

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Παθήσεις τραχήλου

Καλοήθειες παθήσεις τραχήλου

Ενδοτραχηλικοί πολύποδες

Οι ενδοτραχηλικοί πολύποδες είναι σύνηθες εύρημα κατά τη γυναικολογική εξέταση ή την κολποσκόπηση. Είναι λάχνες του κυλινδρικού επιθηλίου και συνήθως είναι η αιτία της αιμόρροιας μετά από επαφή. Θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από τα μισχωτά υποβλεννογόνια ινομυώματα ή και τους ενδομήτριους πολύποδες. Αν και γνωρίζουμε την καλοήθειά τους, η εξαίρεση αυτών με περιστροφή του μίσχου και η ιστολογική εξέταση κρίνονται απαραίτητα.

Αιμαγγειώματα

Έχουν αναφερθεί πάρα πολλές περιπτώσεις τριχοειδικών αιμαγγειωμάτων στον τράχηλο και κυρίως μετά από εγκυμοσύνη. Εμφανίζονται με κόκκινη ή βυσσινιά απόχρωση, με υφή όμοια των πολυπόδων, μαλακή-απαλή στην αφή. Βιοψία δεν πρέπει να παίρνεται διότι ακολουθεί μεγάλη αιμορραγία. Μερικ

κές περιπτώσεις θεραπεύθηκαν επιτυχώς με Laser CO₂. Η κύρια θεραπευτική μέθοδος όμως είναι η υστερεκτομή.

Διάφορες καλοήθειες καταστάσεις

Τα κονδυλώματα οφείλονται σε HPV λοίμωξη και μάλιστα των στελεχών 6-11-42-43. Είναι εκπλασθήσεις του επιθηλίου και παθολογοανατομικά ομοιάζουν με τα θηλώματα. Θεραπευτικά, εφ' όσον πρόκειται για “επίπεδα κονδυλώματα”, η επίθηξη ποδοφυλίνης έχει καλά αποτελέσματα, όταν όμως πρόκειται περί “**ανθοκραμβοειδών μαζών**” απαιτείται εξαίρεση αυτών είτε με κρυοπηξία είτε με διαθερμία είτε με Laser CO₂. Η αναφορά των **καλοήθων μεσοδερμικών όγκων της ενδομητρίωσης του θηλώδους ινωαδενώματος του υποβλεννογόνιου ινομυώματος** και του **τραχηλικού λειομυώματος** κρίνεται απαραίτητη. Θα πρέπει τέλος να αναφερθεί και η **μικροαδενική υπερπλασία του τραχήλου**: καλοήθης κατάσταση που παρατηρείται κυρίως σε γυναίκες εγκυ

μονούσες ή σ' αυτές που παίρνουν αντισυλληπτικά. Η διάγνωση γίνεται είτε με ένα test pap ή από την εμφάνιση ανώμαλης αιμόρροιας. Είναι σημαντική η ιστολογική ομοιότητα με το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου (Young and Scully 1989). Η εμφάνισή της στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ή σε γυναίκες με κολπική αδένωση, απαιτεί μεγάλη προσοχή.

Προκαρκινικές βλάβες τραχήλου CIN

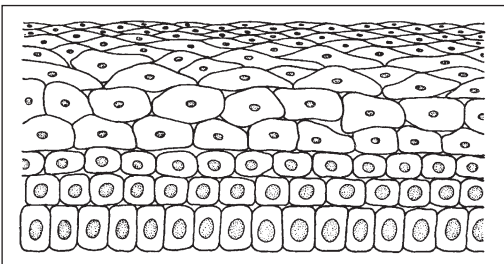
Η CIN είναι ένας μοντέρνος όρος, γι' αυτό χρησιμοποιείται στις αναφορές σαν δυσπλασία ή καρκίνωμα in situ και διαιρείται σε τρεις κατηγορίες:

CIN I	ήπια δυσπλασία
CIN II	μέτρια δυσπλασία
CIN III	σοβαρή δυσπλασία καρκίνωμα in situ

