιγάρα την ημέρα.

- Οι σπουδάστριες απάντησαν στην ερώτηση «Ξέρετε τι είναι το τεστ Παπανικολάου». Όπου παρατηρούμε ότι το 98.5%(197 άτομα) απάντησε ναι ,ενώ το 1,5%(3 άτομα) απάντησε όχι.
- Στην ερώτηση «Ξέρετε γιατί πρέπει να κάνει η γυναίκα τεστ Παπανικολάου» παρατηρώντας από το γράφημα ότι το 96%(192 άτομα) απάντησε ναι και το 4%(8 άτομα)απάντησε όχι.
- Το 96%(192 άτομα)που απάντησε ναι στην ερώτηση «ξέρετε γιατί πρέπει να κάνει η γυναίκα τεστ Παπανικολάου» κλήθηκε να απαντήσει και στο «γιατί». Βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό το 30% (58άτομα) πιστεύει για να προλάβει το καρκίνο στο αιδοίο,το28% (54 άτομα)για να προλάβει το καρκίνο στα γεννητικά όργανα, το 18% (32 άτομα) για να προλάβει το καρκίνο στο τράχηλο της μήτρας, το 6% (12 άτομα)για να προλάβει το καρκίνο στις σάλπιγγες, το 5,4% (11 άτομα)για να προλάβει το καρκίνο στο ενδομήτριο ,το 5% (10 άτομα) για να προλάβει το καρκίνο στις ωοθήκες ,το 4% (8 άτομα) για να προλάβει το καρκίνο γενικά και τέλος το 3,6% (7άτομα) για να προλάβει το καρκίνο στους μαστούς .
- Στην ερώτηση «Έχετε κάνει εσείς τεστ Παπανικολάου». Όπου παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό το 75%(149άτομα) απάντησε όχι ενώ μόνο το 25%(51 άτομα) απάντησε ναι .
- Το 75%(149 άτομα) που απάντησε όχι δεν έχουν κάνει τεστ Παπανικολάου απάντησε και στην ερώτηση «γιατί δεν έχει κάνει τεστ Παπανικολάου». Παρατηρώντας το γράφημα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό το 34%(51 άτομα) δεν έχει κάνει τεστ Παπανικολάου από αμέλεια, το 124%(36 άτομα)απάντησε ότι δεν έχει ενημερωθεί, το23% (35 άτομα)απάντησε ότι ντρέπομαι, το 8% (11 άτομα) απάντησε ότι δεν έχει εύκολη πρόσβαση ,το 3,4% (4 άτομα) ότι δεν είχα κανένα σύμπτωμα ,το 2,6% (5 άτομα) απάντησε ότι νοιώθει ανασφάλεια, το 2% (3 άτομα) απάντησε ότι δεν έχει χρόνο ,το

1,5% (2 άτομα) απάντησε ότι φοβάμαι το αποτέλεσμα και τέλος το 1,5% (2 άτομα) ότι έχω πιο σοβαρά προβλήματα.

