

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΔΑΝΙΗΛΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΑΣΠΡΟΥΚΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2016

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΓΝΩΡΙΜΙΑ ΜΕ ΤΟ ΔΕΡΜΑ	
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	8
1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	8
1.2.1 ΣΤΙΒΑΔΕΣ.....	8
1.2.1.1 ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ.....	8
1.2.1.2 ΧΟΡΙΟ.....	9
1.2.1.3 ΛΙΠΩΔΗΣ Η ΥΠΟΔΟΡΙΟΣ ΙΣΤΟΣ.....	9
1.2.2 ΑΔΕΝΕΣ.....	10
1.2.3 ΚΥΤΤΑΡΑ.....	10
1.2.3.1 ΜΕΛΑΝΟΚΥΤΤΑΡΑ.....	10
1.2.3.2 ΚΕΡΑΤΙΝΟΚΥΤΤΑΡΑ.....	10
1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	14
2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	14
2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	16
2.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	17
2.4.1 ΔΙΑΙΡΕΣΗ.....	17
2.5 ΟΔΟΙ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ.....	19
2.6 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ.....	19
2.7 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ:ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	
3.1 ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ.....	22
3.1.1 ΑΙΤΙΑ.....	22

3.1.2	ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	23
3.1.3	ΤΥΠΟΙ	23
3.1.4	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	23
3.2	ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ	25
3.2.1	ΑΙΤΙΑ.....	25
3.2.2	ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	25
3.2.3	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	26
3.2.4	ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	26
3.3	ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ.....	29
3.3.1	ΤΥΠΟΙ	29
3.3.1.1	ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΩΣ ΕΠΕΚΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ.....	29
3.3.1.2	ΟΖΩΔΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ.....	30
3.3.1.3	ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΦΗΛΙΔΑ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ.....	31
3.3.2	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	31
3.3.3	ΑΙΤΙΑ.....	32
3.3.4	ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	33
3.3.5	ΣΤΑΔΙΑ.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

4.1	ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	37
4.1.1	ΒΙΟΨΙΑ ΦΡΟΥΡΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ	38
4.2	ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	39
4.2.1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	39
4.2.2	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	40
4.2.3	ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	41
4.2.4	ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	43
4.2.5	ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	43
4.2.5.1	ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	44
4.3	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΑΠΟ ΠΟΝΟ	44

4.4 ΒΑΣΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	51
4.4.1 ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ.....	51
4.4.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ	52
4.4.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΘΡΕΨΗΣ	52
4.4.4 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	54
4.4.5 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ.....	54
4.4.6 ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΙ.....	55
4.4.7 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΠΝΟΙΑΣ	56
4.5 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	56
4.5.1 ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΗΛΙΑΚΩΝ	56
4.5.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΔΕΡΜΑΤΟΣ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	
5.1 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ.....	60
5.2 ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	61
5.2.1 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	62
5.2.2 ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ – ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	63
5.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	63
5.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	72

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όσους με βοήθησαν για την συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών με σκοπό την εκπόνηση της εργασίας. Επίσης τον εισηγητή μου Κύριο Ασπρούκο για την πολύτιμη στήριξη και βοήθεια του καθ'όλη τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας εργασίας. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου τόσο για την οικονομική όσο και την ψυχολογική υποστήριξη τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια εισαγωγή στην ανατομία και φυσιολογία του δέρματος ενώ παράλληλα, αναφέρεται ο ορισμός του και οι στοιβάδες οι οποίες το αποτελούν.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στον γενικό ορισμό του καρκίνου, στα αίτια που τον προκαλούν, στις οδούς διασποράς του καθώς επίσης και στην σταδιοποίησή του.

Το τρίτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στον καρκίνο του δέρματος και στους 3 βασικούς του τύπους (ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, κακοήθης μελάνωμα). Γίνεται λεπτομερής ανάλυση των αιτίων, των συμπτωμάτων και των σταδίων του.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο δέρματος και οι διαθέσιμες θεραπείες, ενώ δίνεται έμφαση στο ρόλο του νοσηλεύτη.

Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρονται τρόποι ψυχολογικής υποστήριξης ασθενούς με καρκίνο δέρματος και των συγγενών τους και 2 παραδείγματα νοσηλευτικής διεργασίας.

ABSTRACT

The first chapter is an introduction to anatomy and physiology of the skin and also refers the definition and the layers which compose it.

In the second chapter mentioned the general definition of cancer, the causes of the rise in the dispersal routes as well as the staging.

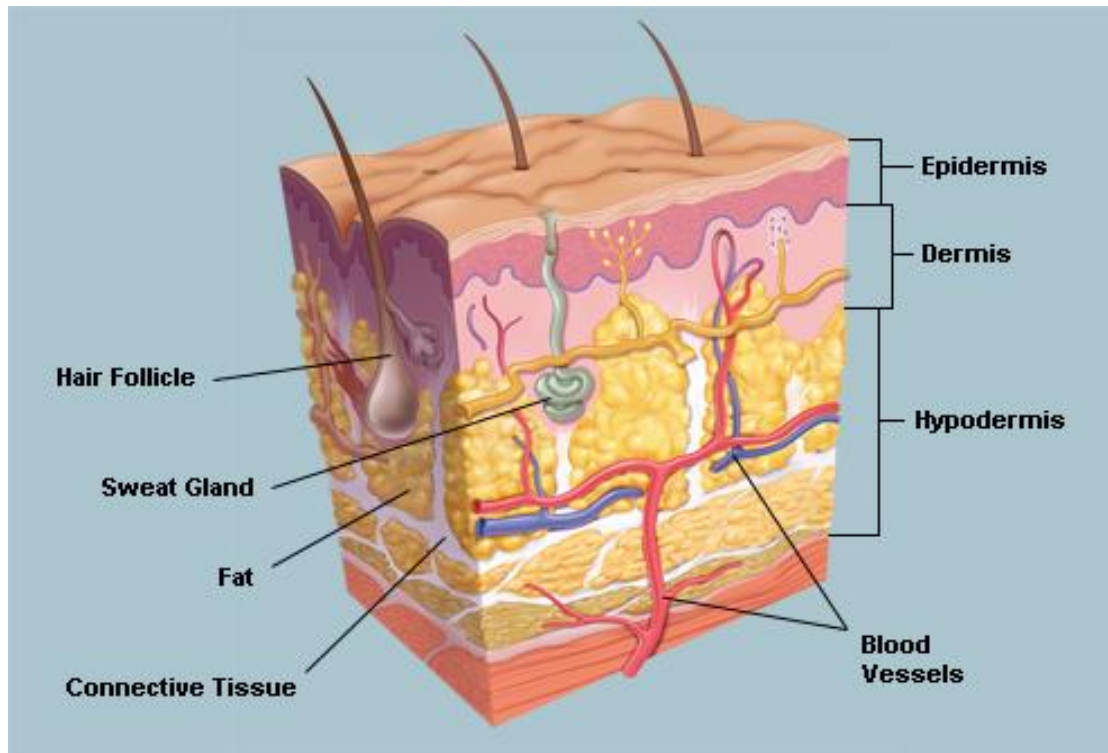
The third chapter focuses on skin cancer in the 3 main types (squamous cell carcinoma, basal cell carcinoma, malignant melanoma) and on a detailed analysis of the causes, symptoms and the stage.

The fourth chapter presents the treatment of a patient with skin cancer and the available treatments, and highlighted the role of the nurse.

Finally, the fifth chapter addresses ways of psychological support to patient with skin cancer and their relatives and two examples of nursing process.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΓΝΩΡΙΜΙΑ ΜΕ ΤΟ ΔΕΡΜΑ



Εικόνα 1: The skin

www.webmd.com

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Το δέρμα είναι ένα λειτουργικό όργανο που καλύπτει όλη την εξωτερική επιφάνεια του σώματος και όπου υπάρχουν οπές συνεχίζεται με τους βλεννογόνους (στόμα, μύτη, πρωκτός). Αποτελεί ένα προστατευτικό περίβλημα, το οποίο συγκρατεί τα μικρόβια έξω από το σώμα και τα υγρά του οργανισμού μέσα σε αυτό, συμβάλλει στην απέκκριση των άχρηστων ουσιών, προστατεύει το σώμα από την ηλιακή ακτινοβολία, συμμετέχει στη ρύθμιση της θερμοκρασίας του και το καθιστά ικανό να αντιδρά στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος (Μπεληγιάννη, 1999).

Συνήθως επηρεάζεται και επηρεάζει ως ένα βαθμό τη λειτουργία των οργάνων και συστημάτων και το ίδιο επηρεάζεται από ποικίλους εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως είναι το ψύχος, η θερμότητα και η υγρασία (www.dermaline.gr).

1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα είναι το μεγαλύτερο όργανο του σώματος με μέση επιφάνεια περίπου 2 m² και βάρος περίπου 4 kg. Διακρίνεται ανατομικά σε 3 βασικές κυτταρικές στιβάδες: την *επιδερμίδα*, το *χόριο* και τον *υποδόριο ή λιπώδη ιστό*, από έξω προς τα μέσα. Κάθε μια στιβάδα έχει διαφορετική κυτταρική σύσταση και κατά συνέπεια διαφορετική δομή και λειτουργία. Στην επιφάνεια του δέρματος συναντούμε λιπίδια, τρίχες, λεπτές ρυτιδώσεις και άλλα στοιχεία του όπως φακίδες, σπίλους και πόρους (<http://bioximikos.gr>).

1.2.1 Στιβάδες

1.2.1.1 *Επιδερμίδα*

Η επιδερμίδα είναι το εξωτερικό στρώμα του δέρματος. Αποτελείται από 5 υποστιβάδες:

1. Κεράτινη στιβάδα: Είναι το στρώμα που βλέπουμε και αποτελείται από αποπλατυσμένα και νεκρά κύτταρα χωρίς πυρήνα, τα οποία περιέχουν μια ουσία πλούσια σε μια ινώδη θειούχο πρωτεΐνη, την κερατίνη. Αυτή έχει την ιδιότητα να απορροφά το νερό. Η κεράτινη στιβάδα είναι παχύτερη στις παλάμες και στα πέλματα, σε περιοχές περισσότερο εκτεθειμένες δηλαδή σε μικροκακώσεις και ποικίλους ατμοσφαιρικούς παράγοντες.

2. Διαυγής στιβάδα: Φαίνεται καλύτερα στο παχύ δέρμα και είναι μια διάφανη, λεπτή στιβάδα από εξαιρετικά πεπλατυσμένα κύτταρα.
3. Κοκκιώδης στιβάδα: Υπάρχει σε όλη την επιφάνεια του δέρματος και αποτελείται από κύτταρα τα οποία περιέχουν μια κοκκιώδη ουσία, την κερατοϋαλίνη (Μπεληγιάννη, 1999).
4. Ακανθωτή στιβάδα: Αποτελείται από κυβοειδή ή ελαφρώς πεπλατυσμένα κύτταρα με τον πυρήνα στο κέντρο και κυτταρόπλασμα του οποίου οι αποφυάδες είναι γεμάτες με δεσμίδες νηματίων κερατίνης. Οι δεσμίδες αυτές, που ονομάζονται τονοϊνίδια, παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της συνοχής μεταξύ των κυττάρων και στην αντίσταση απέναντι σε δυνάμεις τριβής. Για το λόγο αυτό η επιδερμίδα σε περιοχές που υπόκεινται σε συνεχή τριβή (π.χ. πέλματα) έχει παχύτερη ακανθωτή στιβάδα.
5. Βασική στιβάδα: Αποτελείται από μια σειρά κυλινδρικών ή κυβοειδών κυττάρων που στηρίζονται στη βασική μεμβράνη της συμβολής επιδερμίδας-χορίου. Η βασική στιβάδα, η οποία περιέχει αρχέγονα κύτταρα, χαρακτηρίζεται από έντονη μιτωτική δραστηριότητα και είναι υπεύθυνη, μαζί με την αρχική μοίρα της επόμενης στιβάδας, για τη συνεχή ανανέωση των επιδερμικών κυττάρων. Η επιδερμίδα του ανθρώπου ανανεώνεται κάθε 15-30 ημέρες, ανάλογα με την περιοχή του σώματος, την ηλικία και άλλους παράγοντες (<http://dermatology-iek.pblogs.gr>).

1.2.1.2 Χόριο

Η δεύτερη κύρια στιβάδα του δέρματος, το χόριο, βρίσκεται κάτω από την επιδερμίδα. Είναι πολύ παχύτερη από την επιδερμίδα και αποτελείται κυρίως από ίνες κολλαγόνου και ελαστίνης. Διαιρείται σε δύο υποστιβάδες, τη θηλώδη, η οποία περιέχει το αγγειακό δίκτυο και τη δικτυωτή, στην οποία βρίσκονται τριχοφυείς αδένες, θύλακες των τριχών και εκκριτικοί αδένες (<http://bioximikos.gr>).

1.2.1.3 Λιπώδης ή υποδόριος ιστός

Είναι ο χαλαρός συνδετικός ιστός που αποτελείται από λιποκύτταρα. Η κύρια λειτουργία του είναι η αποθήκευση ενέργειας με τη μορφή λίπους. Δευτερεύοντες ρόλοι είναι η μηχανική προστασία των οστών και των εσωτερικών οργάνων και η θερμομόνωση του σώματος. Σχετικά πρόσφατα ανακαλύφθηκε ότι ο λιπώδης ιστός

έχει και σημαντική ενδοκρινή, παρακρινική και αυτοκρινική δραστηριότητα καθώς έχει την ικανότητα να παράγει ορμόνες όπως η λεπτίνη (<https://el.wikipedia.org>).

1.2.2 Αδένες

Οι αδένες του σώματος είναι :

1. Σμηγματογόνοι αδένες: Βρίσκονται σε σχέση με τις τρίχες και αποβάλλουν το έκκριμά τους στο θύλακα τους και στην επιφάνεια του δέρματος. Παράγουν λιπαρή ουσία, το σμήγμα για την λίπανση του δέρματος και των τριχών.
2. Ιδρωτοποιοί αδένες: Βρίσκονται σκορπισμένοι σε όλο το δέρμα, εκτός από τη βάλανο του πέους και τα μικρά χείλη του αιδοίου. Εκκρίνουν ιδρώτα, ο οποίος βοηθά να αποβληθούν από τον οργανισμό διάφορες άχρηστες ουσίες και να ρυθμιστεί η θερμοκρασία του σώματος.
3. Οσμογόνοι αδένες: Βρίσκονται σε ορισμένες περιοχές του σώματος όπως στη μασχάλη και στην περιοχή των έξω γεννητικών οργάνων. Παράγουν μετά την ήβη έκκριμα με ιδιαίζουσα και χαρακτηριστική οσμή (Χατζημπούγιας, 2000).