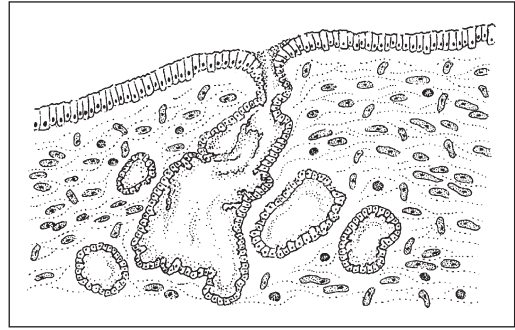
Για να κατανοήσουμε καλύτερα τί είναι αυτές οι προκαρκινικές βλάβες, το πώς διαγιγνώσκονται και θεραπεύονται, θα πρέπει πρώτα να κάνουμε μια αναφορά στη φυσιολογία του τραχηλικού επιθηλίου.

Η ενέργεια των οιστρογόνων

Πριν την εφηβεία, η επιφάνεια του τραχήλου (έξω τράχηλος) εκτίθεται στον κόλπο και είναι σκεπασμένη με ένα στρώμα από πλακώδες επιθήλιο (Εικ. 2.1).

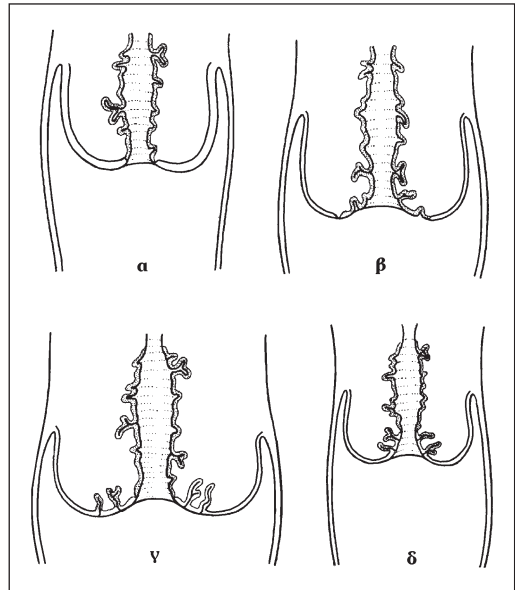


Εικόνα 2.1. Εικόνα φυσιολογικού πλακώδους επιθηλίου.



Εικόνα 2.2. Ιστολογία του φυσιολογικού κυλινδρικού επιθηλίου και ενδοτραχηλικές κρύπτες.

Ο ενδοτράχηλος αποτελείται από ένα απλό στρώμα από κυλινδρικό επιθήλιο, που επεκτείνεται βαθιά διπλωμένο μέσα στο ινώδες στρώμα του τραχήλου (Εικ. 2.2). Αυ-



Εικόνα 2.3. Οι αλλαγές της πλακωδοκυλινδρικής διασταύρωσης κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας. α) Κατά την προεφηβεία. β) Μετά την εμμηναρχή, στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, με χρήση αντισυλληπτικών δισκίων. γ) Κατά την γόνιμη περίοδο της γυναίκας μέχρι την εμμηνόπαυση. δ) Μετά την εμμηνόπαυση.

τά συχνά αναφέρονται σαν αδένες ή κρύπτες του τραχήλου. Αυτό το επιθήλιο αποκρύπτεται από την τραχηλική βλέννα. Η γραμμή όπου συναντώνται το πλακώδες επιθήλιο με το κυλινδρικό, ονομάζεται πλακωδοκυλινδρική διασταύρωση (SCJ) (Squamo Columnar Junction). Σε πολλές κοπέλες της προεφηβικής ηλικίας η SCJ απλώνεται στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο (Εικ. 2.3).

Ο τράχηλος στην εφηβεία μεγαλώνει, με την επίδραση των οιστρογόνων που εκκρίνονται με την αφύπνιση-ενεργοποίηση της ωοθήκης. Καθώς αυτό συμβαίνει, καμιά φορά αποκαλύπτεται ένα λεπτό αδενικό επιθήλιο, από τον ενδοτράχηλο έως τον εξωτράχηλο (Εικ. 2.3 α-β). Το αποκαλυπτόμενο λεπτό επιθήλιο φαίνεται κόκκινο, επειδή τα αιμοφόρα αγγεία βρίσκονται ακριβώς κάτω από την επιφάνειά του. Αυτό συχνά αναφέρεται σαν “διάβρωση”. Ένας περισσότερο κατάλληλος όρος είναι “εκτρόπιο”.

