ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΥ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Πτυχιακή εργασία

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ

Χριστιάνα Ιωάννου

ID REG: 1133308314

Σύμβουλος καθηγήτρια

Δρ.κα Μαίρη Γείτονα

Πάφος 2016

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright ©Χριστιάνα Ιωάννου, 2016
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εργασία αυτή θα ασχοληθούμε με την ανάλυση πρωτογενούς υλικού ,η συλλογή του οποίου πραγματοποιήθηκε από το Νοσοκομείο Πάφου, με την συνδρομή της Δρ Άνδρης Ευριπίδού κατά την περίοδο 2006-2013.Πηγή έμπνευσης της εργασίας αυτής, ήταν το εργασιακό μου περιβάλλον. Συγκεκριμένα η πολυετής μου παρουσία, καθώς και η εμπειρία η οποία απέκτησα στα εξωτερικά ιατρεία του Γυναικολογικού Τμήματος του νοσοκομείου, ήταν τα καθοριστικά στοιχεία τα οποία με βοήθησαν στην ανάλυση και επεξεργασία του εν λόγο υλικού.

Η εργασία αυτή αποτελείται από δυο μέρη. Στο πρώτο μέρος θα ασχοληθούμε με το θεωρητικό κομμάτι όπου στο πρώτο κεφάλαιο θα αναλύσουμε το γυναικείο γεννητικό σύστημα. Στα επόμενα κεφάλαια θα περιγράψουμε το τρόπο που πραγματοποιείται το τεστ Παπανικολάου, καθώς και στα ευρήματα που μπορεί να μας οδηγήσει. Θα αναφερθούμε στον ιό HPV ο οποίος κατηγορείται για το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον εμβολιασμό κατά του ιού αυτού. Τέλος θα πούμε για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας , τα στάδια του και τη θεραπεία του.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας μας θα παραθέσουμε το ερευνητικό κομμάτι που έχουμε κάνει και να αναλύσουμε το υλικό που έχουμε συλλέξει σχετικά με τα τεστ Παπανικολάου που έχουν γίνει από το 2006 -2013, πόσα από αυτά ήταν προβληματικά, και πόσα κατέληξαν σε καρκίνο. Επίσης θα αναφέρουμε πόσες γυναίκες έχουν εμβολιαστεί αυτά τα χρόνια, και θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε το κόστος που επιβαρύνει ο καρκίνος αυτός, τόσο το κοινωνικό, όσο και τον οικονομικό τομέα.

Στο τέλος θα πούμε τα συμπεράσματα από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής και θα προσπαθήσουμε να κάνουμε εισηγήσεις, για τη πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Abstract

This project will concentrate on the analysis of original research, which was undertaken with the assistance of Dr. Andri Evripidou at the General Hospital in Paphos throughout the period 2006-2013.

My own professional environment served as the source of inspiration for this undertaking. Indeed, my many years of service in the field, and further enriched experience borne by my working closely with the gynaecological outpatient services of the hospital, were crucial factors in aiding the analysis, processing, and interpretation of the research in question.

This project is comprised of two main parts. Firstly, I will introduce important theoretical components, with the first chapter focusing on the familiarisation and analysis of the female reproductive system. Thereafter, the means with which the Papanicolaou Test (Pap Test) is undertaken, and the findings the latter may aid us in uncovering, will be described. Within this context, the HPV virus will be referenced – which has been stigmatised as being responsible for the development of cervical cancer – along with the associated vaccine. In concluding the theoretical component of the study, cervical cancer will be assessed in more detail, including its various stages, and avenues of treatment.

The second part of the project will draw on – and analyse – the research executed between 2006 and 2013, which involved charting the results of Pap Tests conducted during this period, with particular emphasis on how many test results were deemed problematic and, indeed, in how many instances cancer developed. Moreover, the number of women vaccinated during the aforementioned time frame will be considered, and I will aspire to analyse the overall social and financial burden that cervical cancer presents.

In culminating this study, I will delineate the conclusions drawn from the results of the research, concurrent to putting forth suggestions for the prevention and treatment of cervical cancer.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέποντα καθηγήτρια μου Μαίρη Γείτονα, για την σπουδαία συμβολή της στην επιτυχή αποπεράτωση αυτής της εργασίας.
Ένα μεγάλο ευχαριστώ ,οφείλω στην Dr Άντρη Ευριπίδου, Μαιευτήρα-Γυναικολόγο, για την καθοριστική συμβολής της στη συλλογή του ερευνητικού υλικού από το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....II

ABSTRACT.....III

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....IV

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....V

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....VII

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....VII

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....IX

ΠΡΟΣΕΓΚΙΣΗ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....IX

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ.....1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....1
1.1.Μήτρα.....1
1.2.Ωοθήκες.....1
1.3.Σάλπιγκες.....1
1.4. Κόλπος.....1
1. 5. Ο Τράχηλος Της Μήτρας.....2
1.6.Ιστολογική Δομή Του Τραχήλου.....2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ.....3
2.1.Ορισμός Του Τεστ Παπανικολάου.....3
2.2. Προετοιμασία της γυναίκας για την εξέταση.....3
2.3.Ιστορική Αναδρομή Του Τεστ Παπανικολάου.....5
2.4.Ταξινόμηση Κυτταρολογικών Ευρημάτων Στο Τεστ Παπανικολάου.....5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΙΟΣ HPV.....6

3.1.Τί Είναι Ο ΙΟΣ Human Papilloma Virus (HPV).....6
3.2. Χρόνος Επώασης του ιού.....7
3.3.Κλινικά Χαρακτηριστικά των λοιμώξεων HPV.....7
3.4.Συχνότητα Της Εμφάνισης Των Γεννητικών Κονδυλωμάτων.....8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ.....8

4.1.Κολποσκοπικός Έλεγχος Και Βιοψία……8

4.2.Κωνοειδής Εκτομή……9
4.3.Υστερεκτομή……10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ……11

5.1. Τι είναι και τι περιέχει το HPV εμβόλιο στη σύνθεση του……11
5.2.Πώς χορηγείται……11
5.3. Κατηγορίες αντένδειξης της χορήγησης του εμβολίου……12
5.4.Η αποτελεσματικότητα του εμβολίου……12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6
Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ……12

6.1.Παράγοντες Κινδύνου Εμφάνισης Καρκίνου Του Τραχήλου Της Μήτρας……12
6.2.Σημεία Και Συμπτώματα Του Καρκίνου Του Τραχήλου Της Μήτρας……13
6.3.Ορισμός Της Μεταπλασίας……13
6.4.Ιστολογικοί Τύποι Καρκίνου Του Τραχήλου Της Μήτρας……14
6.5.Ιστολογική Διαφοροποίηση Του Όγκου, Grading (G1-G3)……15
6.6.Σταδιοποίηση Του Καρκίνου Του Τραχήλου Της Μήτρας……15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ……17

7.1.Θεραπευτικές Προσεγγίσεις……17
7.2.Παρακολούθηση Μετά Απο Τη Θεραπεία……18
7.3.ΠΡΟΛΗΨΗ: Πρωτογενής Δευτερογενής Τριτογενής……19

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ……20

Α.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ……20
Β.ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ……20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1……20

1.1Δυαδικό τεστ Παπανικολάου……20
1.2.Τέστ Παπανικολάου ανά χρόνο……21
1.3.Κολποσκόπηση και βιοψία……29
1.4.Χειρουργική Θεραπεία……38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΚΟΣΤΟΣ……40

2.1.Κοινωνικοοικονομικό Κόστος Για Το Καρκίνο Του Τραχήλου……40
2.2 Κόστος Για Το Καρκίνο Του Τραχήλου Για Το Κράτος……42
2.3.Κόστος Εμβολίου - Εμβολιασμοί Τα Έτη 2006 – 2013……48

3.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ……50

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Εικόνα 1. Ανατομικά Στοιχεία της Μήτρας……2
Εικόνα 2.Γυναικείο Γεννητικό Σύστημα……3
Εικόνα 3. Προετοιμασία της Γυναίκας για τεστ Παπανικολάου……4
Εικόνα 4. Λήψη Τεστ Παπανικολάου……4
Εικόνα 5. Healthy cervical smear, micrograph……6
Εικόνα 6. Cervical smear showing endometrial cancer……6
Εικόνα 7. Σχηματική απεικόνιση Κωνοειδούς εκτομής……10
Εικόνα 8. Κωνοειδής εκτομή……10
Εικόνα 9. Ιστολογικά Στάδια μετάπλασης του τραχήλου……14

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά FIGO……16
Πίνακας 1.1.Δυαδικό τεστ Παπανικολάου……20

Τέστ Παπανικολάου ανά χρόνο

Πίνακας1.2.1, 2006……22
Πίνακας 1.2.2, 2007……23
Πίνακας 1.2.3, 2008……24
Πίνακας 1.2.4, 2009……25
Πίνακας 1.2.5, 2010……26
Πίνακας 1.2.6, 2011……27
Πίνακας 1.2.7, 2012……28
Πίνακας 1.2.8, 2013……29

Κολποσκόπηση και Βιοψία:

Πίνακας 1.3.1. 2006……30
Πίνακας 1.3.2. 2007……31
Πίνακας 1.3.3. 2008……32
Πίνακας 1.3.4. 2009……33
Πίνακας 1.3.5. 2010……34
Πίνακας 1.3.6. 2011……35
Πίνακας 1.3.7. 2012……36
Πίνακας 1.3.8. 2013……37

Πίνακας 1.4.1. Χειρουργική θεραπεία 2006-2009.....38
Πίνακας 1.4.2. Χειρουργική θεραπεία 2009-2013.....39
Πίνακας 2.1.1. Εκτίμηση Κοινωνικού Κόστους της ασθένειας.....41
Πίνακας 2.1.2. Μέτρηση Ποιότητας Ζωής Συνδυασμός Ποσότητας & Ποιότητας. 42
Πίνακας 2.2.1 Κόστος Υστερεκτομής, Κωνοειδούς Εκτομής και Σταδιοποίησης του καρκίνου.....43
Πίνακας 2.2.2. Συνολικό κόστος επιβεβαιωμένων περιστατικών καρκίνου.....44
Πίνακας 2.2.3. Κόστος 7 έτους παρακολούθησης μετά από καρκίνο.....46
Πίνακας 2.2.4. Συνολικό Κόστος.....47
Πίνακας 2.3.1. Εμβολιασμοί ανά έτος.....48
Πίνακας 2.3.2 Θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου, γυναίκες, 2000 ως 2011.....49
Πίνακας 3.1. Ποσοστό γυναικών που υποβλήθηκαν σε προσυμπτωματικό έλεγχο τραχήλου της μήτρας.....51

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία ασχολείται με το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ο οποίος δυστυχώς, χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά θνησιμότητας παγκόσμιος και είναι ο πιο συχνός τύπος καρκίνου που συναντούμε στις αναπτυσσόμενες χώρες.
Η πρόληψη και η αντιμετώπιση του ,επομένως αποτελεί ένα θέμα μείζονος σημασίας. Η εξέταση κατά Παπανικολάου αποτελεί μέθοδο για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθώς ανιχνεύει μολύνσεις από ιούς (όπως είναι HPV),αλλοιώσεις στο τράχηλό και προκαρκινικά στάδια.
Ο συσχετισμός του καρκίνου αυτού με συγκεκριμένους τύπους του ίου HPV αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα προς αυτή την κατεύθυνση αφού υπάρχει η δυνατότητα στις γυναίκες να εμβολιαστούν με το εμβόλιο κατά του ίου αυτού και να προστατευτούν από τον καρκινικό του τραχήλου.
Η ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση που επιφέρει ο καρκίνος στα άτομα και κοινωνία γενικότερα μπορεί να μειωθεί με τη σωστή πρόληψη και ενημέρωση για το θέμα αυτό.

ΠΡΟΣΕΓΚΙΣΗ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα εργασία στηρίζεται σε τρεις πτυχές. α) Στη παρουσίαση του γυναικείου γεννητικού συστήματος, τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας , τη πρόληψη και θεραπεία του καρκίνου αυτού, β) Στην έρευνα που έγινε στο Νοσοκομείο Πάφου σχετικά με το θέμα αυτό και γ) Στα συμπεράσματα και εισηγήσεις για τη πρόληψή του.

Προκειμένου να προσεγγίσουμε τις πτυχές αυτές θα μελετηθεί σχετική βιβλιογραφία, παρεμφερείς εργασίες και αρθρογραφία. Επίσης θα χρησιμοποιηθούν στοιχεία από τη Στατιστική Υπηρεσία της Κύπρου και από την Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας (Υπουργείο Υγείας).
Αφού μελετηθεί το υλικό θα γίνει σύγκριση , καθώς και ποσοτική και ποιοτική ανάλυση των δεδομένων αυτών.
ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ: Σκοπός της ποσοτικής έρευνας είναι η εύρεση σχέσεων μεταξύ διαφόρων παραγόντων. Η ποσοτική έρευνα αναφέρεται στη συστηματική διερεύνηση φαινομένων με στατιστικές μεθόδους, μαθηματικά μοντέλα και αριθμητικά δεδομένα. Χρησιμοποιείται συνήθως αντιπροσωπευτικό δείγμα παρατηρήσεων και επιδιώκεται γενίκευση σε ένα ευρύτερο πληθυσμό. Η συλλογή δεδομένων γίνεται με δομημένα πρωτόκολλα, όπως ερωτηματολόγια, κλίμακες και δοκίμια επιτευγμάτων.
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ: Η ποιοτική έρευνα αποτελεί την κατάλληλη μεθοδολογική επιλογή για να διερευνηθούν σε βάθος οι αναπαραστάσεις, οι στάσεις, οι αντιλήψεις, τα

κίνητρα, τα συναισθηματικά και συμβολικά/ φαντασιακά δεδομένα και τα δεδομένα της συμπεριφοράς των ατόμων. Στόχος της ποιοτικής διερεύνησης δεν αποτελεί απλά η περιγραφή μιας στάσης ή μιας συμπεριφοράς αλλά η ολιστική κατανόηση. Η ποιοτική έρευνα διερευνά την εμπειρία των ατόμων και τα υποκειμενικά νοήματα που τη συγκροτούν, εστιάζοντας πάντα στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό (αξιακό και ιδεολογικό) πλαίσιο (context) στο οποίο εγγράφεται. Χαρακτηριστικά της ποιοτικής προσέγγισης είναι το μικρό δείγμα συμμετεχόντων, η ανάλυση λόγου ή/και κειμένων.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.1.*ΜΗΤΡΑ:*

Αποτελεί μέρος του θηλυκού αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας και είναι ένα κοίλο όργανο που εντοπίζεται στο εσωτερικό της ελάσσονος πυέλου και είναι σχήματος αχλαδιού. Χρησιμεύει στη κύηση και τον τοκετό. Αποτελείται από τον πυθμένα, το σώμα της μήτρας και τον τράχηλο. Προς τα πάνω και πλάγια εμφανίζει δύο διόδους που καταλήγουν στις σάλπιγγες και προς τα κάτω μέσω μίας οπής ενώνεται με το τράχηλο.

(Χατζημπούγιας Ι, 2007)

1.2.*ΩΟΘΗΚΕΣ:*

Οι ωοθήκες είναι ένα ζεύγος μικρών οργάνων που βρίσκονται από δεξιά και αριστερά της μήτρας. Έχουν αναπαραγωγική και ενδοκρινολογική λειτουργία, όπου παράγουν τις θηλυκές ορμόνες. Το μέγεθος τους μεταβάλλεται ανάλογα με το ποιά ωοθήκη θα γίνει ωοθυλακιορηξία αλλά και σε ποιά φάση του έμμηνου κύκλου βρίσκεται.

(Wikipedia.20016)

1.3.*ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ:*

Οι σάλπιγγες αποτελούν δύο λεπτεπίλεπτους αγωγούς, οι οποίοι έχουν μήκος 10-12 εκ., που εξορμούνται από τα δύο κέρατα της μήτρας και διανοίγονται προς την περιτοναϊκή κοιλότητα στο σημείο του κροσσωτού πέρατος ή το έξω στόμιο της σάλπιγγας, το οποίο είναι κοντά στον άνω πόλο των ωοθηκών. Το ελεύθερο άκρο των σαλπίγγων προς την περιτοναϊκή κοιλότητα συγκρατείται κοντά και σε άμεση συνάφεια προς τον άνω πόλο της σύστοιχης ωοθήκης με ένα επιμηκή κροσσό, ο οποίος είναι μέρος του κροσσωτού πέρατος της σάλπιγγας, για να είναι δυνατή η σύλληψη του ελευθερωμένου ωαρίου κατά την ωοθηλακιορρηξία. Οι σάλπιγγες εμφανίζουν τρία τμήματα, από τον ισθμό, ο οποίος αποτελεί τη στενότερη μοίρα της σάλπιγγας και βρίσκεται εντός του άνω χείλους του πλατέος συνδέσμου, από την λήκυθο, που αποτελεί την ευρύτερη μοίρα του ωαγωγού και από τον κώδων, που είναι το τελικό άκρο της σάλπιγγας και διαιρείται σε επιμήκεις κροσσούς που καλύπτουν ένα μέρος της ωοθήκης.

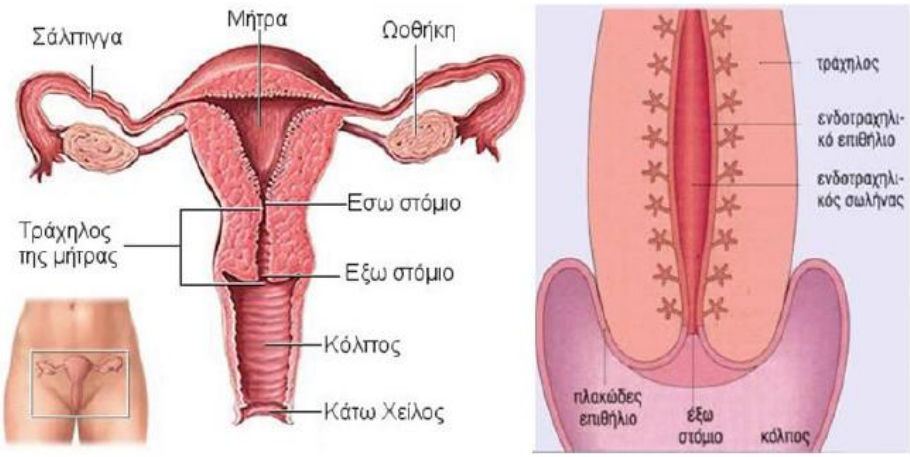
(Καλογερόπουλος,Α.,2004)

1.4. *ΚΟΛΠΟΣ:*

Ο κόλπος ή αλλιώς κολεός αποτελείται από ινομυώδη – ινοελαστικό ιστό που υποδέχεται κατά την συνουσία το εν στύση πέος και έχει μήκος 9-12 εκ. περίπου. Ο κόλπος εκτείνεται από τον πρόδομο μέχρι την μήτρα, τα οποία και ενώνει. Έχει κατεύθυνση προς τα πίσω και άνω (όταν η γυναίκα είναι όρθια), με γωνία 45 μοιρών προς το οριζόντιο επίπεδο και 90 μοιρών με τη μήτρα. Διακρίνεται στον θόλο του κόλπου, στο σώμα και το κάτω άκρο ή το στόμιο το.(Καλογερόπουλος, Α., 2004)

1. 5. *Ο ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ :*

Ο τράχηλος είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας. Ο τράχηλος έχει ένα άνοιγμα μέσω του οποίου επικοινωνεί η κοιλότητα της μήτρας με τον κόλπο. Μέσω του τραχηλικού ανοίγματος περνάει το αίμα της περιόδου και διοχετεύεται μέσα στον κόλπο και τελικά έξω από το σώμα.
Με τον ίδιο τρόπο μέσω του τραχηλικού ανοίγματος περνάνε τα σπερματοζωάρια από τον κόλπο, και μετακινούνται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας και από εκεί στις σάλπιγγες κατά τη γονιμοποίηση.(Stoppard 2003) Ο τράχηλος της μήτρας είναι μια περιοχή του σώματος, όπου αναπτύσσονται σημαντικές παθήσεις όπως ο καρκίνος. Βρίσκεται στο ανώτερο μέρος του κόλπου της γυναίκας και ουσιαστικά είναι εκτεθειμένος σε μικροοργανισμούς και ιούς. Για παράδειγμα όταν υπάρχει ερωτική επαφή, το ανδρικό πέος έρχεται σε επαφή με τον τράχηλο και με αυτόν τον τρόπο μπορούν να μεταδοθούν ιοί. Υπάρχει μια σειρά ιών που ονομάζονται Ιοί Ανθρώπινων Θηλωμάτων (Human Papilloma viruses-HPV) οι οποίοι είναι ευρύτατα διαδεδομένοι μεταξύ των ανθρώπων και ορισμένοι ορότυποι αυτών των ιών προκαλούν προκαρκινικές αλλοιώσεις μέχρι και καρκίνο. Υπολογίζεται ότι το 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας προκαλούνται από τους ιούς HPV 16 και 18.(Ασημακόπουλος & Μανταλενάκης 2002) . Το τμήμα της μήτρας που προβάλλει εντός του κόλπου λέγεται τράχηλος. Διακρίνεται στον εξωτράχηλο και τον ενδοτράχηλο. .(Stoppard 2003)



Εικόνα 1: Ανατομικά στοιχεία της μήτρας.

(www.healthtap.com)

1.6. *ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ:*

Ο τράχηλος αποτελείται από δύο ειδών επιθήλια, το πλακώδες το οποίο βρίσκεται στον εξωτράχηλο και το κυλινδρικό επιθήλιο το οποίο καλύπτει τον ενδοτράχηλο. Το πλακώδες επιθήλιο καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του εξωτράχηλου και του κόλπου.

Σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έχει την εικόνα ενός ροζ και αδιαφανούς στρώματος, ενώ σε μετεμμηνοπαυσιακές αποτελείται από λιγότερα στρώματα, το χρώμα τους είναι πιο ανοιχτό ροζ και είναι επιρρεπές σε τραυματισμούς οι οποίοι φαίνονται σαν μικρές αιμορραγίες ή πετέχιες.

Η Ζώνη Μετάπτωσης είναι η περιοχή στην οποία το πλακώδες επιθήλιο μεταβαίνει σε κυλινδρικό, το οποίο αποτελείται από μόνο ένα στρώμα και καλύπτει όλη την επιφάνεια του ενδοτραχήλου. Κάτω από το μικροσκόπιο, έχει την εικόνα έντονου κόκκινου χρώματος. Έχει καθορισμένο σημείο και εμφανίζεται ξεκάθαρα σχηματίζοντας μία γραμμή.

(World Health Organization,WHO, (2006)

ΕΙΚΟΝΑ 2 Γυναικείο γεννητικό Σύστημα (www.healthtap.com)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

2.1.*ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ:*

Το **Τεστ Παπανικολάου** ή απλούστερα **Τεστ Παπ** ή αλλιώς και **Μέθοδος Παπανικολάου** είναι μια μέθοδος εργαστηριακής διερεύνησης της κατάστασης του τραχήλου της μήτρας.(Εξέταση ρουτίνας-screening test) Χρησιμοποιείται για την ανίχνευση ιών και δυνητικά προ-καρκινικών και καρκινικών καταστάσεων στον γυναικείο τράχηλο της μήτρας (της αρχής της μήτρας). Μη φυσιολογικά ευρήματα συνήθως οδηγούν στην πραγματοποίηση περισσότερο ευαίσθητων διαγνωστικών διαδικασιών και αν απαιτείται, σε επεμβάσεις ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη καρκίνου στην περιοχή. (wikipedia.2016)

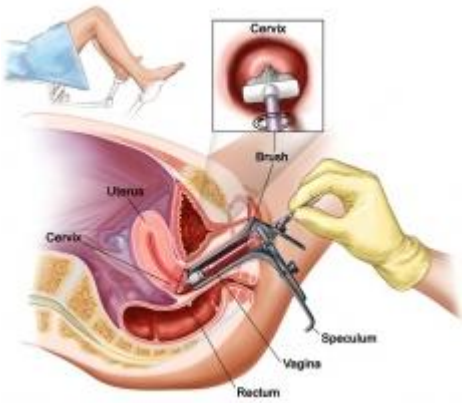
2.2. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ:

Η γυναίκα δεν πρέπει να κάνει κολπική πλύση για 24 ως 48 ώρες πριν και δεν πρέπει να έχει περίοδο. Η παρουσία αίματος στο τεστ κάνει αδύνατη την εξέταση των κυττάρων. Επίσης δεν πρέπει να έχει υπάρξει σεξουαλική επαφή τις τελευταίες δύο μέρες.

Ένα τεστ Παπανικολάου γίνεται με το άνοιγμα του κολπικού καναλιού με ένα κάτοπτρο και, στη συνέχεια συλλέγοντας τα κύτταρα στο εξωτερικό άνοιγμα του τραχήλου, στη ζώνη μετασχηματισμού (όπου τα εξωτερικά πλακώδη κύτταρα του τραχήλου συναντούν τα εσωτερικά αδενικά ενδοτραχηλικά κύτταρα). Η συλλογή κυττάρων γίνεται χρησιμοποιώντας την ειδική "σπάτουλα". Μια ενδοτραχηλική βούρτσα περιστρέφεται στο μέσο άνοιγμα του τραχήλου. Τα κύτταρα τοποθετούνται σε γυάλινο πλακίδιο και μεταφέρονται στο εργαστήριο για την ανάλυση τους. Τα κύτταρα συλλέγονται και εξετάζονται κάτω από ένα μικροσκόπιο για ανωμαλίες .

Το τεστ Παπανικολάου συνιστάται από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής μιας γυναίκας και κατόπιν, ετησίως μέχρι την ηλικία των 65 ετών περίπου (των οποίων οι προηγούμενες εξετάσεις ήταν αρνητικές). Εάν τα αποτελέσματα είναι μη φυσιολογικά , και ανάλογα με τη φύση της ανωμαλίας , το τεστ μπορεί να χρειαστεί να επαναληφθεί σε τρείς έως έξι μήνες . Αν η ανωμαλία απαιτεί προσεκτικότερη εξέταση ,το άτομο παραπέμπεται για λεπτομερή εξέταση του τραχήλου της μήτρας από την κολποσκόπηση . Το άτομο μπορεί επίσης να παραπέμπεται για τεστ HPV , το οποίο μπορεί να χρησιμεύσει ως συμπλήρωμα του τεστ Παπ.

ΕΙΚΟΝΑ 3. (www.sciencephoto.com)



ΕΙΚΟΝΑ 4.Λήψη Τέστ Παπανικολάου (www.bestrong.org.gr/pictures)

Αποτελέσματα του τεστ Παπανικολάου:

Το τεστ αποτελεί την πρώτη γραμμή εντοπισμού του ιού HPV και αποσκοπεί στην ανίχνευση, δυνητικά προ- καρκινικών αλλοιώσεων, που ονομάζεται τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN) ή δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας. Το πλακώδες ενδοεπιθηλιακό σύστημα βλάβης (SIL) χρησιμοποιείται επίσης για να περιγράψει ανωμαλίες, που προκαλούνται από σεξουαλικά μεταδιδόμενους ιούς των ανθρωπίνων θηλωμάτων . Το τεστ παραμένει μια αποτελεσματική , ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος για την έγκαιρη ανίχνευση των προ- καρκίνου και καρκίνου του τραχήλου.

2.3.*ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ:*

Το τεστ επινοήθηκε και πήρε το όνομά του από τον διαπρεπή Έλληνα γιατρό Γεώργιο Παπανικολάου ο οποίος ξεκίνησε την έρευνά του το 1923. Ο Aurel Babeş από τη Ρουμανία, εργαζόμενος ανεξάρτητα έφτασε σε παρόμοιες ανακαλύψεις το 1927. Ωστόσο , πρέπει να σημειωθεί ότι η μέθοδος του Babeş ήταν ριζικά διαφορετική από αυτή του Παπανικολάου .
Το όνομά του Παπανικολάου είχε επανειλημμένα υποβληθεί στην Επιτροπή Νόμπελ και απορριπτόταν κάθε φορά . Η Επιτροπή Νόμπελ μεταβίβασε την εις βάθος διερεύνηση των προσόντων και των μειονεκτημάτων του Παπανικολάου στον αείμνηστο καθηγητή Santesson , ο οποίος την εποχή εκείνη ήταν ο επικεφαλής της παθολογίας στο Ινστιτούτο της Στοκχόλμης για τον καρκίνο (Radiumhemmet) . Ο ερευνητής ανακάλυψε συνεισφορά του Babeş που δεν είχε ποτέ αναφερθεί από τον Παπανικολάου και ανέφερε δεόντως το γεγονός αυτό στην Επιτροπή , η οποία στη συνέχεια απέρριψε το βραβείο Νόμπελ του.

2.4.*Ταξινόμηση Κυτταρολογικών Ευρημάτων Στο Τεστ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ:*

Η ονομασία και η ταξινόμηση των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας έχει αλλάξει πολλές φορές. Το σύστημα ταξινόμησης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ήταν περιγραφικό, χαρακτηρίζοντας την αλλοίωση ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή δυσπλασία (ανάλογα με το πάχος του τραχηλικού επιθηλίου που καταλαμβάνεται απο νεοπλασματικά κύτταρα) ή καρκίνωμα in situ-CIS (αλλοιώσεις στις οποίες όλο το πάχος του επιθηλίου έχει αντικατασταθεί από αδιαφοροποίητα νεοπλασματικά κύτταρα).

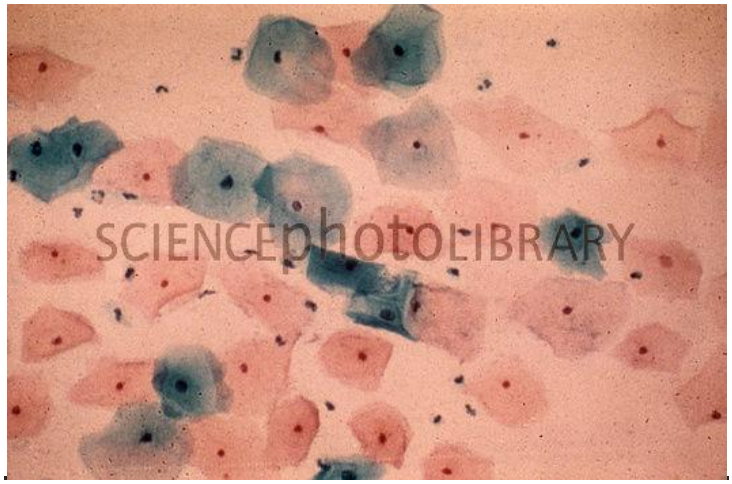
Ο όρος τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (Cervical Intraepithelial Neoplasia ή CIN) αναπτύχθηκε αργότερα και κατατάσσει την ήπια δυσπλασία ως CIN1, τη μέτρια ως CIN2 και τη σοβαρή δυσπλασία και το καρκίνωμα in situ ως CIN3.

Η πιο πρόσφατη κατάταξη είναι η Bethesda. Τα διάφορα αποτελέσματα χαρακτηρίζονται ως φυσιολογικά η μη σύμφωνα με αυτό το σύστημα και Περιλαμβάνουν:

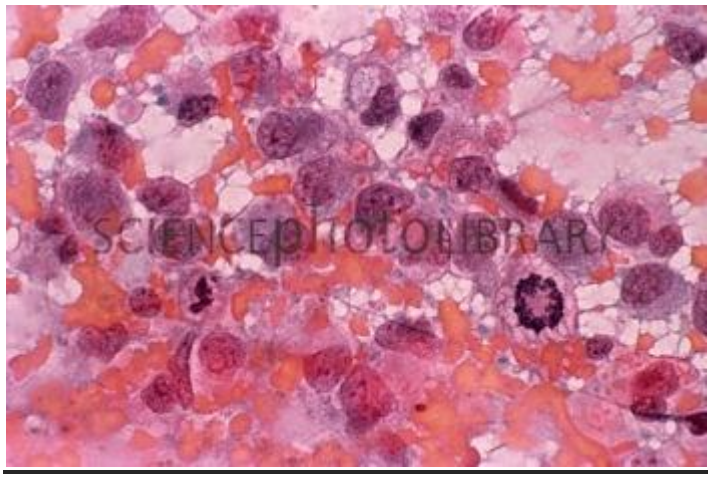
Ανωμαλίες των πλακωδών κυττάρων (SIL)
Άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιόριστης σημασίας (ASC-US)
Χαρακτηριστικά πλακώδη κύτταρα– δεν εξαιρούνται τα κύτταρα HSIL (ASC-H)
Χαμηλού βαθμού αλλοιώσεις του πλακώδους επιθηλίου (Low Grade- LGSIL or LSIL)
Υψηλού βαθμού αλλοιώσεις του πλακώδους επιθηλίου (High Grade- HGSIL or HSIL)
Καρκίνωμα των πλακωδών κυττάρων

Ανωμαλίες των αδενικών επιθηλιακών κυττάρων
Άτυπα ,μη προσδιορισμένα αδενικά κύτταρα (AGC or AGC-NOS)

Η LGSIL αντιστοιχεί στο CIN1, ενώ η HGSIL στο CIN2 και CIN3. Αυτό έγινε διότι η αντιμετώπιση στη πρώτη (Low Grade) ομάδα, είναι διαφορετική από την δεύτερη (High Grade).



Healthy cervical smear, micrograph
ΕΙΚΟΝΑ 5 (www.sciencephoto.com)



Cervical smear showing endometrial cancer
ΕΙΚΟΝΑ 6(www.sciencephoto.com)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
Ο ΙΟΣ HPV

3.1.*ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΙΟΣ Human Papilloma Virus (HPV):*

Ο ιός αυτός ανήκει στην κατηγορία των papillomaviruses. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά των οποίων είναι το μικρό τους μέγεθος και χωρίς εξωτερικό περίβλημα , η κοινή τους γενετική δομή, το κυκλικό διπλής έλικας DNA που περιέχει κατά κύριο λόγο οκτώ περιοχές κωδικοποίησης (εν δυνάμει γονίδια) και έχουν την

ιδιότητα να προσβάλλουν τα επιθηλιακά κύτταρα. Σε αυτήν την ιδιότητα έγκειται και η σχέση του ιού με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η ομαδοποίηση των τύπων γίνεται με βάση την ομοιότητα στο γενετικό τους κώδικα και συνεπάγεται ανάλογη ομοιότητα στις ιδιότητες που παρουσιάζουν. Οι πιο υψηλόβαθμες ομάδες τύπων του ιού ονομάζονται γένη (genus). Μέχρι σήμερα έχουν σχηματιστεί 16 γένη που αναγνωρίζονται με βάση τα ελληνικά γράμματα. Σύμφωνα με το Pubmed (2010 May 25:401(1):70-9. Epub2010 Mar 5) μέχρι στιγμής έχουν αναγνωρισθεί 189 υπότυποι του ιού των θηλωμάτων από τους οποίους οι 120 προσβάλλουν τον άνθρωπο, και οι 40 είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενοι και μολύνουν την περιοχή των γεννητικών οργάνων. Μεταδίδονται **εύκολα** ακόμη και μέσω στενής δερματικής επαφής . Περίπου 15 HPV τύποι θεωρούνυαι υψηλού κινδύνου και μπορεί να προκαλέσουν Καρκίνο Τραχήλου Μήτρας.

Εκείνο το γένος που σχετίζεται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είναι το πρώτο (Alphapapillomaviruses). Ειδικότερα οι HPV16 και HPV18, ευθύνονται για το 70% περίπου των διαγνώσεων καρκίνου της μήτρας. Ο HPV 16 ευθύνεται για τα καρκινώματα πλακώδους επιθηλίου και ο HPV 18 για τα αδενοκαρκινώματα τραχήλου. Ένας μεγάλος αριθμός τύπων του ιού μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά από το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού, χωρίς να προκαλέσουν καρκίνο.

3.2. ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ:

Ο χρόνος επώασης του ιού στο ξενιστή είναι ακαθόριστος. Τα κονδυλώματα μπορεί να εμφανιστούν σε λίγες βδομάδες (περίπου ένα μήνα) έως και 3 μήνες μετά την επαφή και σε σπάνιες περιπτώσεις μερικά χρόνια μετά. Επίσης είναι πιθανό να μολυνθεί κάποιος από τον ιό, αλλά να μην εμφανίσει ποτέ κονδυλώματα, γιατί αυτό εξαρτάται από τη κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος του ατόμου.

Τα κονδυλώματα μπορεί να εμφανιστούν σε περιόδους που το ανοσοποιητικό σύστημα εξασθενεί και δεν μπορεί να καταστείλει τον ιό. Παράγοντες εμφάνισης τους (από μια παλαιότερη μόλυνση) είναι:

- Ψυχολογική πίεση – Έντονο στρες
- Ορμονικές διαταραχές λόγω λήψης αντισυλληπτικών ή εγκυμοσύνης
- Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα
- Λοίμωξη από τον ιό HIV (ο ιός που προκαλεί AIDS)
- Μόλυνση από άλλες γεννητικές λοιμώξεις
- Καταστάσεις που προκαλούν ανοσοκαταστολή

3.3.ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ HPV:

Όπως παρατηρείται και σε άλλα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα, οι λοιμώξεις με τον HPV μπορούν να προκαλέσουν κλινική ή υποκλινική νόσο. Στην κλινική νόσο περιλαμβάνονται οι βλάβες που είναι ορατές με το γυμνό μάτι, με τη μορφή των θηλωμάτων ή ακροχορδονωδών εκβλαστήσεων ή οξυτενών κονδυλωμάτων, συνήθως πολλαπλών. Οι βλάβες αυτές εντοπίζονται στην είσοδο του κολεού (73%), στα μικρά χείλη του αιδοίου, και στην κλειτορίδα (32%), στα μεγάλα χείλη (31%), στο περίνεο (23%), και στον κόλπο (15%). Στα μεγάλα χείλη του αιδοίου συνηθέστερα είναι τα οξυτενή κονδυλώματα, τα οποία είναι πολυκεντρικά και συνενούμενα σχηματίζουν μεγάλες μάζες. Στην υποκλινική νόσο περιλαμβάνονται

‘’μηκρονδυλωματώδεις’’ βλάβες του τραχήλου, του κόλπου, του αιδοίου και του περινέου. Οι βλάβες στον τράχηλο έχουν την μορφή ‘’εξωφυτικών’’ ή ‘’επίπεδων’’ κονδυλωμάτων και είναι δυνατό να καταδειχθούν με την κολποσκόπηση. Στην εγκυμοσύνη παρατηρείται σημαντική αύξηση των γεννητικών κονδυλωμάτων, επειδή πιθανώς ελαττώνεται η κυτταρική ανοσιακή απάντηση. Η μητρική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων με HPV μπορεί να μεταδοθεί στο έμβρυο κατά τον τοκετό.

(Καλογερόπουλος,Α. 2004).

3.4.*ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ:*

Τα κονδυλώματα είναι μία ασθένεια που τα ψηλά ποσοστά υποτροπής της συμβάλλει στις άμεσες ιατρικές δαπάνες, στην απώλεια της παραγωγικότητας και στην αύξηση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων. Σύμφωνα με μια ολοκληρωμένη βιβλιογραφική έρευνα που διεξήχθη για την παγκόσμια επίπτωση και τον επιπολασμό των κονδυλωμάτων μεταξύ 2001 και 2012 και με τις βάσεις δεδομένων των PubMed και EMBASE (Συμμετείχαν μελέτες με γενικό πληθυσμό ενηλίκων ηλικίας 20 έως 40 ετών) η συχνότητα εμφάνισης των κονδυλωμάτων είχε ως εξής:

Οι συνολικές μελέτες (άνδρες και γυναίκες σε συνδυασμό) ανέφεραν ετήσια συχνότητα εμφάνισης κονδυλωμάτων με κύμανση 160-289 ανά 100.000, με μέσο όρο 194,5 ανά 100,000. Τα νέα περιστατικά εμφάνισης στους άνδρες κυμαίνονται 103 - 168 ανά 100.000 με μέσο όρο 137 ανά 100.000 και στις γυναίκες 76-191 ανά 100.000, με μέσο όρο 120,5 ανά 100.000 ανά έτος. Η συχνότητα των επαναλαμβανόμενων περιστατικών ήταν 110 ανά 100.000 στις γυναίκες και 163 ανά 100.000 στους άνδρες. Η επίπτωση κορυφώθηκε στις ηλικίες πριν από τα 24 στις κοπέλες και μεταξύ των 25-29 στους άνδρες. Ο συνολικός επιπολασμός των κονδυλωμάτων που βασίζεται σε αναδρομικές διοικητικές βάσεις δεδομένων ή γραφήματα ιατρικών κριτικών ή μελλοντικές εκθέσεις, ο οποίος κυμαινόταν από 0,13% σε 0,56%. Ενώ με βάση εξετάσεων των γεννητικών οργάνων κυμάνθηκε από 0,2% σε 5,1%.(Patel H, Wagner M, Singhal P, Kothari S., 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

4.1.*ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΒΙΟΨΙΑ:*

Πριν από οποιαδήποτε θεραπεία στον τράχηλο της μήτρας, πρέπει να έχει γίνει πλήρης διαγνωστική προσπέλαση. Ο κλοποσκοπικός έλεγχος κρίνεται απαραίτητος προεγχειρητικά για να επιλεγεί η σωστή μέθοδος ανάλογα με τις ανατομικές ιδιομορφίες στην κάθε περίπτωση. Επίσης, γίνεται έλεγχος για ύπαρξη φλεγμονών στον τραχηλικό ιστό και στον κόλπο και εάν ανευρεθούν γίνεται θεραπεία και επανάληψη του τεστ Παπανικολάου σε τρις με έξη μήνες. Η επέμβαση αυτή γίνεται συνήθως με τοπική αναισθησία.

4.1.α. Η Κολποσκόπηση είναι εξέταση του τραχήλου της μήτρας με μια οπτική συσκευή, εφοδιασμένη με ισχυρό φωτισμό και μεγεθυντικούς φακούς. Πραγματοποιείται με την εισαγωγή στον κόλπο ενός ειδικού οργάνου που διαστέλλει

τα τοιχώματά του, επιτρέποντας μας έτσι την οπτική εξέταση του τραχήλου της μήτρας, με την ειδική συσκευή που προαναφέραμε ,για να εντοπιστούν ακόμη και πολύ μικρές βλάβες, που θα ήταν αόρατες με γυμνό μάτι. Το γεγονός έχει μεγάλη σημασία για την πρόληψη της ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που βρίσκεται ακόμη στην αρχή του και τη διάγνωση φλεγμονών. Υπάρχει η δυνατότητα επίσης να αφαιρεθούν τμήματα του ιστού, ώστε να γίνει λεπτομερέστερη εξέταση στο μικροσκόπιο (βιοψία). Σκοπός της κολποκόπησης είναι η αξιολόγηση της ζώνης μετάπλασης για: α) εντοπισμό των πλέων άτυπων θέσεων για τη λήψη βιοψιών και, β) αποκλεισμό ή αποκάλυψη διήθησης.
(wikipedia.2016)

4.1.β. Ιστοπαθολογική εξέταση: Αυτή γίνεται συνήθως μετά από ένα ύποπτο τεστ επιχρίσματος Παπανικολάου και κατά τη διάρκεια της κολποσκόπησης, προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα του επιχρίσματος Παπανικολάου. Είναι η εργαστηριακή εξέταση του καρκινικού ιστού, αφού έχει αφαιρεθεί ένα δείγμα από τον τράχηλο (βιοψία). Αυτή η εργαστηριακή εξέταση γίνεται από έναν παθολογοανατόμο, ο οποίος θα επιβεβαιώσει ή όχι τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και θα δώσει περισσότερες πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά των προ-καρκινικών βλαβών (CIN 1 έως 3) και του καρκίνου. Η βιοψία λαμβάνεται από τον γιατρό με μια ειδική λαβίδα που εισάγεται μέσα στον κόλπο κατά τη διάρκεια της κολποσκόπησης.