- Το 25%(51 άτομα)που απάντησε ναι ότι έχει κάνει τεστ Παπανικολάου απάντησε και στην ερώτηση «Πόσες φορές έχετε κάνει τεστ Παπανικολάου» .Το μεγαλύτερο ποσοστό το 65% (33 άτομα) απάντησε μία φορά ,το 25% (13 άτομα) απάντησε 2-3 φορές και τέλος μόνο το 10% (5 άτομα)απάντησαν τακτικά κάθε χρόνο.
- Το 25%(51 άτομα)που απάντησε ναι ότι έχει κάνει τεστ Παπανικολάου απάντησε και στην ερώτηση «Πότε ήταν η τελευταία φορά» Το μεγαλύτερο ποσοστό το 51% (26 άτομα) απάντησε ότι είχε κάνει τεστ Παπανικολάου πριν 1-3 χρόνια , το 27% (14 άτομα) απάντησε ότι έχει να κάνει περισσότερο από 3 χρόνια και το 22%(11 άτομα) τελευταία φορά ήταν μέσα στο χρόνο.
- Το 25%(51 άτομα)που απάντησε ναι ότι έχει κάνει τεστ Παπανικολάου απάντησε και στην ερώτηση «Έχετε (ή είχατε ποτέ) παθολογικό τεστ Παπανικολάου» το 95% (48άτομα)απάντησε όχι ενώ ένα5% (3 άτομα) απάντησε ναι.
- Στην ερώτηση « Είχε ποτέ κάποια γνωστή σας παθολογικό τεστ Παπανικολάου?»Το 62% (124 άτομα)απάντησε όχι και 38% (76άτομα)απάντησε ναι.
- Στην ερώτηση « Είχε ποτέ κάποια γνωστή σας καρκίνο του τραχήλου της μήτρας?» το 78% (156 άτομα)απάντησε όχι και 22% (44) απάντησε ναι.
- Στην ερώτηση «Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας?»Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό το 40% (81 άτομα)έχει ενημερωθεί από τον τύπο ,το 37% (73 άτομα)από τη τηλεόραση ,το 9% (18 άτομα) από φίλους –γνωστούς, το 8%(16 άτομα) από το γιατρό τους, το 3%(6 άτομα) από την οικογένεια , το 2% (4 άτομα)από το Internet και το 1%(2 άτομα)άλλο.
- Στην ερώτηση «Από που έχετε ενημερωθεί σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας?» Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό το 30,5%(61 άτομα) έχει ενημερωθεί από τον

τύπο, το 25%(50 άτομα) από την τηλεόραση, το 24,5% (49 άτομα) από το Internet, το 9% (18 άτομα) από το γιατρό τους, το 7,5%(15 άτομα) απάντησε από άλλο μέσω πληροφόρησης, το 2,5%(5 άτομα) από φίλους-γνωστούς, και το 1%(2 άτομα) από την οικογένεια.

- Στην ερώτηση «Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συνδέεται αιτιολογικά κυρίως με την:» Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό το 26,5%(53 άτομα) απάντησε μόλυνση από μικρόβιο, το 20,5%(41 άτομα) πιστεύει ότι σχετίζεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα, το 14,5%(29 άτομα) πιστεύει ότι σχετίζεται με την υγιεινή, το 12,5%(25 άτομα) απάντησε μόλυνση από ιό, το 11%(22 άτομα) απάντησε δε ξέρω. το 6%(12 άτομα) πιστεύει ότι σχετίζεται με την ηλικία, το 5,5%(11 άτομα) απάντησε με τη μόλυνση της ατμόσφαιρας και τέλος το 3,5% (7 άτομα) πιστεύει ότι σχετίζεται με την διατροφή.
- Στην ερώτηση « Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί:» Το 42,5%(85 άτομα) απάντησε ναι σε μικρό ποσοστό, το 33,5%(67 άτομα) πιστεύει ναι σε μεγάλο ποσοστό, το 14,5% (29 άτομα) απάντησε όχι και τέλος το 9,5% (19 άτομα) απάντησε όχι.
- Στην ερώτηση « Πως νομίζεται ότι μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας?» Βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό το 45,5% (91 άτομα) απάντησε με συχνές εξετάσεις από το γυναικολόγο, το 39%(78 άτομα) απάντησε με το τεστ Παπανικολάου, το 6% (12 άτομα) απάντησε με συντηρητικές σεξουαλικές σχέσεις, το 3,5%(7 άτομα) απάντησε με αποφυγή του καπνίσματος, το 3% (6 άτομα) απάντησε με υγιεινή διατροφή, το 2%(4 άτομα) απάντησε δεν ξέρω και το 1%(2 άτομα) απάντησε με φάρμακα και βιταμίνες.
- Στην ερώτηση «Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας θεραπεύεται:» Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό το 37,5%(75 άτομα) απάντησε όχι, το 28,5%(57 άτομα) απάντησε ναι σε μικρό ποσοστό, το 21,5%(43 άτομα) απάντησε ναι σε μεγάλο ποσοστό και το 12,5%(25 άτομα) απάντησε δεν ξέρω.

- Στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι ο καρκίνος της μήτρας είναι μια πάθηση:» Το 40,5%(81 άτομα) απάντησε σπάνια, το 24,5%(49 άτομα) απάντησε πολύ συχνή, το 21%(42 άτομα) απάντησε συχνή και το 14%(28 άτομα) απάντησε πολύ σπάνια.
- Στην ερώτηση «Γνωρίζεται τι είναι ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV):» το μεγαλύτερο ποσοστό το 68,5% (137 άτομα) απάντησαν όχι ενώ μόνο το 31,5% (63 άτομα) απάντησε ναι.
- Το 31,5%(63 άτομα) που απάντησε ναι στην ερώτηση «Γνωρίζεται τι είναι ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV):» κλήθηκε να απαντήσει και στην ερώτηση «Εάν ναι, από πού ενημερωθήκατε για τον (HPV):» Βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό το 32% (20 άτομα) απάντησε από τον τύπο, το 22% (14 άτομα) απάντησε από τη τηλεόραση, το 15,8% (10 άτομα) απάντησε από φίλους-γνωστούς, το 9,5%(6 άτομα) απάντησε από την οικογένεια, το 8%(5 άτομα) απάντησε από το Internet, το 8%(5 άτομα) απάντησε άλλο και τέλος το 4,7% (3 άτομα) απάντησε από το γιατρό σας.
- Στην ερώτηση « Πως μεταδίδεται ο HPV» Το μεγαλύτερο ποσοστό το 29%(58 άτομα) απάντησε από τον ερωτικό σύντροφο, το 25%(50 άτομα) απάντησε ότι υπάρχει στον οργανισμό, το 23,5%(47 άτομα) απάντησε κληρονομικά, το 14%(28 άτομα) απάντησε δεν ξέρω, το 3,5%(7 άτομα) απάντησε από τη τουαλέτα, το 1,5%(3 άτομα) απάντησε με τις τροφές, το 1,5%(3 άτομα) απάντησε με τον αέρα, το 1%(2 άτομα) απάντησε από τα ζώα, το 0,5%(1 άτομο) απάντησε από τις πετσέτες και τέλος το 0,5%(1 άτομο) απάντησε άλλο.
- Στην ερώτηση «Που οδηγεί μια μόλυνση από τον HPV» Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό το 41%(82 άτομα) απάντησε δεν ξέρω, το 31,5%(63 άτομα) απάντησε οδηγεί μερικές φορές σε ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, το 23,5%(47 άτομα) απάντησε οδηγεί πάντα σε ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και το 4%(8 άτομα) υποχωρεί αυτομάτως.

- Στην ερώτηση «Ξέρετε τι είναι το HPV-test». Το μεγαλύτερο ποσοστό το 91%(182 άτομα) απάντησε όχι ενώ το 9%(18 άτομα) απάντησε ναι.
- Στην ερώτηση « Έχετε κάνει ποτέ HPV-test» Το μεγαλύτερο ποσοστό το 99%(198 άτομα) απάντησε όχι και το 1%(2 άτομα) απάντησε ναι.
- Στην ερώτηση « Έχετε κάποια γνωστή που έχει κάνει HPV-test?» Το μεγαλύτερο ποσοστό το 94,5%(189 άτομα) απάντησε όχι και το 5,5%(11 άτομα) απάντησε ναι.
- Στην ερώτηση «Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο εναντίον του HPV» Το μεγαλύτερο ποσοστό το 99%(198 άτομα) απάντησε ναι και το 1%(2 άτομα) απάντησε όχι.
- Στην ερώτηση « Από που έχετε ενημερωθεί για το εμβόλιο εναντίον του HPV» Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό το 49%(98 άτομα) απάντησε από τη τηλεόραση, το 13,5% (27 άτομα) απάντησε από τον τύπο, το 12,5%(25 άτομα) απάντησε από φίλους-γνωστούς, το 9% (18 άτομα) απάντησε από το γιατρό σας , το 8,5%(17 άτομα) από το Internet και το 7,5%(15 άτομα) απάντησε από την οικογένεια.
- Στην ερώτηση «Θα δεχόσασταν να εμβολιαστείτε για να προφυλαχθείτε από την μόλυνση από HPV» Το μεγαλύτερο ποσοστό το 53,5%(107 άτομα) απάντησε όχι και το 46,5%(93 άτομα) απάντησε ναι.
- Το 53,5%(107 άτομα) που απάντησε όχι στην ερώτηση «Θα δεχόσασταν να εμβολιαστείτε για να προφυλαχθείτε από την μόλυνση από HPV» κλήθηκε να απαντήσει και στην ερώτηση «Αν όχι επειδή» Όπου το μεγαλύτερο ποσοστό το 54,2%(58 άτομα) απάντησε φοβάστε τις παρενέργειες του εμβολίου, το 30%(32 άτομα) απάντησε ότι δεν έχω ενημερωθεί επαρκώς και το 15,8%(17 άτομα) απάντησε ότι δεν πιστεύετε ότι το εμβόλιο θα σας προφυλάξει από την μόλυνση από τον HPV.