1.2.3 Κύτταρα

1.2.3.1 Μελανοκύτταρα

Κύρια λειτουργία τους η παραγωγή μελανίνης. Η μελανίνη ελαχιστοποιεί την ιστική καταστροφή από υπεριώδη ακτινοβολία και είναι η κυρίως υπεύθυνη για το χρώμα του δέρματος.

1.2.3.2 Κερατινοκύτταρα

Είναι ο κυρίαρχος τύπος κυττάρου της επιδερμίδας. Παράγουν μια ινώδη πρωτεΐνη που ονομάζεται κερατίνη, συμβάλλοντας στην ακαμψία του εξωτερικού στρώματος του δέρματος. Προστατεύουν το σώμα από το εξωτερικό περιβάλλον, για παράδειγμα από τη διέγερση, την τριβή και τους παθογόνους εξωτερικούς παράγοντες, ενώ διατηρούν την υγρασία (<http://histology.med.uoc.gr>).

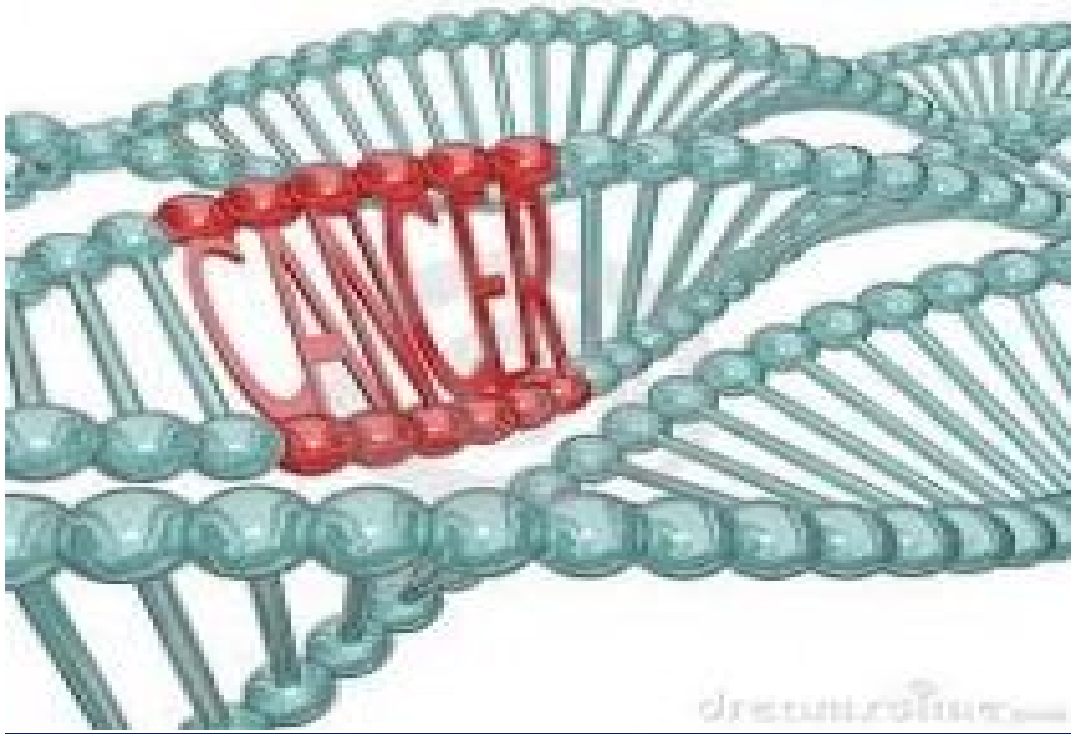
1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα επιτελεί τις παρακάτω λειτουργίες:

- Βοηθάει στη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και στην επούλωση των τραυμάτων. Το δέρμα παίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος με δύο μηχανισμούς:
 1. την παραγωγή κι εξάτμιση του ιδρώτα και
 2. τη διαστολή ή συστολή των επιφανειακών αγγείων.
- Αποτελεί προστατευτικό φράγμα ενάντια σε βλαπτικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το δέρμα μάς προστατεύει από τις βλαπτικές επιδράσεις του περιβάλλοντος και, φυσικά, από την ηλιακή ακτινοβολία. Η φυσική σκληρότητά του αποτρέπει την είσοδο βλαβερών χημικών και την εισβολή οργανισμών, όπως βακτηρίων και ιών (Hawk, McGregor, 2000).
- Εμποδίζει την διείσδυση τοξινών και μικροβίων καθώς και την απώλεια ύδατος.
- Προφυλάσσει από μηχανικά ερεθίσματα.
- Είναι αισθητήριο όργανο, μεταβιβάζει ερεθίσματα από το εξωτερικό περιβάλλον στο εσωτερικό και αντιστρόφως. Αναμφισβήτητα, το δέρμα αποτελεί το αισθητήριο της αφής, της πίεσης, του θερμού, του ψυχρού, και του πόνου. Η περιοχή του δέρματος που εκτίθεται στο φως του ήλιου αποτελεί το κύριο μέρος παραγωγής της βιταμίνης D, που είναι αναγκαία για την ανάπτυξη και τη συντήρηση των οστών μας. Το εκτεταμένο δίκτυο νεύρων μέσα στο δέρμα διοχετεύει διαρκώς πληροφορίες στον εγκέφαλο που αφορούν στο εξωτερικό περιβάλλον μας. Από τη μια πλευρά, με αυτόν τον τρόπο, μας προειδοποιεί για βλαβερές ακραίες θερμοκρασίες ή άλλους κινδύνους, ενώ από την άλλη, η αφή αποτελεί μια από τις πιο ανακουφιστικές κι ευχάριστες αισθήσεις (<http://www.ergonpl.gr>).
- Έχει εκκριτική λειτουργία. Η εκκριτική λειτουργία του δέρματος περιλαμβάνει:
 1. την έκκριση σμήγματος. Το σμήγμα παράγεται από τους σμηματογόνους αδένες και παίζει το ρόλο προστατευτικής κρέμας, εμποδίζοντας την αποβολή θερμότητας, όταν το σώμα βρίσκεται μέσα σε παγωμένο νερό. Χημικώς το σμήγμα δίνει στο δέρμα τη χαρακτηριστική του οσμή.

2. την έκκριση ιδρώτα. Ο ιδρώτας παράγεται από τους ιδρωτοποιούς αδένες και εκκρίνεται μετά από ερεθίσματα του υποθαλάμου που δρουν σαν θερμοστάτης του σώματος. Η εφίδρωση πραγματοποιείται είτε συνεχώς (άδηλος αναπνοή) είτε κατά περιόδους με την επίδραση ορισμένων ερεθισμάτων, όπως είναι η θερμότητα, η υγρασία και η λήψη υγρών (Εγκυκλοπαίδεια «Υγεία», 1995).
- Έχει ανοσοποιητικό ρόλο. Το δέρμα έχει μικροβιοκτόνο λειτουργία που αποδίδεται κυρίως στο γαλακτικό οξύ που περιέχει. Η αντιμικροβιακή προστασία του δέρματος ενισχύεται με την φαγοκυττάρωση. (Ασπιώτης, 1984).
 - Έχει μεταβολικό ρόλο. Όπως είναι γνωστό στο δέρμα μεταβολίζονται οι πρωτεΐνες, οι υδατάνθρακες, τα λίπη, το νερό, οι βιταμίνες και οι ηλεκτρολύτες. Οι μεταβολικές αυτές λειτουργίες του δέρματος γίνονται με τη βοήθεια και συμμετοχή πολλών μηχανισμών, εκ των οποίων οι κυριότεροι είναι τα ένζυμα, η βιταμίνη Α, τα ανώτερα ακόρεστα λιπαρά οξέα και τα μέταλλα όπως ο σίδηρος, το ασβέστιο, το μαγνήσιο και ο ψευδάργυρος. (www.dermaline.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II: ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



Εικόνα 2: Cancer

www.healthyliving.gr

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Με τον όρο «καρκίνος» περιγράφεται το σύνολο των ασθενειών ή διαταραχών που χαρακτηρίζονται κυρίως από ανεξέλεγκτο κυτταρικό πολλαπλασιασμό. Τα καρκινικά κύτταρα εξαπλώνονται είτε άμεσα στον παρακείμενο ιστό με «διήθηση», ή μεταφέρονται σε άλλες θέσεις του οργανισμού μέσω των αιμοφόρων αγγείων και των λεμφαγγείων (μετάσταση) (Kardamakis, 2004).

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Αν και ο καρκίνος θεωρείται από πολλούς ασθένεια της σύγχρονης εποχής, η ύπαρξή του χρονολογείται εδώ και πολλούς αιώνες. Ο καρκίνος έχει περιγραφεί από συγγραφείς της αρχαίας Ελλάδας, Ρώμης και Περσίας, ενώ στοιχεία για την αντιμετώπισή του έχουν καταγραφεί και σε μεσαιωνικά κείμενα. Η ονομασία της εν λόγω πάθησης αποδίδεται στον Ιπποκράτη το 400 π.Χ., ο οποίος χρησιμοποίησε τον όρο "καρκίνωμα", από τη λέξη "καρκίνος" (κάβουρας), για τους κακοήθεις όγκους (Abeloff, Armitage, 2004).

Ο Γαληνός (131-200 μ.Χ.), ένας από τους σπουδαιότερους γιατρούς του ελληνορωμαϊκού κόσμου, διάλεξε τον καρκίνο (κάβουρα) ως σύμβολο της ασθένειας, λόγω της ομοιότητας των αποφύσεων του όγκου του μαστού με τα πόδια του κάβουρα. Απτή απόδειξη της ύπαρξης της νόσου στην αρχαιότητα αποτελεί η παρουσία όγκων σε αιγυπτιακές μούμιες, όπως, για παράδειγμα, η αποκάλυψη εκτεταμένου καρκίνου των ωοθηκών, με κοιλιακές μεταστάσεις, σε θηλυκή μούμια.

Καταγραφές από την αρχαία Ινδία (Αγιουβέρδα) περιέχουν περιγραφές για διάφορα είδη καρκίνου, όπως της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του οισοφάγου και του ορθού, υποδηλώνοντας ότι ο καρκίνος ήταν μια ασθένεια που μπορούσε να διαγνωστεί επιτυχώς εδώ και 2500 χρόνια, θεωρείτο όμως ανίατη. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα από τα είδη της νόσου που είχε μελετηθεί πολύ καλά από τους γιατρούς της Αρχαίας Ελλάδας και του Βυζαντίου, τόσο λόγω της συχνότητάς του, όσο και της επιφανειακής θέσης του (Perry, 2001).

Ο Ηρόδοτος αναφέρει ότι ο Δημοκίδης, περίφημος γιατρός της εποχής, όταν υπηρετούσε στην Περσική Αυλή (520 π.Χ.), θεράπευσε τη γυναίκα του Βασιλιά Δαρείου, την Ατόσα, από ένα καρκίνωμα του μαστού. Στις πιο πρώιμες καταγραφές

για τον καρκίνο του μαστού και του καρκίνου γενικότερα, συγκαταλέγεται ένας αιγυπτιακός πάπυρος του 2500 π.Χ., ο οποίος ήρθε στο φως από τον Αμερικάνο αιγυπτιολόγο Edwin Smith και είναι αφιερωμένος σε διάφορα ιστορικά χειρουργικών υποθέσεων (Zacharaki, Stamatakos, 2004).

Ο Γαληνός αναφέρει ότι οι καρκινικοί όγκοι αναπτύσσονται με μεγαλύτερη συχνότητα στον γυναικείο μαστό και προτείνει τη χειρουργική επέμβαση σαν τη μόνη πιθανότητα για θεραπεία όταν λαμβάνει χώρα κατά τα πρώιμα στάδια της νόσου και είναι εφικτή η αφαίρεση όλης της προσβεβλημένης περιοχής. Περιστατικά καρκίνων του μαστού που αντιμετωπίζονταν θεραπευτικά με καυτηριασμό καταγράφονται και σε αιγυπτιακούς παπύρους, εφαρμοζόταν δε και στην Αρχαία Ελλάδα. Μικρή πρόοδο ή αναφορά γίνεται στον καρκίνο μέχρι τον 18ο αιώνα, όταν ο Bernard Peyröhle υποστηρίζει την ιογενή αιτιολογία του καρκίνου. Την ίδια περίπου περίοδο, ο Σκοτσέζος John Hunter (1728-1793) πρότεινε ότι κάποιοι τύποι καρκίνου μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά και ότι κάποιοι όγκοι μπορεί να είναι κληρονομικοί. Ο 19ο αιώνας χαρακτηρίζεται από σημαντικά βήματα στον τομέα της θεραπείας (Argyri, Dionysiou, 2012).

Ο 20ος αιώνας χαρακτηρίζεται από ραγδαία αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης της επάρατης νόσου του καρκίνου για διάφορους λόγους, όπως:

- Ø Αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Ο καρκίνος ανήκει στην κατηγορία των χρόνιων ασθενειών, με μεγάλη συχνότητα εμφάνισης σε άτομα που διανύουν την ώριμη περίοδο της ζωής τους. Ο μέσος χρόνος ζωής του ανθρώπου, γύρω στα 40 χρόνια στην Αρχαία Αίγυπτο, παρουσίασε μείωση κατά τον Μεσαίωνα, για να επανέλθει στα ίδια επίπεδα στα μέσα του 19ου αιώνα. Η θεραπεία και ο έλεγχος ενός μεγάλου αριθμού θανατηφόρων ασθενειών, όπως η πανούκλα, η χολέρα, η φυματίωση, ο υποσιτισμός, ασθένειες νεογέννητων, κλπ, κατά τον 20ο αιώνα, εκτόξευσε το προσδόκιμο ζωής στα σημερινά επίπεδα, με αποτέλεσμα ένα σημαντικό ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού να διανύει πλέον την έβδομη, όγδοη, ακόμα και ένατη δεκαετία της ζωής του (Zacharaki, Stamatakos, 2004).
- Ø Καλύτερη διάγνωση. Η αξιοσημείωτη βελτίωση στις απεικονιστικές και διαγνωστικές τεχνικές οδήγησε στην αποτελεσματικότερη διάγνωση

περιπτώσεων καρκίνου, για τις οποίες πριν από κάποια χρόνια δεν θα ήταν εφικτός ο εντοπισμός τους.