4.2.ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ:

Η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου της μήτρας είναι μια μικρή χειρουργική επέμβαση που διενεργείται υπό μεγέθυνση από το κολποσκόπιο, κατά την οποία αφαιρείται ένα κομμάτι του τραχήλου, σχήματος κώνου και αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση (βιοψία).Η κωνοειδής εκτομή εκτός από διαγνωστικό, έχει και θεραπευτικό χαρακτήρα. Συνιστάται σε περιπτώσεις παθολογικών αποτελεσμάτων στο τεστ Παπανικολαου ή στην κολποσκόπηση. Η κωνοειδής εκτομή μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη χρήση: νυστεριού, Laser διοξειδίου του άνθρακα (CO2), Μονοπολικής διαθερμίας με τη μορφή αγκύλης (LETZ), Μονοπολικής διαθερμίας με τη μορφή βελόνης(NETZ). http://www.drhintipas.gr

Πριν την επέμβαση προκειμένου να αποφασιστεί η έκταση και το βάθος της εκτομής διενεργείται κολποσκόπηση, για χαρτογράφηση της δυσπλασίας, ιστολογική κατάταξη του βαθμού της κυτταρικής ατυπίας (CIN I, CIN II, CINIII), του είδους της επιθηλιακής βλάβης (αδενικό, ή πλακώδες επιθήλιο κ.α.)

Η επέμβαση αυτή γίνεται για να διαγνωστεί η αιτία των παθολογικών μεταβολών των κυττάρων, αλλά και για να αφαιρεθεί θεραπευτικά ο παθολογικός ιστός. Θεωρείται «χειρουργείο μιας ημέρας» και πραγματοποιείται περίπου σε 15-20 λεπτά. Οι περισσότερες γυναίκες αναρρώνουν πλήρως σε μία βδομάδα. Μετά το χειρουργείο υπάρχει κολπική αιμόρροια φυσιολογικά για περίπου μία βδομάδα.

4.2.α.Μεθόδοι Κωνοειδούς Εκτομής:

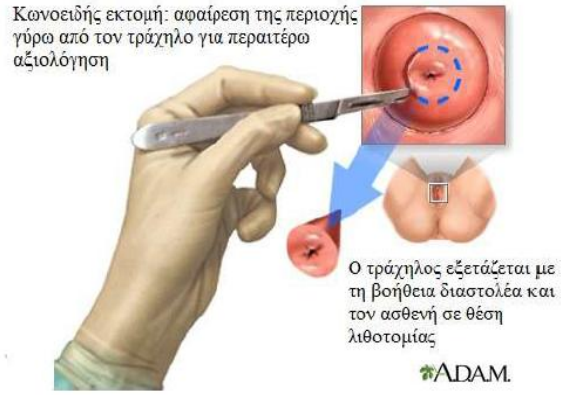
Αγκύλη Διαθερμίας: Η συγκεκριμένη τεχνική ονομάζεται και LEEP (Loop Electrosusgical Excision Procedure ,Ονομασία U.S.A) ή LLETZ (Large Loop Excision of the Transformation Zone, Ονομασία U.K). Χρησιμοποιείται μια μεταλλική αγκύλη που θερμαίνεται με τη χρήση ηλεκτρισμού (υψίσυχνο εναλλασσόμενο ρεύμα) και αποκόπτει το τραχηλικό ιστό για ιστολογική εξέταση.

Πλεονεκτίματα αυτής της μεθόδου είναι η απλότητα της, η τοπική αναισθησία, η γρήγορη επούλωση και η μικρή απώλεια αίματος. Τα όρια της εκτομής με τη μέθοδο αυτή επηρεάζονται από τη θερμική βλάβη και έτσι υπάρχει η πιθανότητα αβεβαιότητα προς τη πλήρη αφαίρεση της βλάβης, λόγω αδυναμίας εκτίμησης των ορίων εκτομής.

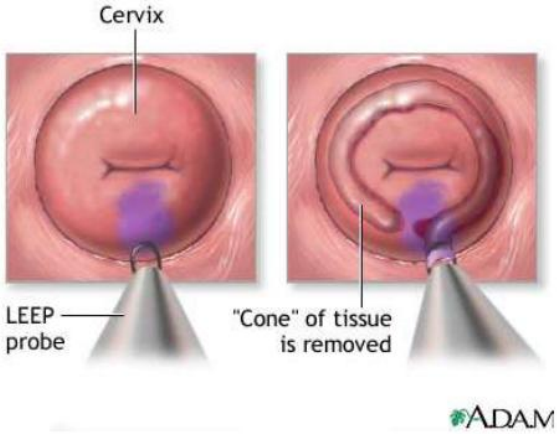
Κωνοειδής Εκτομή με Laser:

Η Ζώνη Μετάπλασης αφαιρείται με τη χρήση δέσμης Laser διοξειδίου του άνθρακα.

Κωνοειδής Εκτομή με νυστέρι:Απαιτεί χορήγηση γενικής αναισθησίας. Γίνεται μόνο σε επιλεγμένες περιπτώσεις όταν η Ζώνη Μετάπλασης εισέρχεται βαθιά στον ενδοτραχηλικό σωλήνα και όπου υπάρχει φόβος αδενοκαρκινώματος στον ενδοτράχηλο.



ΕΙΚΟΝΑ 7.Σχηματική απεικόνιση κωνοειδούς εκτομής(www.adameducation.com)



ΕΙΚΟΝΑ 8.(www.adameducation.com)

4.3.*ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ:*

Υστερεκτομή ονομάζεται η αφαίρεση της μήτρας. Μπορεί να συνοδεύετε από αφαίρεση ή όχι των ωοθηκών και των σαλπίγγων. Η υστερεκτομή μπορεί να είναι:

• Υφολική, κατά την οποία δεν αφαιρείται ο τράχηλος, αλλά μόνο το σώμα της μήτρας.

• Ολική, όταν αφαιρείται και ο τράχηλος.

• Ριζική, όπου αφαιρείται η μήτρα με τον τράχηλο και το άνω τριτημόριο του κόλπου και γίνετε λεμφαδενικός καθαρισμός της πυέλου.

• Μαιευτική, όπου αφαιρείται η μήτρα (συνήθως χωρίς τον τράχηλο), για την αντιμετώπιση ακατάσχετης αιμορραγίας μετά από τοκετό, όταν τα συντηρητικά μέτρα αποτυγχάνουν.

Υπάρχουν τρείς τρόποι Υστερεκτομής: α) Τη κοιλιακή Υστερεκτομή όπου η αφαίρεση της μήτρας γίνεται μέσω μίας τομής στην κοιλιά. β) Την κολπική Υστερεκτομή, όπου η αφαίρεση της μήτρας γίνεται διαμέσου του κόλπου και στη γυναίκα δεν γίνεται καμία τομή. Και γ) τη Λαπαροσκοπική και ρομποτική Υστερεκτομή, εδώ η αφαίρεση της μήτρας γίνετε μέσω τεσσάρων μικρών τομών στην κοιλιά (περίπου 1cm), με τη βοήθεια κάμερας και ειδικών εργαλείων. Το είδος της επέμβασης εξαρτάται από την πάθηση για την οποία γίνετε η επέμβαση, το μέγεθος της μήτρας, το ιστορικό προηγούμενων επεμβάσεων στην περιοχή, τη συνύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας και την εμπειρία του χειρουργού σε κάθε μια από τις μεθόδους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ:

5.1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΤΙ ΠΕΡΙΕΧΕΙ ΤΟ HPV ΕΜΒΟΛΙΟ ΣΤΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΥ:

Το εμβόλιο αυτό δεν εμπεριέχει τον ίδιο τον ιό ή τμήμα του και έτσι δεν μπορεί να μολύνει τον οργανισμό. Είναι μη λοιμογόνο, ανασυνδυασμένο και περιέχει μία πρωτεΐνη του ιού που παράγεται με τεχνητό τρόπο, η οποία μιμείται τη φυσική λοίμωξη και παράγει αντισώματα στον οργανισμό.Ουσιαστικά ο εμβολιασμός εστιάζει στην πρόληψη της λοίμωξης μέσω της δημιουργίας «εξουδερερωτικών αντισωμάτων, τα οποία δεσμεύονται στι ιικό καψήδιο και προλαμβάνουν την λοίμωξη.(WHO, 2007). Στο εμπόριο κυκλοφορούν δύο προφυλακτικά εμβόλια για την πρόληψη της μόλυνσης από τον ιό HPV.

Είναι το μοναδικό μέσο πρωτογενούς πρόληψης από τον ιό που προκαλεί τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Όλα τα επιστημονικά δεδομένα των κλινικών μελετών δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα του εμβολίου προσεγγίζει το 100% στην πρόληψη των ογκογόνων τύπων 16&18.

Υπάρχουν και άλλοι HPV τύποι υψηλού κινδύνου για εκδήλωση καρκίνου ή προκαρκινικών αλλαγών οι οποίοι δεν εμπεριέχονται στο εμβόλιο γι ΄αυτό και δεν πρέπει να παραλείπεται ο ετήσιος έλεγχος με τη δοκιμασία κατά Παπανικολάου.

5.2.*ΠΩΣ ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ:*

Το εμβόλιο χορηγείται σε τρείς δόσεις στους μήνες 0,1(ή2) και 6, με ενδομυϊκές ενέσεις. Οι τρείς αυτές δόσεις είναι καλύτερα να χορηγούνται εντός ενός έτους παρόλο που μπορούν να ακολουθηθούν εναλλακτικά σχήματα.Στα κορίτσια από 9 εώς 15 ετών ο εμβολιασμός χορηγείται σε μόνο δύο δόσεις.

Όλα τα κορίτσια και νεαρές γυναίκες από 9 έως 26 ετών μπορούν να εμβολιασθούν και δεν απαιτείται καμία εξέταση πριν. Το ηλικιακό αυτό υποσύνολο έχει καθοριστεί βάση επιδημιολογικών και οικονομοτεχνικών μελετών. Ο εμβολιασμός έχει καλύτερα αποτελέσματα πριν από την έναρξη της σεξουαλικής

δραστηριότητας, ενώ δεν αποτελεί αντένδειξη η εκτέλεση του σε γυναίκες σεξουαλικά ενεργές και μεγαλύτερες των 26 ετών .

5.3. *ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΗΣ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ:*

Το εμβόλιο δεν μπορεί να χορηγηθεί σε άτομα με υπερευαισθησία σε κάποιο συστατικό όσο αφορά το εμβόλιο σε ιστορικό υπερευαισθησίας στην ζύμη. Επίσης αντενδείκνυται σε αναφυλακτική αλλεργία στο λατέξ. Σε ασθενείς με μέτρια ή οξεία ασθένεια (σε αυτή τη περίπτωση περιμένουν μέχρις ότου βελτιωθεί η υγεία τους). Τέλος ο εμβολιασμός σε εγκυμονούσες γυναίκες είναι καλό να αποφεύγεται.

5.4.*Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ:*

Η αποτελεσματικότητα σε γυναίκες που δεν έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων είναι πολύ υψηλή και στα δύο εμβόλια στους γονότυπους που συμπεριλαμβάνει το εμβόλιο. Συγκεκριμένα έναντι κάποιας εμμένουσας λοίμωξης από τους τύπους 16,18 η αποτελεσματικότητα είναι περίπου 90% σε γυναίκες που έλαβαν και τις τρεις δόσεις του εμβολίου. Για τους CINII και CINIII που προκλήθηκαν από τους τύπους 16,18 η αποτελεσματικότητα φτάνει μέχρι και το 100% στις γυναίκες που έλαβαν το τετραδύναμο εμβόλιο κατά του ιού.

Για γυναίκες που έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό είναι διαθέσιμο μόνο το τετραδύναμο εμβόλιο και αυτό λόγο των δεδομένων που έχουν προκύψει για την αποτελεσματικότητα, την ανοσογονικότητα και την ασφάλεια που μπορεί να προσφέρει για τους συγκεκριμένους γονότυπους. Οι δόσεις του τετραδύναμου εμβολίου σε γυναίκες που έχουν μολυνθεί με έστω έναν από τους τύπους του δεν αλλάζουν την εξέλιξη της νόσου αλλά προσφέρουν υψηλή προστασία για τους υπόλοιπους τύπους του HPV εμβολίου. (WHO, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6
Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

6.1.*ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ:*

Οι αιτίες και οι παράγοντες κινδύνου στο καρκίνο γενικά δεν είναι απόλυτα γνωστές. Όσο αφορά το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας υπάρχουν ορισμένοι συσχετισμοί και παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωσή του. Οι σημαντικότεροι είναι:

- Μόλυνση από τον ιό Human Papilloma Virus(HPV).
- Σεξουαλική δραστηριότητα. Όσο νωρίτερα στην ηλικία αρχίσει μια γυναίκα τη σεξουαλική δραστηριότητα και όσο πιο πολλούς ερωτικούς συντρόφους έχει, τόσο περισσότερο είναι αυξημένος ο κίνδυνος. Αυτό έχει σχέση με την μόλυνση από τον ιό HPV.
- Ηλικία. Οι καρκίνοι που ανιχνεύονται στο τράχηλο και δεν έχουν εξαπλωθεί στα υπόλοιπα μέρη του σώματος είναι αυξημένα στις ηλικίες 20-30 ετών.
- Κάπνισμα. Το κάπνισμα έχει τη δυνατότητα να δημιουργεί χημικές ενώσεις οι οποίες προκαλούν βλάβες στα κύτταρα του τραχήλου και έτσι δημιουργείται ένα υπόστρωμα όπου μπορεί να αναπτυχθεί ΚΤΜ.

- Τεστ Παπανικολάου. Οι γυναίκες που δεν έκαναν ποτέ ή δεν κάνουν τακτικά τεστ Παπανικολάου, έχουν υψηλό κίνδυνο να παρουσιάσουν ΚΤΜ.
- AIDS. Γυναίκες που έχουν νοσήσει από AIDS έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν ΚΤΜ.
- Λοίμωξη από χλαμύδια.
- Κακή διατροφή (φτωχή σε βιταμίνες Α και C)
- Ανοσοκαταστολή μετά από μεταμόσχευση οργάνου
- Χρήση αντισυλληπτικών από το στόμα για μεγάλο χρονικό διάστημα.

(Αντσακλής 2008)

6.2.ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο Καρκίνος του Τραχήλου της Μήτρας συνήθως δεν προκαλεί πόνο. Γι' αυτό η ασθένεια μπορεί να εξελιχθεί αθόρυβα χωρίς συμπτώματα. Δεν υπάρχει συνήθως κανένα κλινικό σημείο του καρκίνου του τραχήλου που βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο αλλά μπορεί να ανιχνευθεί εγκαίρως με ετήσιο προσυμπτωματικό έλεγχο (screening test).

Σε αρχικό στάδιο μπορεί να μην προκαλεί κλινικά συμπτώματα και σημεία.

Οι πρώτες ενοχλήσεις εμφανίζονται όταν τα ανώμαλα κύτταρα γίνουν πλέον καρκινικά και αρχίζουν να διηθούν τους γειτονικούς ιστούς. Όταν αυτό συμβεί το συχνότερο σημείο είναι η ασυνήθιστη απώλεια αίματος από τον κόλπο.

Επίσης μπορεί να εκδηλωθεί πόνος ή άλλες κολπικές εκκρίσεις. Είναι γι’ αυτό που πρέπει να γίνονται συστηματικά από το γιατρό γυναικολογικές εξετάσεις όπως και το τέστ Παπανικολάου.

6.3.*ΟΡΙΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΠΛΑΣΙΑΣ*

Η μεταπλασία είναι η διαδικασία κατά την οποία ένας τύπος επιθηλίου, που είναι πλήρως διαφοροποιημένο, μετατρέπεται σε άλλο τύπο επιθηλίου. Πρόκειται συνήθως για μία προσαρμοστική αλλαγή η οποία συμβαίνει ως αντίδραση σε έναν μακροχρόνιο ερεθισμό οποιασδήποτε μορφής, ή ως αντίδραση σε ορμονικό ερέθισμα. Οι μεταπλαστικές αλλαγές είναι αναστρέψιμες και θεωρητικά ένα μετατρεπόμενο επιθήλιο θα πρέπει να επιστρέψει στην αρχική του μορφή όταν απομακρυνθεί το ερέθισμα, αλλά αυτό δεν γίνεται πάντα. Μεταπλασία μπορεί να συμβεί σε πολλά μέρη του σώματος π.χ. στον τράχηλο της μήτρας, στον γαστρικό βλεννογόνο, την ουροδόχο κύστη, τους βρόγχους κλπ.

Στον τράχηλο της μήτρας, οι μεταπλαστικές αλλαγές περιλαμβάνουν μετατροπή του αδενικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου σε πλακώδες επιθήλιο. Η αδενοπλακώδης συμβολή βρίσκεται στο σημείο όπου το πλακώδες επιθήλιο συναντά το κυλινδρικό επιθήλιο. Η θέση αυτή, κατά την διάρκεια της ζωής ποικίλει ως αποτέλεσμα των μεταπλαστικών αλλαγών στο κυλινδρικό επιθήλιο του τραχήλου, που συμβαίνουν μετά την εφηβεία και κατά την εγκυμοσύνη. Από την γέννηση μέχρι την εφηβεία το ενδοτραχηλικό επιθήλιο αποτελείται από κυλινδρικό επιθήλιο και ο εξωτράχηλος από γηγενές πλακώδες επιθήλιο. Το όριο μεταξύ των δύο αποτελεί το αρχικό όριο μετάπτωσης ή αδενοπλακώδη συμβολή.

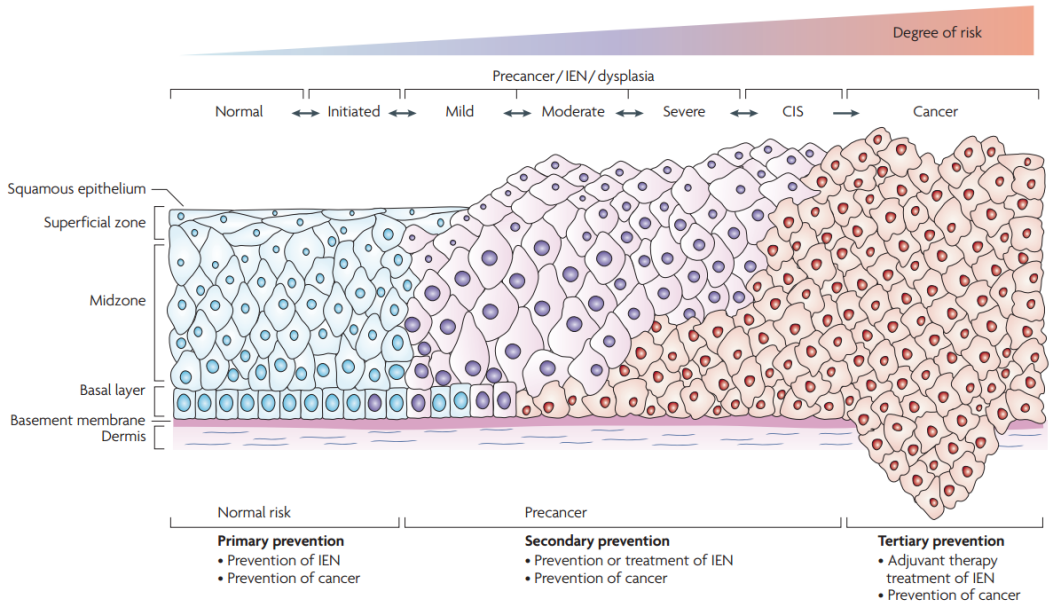
Κατά την διάρκεια της εφηβείας και της πρώτης κύησης ο τράχηλος αυξάνεται σε όγκο ως αντίδραση στις ορμονικές αλλαγές. Το ενδοτραχηλικό επιθήλιο στρέφεται

προς τον εξωτράχηλο και εκτίθεται έτσι στο όξινο pH του κόλπου. Αυτό αποτελεί ερέθισμα για μεταπλασία του κυλινδρικού επιθηλίου. Η διαδικασία της μεταπλασίας είναι ανομοιογενής: αρχίζει μέσα στις κρύπτες και στις κορυφές των ενδοτραχηλικών θηλών που σταδιακά ενοποιούνται, και βαθμιαία ολόκληρο το αναστρεμένο ενδοτραχηλικό επιθήλιο μπορεί να αντικατασταθεί από πλακώδες επιθήλιο.

Στον τράχηλο, η περιοχή του επιθηλίου η οποία έχει υποστεί μεταπλαστικές αλλαγές ονομάζεται ζώνη μετάπλασης **(ΖΜ)**. Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι τα ανώριμα μεταπλαστικά επιθηλιακά κύτταρα είναι ευπαθή στα καρκινογόνα και ότι τα περισσότερα, αν όχι όλα, τα καρκινώματα του τραχήλου αναπτύσσονται εκεί.

Έχουν αναγνωριστεί τρία ιστολογικά στάδια:

---Στάδιο 1: Υπερπλασία των εφεδρικών κυττάρων – τα εφεδρικά κύτταρα του ενδοτραχηλικού επιθηλίου αρχίζουν να διαιρούνται.
---Στάδιο 2: Ανώριμη πλακώδης μεταπλασία - τα εφεδρικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται για να σχηματίσουν μία στιβάδα από πολλούς στίχους αδιαφοροποίητων κυττάρων. Μία επιφανειακή στιβάδα από βλεννοεκκριτικά κύτταρα μπορεί συχνά να παρατηρηθεί.
---Στάδιο 3: Ώριμη πλακώδης μεταπλασία – τα αδιαφοροποίητα κύτταρα έχουν διαφοροποιηθεί σε ώριμο πλακώδες επιθήλιο, το οποίο σχεδόν δεν ξεχωρίζει πλέον από το γνήσιο πλακώδες επιθήλιο.