Μεταπλασία

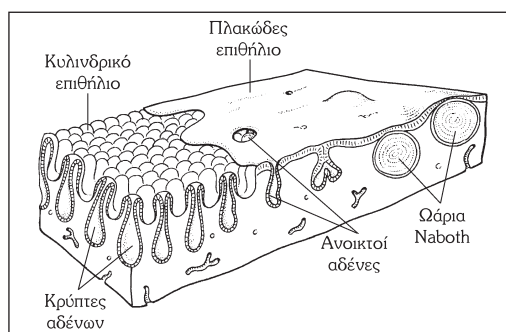
Το αποκαλυπτόμενο αδενικό επιθήλιο σταδιακά αντικαθίσταται με πλακώδες επιθήλιο και η διεργασία αυτή καλείται – ονομάζεται μεταπλασία. Η μεταπλασία αρχίζει από το χείλος του γνήσιου πλακώδους επιθηλίου και σταδιακά επεκτείνεται προς το νέο έξω τραχηλικό στόμιο (Εικ. 2.3γ). Αυτό ίσως πάρει μερικά χρόνια μέχρι να ολοκληρωθεί, ή ίσως σταματήσει, πρόωρα. Όταν αυτή η φυσιολογική διαδικασία διαταράσσεται, αυτή η κατάσταση ονομάζεται δυσπλασία (cervical intraepithelial neoplasia, CIN).

Η αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων μπορεί να προκαλέσει επιμήκυνση του τραχήλου, έτσι ώστε περισσότερο κυλινδρικό επιθήλιο να μπορεί να υποστεί μεταπλα-

Αυτό ιδιαίτερα είναι αξιοπρόσεκτο μετά από εγκυμοσύνη ή κατά τη διάρκεια χρησιμοποίησης αντισυλληπτικών. Μετά από εγκυμοσύνη και μετά την εμμηνόπαυση ο τράχηλος σιγά-σιγά μαζεύεται και αναποδογυρίζει, τραβώντας το πλακώδες επιθήλιο από τον εξωτράχηλο μέσα στον ενδοτράχηλο (Εικ. 2.3δ).

Η ζώνη μετασχηματισμού

Ο όρος “της ζώνης μετασχηματισμού” “transformation zone (TZ)”, αποτίνεται στο μέρος της επιφάνειας του τραχήλου που ήταν γνήσιο κυλινδρικό επιθήλιο, αλλά έχει “μετασχηματισθεί” σε πλακώδες επιθήλιο. Συνήθως η TZ ξαπλώνεται στον τράχηλο, αλλά σε μερικές περιπτώσεις εκτείνεται στον κόλπο, όπου μπορεί να καταλάβει μία σημαντική σε έκταση επιφάνεια. Η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN) προέρχεται από την TZ. Φαίνεται πως αυτό ισχύει στις περισσότερες κολπικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες (VAIN), όμως δεν ισχύει στις ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του αιδοίου (VIN) καθώς δεν υπάρχει TZ στο αιδοίο. Αρχικώς η TZ είναι σκεπασμένη από μεταπλαστικό επιθήλιο (Εικ. 2.4). Η είσοδος στο στόμιο των τραχηλικών αδένων αποφράσσε-



Εικόνα 2.4. Σχηματική απεικόνιση της δημιουργίας των ωαρίων Naboth.

ται με την αύξηση πλακώδους επιθηλίου, και το εσωτερικό των αδένων καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο.