- Ø Αυξανόμενη έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες. Αν και οι παραπάνω παράγοντες οδηγούν σε μια εικονική αύξηση των περιστατικών καρκίνου, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η σημερινή εποχή χαρακτηρίζεται από μια πραγματική αύξηση του αριθμού των ατόμων που θα εμφανίσουν τη νόσο, εξαιτίας της μεγαλύτερης έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου του πνεύμονα, ενός σπάνιου τύπου καρκίνου κατά τις αρχές του 20ου αιώνα, σαν αποτέλεσμα της υπέρμετρης κατανάλωσης τσιγάρου (Argyri, Dionysiou, 2012).

2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Στη διερεύνηση των αιτιών του καρκίνου, δύο κύριες οδοί μπορούν να ακολουθηθούν. Η πρώτη αφορά στο γενετικό επίπεδο και η άλλη στις αιτιολογικές συσχετίσεις. Οι αιτίες καρκίνου που περιγράφονται μέχρι σήμερα είναι αρκετές, και οι μηχανισμοί της δημιουργίας του είναι αρκετά πολύπλοκοι. Πιο συγκεκριμένα παράγοντες οι οποίοι προκαλούν κακοήθη νεοπλασμάτα είναι:

1. *Φυσικοί παράγοντες*: Ηλιακή ακτινοβολία
2. *Χημικοί παράγοντες*: Πίσσα, προϊόντα από καύση άνθρακα και διάφορα μεταλλικά στοιχεία όπως αρσενικό, νικέλιο, κάδμιο και αμιάντος
3. *Γενετικοί παράγοντες*: Πιστεύεται ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση για την ανάπτυξη των νεοπλασιών.
4. *Ιογενείς παράγοντες*: Ιός του απλού έρπητα τύπου 2 για καρκίνο τραχήλου μήτρας και ο ιός της ηπατίτιδας Β για ήπατος (Αθανάτου, 2004).
5. *Διαιτητικοί παράγοντες*: Διαιτητικές ουσίες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κακοηθών όγκων περιλαμβάνουν λίπη, αλκοόλ, παστά και καπνιστά κρέατα, τροφές που περιέχουν νιτρικά και νιτρώδη άλατα.
6. *Ορμονικοί παράγοντες*: Διαταραχές στην ορμονική ισορροπία εξαιτίας υπερπαραγωγής ορμονών του ίδιου του οργανισμού ή χορήγηση εξωτερικών ορμονών, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη κακοηθών όγκων (Σαχίνη – Καρδάση, Πάνου, 1997).

2.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Κύριο χαρακτηριστικό του καρκίνου είναι ότι τα κύτταρα μετατρέπονται από φυσιολογικά σε άτυπα και διαιρούνται πολύ συχνά, χωρίς έλεγχο και τάξη. Οι αλλαγές που συμβαίνουν όταν ένα κύτταρο γίνεται καρκινικό ομαδοποιούνται ως εξής:

- **Αθανατοποίηση** (Immortalization). Είναι η ιδιότητα της συνεχούς διαίρεσης και αύξησης των κυττάρων.
- **Μετασχηματισμός** (Transformation). Είναι η έλλειψη φυσιολογικών περιορισμών της αύξησης.
- **Μετάσταση** (Metastasis). Είναι η ιδιότητα που αποκτούν τα κύτταρα να μεταναστεύουν σε άλλους φυσιολογικούς ιστούς και να αναπτύσσουν εκεί μια νέα αποικία (Κοντογιάννη, 2006).

2.4.1 ΔΙΑΙΡΕΣΗ

Υπάρχουν πάνω από διακόσιοι διαφορετικοί τύποι καρκίνου, γιατί υπάρχουν στο σώμα πάνω από διακόσιοι τύποι διαφοροποιημένων κυττάρων. Οι διαφορετικοί ιστοί του σώματος αποτελούνται από διαφορετικούς τύπους κυττάρων τα οποία εκτελούν διαφορετικές λειτουργίες όμως όλα είναι όμοια στη δομή τους. Φέρουν πυρήνα, μέσα στον οποίο υπάρχουν τα γονίδια, τα οποία ελέγχουν το κύτταρο, και δίνουν οδηγίες για την αναπαραγωγή αλλά και τον θάνατο τους. Όταν διαταραχθεί αυτή η φυσιολογική διαδικασία τότε το κύτταρο αρχίζει να διαιρείται χωρίς κανένα έλεγχο, έτσι ώστε τα κύτταρα αυξάνονται σε αριθμό και συσσωρεύονται στην περιοχή σχηματίζοντας τον όγκο (Zangemeister-Wittke, 2005).

Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις.

- Ø Οι καλοήθεις όγκοι σχηματίζονται από πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα εξαιτίας κάποιου ερεθισμού, φαινόμενο που ονομάζεται καλοήθης νεοπλασία. Ωστόσο, όταν ο ερεθισμός αυτός πάψει να υφίσταται, η νεοπλασία διακόπτεται, ο όγκος δεν αναπτύσσεται περαιτέρω, δεν καταστρέφει περιβάλλοντες υγιείς ιστούς (μολονότι μπορεί να ασκήσει βλαπτική επίδραση πάνω τους) και δεν προκαλεί το σχηματισμό νέων όγκων σε άλλα σημεία του σώματος.

Παράλληλα, όταν ένας καλοήθης όγκος αφαιρείται από την περιοχή του οργανισμού στην οποία αναπτύχθηκε, δεν παρατηρείται εκ νέου ανάπτυξή του. Οι καλοήθεις όγκοι σπάνια προκαλούν σοβαρά προβλήματα σε έναν οργανισμό, και συνήθως αντιμετωπίζονται εύκολα. Προβλήματα μπορούν να προκαλέσουν μόνο όταν γίνουν αρκετά μεγάλοι, όταν πιέζουν άλλα όργανα, όταν αλλοιωθεί η μορφή τους, και αν εκκρίνουν ορμόνες που επηρεάζουν τις λειτουργίες του σώματος.

- Ø Οι κακοήθεις όγκοι είναι γνωστοί και ως νεοπλάσματα. Σχηματίζονται με τρόπο παρόμοιο με τους καλοήθεις όγκους, αλλά λειτουργούν εντελώς διαφορετικά. Τα πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα φέρουν μια παθογένεια που προκαλεί τη συνεχή και άναρχη αύξησή τους. Η κακοήθης νεοπλασία - η διαδικασία του άναρχου πολλαπλασιασμού των κυττάρων που καταλήγει σε σχηματισμό νέων ιστών - εξακολουθεί να δρα, ακόμη και όταν ο αρχικός όγκος αφαιρεθεί από το σώμα, σχηματίζοντας στη θέση του έναν καινούργιο. Ταυτόχρονα, επιδρά καταστροφικά στους γειτνιάζοντες ιστούς, στους οποίους εισβάλλει (διαδικασία που ονομάζεται διήθηση) και έχει τη δυνατότητα σχηματισμού νέων όγκων σε άλλα σημεία του σώματος, όταν καρκινικά κύτταρα, αφού αποσπαστούν από τον πρωτογενή όγκο (το σημείο του σώματος όπου ξεκινάει η ανάπτυξη ενός καρκίνου), μετακινούνται μέσω του αίματος ή της λέμφου στο υπόλοιπο σώμα. Η διαδικασία αυτή, όπως προαναφέρθηκε, ονομάζεται μετάσταση (μετεγκατάσταση, δηλαδή, των καρκινικών κυττάρων). Οι κακοήθεις όγκοι, οι οποίοι χαρακτηρίζονται, ανάλογα με το είδος τους, ως καρκινώματα ή σαρκώματα, είναι εν δυνάμει θανατηφόροι, ειδικά αν δε διαγνωστούν έγκαιρα (Chan, Manson, 2006).

Εκτός από τους συμπαγείς, υπάρχουν και οι αιματολογικοί όγκοι, όπως οι λευχαιμίες, τύποι καρκίνου του αίματος κατά τους οποίους τα καρκινικά κύτταρα μετακινούνται διαρκώς στο σώμα μέσω του κυκλοφοριακού συστήματος. Σε όλες τις περιπτώσεις, βασικό κριτήριο για τη διάγνωση του καρκίνου είναι και το είδος της παθογένειας που προκαλεί τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων.

Οι διαφορετικοί τύποι καρκίνου που δημιουργούνται από τα διαφοροποιημένα κύτταρα του ιστού που προσβάλλεται συμπεριφέρονται διαφορετικά. Έτσι, ο κάθε καρκίνος προκαλεί διαφορετικά συμπτώματα στον κάθε ασθενή, ανάλογα με το ποιο σημείο του σώματος προσβάλλει. Ακόμα, οι διάφοροι τύποι καρκίνου αναπτύσσονται

με διαφορετική ταχύτητα και έχουν διαφορετική επίδραση στο σώμα, γιατί εκκρίνουν διαφορετικές ουσίες στο αίμα. Επίσης έχουν διαφορετική τάση εξάπλωσης μέσω της κυκλοφορίας, και παρουσιάζουν διαφορετική ανταπόκριση στα φάρμακα και την ακτινοθεραπεία (Harrison's Principles of Internal Medicine).

2.5 ΟΔΟΙ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ

Ένας κακοήθης όγκος μπορεί να εξαπλωθεί με τέσσερις τρόπους:

1. Διηθώντας κατά συνέχεια τους ιστούς που τον περιβάλλουν
2. Με την λεμφική οδό
3. Με την αιματική οδό
4. Με την εμφύτευση ελεύθερων καρκινικών κυττάρων που αποπίπτουν από τον όγκο (Αθανάτου, 2004).

2.6 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ

Όσο, αφορά την συχνότητα του, είναι αυξημένη στα ηλικιωμένα άτομα, ενώ η επίπτωση στους άντρες είναι υψηλότερη απ' ότι στις γυναίκες. Επιπλέον, είναι υψηλότερη στις εκβιομηχανισμένες χώρες απ' ότι στις αναπτυσσόμενες. Τα νεοπλάσματα είναι, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η κύρια αιτία θανάτου στις εκβιομηχανισμένες χώρες (Σαχίνη – Καρδάση, Πάνου, 1997).

2.7 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Χρησιμοποιούνται διάφορα συστήματα σταδιοποίησης των μελανωμάτων του δέρματος. Το βάθος της διήθησης είναι ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης όσον αφορά την έκβαση. Σύμφωνα με μία ταξινόμηση (κατά Clark), τα πρωτοπαθή μελανώματα χωρίζονται σε πέντε επίπεδα διήθησης, τα οποία ο παθολογοανατόμος προσδιορίζει εύκολα ανάλογα με το στοιχείο του δέρματος στο οποίο αυτή φτάνει:

Στάδιο I (in situ): Το μελάνωμα βρίσκεται στη θέση της προέλευσής του, στη βασική μεμβράνη της επιδερμίδας στη χοριοεπιδερμική συμβολή, εκεί όπου συναντώνται οι εξωτερικές στιβάδες του δέρματος με τις εσωτερικές.

Στάδιο II: Επέκταση στο άνω τριτημόριο του χορίου, στη θηλώδη στιβάδα του χορίου.

Στάδιο III: Το μελάνωμα επεκτείνεται στο όριο μεταξύ θηλώδους και δικτυωτής στιβάδας του χορίου.

Στάδιο IV: Διήθηση της δικτυωτής στιβάδας.

Στάδιο V: Διήθηση των υποδόριων ιστών, όπως του λιπώδους ιστού.

Τα μελανώματα του σταδίου I σχεδόν πάντοτε είναι ιάσιμα με χειρουργική αφαίρεση της βλάβης. Τα μελανώματα των επιπέδων III και IV υποτροπιάζουν στο 85% των περιπτώσεων. Τα μελανώματα του επιπέδου II υποτροπιάζουν σε ποσοστό 60% περίπου. Σύμφωνα με ένα άλλο σύστημα ταξινόμησης (κατά Breslow), λαμβάνεται υπόψη το ακριβές βάθος διείσδυσης μετρούμενο στο μικροσκόπιο και το οποίο χρησιμοποιείται μαζί με το προηγούμενο σύστημα.

Τα μελανώματα που έχουν πάχος μικρότερο των 0,75mm συνήθως θεωρούνται σε μεγάλο βαθμό ιάσιμα με χειρουργική επέμβαση μόνο, αν και σε μερικά με τέτοιες «λεπτές» βλάβες παρουσιάστηκε υποτροπή. Όγκοι πάχους 0.76mm έως 1.5mm θεωρούνται ότι έχουν προκαλέσει μέτρια διήθηση και έχουν χειρότερη πρόγνωση απ' ό,τι οι λεπτές βλάβες. Τα μελανώματα πάχους 1,6mm ή και μεγαλύτερου είναι πολύ βαθιά, ιδίως όσα έχουν πάχος πάνω από 4mm.

Αν και δεν υπάρχει ακριβής συσχέτιση ανάμεσα στις δύο ταξινομήσεις, μπορεί να επισημανθεί κάποια αλληλεξάρτηση ανάμεσα στα επίπεδα και το πάχος της διήθησης. Φρόνιμο είναι να θεωρείται ότι κάθε βλάβη με βάθος διείσδυσης μεγαλύτερο των 1,5mm μπορεί δυνητικά να υποτροπιάσει, επομένως είναι επικίνδυνη. Στις περιπτώσεις αυτές χρειάζεται συχνή επαφή με το χειρουργό ή τον ογκολόγο ώστε να διενεργούνται οι κατάλληλες εξετάσεις.

Άλλο σημείο που υποδηλώνει φτωχή πρόγνωση, εκτός του προχωρημένου σταδίου, είναι η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων. Συνήθως οι λεμφαδένες αποτελούν ανοσολογικό φραγμό έναντι του όγκου. Όταν αυτοί διηθηθούν από τον όγκο, τα καρκινικά κύτταρα περνούν τελικά στο αίμα, απ' όπου μεταναστεύουν σε απομακρυσμένα όργανα. Τουλάχιστον στο 80% των ασθενών με προσβεβλημένους λεμφαδένες εκδηλώνεται υποτροπή του όγκου σε άλλο σημείο του σώματος. Άλλοι προγνωστικοί παράγοντες είναι η ύπαρξη αιμορραγίας ή εξέλκωσης αλλά και η γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενούς (www.bestrong.org.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ



Εικόνα 3: Stop Cancer

www.pygmi.gr

3.1 ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί όγκο επιθηλιακής προέλευσης με μαλπιγιανή διαφοροποίηση. Παρόλο που στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ο όγκος δεν είναι απειλητικός για τη ζωή, υπάρχει πιθανότητα μετάστασης. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα μπορεί να εμφανιστεί de novo ή σε έδαφος προκαρκινικής βλάβης όπως η ακτινική υπερκεράτωση και η νόσος του Bowen (Κωστάκη, Νικολάου, 2012).