ΕΙΚΟΝΑ 9. Ιστολογικά Στάδια Μετάπλασης του τραχήλου (www.bestrong.org.gr/pictures)

6.4.*ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ:*

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχει πάντα τον ίδιο ιστολογικό τύπο.
Οι κυριότεροι ιστολογικοί τύποι του είναι τα καρκινώματα από πλακώδες επιθήλιο και αδενοκαρκινώματα. Τα καρκινώματα από πλακώδες επιθήλιο είναι και τα συχνότερα. Εμφανίζονται σε ποσοστό 85-90% και διακρίνονται ιστολογικά σε αυτά

που αφορούν μεγάλα κερατινοποιημένα κύτταρα, μεγάλα μη κερατοποιημένα κύτταρα και μικρά κύτταρα. Η διαφοροποίηση είναι υψηλότερη στην περίπτωση των κερατοποιημένων κυττάρων.

Τα αδενοκαρκινώματα εμφανίζονται σπανιότερα, και συνήθως έχουν χειρότερη πρόγνωση από το επιδερμοειδές ή πλακώδες καρκίνωμα, (σε ποσοστό 10-15%) με τον πιο συχνό τύπο να είναι το βλεννώδες ενδοτραχηλικό αδενοκαρκίνωμα. Ανάλογα με τη διαφοροποίηση που παρουσιάζουν διακρίνονται σε: υψηλά, μέτρια και χαμηλά συγκρίνοντας πάντα το φυσιολογικό αδενικό κύτταρο με το καρκινικό. Οι δύο ιστολογικοί τύποι έχουν παρόμοια διάγνωση, θεραπεία και πρόγνωση. Υπάρχουν και άλλοι τύποι καρκινώματος όπως είναι τα αδενοπλακώδη, τα αδενοκυστικά και τα μεταστατικά τα οποία αποτελούν ένα μικρό ποσοστό (3-5%) σε σύγκριση με τα προαναφερθέντα .

6.5.*ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ, Grading (G1-G3):*

Η διαβάθμιση (grading) αναφέρεται στην μικροσκοπική παθολογοανατομική εικόνα του όγκου και δηλώνει το βαθμό διαφοροποίησης των νεοπλασματικών κυττάρων και της ομοιότητας προς τα κύτταρα του ιστού προέλευσης (σε όρους π.χ. μορφολογίας του πυρήνα ή ιστολογικής αρχιτεκτονικής). Όσο πιο πτωχή είναι η διαφοροποίηση ενός όγκου (G3), τόσο υψηλότερος βαθμός του αποδίδεται, κάτι που δείχνει επιθετικότερη βιολογική συμπεριφορά.

Η φύση του καρκινώματος, έχει την ιδιότητα να διηθεί παρακείμενους ιστούς και όργανα και να μεθίσταται στους επιχώριους λεμφαδένες (Nodes)
Μέσω λεμφαγγείων (Lymphs), ή μέσω αιμοφόρων αγγείων (Vessels). Καρκίνωμα in situ ή ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα είναι προ-κακοήθης κατάσταση, κατά την οποία κυτταρολογικά ευρήματα υποδεικνύουν μεν κακοήθεια, αλλά δεν υπάρχει εμφανής παθολογοανατομικά ρήξη της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου. Για την εκτίμηση της πρόγνωσης, το κριτήριο της διαβάθμισης σταδιοποίησης γίνεται κατά το σύστημα TNM, το οποίο εκτιμά το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (Tumour), τον αριθμό των λεμφαδενικών (Nodes) και τον αριθμό των απομακρυσμένων μεταστάσεων (Metastasis).

6.6.*ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ:*

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Μαιευτικής και Γυναικολογίας (International Federation of Gynecology and Obstetrics- FIGO), έχει καταρτιστεί μια λίστα πέντε σταδίων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η συγκεκριμένη σταδιοποίηση, η οποία καταγράφεται στη πιο κάτω λίστα, έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί μπορεί να διευκολύνει στην πρόγνωση και στο σχεδιασμό της κάθε θεραπείας. Χρησιμοποιούνται διάφορα συστήματα σταδιοποίησης με επικρατέστερη την ταξινόμηση κατά T.N.M.

ΣΤΑΔΙΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
0	Καρκίνωμα in situ-Καταλαμβάνεται μόνο το επιφανειακό στρώμα των κυττάρων που επενδύουν τον τράχηλό χωρίς να εισβάλει στους ιστούς του τραχήλου
I	Περιορισμός στον τράχηλο
IA	Η διάγνωση μπορεί να γίνει μόνο με μικροσκόπιο.Δεν υπάρχουν ορατές αλλοιώσεις.
IA1	Η αλλοίωση εντοπίζεται σε βάθος μικρότερο των 3mm(βαθός διηθησής),ενώ η οριζόντια διασπορά της είναι μέχρι 7mm
IA2	Η αλλοιωση εντοπίζεται σε βάθος μεγαλύτερο των 3mm και μικρότερο των 5mm,ενώ η οριζόντια διασπορά της είναι μέχρι 7mm
IB	Ορατές μικροσκοπικές αλλοιώσεις σε βάθος μεγαλύτερο των 3 mm και μικρότερο των 5 mm,ενώ η οριζόντια διασπορά της είναι μεγαλύτερη των 7mm
IB1	Ορατή αλλοίωση μέχρι 4cm στην μεγαλύτερη διάσταση της.
IB2	Ορατή αλλοίωση μεγαλήτερη των 4cm στην μεγαλύτερη διάσταση της
II	Η αλλοίωση έχει προχωρήση πέρα από των τράχηλό αλλά όχι στο τοίχωμα της πυέλου
IIA	Η αλλοιωση έχει προχωρηση στα ανωτερα δυο τρίτα του κόλπου χωρις περαιτερο παραμήτρια αλλοίωση
IIB	Υφίσταται παραμήτρια αλλοίωση πέραν από τα δυο τρίτα του κόλπου
III	Οι αλλοιώσεις εκτείνονται στους κολπικούς θόλους και τοιχώματα ή στο χαμηλότερο τριτημόριο του κόλπου
IIIA	Η αλλοίωση εντωπίζεται στο χαμηλότερο τριτημόριο του κόλπου,όχι όμως στους κολπικούς θόλους και τοιχώματα
IIIB	Η αλλοίωση έχει επεκταθεί στους κολπικούς θόλους και τοιχώματα ,ενώ έχει ταυτόχρονα επιρεάσει την νεφρική λειτουργία,οδηγώντας σε διόγκωση νεφρών λόγο απόφραξης(υδρονέφρωση)
IVA	Η αλλοίωση υπεσέρχεται στην βλενογόνο της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού
IVB	Προκαλείται μετάσταση σε περιοχές με σχετική απόσταση,όπως στην κοιλία ,στο ύπαρ,στο γαστρεντερικό σωλήνα ή στους πνευμονές

Πινακας1. Σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου της μήτρας κατά FIGO

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου είναι κλινική με αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση. Ουσιαστικά ελέγχεται ο κόλπος, ο τράχηλος, η μήτρα, οι παραμήτριοι χώροι, οι ωοθήκες και το ορθό έντερο, προκειμένου να εντοπιστούν παθολογικές περιοχές στους παρατραχηλικούς ιστούς. Από την εξέταση αυτή κρίνεται και η αξαιρεσιμότητα ή όχι του όγκου. Αφού εντοπιστεί ο καρκίνος, διενεργούνται εξετάσεις για να ελέγχει με ακρίβεια εάν τα καρκινικά κύτταρα έχουν εξαπλωθεί μέσα στο τράχηλο ή επεκτείνονται και σε άλλα μέρη του σώματος. Οι εξετάσεις αυτές είναι:

- Κλινική εξέταση (εξέταση κοιλιάς, πυέλου, ορθοκολπική, εξέταση για τυχόν διογκωμένους λεμφαδένες)
- Κολποσκόπηση για έλεγχο κολπικού τοιχώματος
- Υπερηχογράφημα καρδίας
- Ακτινογραφία θώρακος
- Κυστεοσκόπηση
- Ορθοσκόπηση
- Βαριούχος υποκυσμός (όπου ενδείκνυται)
- Ενδοφλέβιος πυελογραφία
- Αξονική Τομογραφία για εκτίμηση τυχόν διογκωμένων λεμφαδένων και εκτίμηση ουρητηρικής απόφραξης.
- MRI. Για: λεπτομερής απεικόνιση της ανατομίας της πυέλου, εκτίμηση μεγέθους όγκου, βάθους διήθησης, τυχόν επέκτασης στα παραμήτρια, τυχόν διήθησης ουροδόχου κύστης ή ορθού.
- PET Scanning. Είναι πιο ακριβής μέθοδος για την ανίχνευση των λεμφαδενικών μεταστάσεων σε σχέση με την αξονική και την μαγνητική τομογραφία. Ο ρόλος της μεθόδου στη διάγνωση της υποτροπής του καρκίνου του τραχήλου και ειδικότερα στον καθορισμό των ασθενών εκείνων που είναι υποψήφιοι για εξεντέρωση ως θεραπεία εκλογής είναι σημαντικός.

Οι συγκεκριμένες εξετάσεις δεν συμπεριλαμβάνονται στην κλινική σταδιοποίηση της FIGO αλλά η αξιοποίηση των πληροφοριών που παρέχουν συμβάλλει στον καλύτερο σχεδιασμό της θεραπείας κατά περίπτωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

7.1.*ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ:*

Οι επιλογές της θεραπείας του καρκίνου αυτού εξαρτώνται από το στάδιο, τον ιστολογικό τύπο, το μέγεθος του όγκου, την ηλικία, το ιατρικό ιστορικό και την γενική υγεία καθώς και την επιθυμία της ασθενούς να τεκνοποιήσει. Οι θεραπείες αυτές είναι οι ακόλουθες:

1. Χειρουργική: Είναι μια από τις βασικές μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης για τον καρκίνο του τραχήλου. Εφαρμόζεται στα στάδια I και II. Χρησιμοποιούνται: Η κωνοειδής εκτομή (σε γυναίκες με πρώιμο καρκίνο που θέλουν να τεκνοποιήσουν). Η τραχηλεκτομή (αφαίρεση τραχήλου και παρατραχηλικών ιστών) επίσης σε γυναίκες που θέλουν να τεκνοποιήσουν. Ολική υστερεκτομή με ή άνευ των εξαρτημάτων σε αρχόμενο στάδιο

καρκίνου. Ριζική υστερεκτομή (αφαίρεση της μήτρας, του τραχήλου, μέρος του κόλπου, των παραμήτριων και λεμφαδένων). Αυτή η επέμβαση είναι η πιο ριζική και πιο αποτελεσματική επέμβαση για τον καρκίνο του τραχήλου.
Στάδιο IA, ca in situ (Figo pT1a1, in situ καρκίνωμα): Κωνοειδής εκτομή του τραχήλου (επιθυμία για τεκνοποίηση) ή η αφαίρεση της μήτρας.
Στάδιο IA (Figo pT1a1, L1): Κωνοειδής εκτομή του τραχήλου (επιθυμία για τεκνοποίηση) ή αφαίρεση της μήτρας με πυελικό λεμφαδενικό καθαρισμό.
Στάδιο IA2, IB, IIA, (Figo pT1a2, pT1b1, pT1b2, PT2a): Ριζική υστερεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό (πυελική και παραορτική λεμφαδενεκτομή).
Στάδιο IVA: Εξεντέρωση (Ριζική Αφαίρεση του όγκου και ανάλογος της ουροδόχου κύστης, του κόλπου και ορθού εντέρου).
Στο αδενικό καρκίνωμα του τραχήλου επειδή αυτό έχει σχέση και με ορμόνες ανεξάρτητα από την ηλικία της ασθενούς, αφαιρούνται και οι ωοθήκες.

2. Ακτινοθεραπεία: Μπορεί να εφαρμοστεί μετά από το χειρουργείο (στα στάδια IIB, III, IIIA,IIIB, IVA) και ταυτόχρονα με τη χημειοθεραπεία. Υπάρχει η εξωτερική ακτινοθεραπεία της πυέλου και η ενδοκοιλοτική βραχυθεραπεία. Στη βραχυθεραπεία που είναι μια νέα τεχνική, γίνεται εισαγωγή στη μήτρα μικρών «αυγών» που εκπέμπουν ακτίνες. Αποτελεί χορήγηση ακτινών υψηλής ενέργειας για να σκοτώσουν τα κακοήθη κύτταρα. Δεν προκαλεί πόνο και έχει το πλεονέκτημα να εμπλέκει όχι μόνο τη μήτρα αλλά και τις γύρω περιοχές που έχουν προσβληθεί από καρκίνο. Η ταυτόχρονη Χημειοθεραπεία, Ακτινοθεραπεία και βραχυθεραπεία συνιστάται στους καρκίνους , Figo pT1b1, pT1b2 και PT2a μετά το χειρουργείο σε περιπτώσεις R1 (μη καθαρά χειρουργικά όρια), για να μειώσουν τον κίνδυνο υποτροπιασμού. Επίσης σε ασθενείς που δεν πληρούν τα κριτήρια για χειρουργική επέμβαση λόγω συνοδών παθολογικών καταστάσεων.
3. Χημειοθεραπεία: Εφαρμόζεται στα προχωρημένα στάδια IVB (μεταστατικής νόσου) του καρκίνου και σε εξωπυελικές υποτροπές της νόσου, σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία για καλύτερη ευαισθητοποίηση των ιστών.

7.2.ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Η παρακολούθηση μετά από τη θεραπεία για το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας,γίνεται από τον ογκολόγο όσο και από το γυναικολόγο. Στην αρχή των δύο πρώτων χρόνων γίνεται ανά τρίμηνο και ανά εξάμηνο. Μετά τα 2 χρόνια και για μία πενταετία η παρακολούθηση γίνεται ανά χρόνο και τέλος μετά τη πενταετία ο έλεγχος γίνεται ανάλογα με τη κλινική κατάσταση της ασθενούς και τη κάθε περίπτωση ξεχωριστά.

Οι εξετάσεις που γίνονται ανά Τρίμηνο είναι:

- Κλινική εξέταση
- Λήψη τεστ Παπανικολάου
- SCC και γενικός «καρκινικοί δείκτες» (Tumor Markers) ιδίως αν ήταν αυξημένοι πριν από τη θεραπεία.
- Γενική αίματος και λευκοκυτταρικός τύπος- αιμοπετάλια- Ταχύτητα Καθίζησης Αιμοπεταλίων.
- Ουρία- Κρεατινίνη-Γενική ούρων- CK – CPK
- Έλεγχος ήπατος: SGOT, SGPT, γ-GT, LDH, CPK, αλκαλική φωσφοτάση, χολερυθρίνη (ολική-άμεσος), χρόνος προθρομβίνης, λευκώματα, λευκωματίνη.

Οι εξετάσεις που γίνονται ανά Εξάμηνο είναι:

- Ακτινογραφία θώρακος
- Αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας
- Υπέρηχος καρδίας

7.3.*ΠΡΟΛΗΨΗ: Πρωτογενής Δευτερογενής Τριτογενής*

Η πρόληψη εκφράζει τις προσπάθειες των λειτουργών υγείας να προλάβουν την εκδήλωση νόσων και ασθενειών και τις συνέπειες τους τόσο για το άτομο, όσο και για τη κοινωνία. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω προγραμμάτων προαγωγής της υγείας, που στοχεύουν στην αγωγή υγείας και στην βελτίωση του τρόπου ζωής των ανθρώπων.

Η Πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία που είναι ο εμβολιασμός κατά του HPV, και η δεύτερη κατηγορία η οποία περιλαμβάνει γενικά μέτρα προαγωγής της υγείας. Η αγωγή υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποσκοπεί στη διαμόρφωση συμπεριφοράς όχι μόνο στην απόκτηση γνώσεων, αλλά και στην υιοθέτηση βασικών παραμέτρων ενός υγιούς τρόπου ζωής. (Σωστή διατροφή και υγιεινή, πρόληψη μεταδοτικών νοσημάτων, αποφυγή καπνίσματος και αλκοόλ κ.τ.λ.)

Η Δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει τον έλεγχο των ασυμπτωματικών ασθενών και σε αυτή ανήκουν, μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει, οι νοσογόνες παθογενετικές διεργασίες και αποσκοπούν στη προσυμπτωματική διάγνωση, όπως για παράδειγμα ο κυτταρολογικός έλεγχος κατά Παπανικολάου.

Η Τριτογενής πρόληψη πραγματοποιείται μετά την κλινική εμφάνιση και αναγνώριση της νόσου και αποσκοπεί στο να περιορίσει τις επιπλοκές, την αναπηρία και να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής. Περιλαμβάνει τη διάγνωση, τη θεραπεία και προγράμματα αποκατάστασης και διαχείρισης του πόνου των επιβεβαιωμένων περιστατικών καρκίνου. Οι παρεμβάσεις που εφαρμόζονται έχουν σκοπό να σταματήσουν ή να καθυστερήσουν μια βλάβη και να αποτρέψουν την αναπηρία ή την υποτροπή της κατάστασης. Επίσης στοχεύουν στην αποκατάσταση και προώθηση της αυτοεξυπηρέτησης του ασθενούς. Σε γενικές γραμμές στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ.

Α.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετέχοντες:
Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε έλαβαν μέρος γυναίκες από την ηλικία των 18 ετών και πάνω, οι οποίες εξετάστηκαν με τη μέθοδο κατά Παπανικολάου, από τον ένα από τους τρείς γυναικολόγους που εργάζονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου κατά τα έτη 2006 έως και 2013.
Αρχικά τα αποτελέσματα αυτά χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες, οι οποίες ήταν τα «αρνητικά» και τα «θετικά» σε πρόβλημα. Από τα «θετικά» τεστ επεξεργαστήκαμε τη κάθε κατηγορία ξεχωριστά και το τρόπο που αντιμετωπίστηκαν. Ακολούθως παραθέσαμε τα χειρουργεία που έχουν γίνει και πόσα περιστατικά έχουν ανακαλυφθεί με καρκίνο. Επίσης είδαμε πόσες γυναίκες έχουν εμβολιαστεί, και πόσες έχουν επιβεβαιωμένα τον ιό HPV.

Β.ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1Δυαδικό τέστ Παπανικολάου
Αρχικά εξετάσαμε το τέστ Παπανικολάου ως δυαδικό διαγνωστικό τέστ, εφαρμόζοντας τη μέθοδο διχοτόμησης των αποτελεσμάτων του. Πιο συγκεκριμένα θεωρήσαμε ότι το Τέστ Παπανικολάου δίνει είτε «αρνητικό» είτε «θετικό» αποτέλεσμα.

- Αρνητικά αποτελέσματα: Περιλαμβάνουν περιπτώσεις τελείως φυσιολογικών (normal) τραχήλων όπου δεν παρατηρείται καμία αλλοίωση.
- Θετικά αποτελέσματα: Περιλαμβάνουν περιπτώσεις εύρεσης οποιουδήποτε προβλήματος όπως: ASCUS, CIN I, CIN II και CIN III, HPV λοίμωξη καθώς και καρκίνος (πλακώδες καρκίνωμα, αδενοκαρκίνωμα ή άλλο καρκίνωμα).

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται από το 2006 μέχρι το 2013 τα «θετικά» και «αρνητικά» αποτελέσματα του τέστ.

ΕΤΟΣ	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
				ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ				
ΘΕΤΙΚΑ	17	19	11	17	19	17	24	20
%ΘΕΤΙΚΑ	2,4%	3,0%	1,7%	2,3%	2,4%	1,8%	2,5%	2,2%
ΑΡΝΗΤΙΚΑ	680	612	635	731	760	928	918	894
%ΑΡΝΗΤΙΚΑ	97,6%	97,0%	98,3%	97,7%	97,6%	98,2%	97,5%	97,8%
ΣΥΝΟΛΟ	697	631	646	748	779	945	942	914

Πινάκας 1.1

Το 2006 παρατηρούμε ότι είχαμε 97,6% των τέστ αρνητικό αποτέλεσμα και 2,4% θετικό αποτέλεσμα. Στα ίδια επίπεδα βρίσκονται και τα αποτελέσματα του 2007 όπου το 97% των αποτελεσμάτων ήταν αρνητικό και το 3% θετικό. Αντίθετα το 2008 το ποσοστό των θετικών τεστ διαμορφώνεται στο 1,7% , άρα παρατηρείται μείωση της τάξης του 1,3% και αύξηση των αποτελεσμάτων των αρνητικών τεστ στο ποσοστό 98,3%.Τα επόμενα δύο χρόνια που ακολουθούν, 2009 και 2010 είναι περίπου στα ίδια επίπεδα με τις χρονιές 2006 και 2007. Τη πρώτη χρονιά, το 2009 δηλαδή τα θετικά τεστ ήταν το 2,3% και τα αρνητικά το 97,7%, και την επόμενη χρονιά (2010) ήταν 2,4% τα θετικά και 97,6% τα αρνητικά. Το 2011 υπάρχει πάλι μία μείωση παρόμοια με αυτή του 2008, όπου τα θετικά βρίσκονται στο ποσοστό του 1,8% και τα αρνητικά στο 98,2%. Στις χρονιές 2012 και 2013 πάλη παρατηρούμε ελαφριά αύξηση των θετικών αποτελεσμάτων με 2,5% και 2.2% αντιστοίχως και μείωση των αρνητικών αποτελεσμάτων στο 97,5% και 97,8% αντιστοίχως. Συνοψίζοντας παρατηρούμε ότι ανά δύο χρόνια έχουμε ελαφριά μείωση στο ποσοστό των θετικών αποτελεσμάτων και αύξηση των αρνητικών.