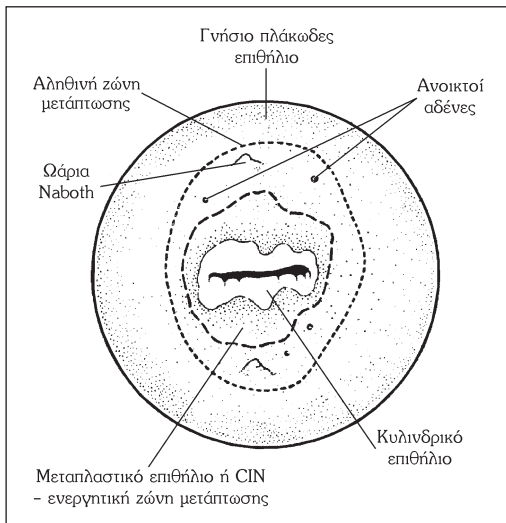
Όταν το κυλινδρικό επιθήλιο δε μεταπλάσσεται σε πλακώδες συνεχίζεται η έκκριση βλέννας, η κατακράτηση της οποίας σχηματίζει κύστη, τα ονομαζόμενα ωάρια του Naboth. Τελικά αυτοί οι αδένες, είναι μόνο ενδείξεις ότι αυτή η περιοχή ήταν μία φορά σκεπασμένη από κυλινδρικό επιθήλιο και είναι μέρος από την TZ. Ο όρος TZ, συχνά χρησιμοποιείται από τους κολποσκόπους που αναφέρονται στο μέρος αυτό του τραχήλου το οποίο περιέχει CIN ή μεταπλαστικό επιθήλιο (Εικ. 2.5). Αυτό οφείλεται στο ότι στην πραγματικότητα είναι αδύνατον να καθορισθεί με ακρίβεια το εξωτερικό όριο της TZ σε φυσιολογικό ώριμο πλακώδες επιθήλιο. Επιπλέον, ώριμο πλακώδες επιθήλιο του τραχήλου πιθανώς δεν έχει ενδεχόμενη κακοήθεια. Ο Dr Soutter

προτιμά να ονομάζει αυτήν την περιοχή, ενεργητική ζώνη μετάπτωσης (active transformation zone).

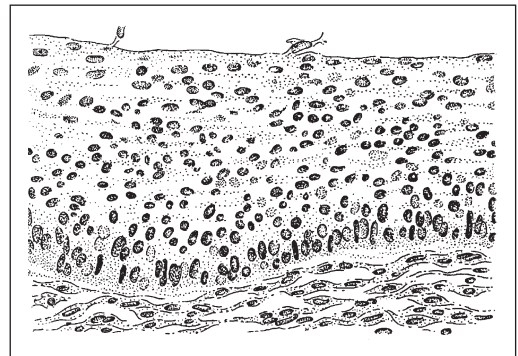
Η εκ γενετής ζώνη μετασχηματισμού

Η εκ γενετής ζώνη μετασχηματισμού είναι ένας όρος που απευθύνεται σε μια περιοχή με διαταραχή στη μεταπλασία, που συνήθως συνεπάγεται μια πλατιά περιοχή του τραχήλου και επεκτείνεται στον κόλπο. Σε μερικές περιπτώσεις, πολύ μεγάλες περιοχές από τον κόλπο μπορεί να επηρεασθούν. Αυτό το μέρος του κόλπου που ήταν αρχικά σκεπασμένο με κυβοειδές επιθήλιο, πιστεύεται ότι δεν αντικαταστάθηκε με πλακώδες επιθήλιο φυσιολογικά πριν τη γέννα. Το εναπομείναν κυβοειδές επιθήλιο έχει υποστεί μεταπλασία σε προχωρημένη ηλικία και η μεταπλαστική διαδικασία παρέμεινε ατελής. Αυτό πιθανώς δεν έχει ενδεχόμενη κακοήθεια και αποτελεί διαγνωστικό πρόβλημα στους κολποσκόπους και ιστοπαθολόγους.

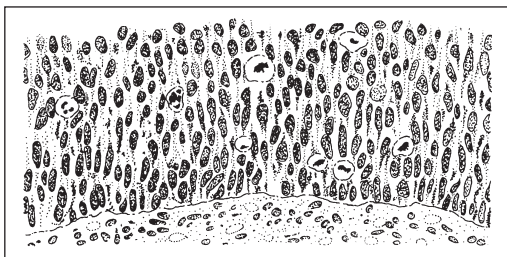
Η διάγνωση της CIN βασίζεται στην αρχιτεκτονική και την ιστολογική εμφάνιση του τραχηλικού επιθηλίου. Σε CIN I (Εικ. 2.6) τουλάχιστον το μισό πάχος του επιθηλίου είναι καλά διαφοροποιημένο κατά σιβάδες, δοθέντος ότι σε CIN III η διαφοροποίηση



Εικόνα 2.5. Σχηματική απεικόνιση τραχήλου σε διατομή όπου φαίνεται ο αληθινός μετασχηματισμός της ζώνης και ο “ενεργός” μετασχηματισμός.