3.1.1 ΑΙΤΙΑ

Η χρόνια έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία αποτελεί την αιτία για τις περισσότερες περιπτώσεις ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Η συχνή χρήση του τεχνητού μαυρίσματος (tanning beds, solarium) επίσης διπλασιάζει τον κίνδυνο του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Οι άνθρωποι οι οποίοι τα χρησιμοποιούν έχουν κατά 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα(SCC), απ' ότι εκείνοι οι οποίοι δεν κάνουν χρήση. Τα τραύματα στο δέρμα αποτελούν επιπλέον πηγή. Ο καρκίνος δύναται να παρουσιασθεί σε εγκαύματα, ουλές, έλκη χρονίζουσες πληγές και σημεία του δέρματος τα οποία έχουν εκτεθεί είτε σε ακτινοβολία είτε σε συγκεκριμένα χημικά όπως π.χ. αρσενικό και υποπροϊόντα πετρελαίου.

Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα δύναται να προκληθεί σε χρονίζουσες μολύνσεις όπως και σε ερεθισμένο δέρμα. Επιπλέον η λοίμωξη από τον ανθρώπινο ιό της ανοσοανεπάρκειας (HIV) και άλλες ασθένειες του ανοσοποιητικού, η χημειοθεραπεία, τα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται στην μεταμόσχευση οργάνων για την αποφυγή απόρριψης ακόμη και η υπερβολική έκθεση στον ήλιο αποδυναμώνουν το ανοσοποιητικό σύστημα, καθιστώντας το αδύναμο να καταπολεμήσει ασθένειες. Αυτό έχει σαν συνέπεια τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ακανθοκυτταρικών και άλλων καρκίνων του δέρματος.

Ευκαιριακά ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα εμφανίζεται ξαφνικά σε φυσιολογικό, υγιές δέρμα. Μερικοί επιστήμονες ερευνητές υποστηρίζουν ότι η προδιάθεση ανάπτυξης αυτών των καρκίνων είναι κληρονομικοί (www.skincancer.org).

3.1.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Εμφανίζονται τυπικές βλάβες όπως επίμονα μορφώματα, ελαφρώς ευαίσθητα στο άγγιγμα, με κοκκινωπό ή καφέ χρώμα και αργή ανάπτυξη, τα οποία εμφανίζονται σε οποιοδήποτε μέρος του δέρματος που εκτίθεται συστηματικά στον ήλιο. Στην αρχή εκδηλώνονται ως πολύ μικρές κηλίδες, μερικές φορές με την μορφή της ακτινικής υπερκεράτωσης.

Ωστόσο, η μεγάλη διαφορά που έχει σε σχέση με το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα είναι, ότι, έχει την δυνατότητα να δίνει μεταστάσεις και να εξαπλώνεται σε άλλα μέρη του σώματος, είτε μέσω του αίματος, είτε μέσω της λέμφου σε απομακρυσμένες περιοχές, όπως οι πνεύμονες, ο εγκέφαλος ή το συκώτι.

Η διαφοροποίηση του βασικοκυτταρικού καρκινώματος από το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, μπορεί συχνά να γίνει μόνο με τη χρήση μικροσκοπίου, καθώς η εξωτερική τους εμφάνιση μπορεί να είναι ακριβώς η ίδια (Hawk, McGregor, 2000).

3.1.3 ΤΥΠΟΙ

1. Ακανθοκυτταρικό επιθιλίωμα του προσώπου: είναι οζώδης ελκωτικός όγκος που αιμορραγεί με βάση πολύ διηθημένη.
2. Ακανθοκυτταρικό επιθιλίωμα κάτω χείλους: το κάπνισμα τσιγάρου και πίσσας έχουν σχέση με το καρκίνωμα αυτό. Επίσης, άμεση σχέση έχει η ακτινική χειλίτιδα, η οποία δημιουργείται από υπερέκθεση στον ήλιο.
3. Ακανθοκυτταρικό επιθιλίωμα πέους: είναι σκληρός ελκωμένος εκπλαστικός όγκος του πέους.

3.1.4 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς που βρίσκονται υπό ανοσοκατασταλτική αγωγή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκινωμάτων του δέρματος, μεταξύ των οποίων και ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Παρατηρείται αυξημένη συχνότητα εμφάνισης κακοήθων νεοπλασμάτων 5 με 10 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση. Για το λόγο αυτό, απαιτείται τακτική παρακολούθηση των ασθενών αυτών. Αν εμφανιστούν κακοήθη νεοπλάσματα, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν επιθετικά (Habif, 2007).



3.2 ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα έχει διάφορες μορφές, συχνά εμφανίζεται ως ένα μικρό εξόγκωμα στην επιφάνεια του δέρματος που μπορεί να περιλαμβάνει κρατήρα και να αιμορραγεί. Αποτελεί την πιο συχνή και λιγότερο επιθετική μορφή καρκίνου του δέρματος, αφού καταλαμβάνει το 80% των καρκίνων του δέρματος, το οποίο δεν είναι μελάνωμα. Μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε στο σώμα, αλλά πιο συχνά εμφανίζεται στις εκτεθειμένες περιοχές όπως είναι, το πρόσωπο, ο αυχένας, οι ώμοι και η πλάτη των ηλικιωμένων ανθρώπων. Η νόσος είναι συνηθέστερη σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών, χωρίς όμως αυτό να αποκλείει και τις νεότερες ηλικίες (Hawk, McGregor, 2000).

3.2.1 ΑΙΤΙΑ

- ü *Ηλικία έναρξης.* Άνω των 40 ετών.
- ü *Φύλο.* Άνδρες συχνότερα απο τις γυναίκες.
- ü *Φυλή.* Σπάνιο στους μελαψούς και τους έγχρωμους.
- ü *Προδιαθεσικοί παράγοντες.* Λευκά άτομα με περιορισμένη ικανότητα να μαυρίζουν καθώς και οι αλφικοί είναι εξαιρετικά επιρρεπής στην ανάπτυξη βασικοκυτταρικού καρκινώματος μετά από παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο. Προηγηθείσα θεραπεία με ακτίνες X για ακμή του προσώπου αυξάνει πολύ τον κίνδυνο ανάπτυξης βασικοκυτταρικού καρκινώματος, ακόμη και στα άτομα εκείνα που έχουν την ικανότητα να μαυρίζουν (Fitzpatrick, Johnson, 2002).

3.2.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Διακρίνονται 5 κλινικοί τύποι:

1. *Οζώδες:* Βλατίδα ή οζίδιο, διαφανές.
2. *Ελκωτικό:* Έλκος (συχνά καλυπτόμενο από εφελκίδα) με αποπλατυσμένα χείλη.
3. *Ουλωτικό:* Εμφανίζεται ως ουλή.
4. *Επιφανειακά πολυκεντρικά βασικοκυτταρικό καρκίνωμα:* Εμφανίζονται ως λεπτές πλάκες. Είναι χρώματος ρόδινου ή ερυθρού και εμφανίζουν χαρακτηριστικές νηματοειδείς ευρυαγγείες, ορατές με μεγεθυντικό φακό.
5. *Μελαγχρωματικό βασικοκυτταρικό καρκίνωμα:* Μπορεί να είναι καστανό, κυανό ή μαύρο. Η επιφάνεια του είναι λεία, γυαλιστερή και ψηλαφητικά είναι

σκληρό και συμπαγές. Πάντως, μπορεί να παρατηρηθούν και κυστικές βλάβες. Σχήμα στρογγυλό, ωοειδές, εμβυθισμένο κέντρο (Fitzpatrick, Johnson, 2002).

3.2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Επικίνδυνα βασικοκυτταρικά καρκινώματα που αναπτύσσονται σε επικίνδυνες εντοπίσεις (κεντρικό τμήμα του προσώπου, οπισθωτιαία χώρα), ανιχνεύονται εύκολα με σχολαστική εξέταση υπό καλό φωτισμό, με φακό χειρός και προσεκτική ψηλάφηση.

3.2.4 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται από τους παρακάτω παράγοντες:

- Μέγεθος όγκου: Όγκοι με διάμετρο μεγαλύτερη από 2cm φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Ανάλογα με την εντόπιση του όγκου το όριο των 2 cm μεταβάλλεται και γίνεται 6 mm για όγκους που αναπτύσσονται σε περιοχές υψηλού κινδύνου και 10 mm για όγκους που αναπτύσσονται σε περιοχές μεσαίου κινδύνου.

- Εντόπιση: Με βάση την εντόπιση διακρίνονται 3 κατηγορίες. Οι αυξημένου κινδύνου περιοχές (περιοχές Η) περιλαμβάνουν το κεντρικό πρόσωπο και ιδιαίτερα την περιοχή γύρω από τα μάτια, το στόμα και τα αυτιά, τη μύτη, την κροταφική χώρα, την περιοχή κατά μήκος της κάτω γνάθου, καθώς και τα γεννητικά όργανα, την άκρα χείρα και το άκρο πόδι. Οι μεσαίου κινδύνου περιοχές (περιοχές Ι) περιλαμβάνουν τις παρειές, το μέτωπο, το τριχωτό της κεφαλής και τον τράχηλο, ενώ χαμηλού κινδύνου (περιοχές Β) θεωρούνται ο κορμός και τα άκρα.

- Κλινικά όρια όγκου: Οι όγκοι με ασαφή κλινικά όρια παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής.

- Πρωτοπαθής ή υποτροπιάζουσα βλάβη: Οι υποτροπιάζουσες βλάβες είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν λεμφαδενικές ή απομακρυσμένες μεταστάσεις.

•Ανοσοκαταστολή: Οι ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς καθώς και όσοι έχουν υποβληθεί σε μακροχρόνια φωτοθεραπεία τύπου PUVA παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος.

Επιπλέον, η νόσος στους μεταμοσχευμένους ασθενείς φαίνεται να είναι περισσότερο επιθετική.

•Σημείο προηγηθείσας ακτινοθεραπείας: Οι όγκοι που αναπτύσσονται σε σημεία σε οποία έχει προηγηθεί ακτινοθεραπεία για καλοήθεις βλάβες, θεωρούνται αυξημένου κινδύνου.

•Περινευρική διήθηση: Οι βλάβες με περινευρική διήθηση παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο υποτροπής καθώς και μετάστασης.

•Βαθμός διαφοροποίησης: Οι καλώς διαφοροποιημένοι όγκοι έχουν σαφώς μικρότερη πιθανότητα τοπικής υποτροπής και μετάστασης.

•Σημείο χρόνιας φλεγμονής: Οι βλάβες που αναπτύσσονται σε έδαφος χρόνιας φλεγμονής παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες μετάστασης.

•Ταχέως αναπτυσσόμενος όγκος: Οι ταχέως αναπτυσσόμενοι όγκοι παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες μετάστασης.

•Νευρολογικά συμπτώματα: Στο 40% των περιπτώσεων όγκων με περινευρική διήθηση παρουσιάζονται κλινικά συμπτώματα που υποδεικνύουν την προσβολή κινητικών ή αισθητικών νευρών. Στις περιπτώσεις αυτές οι όγκοι θεωρούνται υψηλού κινδύνου.

•Ιστολογικά χαρακτηριστικά: Το αδenoειδές ή ακανθολυτικό, το αδenoακανθοκυτταρικό και το δεσμοπλαστικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα έχουν αυξημένες πιθανότητες υποτροπής και μετάστασης. Επιπλέον, τόσο το πάχος του όγκου σε mm όσο και το επίπεδο διήθησης, κατ'αντιστοιχία με τους δείκτες Breslow και Clark του μελανώματος, φαίνεται να έχουν σημαντική προγνωστική αξία. Έτσι, οι όγκοι με μεγαλύτερο πάχος, καθώς και αυτοί που διηθούν το εν τω βάθει δικτυωτό χόριο και το υποδόριο λίπος εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο μετάστασης και

υποτροπής. Τέλος κίνδυνο υποτροπής παρουσιάζουν και τα ακανθοκυτταρικά καρκινώματα in situ (Κωστάκη, Νικολάου, 2012).



3.3 ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Αποτελεί την πιο σπάνια μορφή καρκίνου του δέρματος, ωστόσο, οφείλεται για το 10% των συνολικών κρουσμάτων και πρόκειται για την πιο επικίνδυνη μορφή καρκίνου του δέρματος καθώς προκαλεί το 75% περίπου όλων των θανάτων από καρκίνο του δέρματος. Το κακοήθες μελάνωμα προέρχεται από τους μελανοβλάστες της οριακής ή δερμο-επιδερμικής περιοχής και είναι δυνητικά μια νεοπλασία με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας.

Αποτελεί, τη νόσο με το μεγαλύτερο ρυθμό αύξησης τα τελευταία χρόνια, ενώ σύμφωνα με στατιστικές προέκυψε, ότι το ποσοστό εμφάνισης του κακοήθους μελανώματος, έχει διπλασιαστεί τα τελευταία 10 χρόνια. Όπως προκύπτει, για την ανάπτυξη του μελανώματος φαίνεται πως έχουν ενοχοποιηθεί αρκετοί παράγοντες και ένας από αυτούς είναι και η αλόγιστη έκθεση στον ήλιο, χωρίς την χρήση αντηλιακού, και όχι μόνο (Έλληνική Χειρουργική, 1993).

3.3.1 ΤΥΠΟΙ

Τα Δερματικά Μελανώματα διακρίνονται ιστολογικώς σε τέσσερις βασικούς τύπους:

- 1) το επιφανειακώς επεκτεινόμενο (70%)
- 2) το οζώδες (12%)
- 3) την κακοήθη εφηλίδα του Hutchinson (15%)
- 4) την κακοήθη εφηλίδα των άκρων (MacKie, 1997).

3.3.1.1 Επιφανειακώς επεκτεινόμενο μελάνωμα

Είναι ο ένας από τους 2 κύριους καρκίνους που εγείρονται απο τα μελανοκύτταρα ατόμων με λευκό δέρμα. Αναπτύσσεται συχνότερα στην ανώτερη ράχη σαν μια σχετικά βραδέως, εντός ετών, αυξανόμενη βλάβη. Έχει χαρακτηριστική μορφολογία: μια ομοιόμορφα επηρμένη, επίπεδη βλάβη(πλάκα). Η ποικιλοχρωμία στο EEM είναι παρόμοια, αλλά συνήθως λιγότερο εντυπωσιακή από εκείνη των περισσότερων μελανωμάτων που αναπτύσσονται επί κακοήθους φακής. Το χρώμα είναι ένα μείγμα καστανού, σκούρου καστανού, κυανού, μαύρου και ερυθρού, με φαιές περιοχές σε θέσεις υποστροφής του όγκου.