1.2.Τέστ Παπανικολάου ανά χρόνο:

Εξετάζοντας τους επόμενους πίνακες, μπορούμε να δούμε ξεχωριστά για κάθε χρόνο, πόσα από τα τεστ που έχουν γίνει από το 2006 έως το 2013 ,παρουσιάζουν πρόβλημα ή όχι. Με άλλα λόγια πόσα από αυτά ήταν «θετικά» ή «αρνητικά» σε κάποιο πρόβλημα. Μπορούμε να δούμε τη συχνότητα και το είδος του προβλήματος που εμφανίζεται αναλυτικά ανά μήνα και ανά χρόνο. Από αυτές τις γυναίκες που εμφάνισαν πρόβλημα στο αποτέλεσμα του τεστ λήφθηκε βιοψία, μέσω κολποσκόπησης, και ανάλογα με το αποτέλεσμα που έδειξε η βιοψία, κρίθηκε και η θεραπεία που δόθηκε στη συνέχεια ή το χειρουργείο που έγινε. Ο πίνακας που ακολουθεί είναι για το έτος 2006.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ PAP TEST							
2006							
ΜΗΝΑΣ	*ΠΟΣΟΤΗΤΑ*	ASCUS	CIN I	CIN II	CIN III	SUSPICIOUS CaCx CLASS IV	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	67			1			1
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	72	2					2
ΜΑΡΤΙΟΣ	60	1	1				2
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	58	2	1				3
ΜΑΙΟΣ	66	1			1		2
ΙΟΥΝΙΟΣ	51				1		1
ΙΟΥΛΙΟΣ	23						0
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	14						0
ΣΕΠΤΕΒΡΙΟΣ	82	2					2
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	77	2					2
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	93	1					1
ΔΕΚΕΒΡΙΟΣ	34	1					1
ΣΥΝΟΛΟ	697	12	2	1	2	0	17
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%	100%	1,72%	0,28%	0,14%	28,0%	0%	2,4%
ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ ΤΕΣΤ		70,5%	11,7%	6,1%	11,7%	0%	100%

Πίνακας 1.2.1

Το **2006** παρατηρούμε ότι τα «Θετικά» τεστ, δηλαδή όσα είχαν πρόβλημα, ήταν το 2,4% όλων των αποτελεσμάτων. Από αυτά το 70,5% παρουσίασε ASCUS, το 11,7% CIN I, το 6,1% CIN II και επίσης το 11,7% CIN III, ενώ δεν είχαμε κανένα αποτέλεσμα με υποψία για καρκίνο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ PAP TEST							
2007							
ΜΗΝΑΣ	*ΠΟΣΟΤΗΤΑ*	ASCUS	CIN I	CIN II	CIN III	SUSPICIOUS CaCx CLASS IV	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	71	1	1				2
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	48						0
ΜΑΡΤΙΟΣ	87						0
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	72			1			1
ΜΑΙΟΣ	53	1					1
ΙΟΥΝΙΟΣ	60	2	1	1	1		5
ΙΟΥΛΙΟΣ	13		1				1
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	24	1		1			2
ΣΕΠΤΕΒΡΙΟΣ	38			1			1
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	63	1	1				2
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	54			1			1
ΔΕΚΕΒΡΙΟΣ	48		2		1		3
ΣΥΝΟΛΟ	631	6	6	5	2	0	19
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%	100%	0,95%	0,95%	0,79%	0,31%	0%	3,00%
ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ ΤΕΣΤ		31,55	31,50%	26%	11%	0%	100%

Πίνακας 1.2.2

Το **2007** το 3% των αποτελεσμάτων είχαν πρόβλημα. Από αυτά το ποσοστό ανά κατηγορία ήταν: ASCUS 31,5%, CIN I 31,5%, CIN II 26%, CIN III 11% και μηδενικό αποτέλεσμα ύποπτο για καρκίνο. Βλέπουμε ότι συγκριτικά με τη προηγούμενη χρονιά έχουμε μια μείωση στη κατηγορία ASCUS και αύξηση του ποσοστού στις υπόλοιπες κατηγορίες.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ PAP TEST							
2008							
ΜΗΝΑΣ	*ΠΟΣΟΤΗΤΑ*	ASCUS	CIN I	CIN II	CIN III	SUSPICIOUS CaCx CLASS IV	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	47	0	0	0	1	0	1
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	70	1	1	0	0	0	2
ΜΑΡΤΙΟΣ	47	0	0	0	0	0	0
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	39	1	0	0	0	0	1
ΜΑΙΟΣ	61	1	0	0	0	0	1
ΙΟΥΝΙΟΣ	67	0	0	0	0	0	0
ΙΟΥΛΙΟΣ	60	1	0	0	0	0	1
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	23	2	0	0	0	0	2
ΣΕΠΤΕΒΡΙΟΣ	60	1	0	1	0	0	2
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	57	0	0	0	0	0	0
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	70	0	1	0	0	0	1
ΔΕΚΕΒΡΙΟΣ	45	0	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	646	7	2	1	1	0	11
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%	100%	1,08%	0,30%	0,15%	0,15%	0%	1,70%
ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ ΤΕΣΤ		63,6%	18,4%	9%	9%	0%	100%

Πίνακας 1.2.3.

Το **2008** όπου υπάρχει ελαφριά μείωση του ποσοστού (1,7%) των αποτελεσμάτων που εντοπίστηκε πρόβλημα, υπάρχει και μείωση των ποσοστών στις κατηγορίες CINI (18,4%), CIN II (9%) και CIN III (9%) , ενώ υπάρχει αύξηση του ποσοστού με αποτέλεσμα ASCUS (63,6%).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ PAP TEST							
2009							
ΜΗΝΑΣ	*ΠΟΣΟΤΗΤΑ*	ASCUS	CIN I	CIN II	CIN III	SUSPICIOUS CaCx CLASS IV	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	43	0	0	0	0	0	0
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	63	0	0	0	0	1	1
ΜΑΡΤΙΟΣ	82	1	0	0	1	0	2
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	45	1	0	1	0	0	2
ΜΑΙΟΣ	85	0	0	0	1	0	1
ΙΟΥΝΙΟΣ	44	1	1	0	0	0	2
ΙΟΥΛΙΟΣ	33	1	1	0	0	0	2
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	1	0	0	0	0	0	0
ΣΕΠΤΕΒΡΙΟΣ	91	1	1	1	0	0	3
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	98	0	0	0	1	0	1
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	76	0	2	0	0	0	2
ΔΕΚΕΒΡΙΟΣ	87	0	0	1	0	0	1
ΣΥΝΟΛΟ	748	5	5	3	3	1	17
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%	100%	0,67%	0,67%	0,40%	0,40%	0,13%	1,70%
ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ ΤΕΣΤ		29,4%	29,4%	17,7%	17,7%	5.9%	100%

Πίνακας 1.2.4.

Το **2009** το ποσοστό των θετικών σε πρόβλημα τεστ ήταν 2,3%. Από αυτά τα αποτελέσματα, το 29,4% ήταν ASCUS, επίσης το 29,4% ήταν CIN I, το 17,65% CINII και το 17,65% CIN III. Σε σχέση με τις προηγούμενες χρονιές που δεν παρουσιάζεται αποτέλεσμα ύποπτο για καρκίνο, εδώ εμφανίζεται ένα ποσοστό της τάξης του 5,9%.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ PAP TEST							
2010							
ΜΗΝΑΣ	*ΠΟΣΟΤΗΤΑ*	ASCUS	CIN I	CIN II	CIN III	SUSPICIOUS CaCx CLASS IV	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	45	0	0	0	1	0	1
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	68	0	1	0	0	1	2
ΜΑΡΤΙΟΣ	78	0	1	1	0	0	2
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	54	0	1	1	0	0	2
ΜΑΙΟΣ	87	0	0	1	0	0	1
ΙΟΥΝΙΟΣ	52	1	0	0	0	0	1
ΙΟΥΛΙΟΣ	38	1	0	1	0	0	2
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	13	0	1	0	0	0	1
ΣΕΠΤΕΒΡΙΟΣ	92	0	1	1	0	0	2
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	94	1	0	0	1	0	2
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	73	0	2	0	0	0	2
ΔΕΚΕΒΡΙΟΣ	85	0	0	1	0	0	1
ΣΥΝΟΛΟ	779	3	7	6	2	1	19
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%	100%	0,38%	0,90%	0,80%	0,26%	0,13%	5,50%
ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ ΤΕΣΤ		100%	15,7%	36,8%	31,5%	10,5%	100%

Πίνακας 1.2.5

Το **2010** έχουμε 2,4% θετικά σε πρόβλημα αποτελέσματα. Από αυτά τα αποτελέσματα, το 15,7% ήταν ASCUS, ποσοστό μικρότερο συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη. Το 36,8% ήταν CIN I, το 31,5% CIN II, το 10,5% CIN III και 5,5% αποτέλεσμα ύποπτο για καρκίνο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ PAP TEST							
2011							
ΜΗΝΑΣ	*ΠΟΣΟΤΗΤΑ*	ASCUS	CIN I	CIN II	CIN III	SUSPICIOUS CaCx CLASS IV	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	90	0	0	0	1	0	1
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	77	0	0	0	0	0	0
ΜΑΡΤΙΟΣ	91	1	0	0	0	0	1
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	68	0	1	0	0	0	1
ΜΑΙΟΣ	104	1	1	0	0	0	2
ΙΟΥΝΙΟΣ	74	3	1	1	0	1	6
ΙΟΥΛΙΟΣ	56	0	0	0	0	0	0
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	32	0	0	0	0	0	0
ΣΕΠΤΕΒΡΙΟΣ	104	0	1	0	0	0	1
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	98	2	0	1	0	0	3
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	81	1	0	1	0	0	2
ΔΕΚΕΒΡΙΟΣ	70	0	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	945	8	4	3	1	1	17
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%	100%	0,85%	0,42%	0,32%	0,11%	0,11%	1,80%
ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ ΤΕΣΤ		47%	23,5%	17,7%	5,9%	5,9%	100%

Πίνακας 1.2.6

Το **2011** παρατηρούμε κάτι ανάλογο με το 2008, όπου το ποσοστό των αποτελεσμάτων με πρόβλημα έχει μειωθεί, (σε σχέση με τις δυο προηγούμενες χρονιές) καθώς επίσης και το ποσοστό των αποτελεσμάτων στις κατηγορίες: CIN I, CIN II, CIN III, ενώ έχει αυξηθεί το ποσοστό στη κατηγορία ASCUS. Σε αντίθεση με το 2008 εδώ παρουσιάζεται και αποτέλεσμα ύποπτο για καρκίνο. Αποτελέσματα: ASCUS 47%, CIN I 23,5%, CIN II1 17,7%, CIN III 5,9% και αποτέλεσμα ύποπτο για καρκίνο 5,9%.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ PAP TEST							
2012							
ΜΗΝΑΣ	*ΠΟΣΟΤΗΤΑ*	ASCUS	CIN I	CIN II	CIN III	SUSPICIOUS CaCx CLASS IV	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	93	0	0	0	0	0	0
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	69	0	2	0	0	0	2
ΜΑΡΤΙΟΣ	114	1	0	0	0	0	1
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	73	0	2	0	2	0	4
ΜΑΙΟΣ	86	1	0	2	0	0	3
ΙΟΥΝΙΟΣ	65	1	0	0	0	0	1
ΙΟΥΛΙΟΣ	65	1	1	0	0	0	2
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	60	2	2	2	0	0	6
ΣΕΠΤΕΒΡΙΟΣ	93	1	1	1	0	0	3
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	93	0	1	0	0	0	1
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	71	1	0	0	0	0	1
ΔΕΚΕΒΡΙΟΣ	60	0	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	942	8	9	5	2	0	24
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%	100%	0,85%	0,95%	0,53%	0,21%	0,00%	2,50%
ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ ΤΕΣΤ		33%	37,5%	20,9%	8,60%	0%	100%

Πίνακας 1.2.7

Το **2012** από τα 24 προβληματικά αποτελέσματα που είχαμε, το 2,5% δηλαδή όλων των αποτελεσμάτων, το 33% ήταν ASCUS, το 37,5% CIN I , το 20,9% CIN II, το 8,6% CIN III και μηδενικό αποτέλεσμα ύποπτο για καρκίνο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ PAP TEST							
2013							
ΜΗΝΑΣ	*ΠΟΣΟΤΗΤΑ*	ASCUS	CIN I	CIN II	CIN III	SUSPICIOUS CaCx CLASS IV	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	100	0	1	0	0	1	2
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	110	1	1	0	0	2	4
ΜΑΡΤΙΟΣ	60	0	1	0	0	0	1
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	107	0	1	0	0	1	2
ΜΑΙΟΣ	88	0	0	1	0	0	1
ΙΟΥΝΙΟΣ	81	0	1	0	0	0	1
ΙΟΥΛΙΟΣ	75	0	0	0	0	1	1
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	27	1	0	0	0	1	2
ΣΕΠΤΕΒΡΙΟΣ	84	1	1	0	1	0	3
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	70	1	1		0	0	2
ΝΟΕΜΡΙΟΣ	110	0	0	0	1	0	1
ΔΕΚΕΒΡΙΟΣ	2	0	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	914	4	7	1	2	6	20
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%	100%	0,43%	0,77%	0,11%	0,22%	0,66%	2,20%
ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΩΝ ΤΕΣΤ		20%	35%	5%	10%	30%	100%

Πίνακας 1.2.8.

Το **2013** το ποσοστό στα θετικά τεστ ήταν 2,2%. Από αυτά το 20% ήταν ASCUS, το 35% CIN I, μόλις το 5% CINII, το 10% CIN III και το 30% ύποπτο για καρκινικό αποτέλεσμα. Το **2013** έχουμε μεγάλη αύξηση του ποσοστού των αποτελεσμάτων ύποπτων για καρκίνο σε σχέση με όλες τις χρονιές που μελετούμε. Γενικότερα εάν το Pap test διαγνωσθεί ελαφρού βαθμού δυσπλασία (CIN I) μπορεί να γίνει παρακολούθηση κυτταρολογικά για ένα χρόνο περίπου, με επανεξέταση ανά 3-6 μήνες. Εάν το Pap test διαγνωσθεί μετρίου ή σοβαρού βαθμού δυσπλασία (CIN II-CIN III) τότε συστήνεται κολποσκόπηση και εφόσον τα κυτταρολογικά με τα κολποσκοπικά ευρήματα συμφωνούν, γίνεται χειρουργική αντιμετώπιση της βλάβης.

1.3.ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΒΙΟΨΙΑ:

Τα αποτελέσματα των τεστ Παπανικολάου τα οποία παρουσιάζουν πρόβλημα, ανεξάρτητος κατηγορίας χρίζουν κολποσκοπικού ελέγχου και βιοψίας. Από το αποτέλεσμα της βιοψίας κρίνεται η θεραπεία και η αντιμετώπιση του κάθε περιστατικού. Σε αποτελέσματα όπως ASCUS και CIN I δίνεται θεραπεία και συστήνεται επανάληψη του τεστ Παπανικολάου σε τρις με έξη μήνες. Αποτελέσματα όπως CIN II , CIN III και υπόνοια για καρκίνο, χρίζουν χειρουργικής θεραπείας και

επανάληψη του τεστ Παπανικολάου ανά τρίμηνο και μετέπειτα ανά εξάμηνο, (Αναλυτικότερα Βλέπε Μέρος Πρώτο Κεφάλαιο 7.1 Θεραπευτικές προσεγγίσεις).
Στους πίνακες που ακολουθούν βλέπουμε όλες τις κολποσκοπήσεις που έχουν γίνει τα χρόνια 2006-2013, και τα αποτελέσματα των βιοψιών αναλυτικά ανά κατηγορία. Επίσης υπάρχει μία ξεχωριστή στήλη, όπου μπορούμε να δούμε το ποσοστό των γυναικών που έχουν νοσήσει επιβεβαιωμένα με HPV λοίμωξη. Το ποσοστό αυτό προκύπτει από τις συνολικές βιοψίες που έχουν γίνει, και το αποτέλεσμα των οποίων έδειξε, εκτός από τη κατηγορία της βλάβης που υπέστη ο τράχηλος, ότι η βλάβη αυτή προήλθε από τον ιό HPV. Περιστατικά τα οποία έχουν καρκίνο, είναι συνήθως γυναίκες οι οποίες σε προηγούμενη βιοψία τους υπήρχε HPV λοίμωξη.

Πιο κάτω παραθέτουμε το πίνακα με τις όλες τις κολποσκοπήσεις που έγιναν το 2006 και τα αποτελέσματα από τις βιοψίες. Μπορούμε επίσης να δούμε αναλυτικά πόσες έχουν γίνει ανά μήνα ξεχωριστά κατά το έτος αυτό.

2006								
ΜΗΝΑΣ	**ΣΥΝΟΛΙΚΑ**	**ΑΝΑΛΥΣΗ**	**ASCUS ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ**	**CIN I**	**CIN II**	**CIN III**	**CLAS IV Ca**	**HPV ΛΟΙΜΩΞΗ**
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	1	1	1	0	0	0	0	1
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	2	1	1	0	0	0	0	0
		1	1	0	0	0	0	0
ΜΑΡΤΙΟΣ	2	1	0	1	0	0	0	1
		1	1	0	0	0	0	0
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	3	1	1	0	0	0	0	0
		1	1	0	0	0	0	0
		1	0	0	1	0	0	1
ΜΑΙΟΣ	2	1	0	0	0	0	1	0
		1	1	0	0	0	0	0
ΙΟΥΝΙΟΣ	1	1	0	0	1	0	0	1
ΙΟΥΛΙΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	2	1	1	0	0	0	0	0
		1	1	0	0	0	0	0
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	2	1	1	0	0	0	0	0
		1	1	0	0	0	0	0
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	1	1	1	0	0	0	0	0
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	1	1	0	1	0	0	0	1
ΣΥΝΟΛΟ	17	17	12	2	2	0	1	5
ΠΟΣΟΣΤΟ	100%	100%	70,60%	11,8%	11,8%	0%	6%	
ΠΟΣΟΣΤΟ HPV ΛΟΙΜΩΞΗ								29,40%

Πίνακας 1.3.1

Από τις κολποσκοπήσεις που έγιναν το 2006, τα αποτελέσματα των βιοψιών έδειξαν 70,6% ASCUS, 11.8% CINI, 11.8% CINII, 0% CINIII και 6% καρκινικό αποτέλεσμα. Από τα συνολικά αποτελέσματα το 29,4% εμφάνισε επιβεβαιωμένα HPV λοίμωξη.

2007								
ΜΗΝΑΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ	ASCUS ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	CIN I	CIN II	CIN III	CLAS IV Ca	HPV ΛΟΙΜΩΞΗ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	2	1	1	0	0	0	0	0
		1	1	0	0	0	0	0
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΜΑΡΤΙΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	1	1	0	1	0	0	0	1
ΜΑΙΟΣ	1	1	1	0	0	0	0	0
ΙΟΥΝΙΟΣ	5	1	1	0	0	0	0	0
		1	1	0	0	0	0	0
		1	0	0	1	0	0	1
		1	0	0	0	1	0	1
		1	0	0	1	0	0	1
ΙΟΥΛΙΟΣ	1	1	1	0	0	0	0	0
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	2	1	1	1	0	0	0	0
		1	0	0	0	0	0	1
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	1	1	0	0	0	0	1	0
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	2	1	1	0	0	0	0	0
		1	1	0	0	0	0	0
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	1	1	1	0	0	0	0	0
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	3	1	0	0	0	0	1	0
		1	1	0	0	0	0	0
		1	1	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	19	19	12	2	2	1	2	5
ΠΟΣΟΣΤΟ	100%	100%	63%	10,5%	10,5%	5%	10,5%	
ΠΟΣΟΣΤΟ HPV ΛΟΙΜΩΞΗ								26,3%

<u>Πίνακας 1.3.2</u>

Το 2007 τα αποτελέσματα από τις βιοψίες που λήφθηκαν έδειξαν τα ακόλουθά αποτελέσματα :ASCUS 63%,CIN I 10.5%,CIN II 10.5%,CIN III 5.5%.Τα καρκινικά αποτελέσματα ήταν της τάξεως του 10,5%.Όσον αφορά τις γυναίκες στις οποίες το αποτέλεσμα έδειξε HPV λοίμωξη ,το ποσοστό ήταν 26,3%

2008								
ΜΗΝΑΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ	ASCUS ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	CIN I	CIN II	CIN III	CLAS IV Ca	HPV ΛΟΙΜΩΞΗ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	1	1	0	0	0	1	0	1
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	2	1	1	1	0	0	0	0
		1	0	0	0	0	0	1
ΜΑΡΤΙΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	1	1	1	0	0	0	0	0
ΜΑΙΟΣ	1	1	1	0	0	0	0	0
ΙΟΥΝΙΟΣ	0	0	1	0	0	0	0	0
ΙΟΥΛΙΟΣ	1	1	0	0	0	0	0	0
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	2	1	1	0	0	0	0	0
		1	1	0	0	0	0	0
ΣΕΠΤΕΒΡΙΟΣ	2	1	0	0	1	0		1
		1	1	0	0	0	0	0
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	1	1	0	1	0	0	0	1
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	11	11	7	2	1	1	0	4
ΠΟΣΟΣΤΟ	100%	100%	64%	18,2%	9%	9%	0%	
ΠΟΣΟΣΤΟ HPV ΛΟΙΜΩΞΗ								36,4%

<u>Πίνακας 1.3.3.</u>

Το 2008 έγιναν συνολικά 11 κολποσκοπήσεις .Από αυτές το ποσοστό των αποτελεσμάτων που έδειξε ASCUS ήταν το 64%, CIN I ήταν το 18,2%, CIN II ήταν το 95 και CIN III ήταν το 9%. Το ποσοστό των επιβεβαιωμένων περιστατικών με HPV λοίμωξη ήταν 36,4%.