- Στην ερώτηση «Θα δεχόσασταν να εμβολιαστείτε για να προφυλαχθείτε από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας» Το 51%(102 άτομα)απάντησε ναι και το 49%(98 άτομα)απάντησε όχι.
- Το 49%(98 άτομα) που απάντησε όχι στην προηγούμενη ερώτηση κλήθηκε να απαντήσει στην ερώτηση «Αν όχι θα ναι επειδή» Όπου το μεγαλύτερο ποσοστό το 33,6%(33 άτομα)απάντησε δεν έχω ενημερωθεί επαρκώς, το 30,6%(30 άτομα)απάντησε ότι φοβάται τις παρενέργειες του εμβολίου,το27,5%(27 άτομα)απάντησε ότι δεν πιστεύει πιστεύετε ότι το εμβόλιο θα σας προφυλάξει από τον καρκίνο του τραχήλου ,και το8,3%(8 άτομα)ότι δεν πιστεύει ότι καρκίνος του τραχήλου οφείλετε από τον HPV.
- Στην ερώτηση «Πιστεύεται ότι η συσχέτιση HPV-σεξουαλικών σχέσεων –καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο ενημέρωσης όλων των νεαρών κοριτσιών και αγοριών στο σχολείο? (γυμνάσιο και λύκειο).» Όπου το μεγαλύτερο ποσοστό το 94,5%(189 άτομα)απάντησε ναι ,το 4%(8 άτομα)απάντησε όχι και το 1,5%93 άτομα)απάντησε δεν ξέρω.
- Στην ερώτηση « Αν το εμβόλιο εναντίον του καρκίνου του τραχήλου της μήτρα δεν θα προσφέρεται δωρεάν από το κράτος ή τα ασφαλιστικά ταμεία , θα επιλέγατε να το προμηθευτείτε ιδιωτικά»).» Όπου το μεγαλύτερο ποσοστό το37,5%(75 άτομα)απάντησε ναι ,το 36%(72 άτομα)απάντησε μόνο με ποσοστό συμμετοχής στο κόστος αγοράς και το26,5%(53 άτομα)απάντησε όχι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής ήταν να εκτιμήσει το επίπεδο ενημέρωσης των σπουδαστριών ΤΕΙ Κρήτης για το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τα μέτρα πρόληψης του. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα μας διαπιστώσαμε ότι η έλλειψη πληροφόρησης και γνώσεων των σπουδαστριών πάνω σε θέματα της δικής τους υγείας ήταν απογοητευτική. Από το πρόγραμμα «ΛΥΣΙΣΤΡΑΤΗ» διαπιστώθηκε ότι κάτω από το 30% των Ελληνίδων κάνει τακτικά τεστ Παπανικολάου αυτό έρχεται σε συνάρτηση με τη δικιά μας έρευνα όπου μόνο το 25% των σπουδαστριών έχει κάνει τεστ Παπανικολάου .

Αναλογικά μεγάλο ποσοστό φοιτητριών παρόλο που απάντησε ότι γνωρίζει γιατί πρέπει να γίνετε το τεστ Παπανικολάου 96% στη αμέσως επόμενη ερώτηση απάντησε ότι γίνετε για να προλάβει το καρκίνο στο αιδοίο (30%) ενώ μόνο το(18%) απάντησε για να προλάβει το καρκίνο στον τράχηλο της μήτρας δηλαδή σωστά . Επίσης είναι εμφανής η ελλιπής ενημέρωση των σπουδαστριών αφού θεωρούν ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μια ασθένεια σπάνια 40,5% ,ότι συνδέετε αιτιολογικά κυρίως με τη μόλυνση από μικρόβιο 26% και τέλος ότι δεν θεραπεύεται 37,5%.