3.3.1.2 Οζώδες μελάνωμα

Το οζώδες μελάνωμα (ΟΜ) είναι, στις περισσότερες σειρές ασθενών, ο δεύτερος σε συχνότητα τύπος, μετά το επιφανειακώς επεκτεινόμενο μελάνωμα. Εκδηλώνεται συχνότερα στη μέση ηλικία, σε άτομα με λευκό δέρμα και εντοπίζεται στις λιγότερο εκτεθειμένες στον ήλιο περιοχές. Ο όγκος εξαρχής βρίσκεται στην «κάθετη φάση» ανάπτυξης και θα μπορούσε εύκολα να αποκαλείται βαθέως διηθητικό μελάνωμα. Το ΟΜ είναι ομοιόμορφα επηρμένο και παρουσιάζεται σαν παχιά πλάκα ή σαν εξωφυτική, πολυποειδής ή θολωτή βλάβη. Η βλάβη δεν παρουσιάζει συνήθως ποικιλοχρωμία, αλλά είναι ομοιόμορφα κυανή ή κυανο-μελανή ή, λιγότερο συχνά, είναι ελαφρά χρωματισμένη ή αχρωμική, οπότε συγγέεται με το πυογόνο κοκκίωμα ή άλλους μη μελαγχρωματικούς όγκους.



3.3.1.3 Κακοήθης εφηλίδα των άκρων

Είναι μια ειδική μορφή δερματικού μελανώματος που αναπτύσσεται στις παλάμες και τα πέλματα ή στην κοίτη των νυχιών, των χεριών και των ποδιών. Προσβάλλει συχνότερα Ασιάτες, Αφρικανούς που ζουν νότια από την Σαχάρα και Αфро-Αμερικανούς, αποτελώντας το 50%-70% των μελανωμάτων του δέρματος στους πληθυσμούς αυτούς. Παρατηρείται συχνότερα σε μεγαλύτερης ηλικίας άντρες (>60 ετών) και συνήθως μεγαλώνει αργά μέσα σε περίοδο ετών. Η αργή ανάπτυξή του είναι ο λόγος για το οποίο οι όγκοι αυτοί αποκαλύπτονται μόνο όταν εμφανίζονται οζίδια ή στην περίπτωση προσβολής και απόπτωσης του νυχιού. Εμφανίζεται κατά την οριζόντια φάση ανάπτυξης υπό μορφή κηλίδων σκούρων καστανών, κυανομελανών ή μαύρων, με μικρή ποικιλοχρωμία και με ασαφή, συχνά, όρια (Fitzpatrick, Johnson, 2002).

3.3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει τη λεπτομερή και ακριβή επισκόπηση της πρωτοπαθούς βλάβης συγκεκριμένα της διαμέτρου, του χρώματος, της οζώδους ή

επιφανειακής επέκτασης, των ανώμαλων ορίων της βλάβης, της προϋπαρξής σπίλου, της ύπαρξης δορυφόρων βλαβών και επιχώριων λεμφαδενικών ομάδων. Απαραίτητες παρακλινικές εξετάσεις θεωρούνται η ακτινογραφία θώρακος, ο προσδιορισμός της γαλακτικής δεϋδρογονάσης (lactate dehydrogenase, LDH) και της γ-γλουταμυλικής τρανσφεράσης (γ-glutamyl transferase, γ-GT) στον ορό για τις πιθανές ηπατικές μεταστάσεις, ενώ η συμπτωματολογία του ασθενούς και η σημειολογία καθοδηγούν τον υπόλοιπο έλεγχο (Ell, Gambhir, 2004).

3.3.3 ΑΙΤΙΑ

Η κύρια αιτία του μελανώματος πιστεύεται ότι είναι η μεγάλης διάρκειας έκθεση στον ήλιο. Το ηλιακό φως εκθέτει το δέρμα μας στην υπεριώδη ακτινοβολία. Άνθρωποι με ανοιχτό χρώμα δέρματος συνήθως διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, αφού τα κύτταρα του δέρματος παράγουν μικρότερη ποσότητα μελανίνης. Η ακτινοβολία διακρίνεται σε UVA και UVB. Οι UVA σε ποσοστό πάνω από 80% σταματούν στην επιφάνεια της επιδερμίδας, ενώ το υπόλοιπο μπορεί να φτάσει στο κυρίως δέρμα. Αυτό το μικρό ποσοστό είναι υπεύθυνο για τις φωτοδερματίτιδες, για τη γήρανση της επιδερμίδας, για τις διάφορες παθήσεις του δέρματος και τελικά, για τον καρκίνο. Οι ακτίνες αυτές καταστρέφουν τα τριχοειδή αγγεία, τους ινοβλάστες και τις πρωτεΐνες των κυττάρων.

Από την άλλη πλευρά, η δράση της UVB είναι πιο έντονη το καλοκαίρι, τις μεσημβρινές ώρες και όσο οδεύουμε προς τον Ισημερινό ή στα πιο υψηλά μέρη της Γης. Είναι οι ακτίνες που συμβάλλουν στο σχηματισμό της βιταμίνης D και μένουν στην επιφάνεια της επιδερμίδας, διεγείροντας τα μελανοκύτταρα που παράγουν τη μελανίνη. Επιπλέον, είναι υπεύθυνες για το έγκαυμα που παρουσιάζεται έπειτα από 4 έως 5 ώρες έκθεσής μας στον ήλιο, ενώ προκαλούν και καρκίνο του δέρματος (<http://health.in.gr>).

Ωστόσο, ορισμένοι πάσχοντες από μελάνωμα λένε ότι ποτέ δεν έκαναν ηλιοθεραπεία ή ποτέ δεν εκτέθηκαν στον ήλιο. Αυτό φαίνεται να συμβαίνει κυρίως σε ανθρώπους με πολύ λευκό δέρμα. Πιθανόν οφείλεται στο ότι είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στον ήλιο και η επανειλημμένη έκθεση σ' αυτόν κατά την παιδική τους ηλικία ή στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης υπήρξαν οι κύριοι παράγοντες για την ανάπτυξη του καρκίνου τους (Hawk, McGregor, 2000).

3.3.4 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- I. Ασυμμετρία ή ανώμαλα όρια της περιοχής
- II. Αιμορραγία ή δημιουργία κρούστας
- III. Αλλαγή χρώματος
- IV. Διάμετρος περιοχής περισσότερο από έξι χιλιοστά ($d > 6 \text{ mm}$)
- V. Ύπαρξη υπεργερμένης περιοχής πάνω σε ένα προηγούμενα επίπεδο σπίλο
- VI. Ακανόνιστη περίμετρος
- VII. Φαγούρα, ερεθισμός ή κοκκίνισμα.

Θα πρέπει να γίνεται τακτικός έλεγχος και να παρατηρείτε τη θέση και το μέγεθος οποιασδήποτε ελίας. Οι αλλαγές που παρατηρούνται στις ελιές που ήδη υπάρχουν ή η εμφάνιση νέων σημαδιών που μεγαλώνουν θα πρέπει να αναφέρονται στον γιατρό όσο το δυνατόν πιο σύντομα. Μια ελιά που έχει διάμετρο μεγαλύτερη από 6 mm ή εμφανίζει αλλαγές στην απόχρωση ή το χρώμα χρειάζεται να ελεγχθεί από το γιατρό άμεσα (Goldmann, 2000).

3.3.5 ΣΤΑΔΙΑ

Αρχικά το μελάνωμα σταδιοποιείται κλινικά σε τρία στάδια.

- Ø Στάδιο I : εντοπισμένο
- Ø Στάδιο II : με επιχώριες λεμφαδενικές μεταστάσεις
- Ø Στάδιο III: με απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Το 85% των μελανωμάτων με τον τρόπο αυτό ταξινομούνται στο στάδιο I.

Επιπλέον, για λόγους ευκολότερης κλινικής αξιολόγησης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων τα μελανώματα διακρίνονται επίσης σε: § λεπτά (thin), όταν η διήθηση είναι $< 1.5 \text{ mm}$ § διαμέσου πάχους (intermediate), όταν η διήθηση είναι 1.6-4.0 mm § παχέα (thick), όταν η διήθηση είναι $> 4.0 \text{ mm}$. (www.melanoma.gr).

Υπάρχουν δύο συστήματα μικροσκοπικής σταδιοποίησης που έχουν επικρατήσει και εφαρμόζονται σήμερα. Το πρώτο είναι μικρομετρικό (Breslow - 1970) και μετράει το βάθος της διήθησης σε mm από την κοκκιώδη στοιβάδα της επιδερμίδας μέχρι το βαθύτερο σημείο της διήθησης και το δεύτερο είναι μορφολογικό (Clark - 1969) όπου το επίπεδο της διήθησης εξαρτάται από το στοιχείο του δέρματος στο οποίο φθάνει.

Διακρίνουμε κατά Clark τα εξής επίπεδα:

- Επίπεδο I - ενδοεπιδερμικό (in situ). Τα κακοήθη μελανοκύτταρα δεν έχουν διηθήσει τη βασική στιβάδα και ο όγκος είναι ενδοεπιδερμικός.
- Επίπεδο II - διήθηση της θηλώδους μοίρας του χορίου. Ο όγκος διηθεί το θηλώδες χόριο.
- Επίπεδο III - διήθηση και πλήρωση των θηλών με νεοπλασματικά κύτταρα μέχρι το όριο της δικτυωτής μοίρας του χορίου.
- Επίπεδο IV - διήθηση της δικτυωτής μοίρας του χορίου. Τα κακοήθη κύτταρα διηθούν ολόκληρο το δικτυωτό τμήμα του χορίου.
- Επίπεδο V - διήθηση του υποδορίου λίπους. Ο όγκος διηθεί τον υποδόριο λιπώδη ιστό.

Η κατά Clark μέθοδος είναι αρκετά υποκειμενική και τείνει να υποκατασταθεί από την κατά Breslow η οποία θεωρείται ακριβέστερη. Διακρίνουμε έτσι κατά Breslow τα εξής εύρη παχών :

- Επίπεδο I :μικρότερο από 0,75 mm
- Επίπεδο II :0,76-1,50 mm
- Επίπεδο III :1,51-2,49 mm
- Επίπεδο IV :2,5-3,99 mm
- Επίπεδο V :μεγαλύτερο από 4 mm (Περιοδικό 'Ιατρική', 1998).

Αξιοσημείωτη αναφοράς είναι και η κλινική και ιστολογική σταδιοποίηση του μελανώματος σε 5 στάδια (από το 0 έως το IV), η οποία επιτεύχθηκε από την American Joint Committee on Cancer, και λαμβάνει υπόψη της το διεθνές σύστημα σταδιοποίησης TNM, έτσι ώστε να καθορισθεί η σταδιοποίηση με βάση τις τρεις συνιστώσες.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΔΕΡΜΑΤΟΣ



Εικόνα 3: Cure Cancer

www.clickatlife.gr

4.1 ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Είναι σημαντικό να διαγνωσθεί το μελάνωμα όσο το δυνατό νωρίτερα. Το μελάνωμα μπορεί να θεραπευθεί εάν διαγνωσθεί και αντιμετωπισθεί όταν ο όγκος είναι λεπτός και δεν έχει διηθήσει βαθιά στο δέρμα. Εάν το μελάνωμα δεν αφαιρεθεί νωρίς, τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να επεκταθούν από την επιφάνεια του δέρματος προς τα κάτω, καταλαμβάνοντας υγιείς ιστούς. Όταν το μελάνωμα γίνεται παχύ και βαθύ, η νόσος συχνά διασπείρεται σε άλλα μέρη του σώματος και είναι δύσκολο να ελεγχθεί.

Ασθενείς που είχαν αναπτύξει μελάνωμα έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ενός καινούργιου μελανώματος. Επίσης αυτοί που έχουν συγγενείς με μελάνωμα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα, από τον μέσο όρο ανάπτυξης μελανώματος και είναι ιδιαίτερα σημαντικό γι' αυτούς να παρατηρούν το δέρμα μόνοι τους και να επισκέπτονται συχνά το γιατρό. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα που έχουν του ονομαζόμενους δυσπλαστικούς σπίλους, ή άτυπες έλκες. Οι έλκες αυτές έχουν ανώμαλη εμφάνιση, μπορεί να είναι από λίγες μέχρι πολλές και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν μελάνωμα.

Σε ορισμένες οικογένειες παρατηρείται άλλα μεν μέλη να έχουν δυσπλαστικούς σπίλους άλλα δε να έχουν αναπτύξει μελανώματα. Τα μέλη αυτών των οικογενειών παρουσιάζουν πολύ υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης μελανώματος και θα πρέπει να ελέγχονται πολύ συχνά (κάθε 3-6 μήνες) για πρώιμη διάγνωση οποιασδήποτε πάθησης, από τον γιατρό ο οποίος σ' αυτή την περίπτωση θα μπορούσε να παίρνει φωτογραφίες των αλλοιώσεων του δέρματος για να παρακολουθεί έτσι τις τυχόν μεταβολές που εμφανίζονται σ' αυτές (Λιόκου,1996).

Η βιοψία και ο ιστολογικός έλεγχος παραμένει ο χρυσός κανόνας για την διάγνωση του μελανώματος. Ο ορθότερος τρόπος είναι η αφαίρεση ολόκληρης της ύποπτης βλάβης με χεΐλος φυσιολογικού δέρματος 1-2 mm. Σε βλάβες μικρού μεγέθους, λεπτές, με σχεδόν σίγουρη κλινική διάγνωση η βιοψία και η θεραπευτική αφαίρεση γίνονται ταυτόχρονα με όχθο φυσιολογικού δέρματος 1 cm και βάθος 1 cm και με

όχθο 2-3 cm υγιούς δέρματος για βλάβες παχύτερες του 1 mm. Διαγνωστική βοήθεια προσφέρει η ανοσοϊστοχημεία και η χρήση του δερματοσκόπιου από εξειδικευμένους και έμπειρους δερματολόγους (Χρυσομάλλης, 2005).