2009								
ΜΗΝΑΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ	ASCUS ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	CIN I	CIN II	CIN III	CLAS IV Ca	HPV ΛΟΙΜΩΞΗ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	1	1	0	0	0	0	1	1
ΜΑΡΤΙΟΣ	2	1	1	0	0	0	0	0
		1	0	0	0	1	0	1
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	2	1	1	0	0	0	0	1
		1	0	0	0	1	0	1
ΜΑΙΟΣ	1	1	0	0	0	1	0	0
ΙΟΥΝΙΟΣ	2	1	1	1	0	0	0	1
		1	0	0	0	0	0	0
ΙΟΥΛΙΟΣ	2	1	1	0	0	0	0	0
		1	1	0	0	0	0	0
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	3	1	1	0		0	0	0
		1	0	1	1	0	0	1
		1	0	0		0	0	1
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	1	1	0	0	0	0	1	1
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	2	1	1	1		0	0	0
		1	0	0		0	0	1
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	1	1	0	0	1	0	0	1
ΣΥΝΟΛΟ	17	17	7	3	2	3	2	10
ΠΟΣΟΣΤΟ	100%	100%	41%	17,6%	12%	17.6%	12%	
ΠΟΣΟΣΤΟ HPV ΛΟΙΜΩΞΗ								58,8%

<u>Πίνακας 1.3.4.</u>

Το 2009 έγιναν 17 κολποσκοπήσεις. Από τα αποτελέσματα αυτά το 41% ήταν ASCUS, το 17,6% ήταν CIN I, το 12% ήταν CIN II, το 17,65% ήταν CIN III, και το 12% καρκινικό αποτέλεσμα. Το 58,8% από όλες τις κολποσκοπήσεις ήταν επιβεβαιωμένα περιστατικά με HPV λοίμωξη.

2010								
ΜΗΝΑΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ	ASCUS ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	CIN I	CIN II	CIN III	CLAS IV Ca	HPV ΛΟΙΜΩΞΗ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	1	1	0	0	0	1	0	1
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	2	1	0	0	0	0	1	0
		1	0	1	0	0	0	0
ΜΑΡΤΙΟΣ	2	1	0	1	0	0	0	1
		1	0	1	0	0	0	1
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	2	1	0	1	0	0	0	1
		1	0	0	1	0	0	1
ΜΑΙΟΣ	1	1	0	0	0	1	0	1
ΙΟΥΝΙΟΣ	1	1	1	0	0	0	0	0
ΙΟΥΛΙΟΣ	2	1	1	0	0	0	0	0
		1	0	0	1	0	0	1
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	1	1	0	1	0	0	0	0
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	2	1	0	1	0	0	0	1
		1	0	0	1	0	0	1
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	2	1	0	0	0	1	0	1
		1	1	0	0	0	0	0
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	2	1	0	1	0	0	0	1
		1	0	1	0	0	0	0
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	1	1	0	0	1	0	0	1
ΣΥΝΟΛΟ	19	19	3	8	4	3	1	12
ΠΟΣΟΣΤΟ	100%	100%	15,8%	42,1%	21%	15,8%	5,3%	
ΠΟΣΟΣΤΟ HPV ΛΟΙΜΩΞΗ								63%

<u>Πίνακας 1.3.5.</u>

Το 2010 από τις 19 κολποσκοπήσεις που έγιναν είχαμε τα εξής αποτελέσματα: ASCUS 15,8%, CIN I 42,1% , CIN II 21% CIN III 15,8% και 5,3% καρκινικό αποτέλεσμα. Το ποσοστό από τα επιβεβαιωμένα περιστατικά HPV λοίμωξης ήταν το ποιο μεγάλο συγκριτικά με όλα τα έτη που αναλύουμε και ανέρχεται στο 63%.

2011								
ΜΗΝΑΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ	ASCUS ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	CIN I	CIN II	CIN III	CLAS IV Ca	HPV ΛΟΙΜΩΞΗ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	1	1	0	0	1	0	0	1
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΜΑΡΤΙΟΣ	1	1	1	0	0	0	0	0
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	1	1	0	1	0	0	0	0
ΜΑΙΟΣ	2	1	0	1	0	0	0	1
		1	0	0	1	0	0	1
ΙΟΥΝΙΟΣ	6	1	1	0	0	0	0	0
		1	1	0	0	0	0	0
		1	0	1	0	0	0	0
		1	0	0	1	0	0	1
		1	0	0	0	1	1	1
		1	0	0	0	0	0	0
ΙΟΥΛΙΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	1	1	0	0	1		0	1
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	3	1	1	0	0	0	0	0
		1	1		0	0	0	0
		1	0	0	0	1	0	1
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	2	1	0	1	0	0	0	1
		1	0	0	0	0	1	1
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	17	17	5	4	4	2	2	9
ΠΟΣΟΣΤΟ	100%	100%	29,4%	23,5%	23,5%	11,8%	11,8%	
ΠΟΣΟΣΤΟ HPV ΛΟΙΜΩΞΗ								53%

<u>Πίνακας 1.3.6.</u>

Το έτος 2011 από τις 17 κολποσκοπήσεις που πραγματοποιήθηκαν, το 53% είχε επιβεβαιωμένα HPV λοίμωξη. Από τις βιοψίες που έγιναν, το 29,4% ήταν ASCUS, το 23,5% CIN I, επίσης το 23,5% ήταν CIN II, το 11,8% ήταν CIN III και τα καρκινικά αποτελέσματα ήταν 11,8%.

2012								
ΜΗΝΑΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ	ASCUS ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	CIN I	CIN II	CIN III	CLAS IV Ca	HPV ΛΟΙΜΩΞΗ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	2	1	0	0	0	0	0	1
		1	0	0	1	1	0	1
ΜΑΡΤΙΟΣ	1	1	1	0	0	0	0	0
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	4	1	0	0	0	0	1	0
		1	0	0	0	0	1	0
		1	0	1	0	0	0	0
		1	0	0	1	0	0	1
ΜΑΙΟΣ	3	1	0	0	0	1	0	1
		1	0	0	1	0	0	1
		1	1	0	0	0	0	0
ΙΟΥΝΙΟΣ	1	1	1	0	0	0	0	1
ΙΟΥΛΙΟΣ	2	1	1	0	0	0	0	0
		1	0	1	0	0	0	1
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	6	1	0	0	0	1	0	1
		1	0	0	1	0	0	1
		1	0	1	0	0	0	1
		1	0	1	0	0	0	0
		1	1	0	0	0	0	0
		1	1	0	0	0	0	0
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	3	1	0	0	0	1	0	1
		1	0	1	0	0	0	1
		1	1	0	0	0	0	0
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	1	1	0	1	0	0	0	0
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	1	1	1	0	0	0	0	0
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	24	8	6	4	4	2	12
ΠΟΣΟΣΤΟ	100%	100%	33,3%	25%	16,7%	16,7	8,3%	
ΠΟΣΟΣΤΟ HPV ΛΟΙΜΩΞΗ								50%

Πίνακας 1.3.7.

Το 2012 παρατηρούμε ότι οι συνολικές κολποσκοπήσεις έχουν αυξηθεί, σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη και είναι 24 στον αριθμό. Από αυτές το 50% επιβεβαιώθηκε ότι έχουν HPV λοίμωξη. Τα αποτέλεσμα των βιοψιών έδειξαν : ASCUS 33,3%, CIN I 25% CIN II 16,7% και CINIII 16,7%. Το 8,3% είχαν καρκινικό αποτέλεσμα.

2013								
ΜΗΝΑΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ	ASCUS ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	CIN I	CIN II	CIN III	CLAS IV Ca	HPV ΛΟΙΜΩΞΗ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	2	1	0	0	0	0	1	0
		1	0	0	1	0	0	1
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	4	1	1	0	0	0	0	0
		1	0	0	1	0	0	1
		1	0	0	0	0	1	0
		1	0	0	0	0	1	0
ΜΑΡΤΙΟΣ	1	1	0	1	0	0	0	0
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	2	1	0	0	0	1	0	1
		1	0	0	1	0	0	1
ΜΑΙΟΣ	1	1	0	0	1	0	0	1
ΙΟΥΝΙΟΣ	1	1	0	0	0	1	0	1
ΙΟΥΛΙΟΣ	1	1	0	0	0	0	1	0
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	2	1	1	0	0	0	0	1
		1	0	0	0	0	1	0
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	3	1	1	0	0	0	0	0
		1	0	1	0	1	0	1
		1	0	0	0	0	0	1
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	2	1	1	0	0	0	0	0
		1	0	0	0	1	0	1
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	1	1	0	0	0	1	0	1
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	20	20	4	2	4	5	5	11
ΠΟΣΟΣΤΟ	100%	100%	20%	10%	20%	25	25%	55%
ΠΟΣΟΣΤΟ HPV ΛΟΙΜΩΞΗ								55%

Πίνακας 1.3.8.

Το 2013 οι κολποσκοπήσεις που έγιναν ήταν 20 και από αυτές έχουμε ένα μεγάλο ποσοστό περίπου στο 25% με καρκινικό αποτέλεσμα. Το ποσοστό αυτό είναι το μεγαλύτερο όλων των εξεταζόμενων ετών. Τα υπόλοιπα αποτελέσματα έχουν ως εξής: ASCUS 20%, CIN I 10%, CIN II 20%, και CIN III 25%. Τα επιβεβαιωμένα περιστατικά με HPV λοίμωξη ήταν το 55%.

Γενικά σχόλια: το 2006 το ποσοστό των επιβεβαιωμένων περιστατικών HPV ήταν 29,4%, το 2007: 26,3%, το 2008 ήταν 36,4%. Το 2009 ήταν 58,8% το 2010: 63%, το 2011: 53%, το 2012: 50% και το 2013: 55%. Παρατηρούμε ότι το 2006-2008 το ποσοστό αυτό κυμαινόταν από 26,35-36,4%. Από το 2009-2013 το ποσοστό των HPV επιβεβαιωμένων περιστατικών κυμαινόταν από 50%- 63% . Συμπεραίνουμε λοιπών ότι από το 2009 και μετά το ποσοστό αυτό είχε μία ανοδική πορεία.

1.4.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μετά από τα αποτελέσματα που είχαμε στις κολποσκοπήσεις, κάποιες από τις γυναίκες χρειάστηκε να προχωρήσουν σε χειρουργική θεραπεία, ενώ κάποιες παρέμειναν σε παρακολούθηση ανά τρίμηνο ή εξάμηνο. Στους ακόλουθους πίνακες παραθέτουμε από το 2006 -2013 όσες γυναίκες, χρειάστηκε να κάνουν Κωνοειδής Εκτομή (Κ.Ε). Όσο αφορά αυτές που έκαναν Υστερεκτομή, έχουμε παραθέσει μόνο αυτά τα περιστατικά που είχαν καρκινικό αποτέλεσμα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΑ				
ΕΤΟΣ	ΜΗΝΑΣ		ΕΙΔΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΟΥ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ
2006	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	1	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	CIN II HPV λοίμωξη. Επανάληψη pap test σε 3 μήνες
	ΜΑΙΟΣ	2	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Χαμηλής διαφοροποίησης αδενοκαρκίνωμα. Στάδιο:IA
	ΙΟΥΝΙΟΣ	3	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	CIN Πλακώδες μετάσταση .Επανάληψη pap test σε 3 μήνες
2007	ΙΟΥΝΙΟΣ	1	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	CIN II HPV λοίμωξη
		2	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	CIN II HPV λοίμωξη
		3	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Χαμηλής διαφοροποίησης αδενοκαρκίνωμα. Στάδιο IA
	ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	4	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	Καρκίνωμα in situ τραχήλου της μήτρας
		5	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Καρκίνωμα in situ
	ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	6	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Μερικής διαφοροποίησης ενδομητριοειδές καρκίνωμα στάδιο: Stage IA
2008	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	1	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	CIN III HPV λοίμωξη
		2	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Πλακώδες καρκίνωμα τράχηλου
	ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	3	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	CIN II HPV λοίμωξη
2009	ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	1	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Χαμηλής διαφοροποίησης αδενοκαρκίνωμα.
	ΜΑΡΤΙΟΣ	2	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Μέσης διαφοροποίησης αδενοκαρκίνωμα IA1 με πλακώδης μετάπλαση
		3	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	CIN III HPV λοίμωξη. Επανάληψη pap test σε 3 μήνες
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	4	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη αδενοκαρκίνωμα
		5	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Μέσης διαφοροποίησης αδενοκαρκίνωμα IA1 με πλακώδης μετάπλαση
	ΜΑΙΟΣ	6	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	CIN III Μέσης διαφοροποίησης αδενοκαρκίνωμα
		7	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Μέσης διαφοροποίησης αδενοκαρκίνωμα stage IA1
	ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	8	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Αδενοκαρκινωμα στάδιο Grade I A1
	ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	9	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN III

Πίνακας 1.4.1

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΑ				
ΕΤΟΣ	ΜΗΝΑΣ		ΕΙΔΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΟΥ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ
2010	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	1	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN II-CIN III
	ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	2	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Αδενοκαρκινωμα stage IA1
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	3	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN II
	ΜΑΙΟΣ	4	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα τραχήλου, στάδιο IA1
	ΙΟΥΛΙΟΣ	5	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN II Επανάληψη pap test σε 3 μήνες
	ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	6	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN II
	ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	7	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN III Επανάληψη pap test σε 3 μήνες
		8	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα τραχήλου, στάδιο IA
2011	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	1	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη HSIL-CIN III Επανάληψη pap test σε 3 μήνες
	ΙΟΥΝΙΟΣ	2	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN II
		3	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN III ,Καρκίνωμα in situ τραχήλου της μήτρας
		4	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Καρκίνωμα in situ τραχήλου της μήτρας
		5	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα τραχήλου, στάδιο IA
	ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	6	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN II
	ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	7	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN III
	ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	8	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Αδενοκαρκινωμα stage IA1
2012	ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	1	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN III
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	2	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN II
		3	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Αδενοκαρκινωμα stage IA1
		4	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Μέσης διαφοροποίησης καρκίνωμα stage IA
	ΜΑΙΟΣ	5	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN II
		6	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	Αδενοκαρκίνωμα ,CIN III HPV Λοίμωξη
		7	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Αδενοκαρκίνωμα stage IA
	ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	8	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	CIN III, HPV Λοίμωξη , πλακώδες καρκίνωμα in situ
	ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	9	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	πλακώδες καρκίνωμα in situ
2013	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	1	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN II Επανάληψη pap test σε 3 μήνες
		2	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	καρκίνωμα in situ
	ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	3	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN II-III Επανάληψη pap test σε 3 μήνες
		4	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Αδενοκαρκινωμα stage IA
		5	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	πλακώδες καρκίνωμα τραχήλου στάδιο IA
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	6	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	Χαμηλής διαφοροποίησης αδενοκαρκίνωμα.
		7	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN II-III Επανάληψη pap test σε 3 μήνες
		8	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Χαμηλής διαφοροποίησης αδενοκαρκίνωμα.stage IA
	ΜΑΙΟΣ	9	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN II Επανάληψη pap test σε 3 μήνες
	ΙΟΥΝΙΟΣ	10	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	HPV λοίμωξη CIN II-III Επανάληψη pap test σε 3 μήνες
	ΙΟΥΛΙΟΣ	11	ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ	καρκίνωμα in situ
	ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	12	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	πλακώδες καρκίνωμα τραχήλου στάδιο IA

Πινάκας 1.4.2

Από τις κολποσκοπήσεις που έγιναν το ποσοστό κάθε χρονιάς που χρειάστηκε χειρουργική επέμβαση έχει ως ακολούθως:

- Το 2006 το ποσοστό των γυναίκες που χρειάστηκε χειρουργική επέμβαση μετά από κολποσκόπηση και βιοψία ήταν το 17,6% των κολποσκοπήσεων.

Από αυτές το 11,7% χρειάστηκε Κωνοειδής Εκτομή και το 5,9% Υστερεκτομή.

- Το 2007 το ποσοστό των χειρουργικών επεμβάσεων από τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε κολποσκόπηση ανήλθε στο 31,5% και από αυτές, το 15,7% χρειάστηκε Κ.Ε και το 15,8% σε Υστερεκτομή.
- Το 2008 το ποσοστό των χειρουργικών επεμβάσεων ήταν 27% από αυτές το 18% χρειάστηκε Κ.Ε και το 9% Υστερεκτομή.
- Το 2009 το ποσοστό των χειρουργικών επεμβάσεων ήταν 52%. Παρατηρούμε ότι έχει αυξηθεί σε σχέση με τις προηγούμενες χρονιές, ενώ το ποσοστό που υποβλήθηκε σε Κ.Ε. ήταν 23,5%. Το ποσοστό για τις Υστερεκτομές ήταν 28,5%.
- Το 2010 το ποσοστό για τις χειρουργικές επεμβάσεις ήταν 42%, ποσοστό μικρότερο από τη χρονιά 2009, και το 26% ,ποσοστό ελαφρός μεγαλύτερο από τη προηγούμενη χρονιά, υπεβλήθησαν σε Κ.Ε. Το υπόλοιπο 16% σε Υστερεκτομή.
- Το 2011 το ποσοστό των χειρουργικών επεμβάσεων ήταν 47%. Για τις γυναίκες που έκαναν Κ.Ε το ποσοστό ήταν 29% και γι'αυτές που έκαναν Υστερεκτομή ήταν 18%.
- Το 2012 το ποσοστό των χειρουργικών επεμβάσεων έχει μειωθεί από τις χρονιές 2009-2011, και είναι 37%, ενώ το ποσοστό για τις γυναίκες που έκαναν Κ.Ε. παραμένει περίπου στα ίδια επίπεδα και είναι 21%.Το ποσοστό για τις Υστερεκτομές ήταν 16%.
- Το 2013 έχουμε μία αυξητική τάση στο ποσοστό των χειρουργείων από όλα τα χρόνια, καθώς και στο ποσοστό των γυναικών που υποβλήθηκαν σε Κ.Ε. Τα ποσοστά αυτά είναι 60% και 35% αντίστοιχα ενώ το ποσοστό των Υστερεκτομών ήταν 25%.

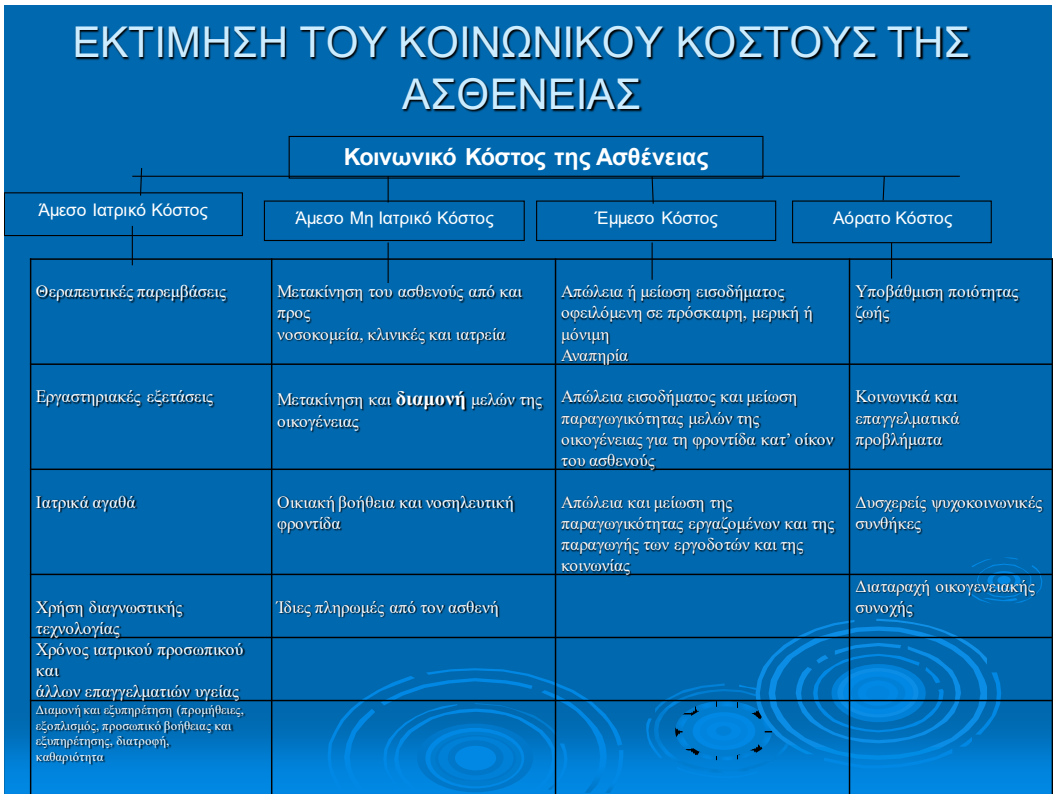
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΚΟΣΤΟΣ

2.1.ΚΟΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ:

Το κόστος εξαιτίας του καρκίνου είναι πολλαπλό. Εκτός από τη θεραπεία ή ακόμα και το θάνατο του ασθενή, υπάρχουν και άλλες παράπλευρες ψυχολογικές και οικονομικές επιπτώσεις στους ίδιους τους ασθενείς, στις οικογένειες τους αλλά και στην κοινωνία γενικότερα.