Πλήρης άγνοια έδειξαν οι σπουδάστριες σε ότι αφορά το τι είναι ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων(HPV) 68% και τι είναι το HPV-test 91% .

Το 99% φάνηκε να γνωρίζει για το εμβόλιο εναντίον του HPV αλλά το 53,5% δήλωσε ότι δε θα δεχόταν να εμβολιαστεί για να προφυλαχθεί από την HPV μόλυνση διότι φοβάται τις παρενέργειες του εμβολίου 54,2%. Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί όμως ότι μόνο το 51% δήλωσε ότι θα δεχόταν να εμβολιαστεί για να προφυλαχθεί από το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ενώ το υπόλοιπο 49% απάντησε αρνητικά λόγο του ότι δεν έχει ενημερωθεί επαρκώς.

Οπότε μόνο με την ευρεία και πλήρης ενημέρωση των νέων κοριτσιών σε ότι αφορά τη διαδικασία καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας, τη σημασία της μόλυνσης από τον ιό, τις αληθινές διαστάσεις του κινδύνου, τη σημασία

της πρόληψης και τις πραγματικές δυνατότητες του εμβολίου . Έτσι μόνο μπορούμε να ελπίζουμε στην πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου.

Μέσα λοιπόν από αυτήν την σελίδα, μας δίνεται η ευκαιρία να προτείνουμε τα εξής:

- Να οργανώνονται στα Ανώτατα Τεχνολογικά Ιδρύματα καθώς και στα Πανεπιστήμια προγράμματα ενημέρωσης των σπουδαστριών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ,όπως τεστ Παπανικολάου το εμβόλιο και το HPV-test
- Να χορηγηθεί δωρεάν από όλα τα ασφαλιστικά ταμεία το εμβόλιο ώστε να το κάνουν όλες οι σπουδάστριες.
- Να οργανώνονται από τους δήμους και τις κοινότητες σεμινάρια με θέματα υγείας.
- Το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία θα πρέπει να γίνει ξεχωριστό ώστε να υπάρχει ουσιαστική ενημέρωση γύρω από τη πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.
- Να είναι ο γυναικείος πληθυσμός ευαισθητοποιημένος ώστε να μην αμελούν να επισκέπτονται τον γυναικολόγο τους τουλάχιστο μια φορά το χρόνο.
- Να οργανώνονται διαφημιστικές καμπάνιες από το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού.

Είναι γνωστό ότι η πρόληψη είναι η καλύτερη μέθοδος θεραπείας σε συνδυασμό με τη σωστή ενημέρωση σε θέματα υγείας. Αυτή είναι και η πρόταση που αποτελεί το πιο σημαντικό σημείο στο οποίο θα πρέπει να δοθεί βάρος στον επανασχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μεσσήνης Ε. Ιωάννης. Σύγχρονη Μαιευτική Γυναικολογία. Ιατρικές Εκδόσεις MD, Αθήνα 2005
2. Γεωργακόπουλος Α. Παν. Επιτομή Μαιευτικής Γυναικολογίας και Νοσηλευτικής. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, «Διάδοχος Μαρία Γρ. Παρισιάνου», Αθήνα 1993.
3. Λώλης Ε. Δημήτριος. Γυναικολογία και Μαιευτική. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, «Διάδοχος Μαρία Γρ. Παρισιάνου», Αθήνα 1995.
4. Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts, Δεύτερος Τόμος Β΄ Έκδοση, Αθήνα 1997.
5. Χρανιώτης Ιωαν. Φραγκίσκος: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1997
6. Αγοραστός Θ. & Μ Lambropoulos AF, Agorastos T, Frangoulides E, Karahaliou R, Bontis J, Dozi-Vassiliades I: Detection of Human Papillomavirus Using the Polymerase Chain Reaction and Typing for HPV 16 and 18 in the Cervical Smears of Greek Women. J Med Virol, 43, 228-230, 1994.
7. Πόντης Ι.Ν. (εκδ) Καρκινογένεση στο γυναικείο γεννητικό σύστημα, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997, σελ. 139-162.
8. Από το διαδύκτιο: <http://www.lysistrati-med.gr/index.html>
<http://www.hpv-info.gr/>