Εικόνα 2.6. Ιστολογική εμφάνιση της CIN I.



Εικόνα 2.7. Ιστολογική εμφάνιση της CIN III.

ίσως είναι πολύ λεπτή η απόυσα (Εικ. 2.7). Οι πυρήνες έχουν ξετασθεί με κριτήρια όμοια με αυτά που χρησιμοποιήθηκαν από τους κυτταρολόγους για να προσδιορίσουν το τραχηλικό επίχρισμα: πυρηνική κυτταροπλασματική σχέση υπερχρωμασίας και πυρηνικού πλεομορφισμού. Ο παθολόγος προσδιορίζει τον αριθμό των μιτωτικών εικόνων και το ύψος του επιθηλίου που εμφανίζονται. Όσο πιο επιφανειακά εμφανίζονται οι μιτώσεις, τόσο πιο σοβαρή είναι η



Εικόνα 2.8. CIN που καταλαμβάνει το ανώτερο τμήμα αδένος.

μορφή της CIN. Η CIN ίσως επηρεάζει και τις κρύπτες των αδένων τόσο καλά όσο και την επιφάνεια του επιθηλίου. Αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Εικ. 2.8).

Η ανάπτυξη της πλακώδους τραχηλικής νεοπλασίας

Η πλακώδης τραχηλική νεοπλασία αναπτύσσεται από τη ζώνη μεταπτώσεως TZ όταν η μεταπλασία είναι σε έξαρση. Η μεταπλασία περιλαμβάνει ενεργητική ανάπτυξη πλακωδών κυττάρων, καθώς το πλακώδες επιθήλιο εξαπλώνεται και καταλαμβάνει περισσότερο τράχηλο. Το πώς ακριβώς συμβαίνει αυτό δεν είναι γνωστό, αλλά μία από τις θεωρίες είναι ότι αυτό συμβαίνει σαν ένα αποτέλεσμα από την ανάπτυξη των αποθεματικών κυττάρων, “reserve cells”, στο κυλινδρικό επιθήλιο. Τα ιστολογικά κριτήρια διαιρούν την CIN σε τρεις κατηγορίες και το υλικό από αυτήν την βαθμολόγηση έχει ξεχωριστά χαρακτηριστικά. Υπάρχει σκέψη ότι μερικές βλάβες ξεκινούν σαν CIN I και βαθμιαία γίνονται χειρότερες, ενώ άλλες βλάβες ξεκινούν απ’ ευθείας σαν CIN III. Μπορεί να παρατηρηθεί το φαινόμενο της υποχώρησης όταν η βλάβη ξεκινά από μία ήπια μορφή, ενώ αν ξεκινήσει με μία σοβαρότερη μορφή υπάρχει δυνατότητα η κατάσταση να χειροτερέψει. Φαίνεται πως οι περισσότεροι, αν όχι όλοι, οι διηθητικοί καρκίνοι, ξεκινούν σαν CIN.

Η CIN III είναι προκαρκινική βλάβη

Η ενδεχόμενη κακοήθεια της CIN III περιγράφεται πλουσιοπάροχα από τον McIndoe και συνεργάτες (1984). Σ’ ένα γκρουπ, 131 ασθενείς που είχαν θεραπευθεί για CIN III και στην συνέχεια παρουσίασαν ανώμαλη

ιστολογική εικόνα για περισσότερο από δύο χρόνια, μετά την αρχική θεραπεία παρακολούθηθηκαν για 4 έως 24 χρόνια. Μετά 20 χρόνια παρακολούθησης, 36% από αυτές τις ασθενείς ανέπτυξαν εισβολή της ασθένειας (καρκίνωμα). Αυτά τα αποτελέσματα ήταν όμοια μ' αυτά που αναφέρθηκαν 28 χρόνια νωρίτερα από τον Petersen (1956).