4.1.1 ΒΙΟΨΙΑ ΦΡΟΥΡΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ

Η τεχνική της σκιαγράφησης της λεμφικής οδού και της αντίχνευσης με βιοψία του λεμφαδένα-φρουρού εισήχθη για πρώτη φορά από τους Morton et al. και στηρίζεται στην αντίληψη ότι τα λεμφαγγεία του δέρματος κατευθύνονται προς ορισμένες περιοχές λεμφαδένων, στην περιοχή όπου υπάρχει πρωτοπαθής εντόπιση. Θεωρητικά, κάθε λεμφαδένας κοντά στην περιοχή της πρωτοπαθούς εντόπισης παριστά ένα λεμφαδένα-φρουρό, στον οποίο η λέμφος από την πρωτοπαθή εστία μεταφέρει τα νεοπλασματικά κύτταρα. Κατά συνέπεια, η εντόπιση του λεμφαδένα φρουρού μετά από βιοψία μπορεί να καθορίσει με ακρίβεια αν κύτταρα του μελανώματος έχουν μετασταθεί σ' αυτή την συγκεκριμένη λεμφαδενική περιοχή (Πολύζος, Παπαδόπουλος, 1996).

Χρησιμοποιείται μια μπλε χρωστική, κυρίως το bleu patente σε δόση 0,3-1 ml με βελόνη 25G, πέριξ της περιοχής της πρωτοπαθούς εστίας ή στην περιοχή της εγχειρητικής ουλής της αφαιρεθείσας πρωτοπαθούς εστίας. Η χρωστική απορροφάται σχεδόν αμέσως από το λεμφικό σύστημα, υποβοηθούμενη από ήπιες μαλάξεις. Ο λεμφαδένας-φρουρός χρωματίζεται συνήθως σε 5 έως 15 λεπτά αν και η λεμφική ροή είναι μεταβλητή, με μέση ταχύτητα ανά περιοχή; 1,5 cm/min για την περιοχή του τραχήλου και της κεφαλής, 4 cm/min στον κορμό, 5 cm/min στα άνω άκρα και 10 cm/min στα κάτω άκρα. Εάν ο λεμφαδένας δεν έχει εντοπισθεί μέσα σε 20-45 λεπτά, η ενδοδερμική χορήγηση της χρωστικής, επαναλαμβάνεται.

Εάν ο λεμφαδένας-φρουρός είναι αρνητικός, η πιθανότητα να υπάρχει μικροσκοπική μετάσταση στους υπόλοιπους επιχώριους λεμφαδένες, είναι μόνο 2%. Θετικός συνήθως ανευρίσκεται ο φρουρός-λεμφαδένας σε ποσοστό 12-26%, οπότε πρέπει να διενεργείται λεμφαδενικός καθαρισμός και στο 6385% των περιπτώσεων, ο φρουρός-λεμφαδένας αποδεικνύεται πως είναι και ο μοναδικός λεμφαδένας (Οικονόμου, 2004).

4.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Σήμερα, η κλινική αντιμετώπιση του καρκίνου στηρίζεται στη χειρουργική, στην ακτινοθεραπεία, στη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων (χημειοθεραπεία), καθώς και σε νεότερες θεραπείες, όπως η ορμονοθεραπεία και οι στοχευμένες θεραπείες. Με τις μεθόδους αυτές επιτυγχάνεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων απλά μια προσωρινή υποχώρηση της νόσου, ενώ σε λίγες παρατηρείται ίαση ή παρατεταμένη ύφεση (Παντελάκος, 2005).

Οι μέθοδοι αντιμετώπισης είναι:

- Ø Χειρουργική επέμβαση
- Ø Χρήση ακτινοβολίας (ακτινοθεραπεία)
- Ø Χημειοθεραπεία
- Ø Ορμονοθεραπεία
- Ø Στοχευμένες θεραπείες (ανοσοθεραπεία) (Kirkova, Davis, 2006).

4.2.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Η χειρουργική αντιμετώπιση εξακολουθεί να αποτελεί το θεμέλιο λίθο στη θεραπεία της πάθησης. Περιλαμβάνει την ευρεία εκτομή του πρωτοπαθούς ΔΜ, εντός υγιούς ιστού. Προηγείται βιοψία, με την οποία καθίσταται γνωστό τόσο το μικροστάδιο κατά Clark όσο και το πάχος της βλάβης. Σε βλάβες σταδίου I, η πιθανότητα υποτροπής είναι μικρή (MacKie, 1997).

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση περιλαμβάνει φυσική εξέταση, ακτινογραφία θώρακος και προσδιορισμούς των επιπέδων της αλκαλικής φωσφατάσης (ALP), της γ-GT και της LDH του ορού, και συστήνεται κάθε 3-6 μήνες για τα πρώτα 2 χρόνια, κάθε 6 μήνες για τα επόμενα 3-5 χρόνια και ετησίως στη συνέχεια (Friedman, Wahl, 2004).

Περαιτέρω διερεύνηση σε περίπτωση υποψίας υποτροπής της νόσου, συνίσταται σε αξονική τομογραφία (computerized axial tomography- CT), τομογραφία μαγνητικού συντονισμού (magnetic resonance imaging- MRI), σπινθηρογραφήματα με μονοκλωνικά αντισώματα ή μη ειδικά ογκόφιλα ραδιοφάρμακα ή/και fluorine-18-fluorodeoxyglucose-positron emission tomography (18F-FDG-PET), που αναλύονται παρακάτω (Mijnhout, Hoekstra, 2001).

4.2.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο καρκίνος του δέρματος αντιμετωπίζεται από δερματολόγους, γενικούς ιατρούς, χειρουργούς και ακτινοθεραπευτές. Αυτό επιβάλλει την ανάγκη όλοι οι ασχολούμενοι ιατροί να γνωρίζουν τις ενδείξεις και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα της ακτινοθεραπείας. Ο δερματολόγος είναι συχνά ο ειδικός που έχει την σημαντικότερη θέση στο να συμβουλευσει τον ασθενή σχετικά με τον ρόλο της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση της πάθησής του.

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση για κάθε βασικό- ή ακανθοκυτταρικό όγκο του δέρματος διαμέτρου μέχρι τα 20 mm και ιδιαίτερα για υποτροπιάζοντα ή εκτεταμένα καρκινώματα που εντοπίζονται στα αυτιά, στο τριχωτό της κεφαλής, ή το μέτωπο. Η αποτελεσματικότητα της ακτινοθεραπείας υψηλή, με ποσοστά ίασης που πλησιάζουν το 95%. Ενδείκνυται ειδικότερα για βλάβες του προσώπου και κυρίως των περιοφθαλμικών περιοχών, της ρινός και των χειλέων που αντιμετωπίζονται δυσκολότερα με την επανορθωτική χειρουργική (Veness, Richards, 2003).

Στα πλεονεκτήματα της ακτινοθεραπείας συγκαταλέγεται το ανώδυνο της μεθόδου και το πολύ μικρότερο κόστος. Η ακτινοθεραπεία δεν ενδείκνυται σαν πρώτη γραμμή θεραπείας για ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 60 ετών, γιατί και τα αισθητικά αποτελέσματα λόγω των απώτερων παρενεργειών είναι πτωχά (τηλεαγγειεκτασία, ατροφία και ωχρότητα του δέρματος), αλλά και γιατί αυξάνει η πιθανότητα εμφάνισης δεύτερου καρκίνου εντός του ακτινοθεραπευτικού πεδίου. Η ακτινοθεραπεία αντενδείκνυται για όγκους που εντοπίζονται στην άκρα χείρα και στο άκρο πόδα, στο δέρμα του οσχέου και σε ασθενείς με σκληροδερμία, xeroderma pigmentosum και ακροχοδρονώδες καρκίνωμα (Vora, Garner, 2004).

Η ακτινοθεραπεία παρουσιάζει μικρό κίνδυνο καρκινογένεσης σε διάστημα 10–15 χρόνια μετά την εφαρμογή της (περίπου 1 στα 1000). Ωστόσο τα αποτελέσματα αυτά έχουν προκύψει από την αντιμετώπιση πολλών διαφορετικών καρκίνων, όπου χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικές τεχνικές και ποικίλα δοσολογικά σχήματα. Φαίνεται ότι ο κίνδυνος καρκινογένεσης είναι υπερεκτιμημένος, αν μάλιστα ληφθεί υπόψη ότι με τις σύγχρονες τεχνικές ακτινοβολήσης επιτυγχάνεται μεγαλύτερη προστασία των

υγιών ιστών. Παρ' όλα αυτά, ειδικά σε ασθενείς νεαρής ηλικίας, ο κίνδυνος αυτός πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και να ενημερώνεται σχετικά ο ασθενής.

Οι περισσότεροι ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο δέρματος έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και ένα δεύτερο καρκίνωμα δέρματος με την πάροδο του χρόνου. Αυτό έχει μεγαλύτερη σημασία κυρίως για τους νεότερους ασθενείς, γιατί οι βλάβες αυτές όταν βρίσκονται κοντά σε ήδη ακτινοβοληθείσες περιοχές αποκλείουν την εκ νέου χρήση ακτινοθεραπείας. Σε αυτούς του ασθενείς ή σε εκείνους που έχουν ακτινοβοληθεί και εμφανίζεται υποτροπή ή νέος όγκος δέρματος, θα πρέπει να συστήνουμε εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως η μικρογραφική χειρουργική κατά Moh (Syrgios, Tzannou, 2005).

4.2.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία διακρίνεται σε συστηματική και περιοχική.

Συστηματική

Η συστηματική χημειοθεραπεία επιτυγχάνεται με την ενδοφλέβια χορήγηση των σχετικών φαρμάκων. Το φάρμακο ακολουθεί όλη την πορεία του κυκλοφορούντος αίματος στο σώμα, με αποτέλεσμα να υπάρχουν οι ακόλουθες μορφές:

- § Χημειοθεραπεία επαγωγής (Induction chemotherapy). Υψηλής δόσης, συνήθως συνδυασμένη χημειοθεραπεία, χορηγούμενη στην έναρξη της αγωγής με σκοπό την πλήρη ύφεση της νόσου. Ο όρος χρησιμοποιείται κυρίως σε αιματολογικές κακοήθειες, αλλά και στους συμπαγείς όγκους. Θα μπορούσε να ονομαστεί και θεραπεία εφόδου.
- § Χημειοθεραπεία σταθεροποίησης (Consolidation chemotherapy). Επανάληψη της χημειοθεραπείας της επαγωγής, με την οποία επιτεύχθηκε πλήρης ύφεση, με σκοπό την αύξηση του ποσοστού ίασης ή την παράταση της ύφεσης.
- § Εντατικοποιημένη χημειοθεραπεία (Intensification chemotherapy). Χημειοθεραπεία μετά την πλήρη ύφεση, με υψηλότερες δόσεις των ίδιων ή διαφορετικών φαρμάκων από αυτά που χρησιμοποιήθηκαν ή με διαφορετικά φάρμακα σε μεγαλύτερες δόσεις, με σκοπό την αύξηση του ποσοστού της ίασης ή την παράταση της ύφεσης.
- § Χημειοθεραπεία συντήρησης (Maintenance chemotherapy). Μακροχρόνια και χαμηλής δόσης μόνη ή συνδυασμένη χημειοθεραπεία σε ασθενείς με

πλήρη ύφεση, με σκοπό την επιβράδυνση ανάπτυξης των υπολειπόμενων καρκινικών κυττάρων.

- § Συμπληρωματική ή προφυλακτική χημειοθεραπεία (Adjuvant chemotherapy). Σύντομης διάρκειας, υψηλής δόσης και συνήθως συνδυασμένη χημειοθεραπεία σε ασθενής χωρίς ένδειξη υπολειπόμενης νόσου μετά την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία, με σκοπό την καταστροφή μικρού αριθμού υπολειπόμενων καρκινικών κυττάρων, π.χ. προφυλακτική ενδοκυστική χημειο-ανοσοθεραπεία μετά την εκτομή της ουροδόχου κύστεως.
- § Νεοσυμπληρωματική ή προεγχειρητική ή περιεγχειρητική χημειοθεραπεία (Neoadjuvant chemotherapy). Για τη μείωση του μεγέθους ενός όγκου και την υποσταδιοποίηση, ώστε να γίνει χειρουργήσιμος.
- § Πρωτογενής χημειοθεραπεία (Primary chemotherapy). Μερικές φορές χρησιμοποιείται ως συνώνυμη της νεοσυμπληρωματικής χημειοθεραπείας, αλλά αναφέρεται και στη χημειοθεραπεία που χορηγείται όταν δεν εφαρμόζεται χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία.
- § Παρηγορητική ή ανακουφιστική χημειοθεραπεία (Palliative chemotherapy). Χημειοθεραπεία που χορηγείται για τον έλεγχο των συμπτωμάτων και την παράταση της επιβίωσης σε ασθενείς όπου η θεραπεία είναι αμφίβολη.
- § Χημειοθεραπεία διάσωσης (Salvage chemotherapy). Χημειοθεραπεία υψηλής δόσης, συνήθως συνδυασμένη, χορηγούμενη σε ασθενείς όπου προηγουμένως είχε αποτύχει ή σε ασθενείς όπου η νόσος εμφάνισε υποτροπή μετά από χορήγηση άλλου θεραπευτικού σχήματος.
- § Χρονοβιολογική χημειοθεραπεία (Circadian ή Chronobiologic chemotherapy). Χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων σε συγκεκριμένες ώρες και χρονικά διαστήματα, με σκοπό τη μεγαλύτερη δραστικότητα και τη μικρότερη τοξικότητα.
- § Συνδυασμένη χημειοθεραπεία (Combined chemotherapy). Χορήγηση δύο ή και περισσότερων χημειοθεραπευτικών παραγόντων, που επιτρέπει στον κάθε έναν από αυτούς ν' αυξήσει τη δράση του (των) άλλου (ων) ή να δράσει συνεργικά με αυτούς. Παράδειγμα συνδυασμένης χημειοθεραπείας είναι το γνωστό σχήμα MOPP.

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται η_Μεγαθεραπεία δηλαδή η χορήγηση υψηλών δόσεων κυτταροστατικών παραγόντων (περισσότερα του ενός), η οποία απαιτεί την

υποστήριξη των ασθενών με μεταμόσχευση μυελού των οστών (ΜΜΟ), κυρίως σε αυτόλογη μεταμόσχευση προγονικών αιμοποιητικών κυττάρων. Ως πηγή προγονικών αιμοποιητικών κυττάρων χρησιμοποιείται το περιφερικό αίμα μετά από διέγερση με αυξητικούς παράγοντες, με ή χωρίς προηγούμενη χημειοθεραπεία.