- Σε εθνικό επίπεδο λόγω των πολυέξοδων προγραμμάτων, πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας.- Μεγάλο χρηματικό κόστος.
- Στην κοινωνία λόγω απώλειας της παραγωγικότητας από αναπηρία ή πρόωρο θάνατο- Απώλεια εργατικών χεριών.
- Στους ασθενείς και τις οικογένειες τους, σε χρόνο και προσπάθεια κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Στήριξη του ιδίου του ασθενή και της οικογένειάς του, για να υπομένουν αυτή τη δοκιμασία. Απώλεια εισοδημάτων από τον ίδιο

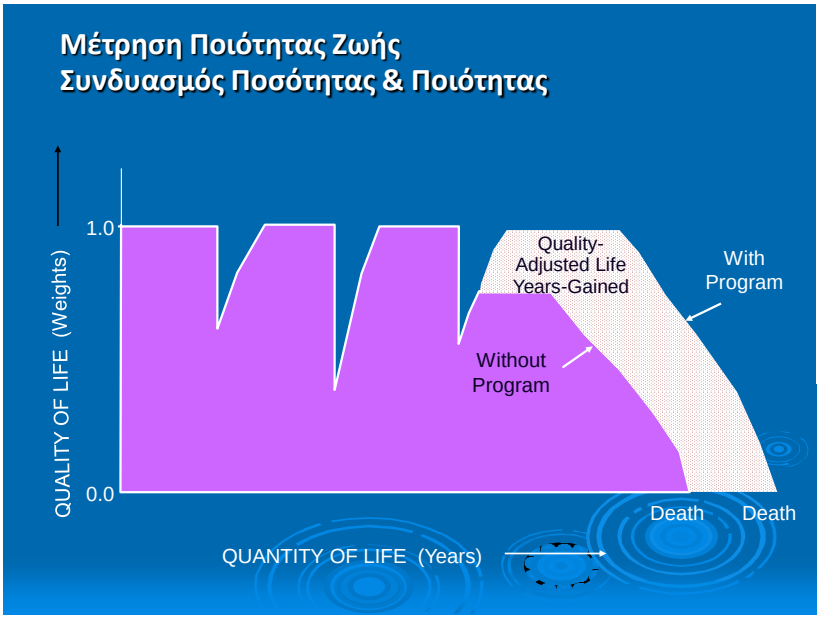
τον ασθενή και την οικογένεια του, γιατί μπορεί να καταστεί μερικώς ή εξολοκλήρου ανίκανος για εργασία.



<u>Πίνακας 2.1.1 (Πηγή Πανεπιστήμιο NEAPOLIS, Καθηγ. Μ.Γείτονα, Μάθημα 602-603)</u>

Η οικονομική αξιολόγηση των καινούργιων μεθόδων χημειοθεραπείας-ακτινοθεραπείας έχει καταστεί αναγκαία λόγω της ραγδαίας ανάπτυξης νέων καινοτομιών και χρησιμοποιείται τόσο από τους γιατρούς όσο και από τους οργανισμούς ιατρικής κάλυψης. Τα τελευταία χρόνια, η αξιολόγηση των οικονομικών επιπτώσεων μιας καινούργιας θεραπείας είναι συνήθως ενσωματωμένη στις ίδιες τις κλινικές δοκιμές που μελετούν την θεραπευτική αξία. Μέτρα όπως τα Επιπρόσθετα Χρόνια Ποιοτικά Προσαρμοσμένης Ζωής (Quality Adjysted Life Years – QALY), έχουν βρει ευρεία χρήση και αποτελούν ένα μέσο σύγκρισης βελτίωσης της ποιότητας αλλά και της ποσότητας της ζωής όταν πρέπει να παρθούν αποφάσεις σχετικά με την χρήση ή όχι της επέμβασης- θεραπείας.

Σκοπός των λειτουργιών υγείας, είναι η μεγιστοποίηση της ποιοτικά σταθμισμένης διάρκειας ζωής των ατόμων. Η ποιότητα ζωής έχει αντικειμενικά στοιχεία. Στη σημερινή εποχή, της βασισμένης σε αποδείξεις ιατρικής (evidence-based medicine), υπάρχει ανάγκη για αντικειμενική μελέτη της χρησιμότητας των προγραμμάτων πρόληψης, όπου τα αποτελέσματα εκφράζονται σε QALYs. Επομένως μελετούν κάθε θεραπευτική αντιμετώπιση, εάν προσφέρει στους ασθενείς παράταση ζωής , η οποία να είναι ποιοτική μέχρι και το θάνατο.



Πινάκας 2.1.2(Πηγή Πανεπιστήμιο NEAPOLIS, Καθηγ. Μ.Γείτονα, Μάθημα 602-603)

2.2.ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ:

Στους επόμενους πίνακες θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε το πραγματικό οικονομικό κόστος για τα περιστατικά με καρκίνο τα οποία εντοπίστηκαν μετά από «θετικό» τεστ Παπανικολάου τα έτη 2006-2013 στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου . Τα στοιχεία για το κόστος ανά μονάδα, τα έχουμε βρει από το Λογιστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου. Το κόστος είναι ενδεικτικό γιατί σε κάποιες περιπτώσεις έχουμε βάλει το μέσο όρο, π.χ. στο χειρουργείο της Υστερεκτομής η ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο 4 με 5 βράδια ανάλογα με τη κατάσταση της κάθε μίας. Τα δωμάτια που υπάρχουν είναι μονόκλινα, δίκλινα και τετράκλινα. Η τιμή για το κάθε δωμάτιο είναι ξεχωριστή. Επόμενος για κάθε χειρουργείο υπολογίσαμε ότι η παραμονή είναι για 4,5 μέρες και η χρέωση για το δωμάτιο έγινε με το μέσο όρο της τιμής των τριών ειδών δωματίων. Επίσης για κάθε περίπτωση έχουν υπολογιστεί τα αναλώσιμα υλικά και οι υπηρεσίες που έχουν προσφερθεί.

Το κόστος της χημειοθεραπείας- ακτινοθεραπείας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από το στάδιο του καρκίνου, την ηλικία , τη γενική κατάσταση του ασθενή, καθώς επίσης και από το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί και την ανταπόκριση που θα έχει από τον οργανισμό του κάθε ατόμου. Για το λόγο αυτό δεν μπορέσαμε να έχουμε στοιχεία και να υπολογίσουμε το κόστος αυτό.

ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ		
ΔΑΠΑΝΕΣ	ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	€ 80	€ 80
ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΒΙΟΨΙΑ	€ 350	€ 350
ΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ	€ 30	€ 30
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	€ 65	€ 65
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ	€ 40	€ 40
ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	€ 250	€ 250
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΟ	€ 1.109	€ 1.109
ΔΙΑΝΥΚΕΡΕΥΣΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜ.ΑΓΩΓΗ	€ 130	€ 520
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ		€ 2.444
ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ		
ΔΑΠΑΝΕΣ	ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	€ 80	€ 80
ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΒΙΟΨΙΑ	€ 350	€ 350
ΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ	€ 30	€ 30
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	€ 65	€ 65
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ	€ 40	€ 40
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΟ	€ 840	€ 840
ΔΙΑΝΥΚΕΡΕΥΣΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜ.ΑΓΩΓΗ	€ 130	€ 195
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ		€ 1.600
ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ		
ΔΑΠΑΝΕΣ	ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	€ 30	€ 30
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	€ 65	€ 65
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ	€ 40	€ 40
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ	€ 150	€ 150
ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	€ 400	€ 400
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ		€ 685

Πίνακας 2.2.1

Στο πίνακα 2.2.1 παραθέτουμε το συνολικό κόστος για την Υστερεκτομή, τη Κωνοειδής Εκτομή και για τη Σταδιοποίηση του καρκίνου. Στο κόστος για την Υστερεκτομή και τη Κωνιειδή Εκτομή έχουν υπολογιστεί οι εξετάσεις οι οποίες έχουν γίνει πριν από το χειρουργείο, όπως το τεστ Παπανικολάου, η κολποσκόπηση και η βιοψία, καθώς και οι εξετάσεις που χρειάστηκαν για το χειρουργείο, όπως καρδιογράφημα, αναλύσεις αίματος, ακτινογραφία θώρακος. Στο συνολικό κόστος, προστέθηκε το κόστος για τη χειρουργική επέμβαση, τη διανυκτέρευση και τη φαρμακευτική αγωγή. Οι διανυχτερεύσεις έχουν υπολογιστεί με τον εξής τρόπο: Μονόκλινο δωμάτιο: €160, Δίκλινο δωμάτιο: €135 και Τετράκλινο δωμάτιο: €95 κάθε βράδυ (η τιμή συμπεριλαμβάνει και τη φαρμακευτική αγωγή) . Άρα ο μέσος όρων των τριών είναι: €130 το βράδυ. Επίσης η τιμή του χειρουργείου για

Υστερεκτομή, είναι η ίδια για όλα τα είδη Υστερεκτομών που γίνονται στο Νοσοκομείο Πάφου, επομένως δεν έχουμε αναλύσει τα είδη Υστερεκτομών σε Λαπαροσκοπική, Κολπική και Κοιλιακή.

Όσων αφορά τη σταδιοποίηση του καρκίνου έχουν υπολογιστεί όλες οι εξετάσεις που θα χρειαστεί να κάνει η ασθενής αφού διαγνωσθεί με καρκίνο, μετά από το χειρουργείο που θα υποβληθεί.

Στο πίνακα που ακολουθεί, υπολογίζουμε για κάθε έτος, το συνολικό κόστος για τα περιστατικά με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, τα οποία έχουν χειρουργηθεί, και έχει γίνει η σταδιοποίηση του καρκίνου τους.

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΕΠΙΒΕΒΑΙΟΜΕΝΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ					
ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	ΚΟΣΤΟΣ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗΣ €	ΚΟΣΤΟΣ ΚΕ €	ΚΟΣΤΟΣ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗΣ €	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ €
2006	2	2444	1600	1370	5414
2007	4	7332	1600	2740	11672
2008	1	2444	0	685	3129
2009	7	12220	3200	4795	20215
2010	3	7332	0	2055	9387
2011	4	7332	1600	2740	11672
2012	5	9776	1600	3425	14801
2013	7	12220	3200	4795	20215
					96505

Πίνακας 2.2.2

Το 2006 παρουσιάστηκαν 2 περιστατικά με καρκίνο. Το ένα χρειάστηκε να υποβληθεί σε Υστερεκτομή και το άλλο σε Κωνοειδή Εκτομή. Το κόστος της σταδιοποίησης και για τα δύο περιστατικά, υπολογίστηκε με βάση το συνολικό κόστος σταδιοποίησης από το πίνακα 2.2.1. Προσθέτοντας όλα τα ποσά μαζί μας δίνουν το ποσό των €5415.

Τα περιστατικά καρκίνου για το 2007 ήταν 4 στον αριθμό. Τα τρία από αυτά αφορούσαν χειρουργεία που έγιναν με Υστερεκτομή. Έτσι το κόστος για τις Υστερεκτομές γίνεται €7332 και το κόστος για το ένα περιστατικό που χρειάστηκε Κωνοειδή Εκτομή είναι €1600. Προσθέτοντας σε αυτό το ποσό, το κόστος σταδιοποίησης και για τα τέσσερα περιστατικά, το συνολικό κόστος για το 2007 ανέρχεται στο ποσό των €11672.

Το 2008 έχουμε παρατηρήσει ότι μόνο ένα περιστατικό καρκίνου έχει παρουσιαστεί και αυτό συνδέεται με τα ποσοστά που αναλύσαμε στο πίνακα 1.2.3. στο κεφάλαιο 1, όπου τα ποσοστά με τα προβληματικά τεστ Παπανικολάου είχαν μειωθεί. Επομένως το κόστος που εξετάζουμε για το 2008 περιλαμβάνει το συνολικό κόστος Υστερεκτομής και το συνολικό κόστος σταδιοποίησης και είναι το ποσό των €3129.

Το 2009 έχουμε ένα μεγάλο αριθμό περιστατικών καρκίνου, σε σύγκριση με τα έτη 2006, 2007 και 2008. Τα 7 από αυτά τα περιστατικά αφορούν δύο γυναίκες οι οποίες έχουν υποβληθεί σε Κωνοειδή Εκτομή και πέντε σε Υστερεκτομή. Έτσι το κόστος που έχουμε στο πίνακα 2.2.2 για τη σταδιοποίηση ανέρχεται στο €4795 και το συνολικό ποσό για τις επεμβάσεις και τη σταδιοποίηση φτάνει τα €20215.

Το 2010 συγκριτικά με τα περιστατικά του 2009 υπάρχει μείωση και από επτά γίνονται τρία, ενώ όλα αφορούν χειρουργεία Υστερεκτομής. Επομένως προσθέτοντας το ποσό της σταδιοποίησης και των χειρουργείων, έχουμε το συνολικό κόστος για το 2010, το οποίο είναι €9387.

Τα περιστατικά καρκίνου του 2011 συνολικά ήταν τέσσερα. Από αυτά τα τρία αφορούσαν Υστερεκτομές και το ένα Κωνοειδής Εκτομή. Προσθέτοντας με τον ίδιο τρόπο τα ποσά των χειρουργείων και της σταδιοποίησης για κάθε περιστατικό έχουμε το συνολικό ποσό των €11672.

Το 2012 έχουν παρουσιαστεί πέντε καρκινικά αποτελέσματα απο το σύνολο των χειρουργείων.
Τέσσερα εκ των οποίων ήταν Υστερεκτομές και ένα Κωνοειδής Εκτομή. Το ποσό των χειρουργείων προσθέτοντας και τα δύο είδη, (υστερεκτομές €9776 και κωνοειδής εκτομή €1600), είναι € 11376. Σε αυτό το ποσό προσθέτουμε το ποσό σταδιοποίησης και των πέντε περιστατικών. Με την πιό πάνω διαδικασία εξάγεται το συνολικό ποσό για το 2012 το οποίο και είναι €14801.

Τέλος για το 2013 παρατηρούμε ότι οι ασθενείς με καρκίνο έχουν αυξηθεί, σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη, και έχουμε επτά νέα περιστατικά. Τα δύο από αυτά αφορούσαν γυναίκες που υποβλήθηκαν σε Κωνοειδή Εκτομή, και τα υπόλοιπα πέντε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Υστερεκτομή. Κάτι παρόμοιο βλέπουμε να συμβαίνει και για το 2009. Σε αυτή τη περίπτωση το συνολικό ποσό για το έτος 2013, ανέρχεται στο €20215. Προσθέτοντας όλα τα έτη το συνολικό ποσό που δαπανήθηκε για τη διαδικασία μέχρι να διαγνωστεί μια γυναίκα με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι €96505.

Στο πίνακα που ακολουθεί, προσπαθήσαμε να υπολογίσουμε το κόστος που χρειάζεται ένα περιστατικό καρκίνου, από τη στιγμή που έχει τελειώσει με τη χημειοθεραπεία – ακτινοθεραπεία και παρακολουθείται από τους θεράποντες ιατρούς. Η παρακολούθηση αυτή γίνεται από ογκολόγο και γυναικολόγο, κρατά συνολικά επτά χρόνια, και χρειάζεται να γίνονται συγκριμένες εξετάσεις κάθε φορά. Γενικότερα στο πίνακα 2.2.3 φαίνονται οι δαπάνες για έναν καρκινοπαθή πλέων ασθενή.

ΚΟΣΤΟΣ 7 ΕΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ						
ΕΞΟΔΑ ΠΡΩΤΟΥ ΕΤΟΥΣ	ΤΡΙΜΗΝΑ					
ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ €	Α	Β	Γ	Δ	ΣΥΝΟΛΟ	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	30	30	30	30	120	
ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	80	80	80	80	320	
ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ	60	60	60	60	240	
ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	65	65	65	65	260	
ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΟΥΡΩΝ	30	30	30	30	120	
ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	250	0	250	0	500	
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ	40	0	40	0	80	
ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ	150	0	150	0	300	
ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	0	0	0	400	400	
ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΟΥΣ €						2340
ΕΞΟΔΑ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΕΤΟΥΣ	ΤΡΙΜΗΝΑ					
ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ €	Α	Β	Γ	Δ	ΣΥΝΟΛΟ	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	30	30	30	30	120	
ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	80	80	80	80	320	
ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ	60	60	60	60	240	
ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	65	65	65	65	260	
ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΟΥΡΩΝ	30	30	30	30	120	
ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	250	0	250	0	500	
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ	40	0	40	0	80	
ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ	150	0	150	0	300	
ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	0	0	0	400	400	
ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΟΥΣ €						2340
ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑ ΤΑ ΔΥΟ ΧΡΟΝΙΑ €						
ΕΤΟΣ	3	4	5	6	7	
ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ						
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	30	30	30	30	30	
ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	80	80	80	80	80	
ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ	60	60	60	60	60	
ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	65	65	65	65	65	
ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΟΥΡΩΝ	30	30	30	30	30	
ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	250	250	250	250	250	
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ	40	40	40	40	40	
ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ	150	150	150	150	150	
ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	400	400	400	400	400	
ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΟΥΣ €	1105	1105	1105	1105	1105	5525
ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΤΑΕΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ €						10205

Πίνακας 2.2.3

Ποιό αναλυτικά το πρώτο χρονικό διάστημα μετά από τη θεραπεία που θα τύχει η ασθενής με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, θα χρειαστεί να επισκέπτεται τους θεράποντες ιατρούς της κάθε τρίμηνο για δύο χρόνια. Οι εξετάσεις που θα πρέπει να γίνονται παραθέτονται στο πίνακα 2.2.3. Για το πρώτο τρίμηνο το ποσό που θα δαπανηθεί για τον έλεγχο αυτό είναι €705, για το δεύτερο τρίμηνο είναι €265, για το

τρίτο €705 και για το τέταρτο €665. Τα συνολικά έξοδα του πρώτου έτους είναι €2340.Τα έξοδα για το δεύτερο έτος είναι ακριβός τα ίδια με αυτά του πρώτου.

Την επόμενη πενταετία δηλαδή το τρίτο, τέταρτο μέχρι και το έβδομο έτος, οι επισκέψεις στους θεράποντες ιατρούς μειώνονται και πραγματοποιούνται ανά έτος. Επομένως θα γίνονται κάθε χρόνο όλες οι εξετάσεις, και τα έξοδα του έτους θα είναι €1105. Τα έξοδα μίας πενταετίας είναι €5525 και προσθέτοντας τα έξοδα των πρώτων δύο ετών, το συνολικό ποσό για την επταετή παρακολούθηση ανά ασθενή, ανέρχεται στο ποσό των €10205.

Στον επόμενο πίνακα, έχουμε υπολογίσει για κάθε έτος, σύμφωνα με τα νέα περιστατικά καρκίνου, το συνολικό κόστος από τη στιγμή της διάγνωσης της ασθένειας, μέχρι τι στιγμή της αποθεραπείας. Το κόστος αυτό, περιλαμβάνει τις δαπάνες που χρειάστηκαν για το χειρουργείο και τη σταδιοποίηση του καρκίνου (πόσα τα οποία αναλύσαμε στο πίνακα 2.2.3.), και προσθέτουμε το συνολικό κόστος της επταετούς παρακολούθησης της ασθενούς. Δεν περιλαμβάνει τα έξοδα χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας για τους λόγους που εξηγήσαμε πιο πάνω.

ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ €	ΚΟΣΤΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ €	ΚΟΣΤΟΣ 7 ΕΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ €	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ €
2006	2	5414	20410	25824
2007	4	11672	40820	52492
2008	1	3129	10205	13334
2009	7	20215	71435	91650
2010	3	9387	30615	40002
2011	4	11672	40820	52492
2012	5	14801	51025	65826
2013	7	20215	71435	91650
ΣΥΝΟΛΟ	33	96505	336765	433270
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	4.125	12063	42095	54158

Πίνακας 2.2.4. Συνολικό Κόστος

Το 2006, για τα δύο περιστατικά καρκίνου οι δαπάνες για το χειρουργείο και τη σταδιοποίηση του καρκίνου είναι €5414. Προσθέτοντας το ποσό που χρειάζεται για την επταετή παρακολούθηση από τους θεράποντες ιατρούς το οποίο είναι €20410, βρίσκουμε το συνολικό ποσό των εξόδων που είχε το κράτος, από τη στιγμή που έγινε η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, μέχρι και τη στιγμή της αποθεραπείας των ατόμων αυτών.

Με τον ίδιο τρόπο βρίσκουμε τις συνολικές δαπάνες για κάθε χρόνο. Στο τέλος του πίνακα, παρατηρούμε ότι συνολικά είχαμε 33 περιστατικά καρκίνου. Τα έξοδα που έγιναν μόνο για τα χειρουργεία και σταδιοποίηση του καρκίνου, και για τα 8 χρόνια

ανέρχονται στο ποσό των €96505. Επίσης η επταετές παρακολούθηση για τα 33 αυτά περιστατικά και όλα τα έτη που μελετούμε στοιχίζει €336765. Επομένως το συνολικό κόστος που προκύπτει για το κράτος, σε σχέση με τα άτομα αυτά με καρκίνο, από το 2006 έως και το 2013, ανέρχεται στο ποσό των €433270.

Σύμφωνα με τον προϋπολογισμό 2013 του Υπουργείου Οικονομικών, για το Υπουργείο Υγείας και συγκριμένα για τις δαπάνες στο Γενικού Νοσοκομείο Πάφου το ποσό ήταν €10.123.847. Έχοντας υπόψη μας το μέσο όρο (Πίνακας 2.2.4.) του ποσού που χρειάζεται το κράτος για τα περιστατικά του καρκίνου που εξετάζουμε στην εργασία αυτή, το ποσοστό που αναλογεί στο προϋπολογισμό του συγκεκριμένου Νοσοκομείου είναι 0,54%. Με λίγα λόγια το ποσό που ξοδεύεται απο το κράτος για τα περιστατικά από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αναλογεί στο 0,54% του Προϋπολογισμού του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου για ένα χρόνο. Σημειωτέο είναι ότι τα περιστατικά αυτά αναλογούν στο 1/3 των συνολικών καρκίνων που μπορούν να διαγνωσθούν από το συγκεκριμένο νοσοκομείο, αφού το υλικό που αναλύσαμε προερχόταν μόνο από τον ένα γυναικολόγο.