Μπορεί η CIN I να γίνει CIN III ή να κάνει εισβολή;

Μελέτες από CIN I που σταδιακά έγινε CIN III πλήττονται από δυσκολία και ανακρίβεια στον καθορισμό της αρχικής βλάβης. Αυτές οι αναφορές βασίζονται πάνω στην ιστολογία και καθορίζουν την αρχική διάγνωση και την εξέλιξη προς τα εμπρός, ή παλινδρομούν πάσχοντας από φτωχική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού της κυτταρολογικής ανωμαλίας και της ιστολογικής (Soutter και συν. 1986). Βασιζόμενοι στην διάγνωση της CIN I πάνω σε επίχρισμα που δείχνει μέση δυσκαρώωση και σε κολποσκοπική εκτίμηση χωρίς βιοψία, η πρόοδος σε CIN III ήταν ορατή σε 26% των γυναικών μέσα σε δύο χρόνια (Campion και συν. 1986). Όπου η CIN I-II ήταν διαγεγνησμένη με βιοψία, η συνολική πρόοδος ήταν 19% σε δύο χρόνια (Carmichael και Maskens 1989).

Τι γνωρίζουμε για την αιτιολογία περίπου Σεξουαλική επαφή

Έχει συχνά λεχθεί ότι ο τραχηλικός καρκίνος είναι στην ουσία άγνωστος ανάμεσα στις καλόγριες, ακόμη δε ότι η σεξουαλική επαφή είναι ένα απαραίτητο στοιχείο για την αιτιολογία. Πράγματι ο τραχηλικός καρκίνος είναι δύο φορές πιο συνηθισμένος στις παντρεμένες παρά στις γυναίκες χωρίς σύντρο-

φο. Η επικράτησή του δε στις καλόγριες πιθανώς λίγο διαφέρει από τις άλλες μοναχικές (μόνες) γυναίκες (Skrabanek 1988, Griffiths 1991).

Το γεγονός αυτό δείχνει ότι η πρόωμη ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής καθώς και ο μεγάλος αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων των γυναικών, αυξάνουν το ρίσκο για τραχηλικό καρκίνο (Brinton και συν. 1987).

Η συσχέτιση μεταξύ τραχηλικού καρκίνου και καρκίνου του πέους ελέγχθη από πολλούς ερευνητές, αλλά μερικές μελέτες το αντικρούουν αυτό, όπως μια εξαιρετική έρευνα που έγινε στην Σουηδία (Hellberg και Nilson 1989). Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η σεξουαλική επαφή παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία του τραχηλικού καρκίνου, αλλά δεν είναι απαραίτητα υποχρεωτικός παράγων.

Αντισύλληψη

Η πρακτική επίδραση της αντισύλληψης είναι αβέβαιη. Τα από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά χάπια έχουν ενοχοποιηθεί σε μερικές μελέτες, αλλά η επίδραση είναι μικρή και συχνά ασήμαντη. Υπάρχουν μερικά αποδεικτικά στοιχεία που εισηγούνται κάποια αύξηση στην εμφάνιση CIN από χάπια κι αυτό οφείλεται στο ότι έχει βελτιωθεί το screening των γυναικών αυτών (Irwin και συν. 1988). Αντισυλληπτικά προφυλακτικά είναι μόνον μια μικρή ελάττωση του ρίσκου (Cuzick και συν. 1990).

Μόλυνση από ιούς

Ο ιός του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV-2) δεν πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη σαν υποψήφιος παράγοντας στην αιτιολογία της νόσου. Το ενδιαφέρον πρέπει να εστιαστεί

στον ανθρώπινο papillomaviruses (HPV), ειδικά στο HPV-16 ιό.

Αν και τα δεδομένα της μοριακής βιολογίας εισηγούνται έναν μηχανισμό σχετικό με το πώς ο HPV-16 θα μπορούσε να προκαλέσει κακοήθεια, αυτό αντικρούεται επίσης καθώς ο ιός αυτός ανευρίσκεται σ' έναν μεγάλο αριθμό φυσιολογικών γυναικών (Singer και Jenkins 1991). Ο HPV-16 πιθανώς δεν είναι παρά ένας μόνο παράγοντας από το μεγάλο αριθμό παραγόντων που αναφέρονται στην αιτιολογία της νόσου, αλλά όχι ο μοναδικός.