Η Μεγαθεραπεία εφαρμόζεται και σε αλλογενή μεταμόσχευση, η οποία όμως πραγματοποιείται σε σχετικά περιορισμένο αριθμό ασθενών και αυτό γιατί η πλειονότητα των ασθενών δε διαθέτει συμβατό αδελφό ως δότη. Επίσης, συνοδεύεται από υψηλότερη θνητότητα σε σχέση με την αυτόλογη μεταμόσχευση. Πρέπει να τονιστεί ότι η Μεγαθεραπεία μπορεί να αλλάξει τη σημερινή εικόνα στη θεραπεία ορισμένων κακοήθων αλλά και καλοήθων παθήσεων (Ρηγάτος, 1999).

4.2.4 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι μια αντικαρκινική θεραπεία που εμποδίζει την παραγωγή συγκεκριμένων ορμονών στον οργανισμό, δεσμεύοντας τους ορμονικούς υποδοχείς στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων ή υποκαθιστώντας τις φυσικές ορμόνες με χημικώς όμοιές τους, τις οποίες όμως δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα καρκινικά κύτταρα, δυσχεραίνοντας έτσι την ανάπτυξη τους (Σανιδάς, Φίλης, 2005).

4.2.5 ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι στοχευμένες θεραπείες χρησιμοποιούν τις φυσιολογικές ουσίες του σώματος ή φάρμακα κατασκευασμένα από φυσιολογικά συστατικά του σώματος. Χαρακτηρίζονται ως «έξυπνες βόμβες», επειδή κατευθύνονται σε ειδικούς στόχους στα καρκινικά κύτταρα, αφήνοντας ανεπηρέαστα τα φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. Κατ' αυτόν τον τρόπο η θεραπεία γίνεται περισσότερο συγκεκριμένη, πιο ειδική, λιγότερο τοξική και μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο των παρενεργειών των άλλων αντικαρκινικών θεραπειών, όπως της χημειοθεραπείας. Αποτελεί ένα σχετικά νέο τρόπο αντικαρκινικής θεραπείας. Οι θεραπείες αυτές καλούνται επίσης «βιολογικοί τροποποιητές της ανταπόκρισης», «ανοσοθεραπευτικοί παράγοντες», καθώς και «βιολογικοί παράγοντες», γιατί διεγείρουν τη φυσιολογική ανταπόκριση του σώματος στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Είναι διαθέσιμες σήμερα πολλές μορφές βιολογικών θεραπευτικών παραγόντων.

Ανάμεσα σε αυτές περιλαμβάνονται τα μονοκλωνικά αντισώματα (όπως είναι η τρανστοζουμάβη και η ριτουξιμάβη), τα αντικαρκινικά εμβόλια, οι αυξητικοί

παράγοντες των κυττάρων του αίματος, ακόμα οι αναστολείς των αυξητικών παραγόντων, οι αντιαγγειογενετικές ουσίες, η ιντερφερόνη, η ιντερλευκίνη II, και τα φάρμακα γονιδιακής θεραπείας (Zangemeister-Wittke, 2005).

4.2.5.1 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ενδιαφέροντα είναι τα αποτελέσματα από την κλινική εφαρμογή της ειδικής ανοσοθεραπείας στο μεταστατικό μελάνωμα. Ενθαρρυντική ήταν η εμπειρία εμβολιοθεραπείας με ενεργοποιημένα δεντριτικά κύτταρα σε 16 ασθενείς με μεταστατικό μελάνωμα. Η θεραπεία αυτή επέφερε αντιγονο-ειδική ανταπόκριση ενώ διαπιστώθηκε και αντικειμενική ανταπόκριση σε 5 ασθενείς.

Σε άλλη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν πεπτιδικό επίτοπο του gp 100 μελάνωμα - συσχετιζόμενου αντιγόνου για την εμβολιοθεραπεία ασθενών με μεταστατικό μελάνωμα. Στους ασθενείς αυτούς χορηγήθηκε και IL-2. Στο σύνολο των 31 ασθενών της μελέτης το 91% ανοσοποιήθηκαν επιτυχώς και σε ποσοστό 42% τεκμηριώθηκαν αντικειμενική ανταπόκριση (Μπριασούλης, Τόλης, 1999).

4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΑΠΟ ΠΟΝΟ

Ο πόνος ενώ δεν συνοδεύει πάντοτε τον καρκίνο, αποτελεί το σύμπτωμα που ιδιαίτερα φοβίζει τον άρρωστο. Ο πόνος μπορεί να εμφανιστεί κατά την πορεία της αρρώστιας ή με την εφαρμογή χειρουργικής επέμβασης ή θεραπείας με ακτινοβολία και αποτελεί πρώιμο αλλά και όψιμο σύμπτωμα της αρρώστιας.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

- 1) Αλλαγή θέσης του πάσχοντα με ήπιους χειρισμούς, υποστήριξη με μαξιλάρια σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση, σεντόνια χωρίς πτυχές συμβάλλουν στην πρόληψη κατακλίσεων, επώδυνων μυϊκών συσπάσεων, βελτίωση αναπνοής και κυκλοφορίας.
- 2) Απαλλαγή από πιέσεις που μπορεί να προκαλέσουν πόνο, όπως υπερπλήρωση κύστης, δυσκοιλιότητα, πιεστικές ταινίες λευκοπλάστ ή επίδεσμο, νάρθηκα κ.λπ
- 3) Πρόληψη οδοντηρών επιπλοκών, θρομβοφλεβίτιδα, λοιμώξεις.

- 4) Παρακολούθηση των παροχετεύσεων για την εξασφάλιση καλής λειτουργίας τους.
- 5) Αναδιπλώσεις, μετακίνηση, πίεση, βίαιη αφαίρεση, απόφραξη, είναι αίτια πόνου και μολύνσεων.
- 6) Πρόβλεψη και εκπλήρωση των αναγκών του αρρώστου, εκδήλωση ενδιαφέροντος, κατανόηση, εξασφάλιση ψυχικής άνεσης ηρεμούν τον άρρωστο και αυξάνουν το όριο ανοχής του πόνου.
- 7) Ενημέρωση σχετικά με το πρόγραμμα νοσηλείας του και ιδιαίτερα πριν από επώδυνες νοσηλείες, θεραπεία ή επέμβαση, όπως παρακέντηση, μειώνουν την ένταση της αγωνίας και του άγχους που αυξάνουν τον πόνο.
- 8) Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει τα προβλήματά του, ψυχολογική υποστήριξη, προθυμία και διάθεση χρόνου να τον ακούσει ο νοσηλευτής.
- 9) Εξασφάλιση κατάλληλης θερμοκρασίας περιβάλλοντος, καλός αερισμός, χαμηλός φωτισμός, βοηθούν στη βελτίωση της διάθεσης, χαλάρωσης και μείωσης του άγχους και αυξάνουν την ανοχή του πόνου.
- 10) Εξασφάλιση καλού ύπνου, ανάπαυσης, καλής διατροφής και απασχόλησης που αποσπά την προσοχή του από το πρόβλημα του πόνου.
- 11) Περιορισμός των θορύβων στο ελάχιστο δυνατόν. Αποτελεί νοσηλευτικό λάθος να χορηγούμε παυσίπονα και υπνωτικά στον άρρωστο για να κοιμηθεί και να ξυπνάει από θορύβους που μπορεί να προληφθούν, όπως κτύπημα και τρίξιμο πόρτας ή τροχοφόρου, δυνατές ομιλίες και συζητήσεις στους θαλάμους και διαδρόμους κ.ά. Για τον άρρωστο που υποφέρει, ιδιαίτερα ο καρκινοπαθής που πονάει σε προχωρημένο στάδιο, και ο θόρυβος που συνοδεύει την καθημερινή εργασία είναι ανυπόφορος.
- 12) Ρύθμιση του επισκεπτηρίου. Οι προτιμήσεις των αρρώστων διαφέρουν. Άλλοι προτιμούν τη συντροφιά συγγενών και φίλων και άλλοι θέλουν να μένουν μόνοι. Οι επιθυμίες θα πρέπει να ικανοποιούνται σε συνεργασία νοσηλευτή, αρρώστου και συγγενών.
- 13) Massage και εντριβές μπορεί να επιδράσουν ανακουφιστικά στον πόνο. Π. χ. η συλλογή τοξικών ουσιών στους μυς μπορεί να προκαλέσει πόνο. Με το massage αυξάνεται η κυκλοφορία του αίματος στην περιοχή αυτή και απομακρύνονται οι τοξικές ουσίες. Σε περίπτωση θρομβοφλεβίτιδας κάτω άκρου, ποτέ δεν πρέπει να γίνεται massage, διότι υπάρχει κίνδυνος να

αποσπαστεί θρόμβος αίματος και με την κυκλοφορία να φθάσει σε ζωτικό όργανο και να κάνει απόφραξη κλάδου αρτηρίας με θανατηφόρα αποτελέσματα (εμβολή πνεύμονα).

- 14) Εφαρμογή θερμού - ψυχρού μπορεί να ελαττώσει τον πόνο σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως ισχιαλγία, κυστίτιδα, διάστρεμμα. Η θερμότητα προκαλεί διαστολή των αγγείων, αύξηση της κυκλοφορίας, μυϊκή χάλαση και μείωση των μυϊκών σπασμών. Γενικά δρα στο ΚΝΣ. Το ψυχρό προκαλεί συστολή των αγγείων, ελάττωση της κυκλοφορίας, καταστολή του οιδήματος και μείωση του πόνου.
- 15) Προεγχειρητική διδασκαλία και μετεγχειρητική βοήθεια στον άρρωστο όταν χρειάζεται, ώστε να κινείται και να ασκείται με τρόπο που να πονάει λιγότερο.
- 16) Αλλαγές τραυμάτων και εγκαυμάτων να γίνονται με προσοχή, επιδεξιότητα και χρήση κατάλληλων μέσων ώστε να ελαχιστοποιείται ο πόνος. Π.χ. διαβροχή του επιδεσμικού υλικού που καλύπτει τραυματική επιφάνεια με φυσιολογικό ορό, για την εύκολη και ανώδυνη αποκόλλησή του.
- 17) Αποφυγή χρήσης ερεθιστικών αντισηπτικών σε ανοικτά τραύματα.
- 18) Συνεργασία στενή με την οικογένεια, η οποία έχει να παίζει σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο στην εμπειρία του πόνου του αρρώστου. Διδασκαλία των επισκεπτών πως να συμπεριφέρονται στον άρρωστο που πονάει.
- 19) Διερεύνηση αν εκτός από τον φυσικό πόνο αν υπάρχουν και άλλοι παράγοντες φυσικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί που συμβάλλουν στην γέννηση ή την επιδείνωση ή την μείωση του πόνου.
- 20) Διερεύνηση αν η έλλειψη ύπνου ή η υπερβολική κόπωση μπορούν να είναι αίτια που γεννούν τον πόνο ή τον επιδεινώνουν.
- 21) Διερεύνηση κατά πόσο ο πόνος είναι εντονότερος την νύχτα. Σε τέτοια περίπτωση δίνονται μετά από συνεννόηση με τον γιατρό κατευναστικά φάρμακα ή υπνωτικά (Αθανάτου, 2004).

Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι η M. Hopp το 1941 ήταν η πρώτη που περιέγραψε το ρόλο του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία, ο οποίος σύμφωνα με τη συγγραφέα, προετοίμαζε τους ασθενείς πριν τη θεραπεία, τους παρείχε πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία και αντιμετώπιζε τις ανεπιθύμητες ενέργειες (Farmer, 1999).

Στη συνέχεια και άλλες νοσηλεύτριες περιέγραψαν το ρόλο του νοσηλευτή ως πολυδιάστατο και μεταξύ των αρμοδιοτήτων του ανέφεραν τη φροντίδα του ασθενούς, την εκπαίδευση, τη συμβουλευτική αλλά και την έρευνα (Shepard, Kelvin, 1999).

Το 1990 το American College of Radiology Task Force on Standards Development ορίζει το ρόλο του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία ως ακολούθως «Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκτιμά και να πραγματοποιεί κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής ή η οικογένειά του και τα οποία έχουν σχέση με την ασθένεια, τη θεραπεία ή την περίοδο παρακολούθησης. Ο ρόλος του περιλαμβάνει τη διδασκαλία, τη συμβουλευτική και την υποστήριξη που χρειάζονται οι ασθενείς και οι οικογένειές τους προκειμένου να προσαρμοστούν στη διάγνωση και στη θεραπεία του καρκίνου» (www-pub.iaea.org).

Σήμερα ο νοσηλευτής αποτελεί μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, και δρα είτε μόνος του, είτε αλληλεπιδρά με αυτήν την ομάδα προκειμένου να παρέχει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα, αλλά και προκειμένου να υπάρξει το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα για τον ασθενή (Gosselin –Acomb, 2006).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και εστιάζεται στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς στην εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας, στην υποστήριξη και συμβουλευτική, στη φροντίδα του ασθενούς αλλά και στην έρευνα (Moore-Higgs, Watkins-Bruner, 2003).

Αρχικά η εκτίμηση του ασθενούς περιλαμβάνει τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, τον έλεγχο για ύπαρξη συνοδών συμπτωμάτων και της κατάστασης υγείας, όταν προσέρχεται στο νοσοκομείο για πραγματοποίηση εξετάσεων. Σε περίπτωση που ο ασθενής προσέρχεται για παρακολούθηση μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας πραγματοποιείται εκτίμηση για εμφάνιση μακροχρόνιων παρενεργειών.

Επίσης ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας τη νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις πραγματοποιεί τη νοσηλευτική του διεργασία διατυπώνοντας τις νοσηλευτικές του διαγνώσεις και προχωρεί στην πραγματοποίηση του σχεδίου φροντίδας για κάθε ασθενή. Η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας περιλαμβάνει πληροφορίες

για την ασθένεια, για τις διαγνωστικές εξετάσεις που πρόκειται να πραγματοποιηθούν καθώς και για τους στόχους της ακτινοθεραπείας (Carper, 2006).

Επίσης ενημερώνει τον ασθενή για όλη τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας, για το μηχάνημα του εξομοιωτή, με το οποίο γίνεται η μίμηση της θεραπείας πριν αυτή αρχίσει και καθορίζονται η κατεύθυνση της δέσμης και τα πεδία της θεραπείας, για τη χορήγηση της ακτινοθεραπείας, την καθημερινή πραγματοποίησή της, για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που πρόκειται να εμφανιστούν, καθώς και για την αντιμετώπισή τους (Λαβδανίτη, 2007).