2.3.ΚΟΣΤΟΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ- ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ ΤΑ ΕΤΗ 2006 ΕΩΣ 2013

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ ΑΝΑ ΕΤΟΣ		
ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ
2006	47	
2007	37	21.3%
2008	87	135.1%
2009	104	19.5%
2010	44	57.7%
2011	48	9.1%
2012	29	39.6%
2013	27	6.9%

Πίνακας 2.3.1

Το κόστος του εμβολίου είναι περίπου €165 ανά δόση, έτσι το συνολικό ποσό που καταβάλει κάθε άτομο ,ανέρχεται στα €495. Από το 2013 και μετά, η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει καθορίσει χαμηλότερη τιμή, η οποία φτάνει περίπου τα €100 ανά δόση.(Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων ECDC)
Ο πίνακας 2.3.1. δείχνει τους εμβολιασμούς οι οποίοι πραγματοποιήθηκαν, κατά την οκταετία 2006-2013, ταξινομημένοι ανά έτος. Σύμφωνα με τους αριθμούς που παρουσιάζει ο εν λόγο πίνακας, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι από το 2008 μέχρι και το 2009 υπάρχει αυξητική τάση στους εμβολιασμούς. Ο αριθμός των ατόμων που εμβολιάστηκαν το 2009,σε απόλυτους αριθμούς, ήταν ο υψηλότερος συγκριτικά πάντα με τις υπόλοιπες χρονιές. Ακόμα διαπιστώνουμε ότι κατά το έτος 2008 καταγράφεται η μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση όλων των ετών, που αφορούν την

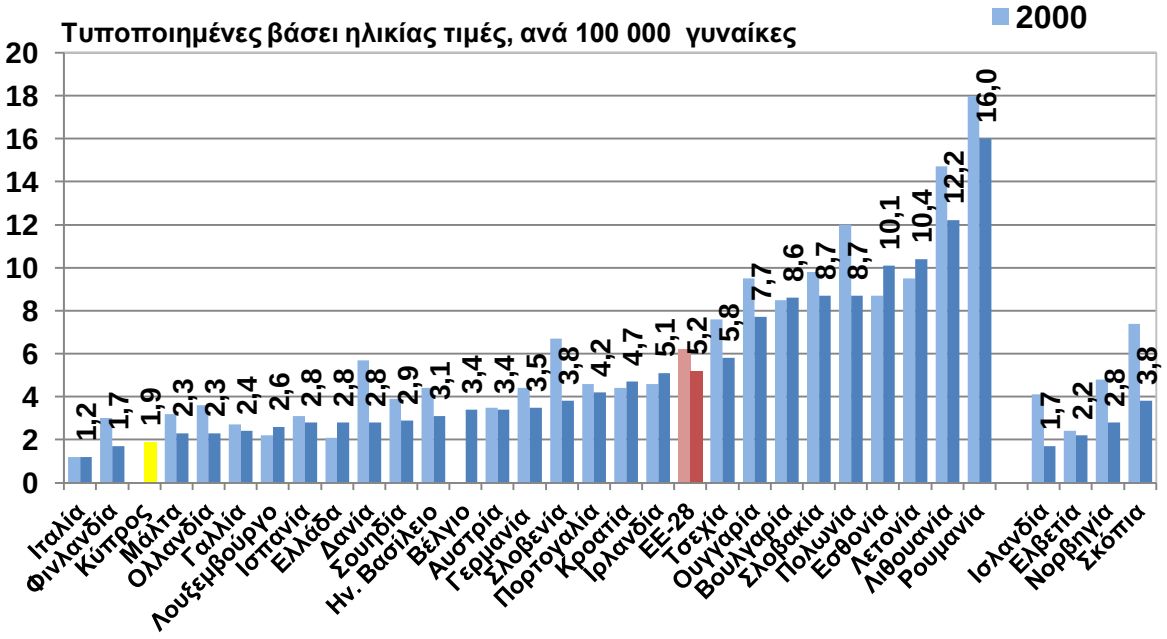
έρευνα μας, και ξεπερνά το 151%. Από το 2010 και μετά διαπιστώνεται μεγάλη μείωση , η οποία φτάνει μέχρι και το ποσοστό της τάξης του 57,7% το συγκεκριμένο έτος. Μοναδική εξαίρεση για την περίοδο αυτή αποτελεί το 2011 όπου και παρατηρείται μικρή αύξηση, της τάξης του 9,1% . Αναλύοντας όλα τα στοιχεία που έχουμε στην εργασία αυτή παρατηρούμε ότι υπάρχει αυξομείωση στα ποσοστά εμβολιασμού, με τα τελευταία χρόνια, να επικρατεί μείωση. Η μείωση αυτή των εμβολιασμών, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των περιστατικών μόλυνσης από τον ιό HPV και κατ'επέκταση αύξηση των περιστατικών εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Σύμφωνα με έρευνες του Πανεπιστημίου του Στάνφορτ στις ΗΠΑ:

Οι ομάδες υψηλού κινδύνου που έχουν προμηθευτεί το εμβόλιο δωρεάν από το κράτος ,έχουν κερδίσει κατά μέσο όρο 2,8 ημέρες Ζωής. Αν όλα τα κορίτσια ηλικίας 12-18 ετών εμβολιάζονταν, θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί 1300 θάνατοι ετησίως. Η χορηγία του εμβολίου στοίχισε στο κράτος €185 ανά άτομο, αντί για €495 (περίπου) που θα στοίχιζε σε ένα ασθενή για να το αγοράσει.

Δυστυχώς στις χώρες που τα εμβόλια αυτά δεν παρέχονται δωρεάν στο γυναικείο πληθυσμό, τα ποσοστά θνησιμότητας από το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι πολύ μεγάλα. Σε όλες τις χώρες που το εμβόλιο και το τεστ Παπανικολάου παρέχονται δωρεάν, έχουν μειωθεί τα περιστατικά που πάσχουν από τον καρκίνο αυτό. Πιο κάτω ο πίνακας που ακολουθεί περιγράφει τα ποσοστά θνησιμότητας τα έτη 2000 -2011 από το συγκεκριμένο καρκίνο παγκόσμιος. Η Κύπρος κατέχει το 1,9% . Αν αναλογιστούμε ότι υπάρχει η δυνατότητα να αρχίσει να χορηγείται το εμβόλιο αυτό στα κορίτσια, το ποσοστό αυτό θα μειωθεί κατά πολύ.

Πίνακας 2.3.2 Θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου, γυναίκες, 2000 ως 2011



Πηγή: EurostatStatisticsDatabase.

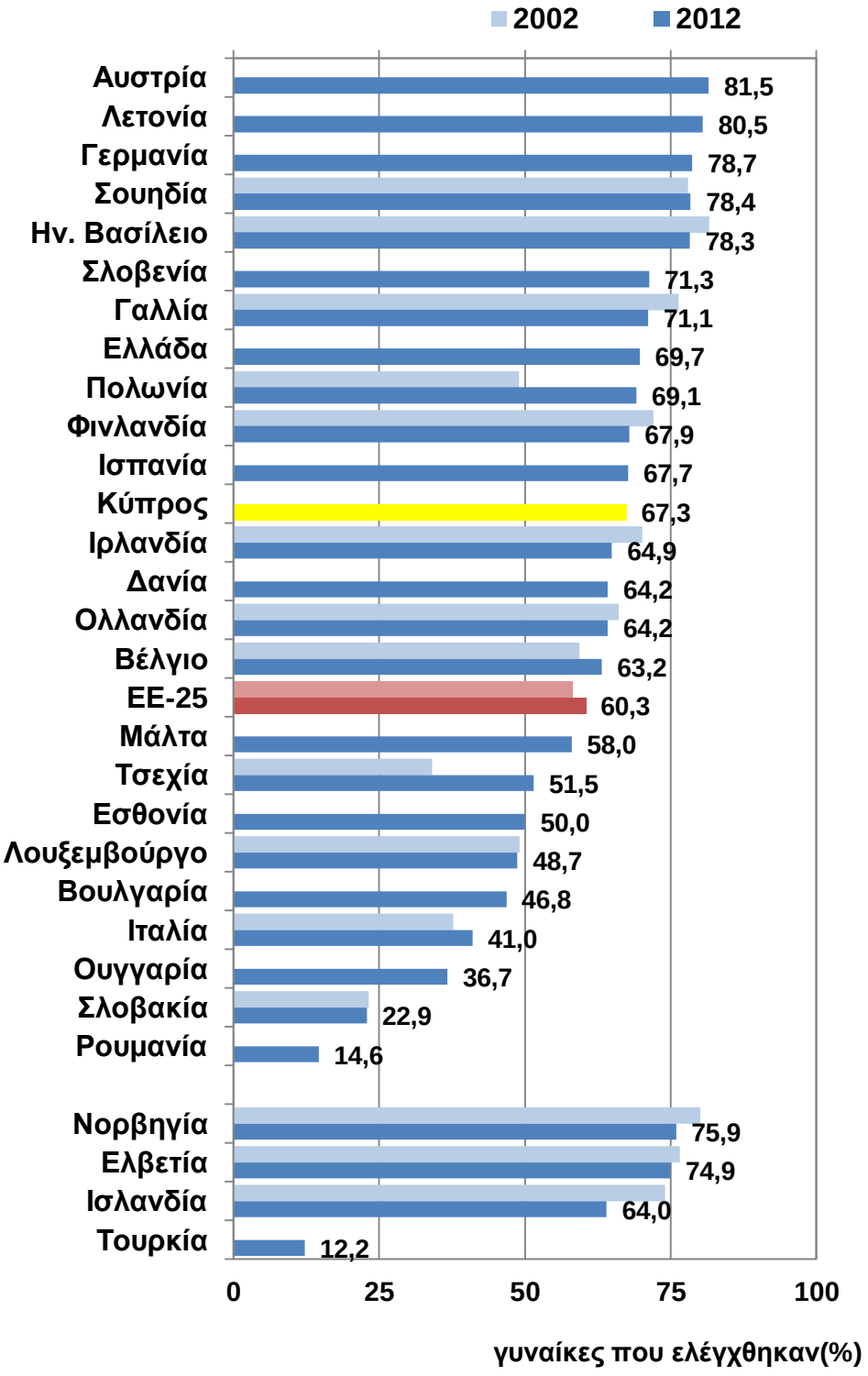
3.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ:

Με τα δεδομένα που έχουμε αναλύσει στα προηγούμενα κεφάλαια καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι, όσο μειώνονται τα άτομα που εμβολιάζονται με το εμβόλιο κατά του ιού HPV, τόσο αυξάνονται και τα περιστατικά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Αυτό διαφαίνεται και από τα παρακάτω στοιχεία που έχουμε συλλέξει από το Υπουργείο Υγείας για το θέμα αυτό.

Η Στατιστική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας ανακοίνωσε τα ακόλουθα: Κάθε χρόνο έχουμε κατά μέσο όρο 30 νέα περιστατικά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και 11 θανάτους. Επίσης από το 2004 έως το 2010, 54 γυναίκες έχασαν τη ζωή τους από το συγκεκριμένο καρκίνο. Την ίδια στιγμή από το 1998 έως το 2008 παρουσιάστηκαν 253 κρούσματα γυναικών με καρκίνο. (Εθνικό Αρχείο Καρκίνου 2015)
Όπως διαφαίνεται, τα κρούσματα αυξάνονται ανησυχητικά από την μια χρονιά στην άλλη.
Σύμφωνα με επίσημη ανακοίνωση του Υπουργείου Υγείας Κύπρου στις 21/1/2016 τα κορίτσια, ηλικίας 12-13 ετών, που φοιτούν σε δημόσια και ιδιωτικά σχολεία, θα εμβολιαστούν από τη 1 Σεπτεμβρίου 2016 μέσα στα πλαίσια των Υπηρεσιών Σχολικής Υγείας. Τα κορίτσια αυτά ανέρχονται στα 9000 και το Υπουργείο υπολογίζει ότι ο εμβολιασμός αυτός έχει κόστος περί τα €300,000,μόνο για τους μήνες Σεπτέμβριο έως Δεκέμβριο του 2016. Επίσης υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος για ανάπτυξη του καρκίνου, μετά τον εμβολιασμό, θα μειωθεί γύρω στο 70%.

Παρόλο που όπως έχει αναφερθεί και πιο πάνω, ο εμβολιασμός μπορεί να μείωση έως και 70% των περιστατικών του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ωστόσο για την βέλτιστη πρόληψη πρέπει να συνδυάζεται με προληπτικό έλεγχο. Ο εμβολιασμός σε συνδυασμό με τον τακτικό προληπτικό έλεγχο Pap-test θα μπορούσε να μειώσει την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά 90% . Είναι φανερό ότι , εάν το κράτος υιοθετήσει ένα πρόγραμμα δωρεάν ελέγχου (screening test), σε όλες τις γυναίκες και δωρεάν εμβολιασμού στα κορίτσια, θα έχει σημαντικό όφελος από το γεγονός ότι οι θεραπείες για το καρκίνο είναι πολύ δαπανηρές και πλέον θα μειωθούν. Επίσης και από το γεγονός ότι τη μείωση των ατόμων που θα νοσούσαν και τώρα θα ανήκουν στα παραγωγικά άτομα, θα υπάρχει τόσο κοινωνικό όφελος όσο και οικονομικό.

3.1.Ποσοστά γυναικών που υποβλήθηκαν σε προσυμπτωματικό έλεγχο τραχήλου της μήτρας, ηλικίας 20-69, 2002 ως 2012 (ή πλησιέστερο έτος)



Πηγή: OECD Health Statistics 2014 completed with Eurostat Statistics Database 2014 for non-OECD countries.

Στον πιο πάνω πίνακα μπορούμε να δούμε το ποσοστό των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε εξέταση κατά Παπανικολάου στη Κύπρο, από το 2002 έως το 2012 (OESD 2014). Το ποσοστό αυτό είναι αρκετά μεγάλο και θα μπορούσε να γίνει μεγαλύτερο εάν υπήρχε στο σύστημα υγείας της Κύπρου το δωρεάν screening test για όλες τις γυναίκες. Αυτό δείχνει ότι οι γυναίκες είναι αρκετά ενημερωμένες για το θέμα αυτό, αλλά ίσως ο οικονομικός παράγοντας, να τις αποτρέπει στο να πραγματοποιήσουν τις εξετάσεις και τους εμβολιασμούς που είναι απαραίτητοι για τη πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, και κατεπέκταση το κράτος να επωμίζεται ένα μεγάλο κόστος για τις θεραπείες των ατόμων που νοσούν. Το κόστος αυτό θα μπορούσε να είναι λιγότερο, και να γίνονταν δαπάνες για τη σωστή πρόληψη του συγκεκριμένου καρκίνου, δαπάνες οι οποίες δεν έχουν τόσο μεγάλο κόστος όσο οι θεραπείες για το καρκίνο αυτό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Πρωτογενείς πηγές:

Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC)

Λογιστήριο Γενικού Νοσοκομείου Πάφου.

Στατηστική Υπυρεσία Υπουργείου Υγείας Κύπρου. (Εθνικό Αρχείο Καρκίνου)

Υπηρεσίες Σχολικής Υγείας Υπουργείου Υγείας Κύπρου.

Υπουργείο Οικονομικών, Κρατικός Προυπολογισμός 2013.

Φαρμακευτικές και ιαρικές Υπηρεσίες Υπουργείου Υγείας Κύπρου.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Δευτερογενείς πηγές:

ΒΙΒΛΙΑ

Αγοραστός, Θ., Βαβίλης, Δ. & Μπόντις Ι. (2006). *Σύγχρονες εξελίξεις στην πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου.* Θεσσαλονίκη: University studio press

Αγοραστός, Θ., Βαβίλης, Δ. & Μπόντης Ι. (1999).*Πρωτογενής και Δευτερογενής Πρόληψη του Γυναικολογικού καρκίνου.* Θεσσαλονίκη : UniversityStudioPress

Αντσακλής Α,(2008). *Μαιευτική και Γυναικολογία.* Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Πρισιανού.

Ασημακόπουλος Ε, Μανταλενάκης Σ, *Υπερηχογραφία στη Μαιευτική και Γυναικολογία*. 2002. Θεσσαλονίκη. University studio press.

Καλογερόπουλος,Α. (2004). *Γυναικολογία* . θεσσαλονίκη : University Studio Press

Χατζημπούγιας, Ι.(2007). *Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου*. Αθήνα : GMDESIGN.

ΑΡΘΡΑ:

Εκπαιδευτικό διαδικτιακό πρόγραμμα Eurocytology, *Κυτταρολογία τραχήλου της μήτρας* Ημερομηνία πρόσβασης 26/05/2016 στην διεύθυνση http://www.eutocytology.eu

Ελληνική HPV Εταιρεία (2007) *Τεστ Παπανικολάου,κολποσκόπηση,έλεγχος HPV: όρια και δυνατότητες κάθε μεθόδου*. Ημερομηνία πρόσβασης 29/05/2016 στην διεύθυνση http://www.hpvsociety.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=85:pap-testcolposcopy-hpv-test&catid=45:papers&Itemid=59.

Ελληνική HPV Εταιρεία., (2012). *Τι είναι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV*. Ημερομηνία πρόσβασης 12/06/2016 στην διεύθυνση http://www.hpvsociety.gr.

<u>ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ:</u>

ΒΙΒΛΙΑ:

Landy r,Castanon A,Hamilton W et al(2015) *Evaluating cytanology for diagnosis of invasive cervical cancer*.Cytopathology 2015[e-pub ahead of print]

Mitchel H,Medley G(1995).*Differences between Papanicolaou Smears with correct and icorrect diagnosis*,Cytopathology 6:368-75,UK.

Michael C, (1999). *«The Papanicolaou Smear and the Obstetric Patient: A Simple Test with Great Benefits». Diagnostic Cytopathology* 21 (1): 1–3. Ημερομηνία πρόσβασης 09/06/2016 στην διεύθυνση doi:10.1002/(SICI)1097-0339(199907)21

Nayar R, Wilbur DC (2015). *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytanology:Definitions,Criteria and explanatory* ,New York :Springer

Papatheofanis, F.J. (2003) *Economic evaluation approaches for new technology*. IEEE Med Bio, pp. 16-17,UK.

Stoppard M., (2003)*Το γυναικείο σώμα*.Αθήνα. Εκδόσεις Δομική.

ΑΡΘΡΑ:

Centres for Diseases Control and Prevantion(CDC), (2007). *Εμβόλιο εναντίον του HPV: Ανοικτά θέματα και ερωτηματικά.* Ημερομηνία πρόσβασης 26/05/2016 στην διεύθυνση http://www.cdc.gov/std/hpv/stdfacthpv-vaccine-hcp.htm

Demay, M.(2007) Practocal Principles of Cytopathology, *American Society for Clinical Pathology Press,*

Martin-Hirsch P, Lilford R, Jarvis G, Kitchener HC (1999). Efficacy of cervical-smear collection devices: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet.* vol .354 (9192).pp.1763–1770.

Mayowan,B,(2000) Gynecological Oncology Cervical Smears, Colposcopy And Cervical Cancer. *Churchills Pocket Book Of Obstetrics And Gynecology* vol.2000,pp.241-246.

Nayar R, Solomon D. (2004)*The* Bethesda System for reporting cervical cytology,*CytoJourna*l Ημερομηνία πρόσβασης 26/05/2016 στην διεύθυνση :http://www.cytojournal.com/tefinitions,Crext.asp?2004/1/1/4/41272

OECD Health Statistics (2014) completed with Eurostat Statistics Database 2014 for non-OECD countries. *Cervical cancer* . Ημερομηνία πρόσβασης 26/05/2016 στην διεύθυνση http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

PUB MED(2010) *The clinical importance of the nomenclature, evolution and taxonomy of human papillomaviruses,* Ημερομηνία πρόσβασης 09/06/2016 στην διεύθυνση http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15753006

Shidham VB, Mehrotra R, Varsegi G, D'Amore KL, Hunt B, Narayan R.(2011 immunocytochemistry on cell blocks as an adjunct to cervical cytology: Potential reflex testing on specially prepared cell blocks from residual liquid-based cytology specimens. *CytoJournal* vol.;8:1.pp16 Ημερομηνία πρόσβασης 09/06/2016 στην διεύθυνση : http://www.cytojournal.com/text.asp?

World Health Organization, WHO (2006). *Comprehensive Cervical Cancer Control A quide to essential practice*. Ημερομηνία πρόσβασης 09/06/2016 στην διεύθυνση www.afro.who.int/index.php

World Health Organization, (2007). *Human 76papillomaviruw and HPV vaccines: a. technical information for policy-makers and health professionals*.Ημερομηνία πρόσβασης 09/06/2016 στην διεύθυνση http://www.who.int/vaccinesdocuments/DocsPDF07/866.pdf.

World Health Organization, WHO (2007). *Departmentof immunization and biological* Ημερομηνία πρόσβασης 09/06/2016 στην διεύθυνση http://www.who.int/immunization/en/

Wright Tc Jr, Cox Jt, Massad Ls.(2002) Cousensus Guidelines For The Management Of Women With Cytological Abnormalities. *Jama* .vol; 207:pp. 2120- 2129.

ΜΕΛΕΤΕΣ:

Chaturveti,A.(2010) M.L. Gillison, ¨Human Papillomavirus head and neck cancer¨ Epidemiology, pathogenesis and prevention of head and neck cancer,.

Cancer Research. (2008) ¨Cervical Cancer-UK incidence statistics¨ Ημερομηνία πρόσβασης 18/03/2016 στην διεύθυνση http://info.cancerresearchuk.org

Patel H, Wagner M, Singhal P, Kothari S, (2013). Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. Ημερομηνία πρόσβασης 26/05/2016 στην διεύθυνση http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23347441.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ:

https://el.wikipedia.org/wiki/Ωοθήκες

https://el.wikipedia.org/wiki/Τεστ Παπανικολάου

https://www.healthtap.com

https://www.sciencephoto.com

https://el.wikipedia.org/wiki/κολποσκόπηση

http://www.drhintipas.gr

http://www.onmed.gr/ygeia

http://www.moh.gov.cy

http://www.nccn.org/National Comprehensive Cancer Network,Inc[US]