Κάπνισμα

Μερικές μελέτες έχουν στηρίξει ότι υπάρχει μία υψηλότερη επικράτηση της τραχηλικής κακοήθειας στις καπνίστριες από τις μη. Το κάπνισμα επίσης έχει αναφερθεί ότι επιδρά στην σεξουαλική δραστηριότητα και είναι πολύ δύσκολο να υποστηρίξει κανείς με βεβαιότητα την αναστάτωση που προκαλεί.

Ανοσοκαταστολή

Η CIN είναι περισσότερο συνηθισμένη σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρών (Alloub και συν. 1989). Αυτό οφείλεται στα δυνατά χάπια που έχουν ληφθεί για την ανοσοκαταστολή. Επίσης η CIN είναι συνηθέστερη σε γυναίκες με σπειραματονεφρίτιδα, ανεξάρτητα αν χρησιμοποιήθηκαν ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες (Harveit και συν. 1991). Έκδηλο είναι ότι φυσιολογικές γυναίκες με CIN έχουν αποδεικτικά στοιχεία της ανοσοκαταστολής που εξαφανίστηκε μετά την θεραπεία της CIN (Soutter και συν. 1993). Ο μηχανισμός της ελάττωσης των κυττάρων που μεσολάβησαν για την ανοσία είναι άγνωστος, αλλά θα μπορούσε να συνδέεται με

ανοσοκατασταλτικούς παράγοντες του ίδιου του εαυτού των στις τραχηλικές βλάβες.

Η διάγνωση της CIN θα γίνει είτε με την λήψη του test-pap ή με την κολποσκοπήση ή και βιοψία

Πότε παίρνουμε το επίχρισμα (test - PAP)

Δεν υπάρχει κάποια ιδιαίτερη ηλικία-όριο που πρέπει να ληφθεί υπόψη για την λήψη του επιχρίσματος. Όλες οι γυναίκες πρέπει να προσέρχονται για λήψη, ανεξαρτήτως ηλικίας και κάθε έξι μήνες. Μερικές γυναίκες που παραπονούνται για αιμορραγία μετά επαφή ή ανώμαλη κολπική αιμορραγία, θα πρέπει να προσέλθουν για λήψη επιχρίσματος **ακόμη και εάν είχαν πρόσφατο φυσιολογικό επίχρισμα**. Ακόμη θα πρέπει να λαμβάνεται επίχρισμα σε γυναίκες που ο τράχηλός τους φαίνεται ή τον αισθανόμαστε ύποπτο.

Εσφαλμένες αντενδείξεις στη λήψη του επιχρίσματος

Μολονότι είναι σκόπιμο να αποφεύγει κανείς τη λήψη του επιχρίσματος κατά την διάρκεια της εμμήνου ρύσεως, εν τούτοις αλλεπάλληλες αναβολές δεν επιτρέπουν σε μια τέτοια ασθενή με συχνές "περιόδους", που ίσως οφείλονται σ' έναν τραχηλικό καρκίνο, τη λήψη επιχρίσματος. Έτσι δεν θα πρέπει να αναβάλλονται τα προγραμματισμένα ραντεβού με γυναίκες που παρουσίασαν ξαφνικά αιμορραγία, γιατί το ρίσκο από την καθυστερημένη διάγνωση της κακοήθειας είναι μεγάλο.

Η φυσιολογική εγκυμοσύνη δεν είναι αντένδειξη για λήψη τραχηλικού επιχρίσματος. Τα επιχρίσματα αυτά είναι συνήθως ποιοτικώς καλά και ερμηνεύονται ευκολότερα απ' ότι τα μετά τον τοκετό. Η δο-

ξασία ότι η λήψη του επιχρίσματος ίσως προτρέπει σε αποβολή είναι αβάσιμος.

Σχετικές αντενδείξεις στη λήψη του επιχρίσματος

Προ του τοκετού αιμορραγία είναι σχετική αντένδειξη στη λήψη του επιχρίσματος, για να μη προκληθεί κι άλλη αιμορραγία κυρίως από προδρομικό πλακούντα. Εν πάση περιπτώσει, η πιθανότητα αυτή η αιμορραγία να είναι η συνέπεια ενός τραχηλικού καρκίνου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και ο τράχηλος θα πρέπει να επισκοπείται άπαξ κατά τη διάρκεια της αιμορραγίας.

Εάν μετά από αυτά κριθεί απαραίτητο, θα πρέπει να ληφθεί το επίχρισμα μετέπειτα. Μία γυναίκα με ένα άσχημο μαιευτικό ιστορικό αισθάνεται απρόθυμη στη λήψη του τραχηλικού επιχρίσματος και η επιθυμία της αυτή θα πρέπει να γίνει σεβαστή.

Πώς παίρνουμε το επίχρισμα

Μία κατάλληλη αίθουσα (αντικειμενοφόρα πλακίδια και καθαριότητα) είναι απαραίτητα πριν η γυναίκα πάρει την συνηθισμένη γυναικολογική θέση, ή σπάνια τη θέση της λιθοτομής, εφ' όσον κριθεί απαραίτητο για καλύτερη όψη του τραχήλου.

Το αιδοίο θα πρέπει να εξετασθεί εν συντομία πριν εισαχθεί στον κόλπο το μητροσκόπιο. Ο τράχηλος θα πρέπει να “φαντάζει” ανάμεσα στο μητροσκόπιο. Εάν η μήτρα έχει πίσω κλίση και ο τράχηλος είναι σε ανώτερο σημείο, είναι χρήσιμο να ζητήσουμε από την γυναίκα να σύρει τα γόνατά της προς το στήθος της. Ο τράχηλος θα πρέπει να εξετασθεί προσεκτικά πριν τη λήψη του επιχρίσματος. Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι εργαλείων για τη λήψη του δείγματος. Η εκλογή της σπάτουλας ή της βούρτσας εί-

ναι συχνά μία ιδιαίτερη προτίμηση για τη λήψη ενός ποιοτικά καλού επιχρίσματος, ιδιαίτερα της βούρτσας ιστοληψίας στις ηλικιωμένες γυναίκες, στις οποίες η πλακωδοκυλινδρική διασταύρωση είναι σε ψηλότερο σημείο στο ενδοτράχηλο. Πολλοί προτιμούν αναερόβιο σπάτουλα που την τοποθετούν βαθιά στο τραχηλικό στόμιο και την γυρίζουν καλά 360° πάνω στον εξωτράχηλο (P. Souter). Παρόμοια λήψη γίνεται και με την βούρτσα που την περιστρέφουμε και “σκουπίζουμε”, κυρίως σε μεγάλο τράχηλο, και τα τέσσερα τεταρτοκύκλια αυτού, ενώ η κορυφή της βούρτσας βρίσκεται μέσα στο τραχηλικό στόμιο. Αν η γυναίκα έχει υποβληθεί σε υστερεκτομή, η λήψη του επιχρίσματος θα πρέπει να γίνεται κάνοντας περιστροφή της σπάτουλας στους κολπικούς θόλους με επίκεντρο το κολπικό κολόβωμα. Όταν έχει ολοκληρωθεί η λήψη του επιχρίσματος, επιθεωρείται προσεκτικά ο κόλπος τραβώντας σιγά-σιγά το μητροσκόπιο προς τα έξω.

Είναι σημαντικό το άπλωμα του δείγματος να γίνει ομαλά πάνω στην αντικειμενοφόρο πλάκα. Το υλικό δεν θα πρέπει να είναι πολύ παχύ, ούτως ώστε ο κυτταρολόγος να μη δυσκολευθεί στην αναγνώριση των κυττάρων. Το υλικό θα πρέπει να μονιμοποιηθεί γρήγορα ώστε να αποτραπεί η ξήρανση-στέγνωμα των κυττάρων. Η προσεκτική αμφίχειρη εξέταση είναι ένα σημαντικό μέρος της όλης διαδικασίας. **“Είναι συχνά ευκολότερο να αισθάνεσαι έναν καρκίνο από το να τον βλέπεις”**. P. Souter.

Τέλος η καταγραφή του αποτελέσματος από τον κυτταρολόγο και η ταξινόμηση των σχετικών στοιχείων της ασθενούς, θεωρείται επιβεβλημένη.