Η υποστήριξη και συμβουλευτική περιλαμβάνει αρχικά την εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του ασθενούς, τη διαπίστωση της ύπαρξης προηγούμενων υποστηρικτικών μηχανισμών καθώς και την εκτίμηση του οικογενειακού, εργασιακού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Πραγματοποιείται ενεργός ακρόαση και στη συνέχεια παραπομπή σε κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο εάν χρειαστεί. Η φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει αρχικά την πραγματοποίηση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας, τη χορήγηση των απαραίτητων φαρμάκων πριν ή κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και την αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας όπως αλλεργικές αντιδράσεις , επιληψία ή απώλεια συνείδησης (Wells, Donnan, 2008).

Η νοσηλευτική φροντίδα κυρίως εστιάζεται στην αντιμετώπιση των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας. Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε οξείες και σε χρόνιες ή όψιμες παρενέργειες, ανάλογα με το χρόνο εμφάνισής τους. Οι οξείες παρενέργειες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας, ενώ οι χρόνιες παρενέργειες εμφανίζονται μήνες, έως και χρόνια μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας (American Cancer Society, 2011).

Οι περισσότερες χρόνιες παρενέργειες σχετίζονται με τη συνολική δόση και είναι αποτέλεσμα αγγειακής βλάβης ή βλάβης του ινώδους ιστού. Οι πιο συχνές οξείες παρενέργειες είναι η κόπωση οι αντιδράσεις του δέρματος, προβλήματα από το γαστρεντερικό σωλήνα (ναυτία, εμετός, διάρροια), η βλενογονίτιδα στόματος (ξηροστομία) και η σεξουαλική δυσλειτουργία. Κάποιες από τις χρόνιες παρενέργειες είναι οι ινώσεις ιστών ή δέρματος, οι νεκρώσεις ιστών, τα συρίγγια

(ορθοκυστικά, κυστεοκολπικά), η χρόνια περικαρδίτιδα, η χρόνια ακτινική κυστίτιδα και τα δευτερογενή νεοπλάσματα (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2007).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να πραγματοποιεί τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις προκειμένου να ανακουφίσει από την κόπωση, τις αντιδράσεις του δέρματος, τη μετακτινική εντερίτιδα, αλλά και τη βλενογονίτιδα στόματος (ξηροστομία), οι οποίες θα πρέπει να είναι βασισμένες στη σύγχρονη βιβλιογραφία. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι περισσότερες από αυτές τις παρενέργειες μπορεί να καταβάλλουν υπερβολικά τους ασθενείς και να έχουν επίπτωση στην ποιότητα της ζωής τους (Lev, Eller, 2009).

Σε περίπτωση που γίνεται ταυτόχρονη χορήγηση χημειοθεραπείας-ακτινοθεραπείας ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι τα δύο είδη θεραπειών, όταν χορηγούνται ταυτόχρονα, έχουν συνεργική δράση ή επιδεινώνουν η μία τις παρενέργειες της άλλης. Επίσης θα πρέπει να είναι ενήμερος του είδους των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων που χορηγούνται στους ασθενείς και να τηρεί τους κανόνες ασφάλειας, όπως είναι η απόρριψη εκκριμάτων του ασθενούς και οποιοδήποτε άλλου εξοπλισμού χρησιμοποιήθηκε στα ειδικά κυτία. Παρά το γεγονός ότι η παρουσία του νοσηλευτή στους χώρους της ακτινοθεραπείας έχει υπολογιστεί ότι είναι σχετικά μικρής χρονικής διάρκειας, ωστόσο διαπιστώνεται ότι η νοσηλευτική έρευνα στο χώρο της ακτινοθεραπείας έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια (Kim, Jahan, 2009).

Τα θέματα με τα οποία έχει ασχοληθεί κυρίως είναι η ποιότητα ζωής, η διερεύνηση της ύπαρξης και μεταβολής συμπτωμάτων όπως η κόπωση, η φροντίδα του δέρματος, καθώς και συμπτώματα που εμφανίζονται μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας. Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια για τη διερεύνηση της εμφάνισης ομάδας συμπτωμάτων σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία (Cheng, Lee, 2011).

Η ακτινοθεραπεία φαίνεται να αποτελεί νοσηλευτική προτεραιότητα σε χώρες όπως η Ιρλανδία, 34 ενώ η Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία (ONS, Oncology Nursing Society) θέτει μεταξύ των άλλων προτεραιοτήτων στην έρευνα τη διερεύνηση της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών μετά το τέλος της αντισεπτασματικής θεραπείας (Oncology Nursing Society, 2011).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την προσωπική αντίληψη του πόνου είναι:

- + Κόπωση
- + Αϋπνία
- + Δυσφορία
- + Άγχος
- + Κατάθλιψη
- + Θυμός
- + Φόβος
- + Λύπη
- + Ανία
- + Απομόνωση
- + Απόσυρση
- + Μοναξιά
- + Αντιλήψεις για τη σημαντικότητα του πόνου και το νόημά του
- + Η πολιτιστική ταυτότητα
- + Πολιτιστικές αρχές και προσδοκίες για τον τρόπο έκφρασης και συμπεριφοράς του πόνου
- + Θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις
- + Οικογενειακή υποστήριξη
- + Κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο
- + Αντίληψη εαυτού
- + Αλλαγές της εικόνας σώματος και αυτοεκτίμησης
- + Απώλεια εισοδήματος
- + Επαγγελματικές προβλέψεις των αιτιών της επώδυνης συμπεριφοράς
- + Επαγγελματικές προβλέψεις για την επώδυνη συμπεριφορά
- + Φόβος ότι δρομολογείται πορεία προς το θάνατο (Corner, Bailey, 2006).

4.4 ΒΑΣΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινωματούδους αλλαγής ή συμπτωματικής νόσου με την συμμετοχή σε προγράμματα ελέγχου πληθυσμιακών ομάδων και με την ενθάρρυνση ατόμων για συμμετοχή στα προγράμματα αυτά.
- Οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας που εκτείνεται σε όλες τις φάσεις καρκίνου, από την διάγνωση μέχρι την θεραπεία, την αποκατάσταση ή την βοήθεια για ειρηνικό θάνατο.
- Έλεγχος επιπλοκών, συμπτωμάτων και παρηγορητική θεραπεία με τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις
- Έλεγχος του πόνου με την χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων, στον κατάλληλο χρόνο και την απαιτούμενη δόση για την πρόσληψη του και την χρησιμοποίηση συμπληρωματικών ανακουφιστικών μέτρων και τρόπων
- Συνεχιζόμενη φροντίδα στο νοσοκομείο, στο σπίτι, σε ειδικά ιδρύματα κλπ με την υποστηρικτική νοσηλεία ή βοήθεια των συγγενών για εξασφάλιση ποιότητας ζωής του αρρώστου σε όλη την περίοδο της ασθένειας του και / ή στον ειρηνικό θάνατο (Σουγλέρη, 2002).

Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η Παιδιατρική Νοσηλευτική Ογκολογία είναι μια δύσκολη ειδικότητα στον τομέα της νοσηλευτικής, που συνδυάζει την αγάπη για τα παιδιά και την ευκαιρία να συμμετέχουν σε επιστημονικές προόδους στην θεραπεία του καρκίνου. Η Παιδιατρική Ογκολογική Νοσηλευτική περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας για τα παιδιά που έχουν μια ποικιλία από διαγνώσεις του καρκίνου. Αυτό περιλαμβάνει τη χορήγηση χημειοθεραπείας ή άλλες θεραπείες υπό την επίβλεψη ενός ογκολόγου, αλλά υπάρχουν κι άλλα καθήκοντα που είναι εξίσου απαραίτητα. Ο νοσηλευτής είναι επίσης ένα μέρος του συστήματος υποστήριξης για την οικογένεια του παιδιού που υποβάλλεται σε θεραπεία. Οφείλει να αξιολογεί τις φυσικές και ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών και να βοηθήσει στην αντιμετώπιση αυτών (Καιτανίδη, 2010).

4.4.1 ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Τα κυριότερα συμπτώματα που συνήθως παρουσιάζονται σε ασθενείς με καρκίνο είναι ο πόνος, η καταβολή των δυνάμεων, η ανορεξία, η αλωπεκία, η αϋπνία και η κακοσμία, η δύσπνοια, το άγχος και η κατάθλιψη, η διαχείριση ελκών και τραυμάτων

διαταραχή της σεξουαλικότητας, η ναυτία και οι εμετοί, η δυσκοιλιότητα, η διάρροια, οι στοματίτιδες τα οποία αποθαρρύνουν τον ασθενή να συμμετέχει ενεργά στις ευχάριστες δραστηριότητες της ζωής. Η αξιολόγηση και αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων αποτελούν νοσηλευτική πρόκληση, επειδή μπορεί να υποδηλώνουν σημεία επιδείνωσης της νόσου ή παρενέργειες από την εφαρμογή της θεραπείας (Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία επιτροπή ευρωπαϊκών κοινοτήτων, 1991).

4.4.2 ANTIMETΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ

Για την αντιμετώπιση της εξάντλησης εφαρμόζονται τα ακόλουθα νοσηλευτικά μέτρα:

- § Τροποποίηση των δραστηριοτήτων του ασθενούς για συμμετοχή του στις ευχάριστες εκδηλώσεις της ζωής, στα πλαίσια των περιορισμών που του θέτει η νόσος
- § Χορήγηση ενισχυμένης τροφής με βιταμίνες και άλλα θεραπευτικά στοιχεία
- § Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς
- § Χορήγηση μεταγγίσεων για την ανάταξη της αναιμίας (Berhrman & Kliegman, 2006).

4.4.3 ANTIMETΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΘΡΕΨΗΣ

Ο καρκίνος ή η θεραπεία του καρκίνου προκαλούν προβλήματα, τα οποία εμπλέκονται με τις θρεπτικές ανάγκες των διαιτητικών συνθηκών αναγκών του ασθενούς. Κοινά θρεπτικά προβλήματα που αντιμετωπίζονται στην φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών είναι οι αυξημένες θρεπτικές απαιτήσεις, η επιδείνωση της πρόσληψης, της αφομοίωσης και της απορρόφησης της τροφής.

Όταν η διαιτητική πρόσληψη δεν επαρκεί να αντιμετωπίσει τις αυξημένες μεταβολικές ανάγκες που δημιουργεί ο καρκινοματώδης όγκος, τότε ο οργανισμός χρησιμοποιεί δικά του αποθέματα για να αντιμετωπίσει τις αυξημένες μεταβολικές του ανάγκες. Άλλωστε η απώλεια του σωματικού βάρους υποδηλώνει ότι οι θρεπτικές ανάγκες του οργανισμού δεν αντιμετωπίστηκαν με τη διαιτητική πρόσληψη.

Η ανορεξία αποτελεί συνηθισμένο πρόβλημα για τους καρκινοπαθείς. Οι αλλαγές στη λειτουργία της γεύσης και της όσφρησης συμβάλλουν στην επέλευση της ανορεξίας (Στεφανογιαννης , 2005).

Η καρκινική καχεξία για παράδειγμα οφείλεται στην απώλεια βάρους και συγκεκριμένα στην απώλεια μυϊκής μάζας και λιπώδους ιστού και συνήθως σχετίζεται με καρκίνο προχωρημένου σταδίου. Αρχικώς θεωρούνταν ως ένα είδος λιμοκτονίας ως αποτέλεσμα της κατανάλωσης θερμίδων από έναν καρκίνο με υψηλό μεταβολισμό, ο οποίος δημιουργεί ένα έλλειμμα ενέργειας για το σώμα (Netter et al, 2009).

Διατροφική παρέμβαση στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο

Για τους ασθενείς με μικρή ή καθόλου απώλεια βάρους ή ανορεξία κατά την έναρξη της θεραπείας η χρήση διατροφικών παρεμβάσεων στοχεύει στην πρόληψη:

- 1) Συμβουλευτική παρέμβαση για τη διατήρηση πρόσληψης τροφής
- 2) Εκτίμηση των αλλαγών της γεύσης
- 3) Πρόληψη της ναυτίας και του εμετού
- 4) Αποφυγή καταστάσεων που δημιουργούν αποστροφή στο φαγητό
- 5) Χορήγηση ισορροπημένων θερμιδικών/πρωτεϊνικών συμπληρωμάτων διατροφής στις ελεύθερες παρενεργειών χρονικές περιόδους.

Για τους ασθενείς που αδυνατούν να σιτιστούν:

- § Στην περίπτωση που το πεπτικό σύστημα είναι άθικτο ή υπάρχει διακοπή της ικανότητας κατάποσης, σκεφτείτε την εντερική διατροφή.
- § Εάν το πεπτικό σύστημα δεν είναι πλήρως λειτουργικό (για παράδειγμα σε εντερική απόφραξη πριν το χειρουργείο) η παρεντερική διατροφή ίσως είναι η πλέον ενδεικνύομενη.

Για τους ασθενείς που λαμβάνουν ανακουφιστική αγωγή ή έχουν προχωρημένη νόσο:

- ΰ Μικρότερη από το φυσιολογικό πρόσληψη θερμίδων ίσως να καθυστερήσει την ανάπτυξη του όγκου και να αυξήσει την επιβίωση
- ΰ Σκεφτείτε προϊόντα που διεγείρουν την όρεξη, όπως μεγεστρόλη οξεϊκή. Σε όλες τις περιπτώσεις η βελτίωση της πρόσληψης τροφής διευκολύνεται με:

- Ενθάρρυνση της επιλογής των αγαπημένων/προτιμητέων φαγητών
- Πρόταση πρόσληψης μικρών και συχνών γευμάτων
- Επιλογή, εάν είναι εφικτό, φαγητών με υψηλό ποσοστό πρωτεϊνών
- Χορήγηση αντιεμετικών, αναλγητικών, φροντίδας στόματος
- Παροχή της δυνατότητας του οικογενειακού περιβάλλοντος του να μαγειρεύουν
- Χρήση άσκησης, κρασιού και απεριτίφ, χαλάρωσης για τη διέγερση της όρεξης.
- Χρησιμοποίηση ημερολογίων καταγραφής προσλαμβανομένων θερμίδων (Μπανκουνσλί, 2010).

4.4.4 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Η κατάλληλη φροντίδα του δέρματος μαζί με την κανονική διατροφή συμβάλλουν στην πρόληψη των πληγών από την πίεση, ενώ παράλληλα κάνουν τον ασθενή να αισθάνεται άνετα. Μια αδελφή ή ένας φυσικοθεραπευτής θα διδάξουν τις βασικές τεχνικές της φροντίδας του δέρματος, όπως:

- A. συχνή αλλαγή θέσης, που έχει ζωτική σημασία
- B. στεγνά σεντόνια χωρίς τσαλακώματα
- C. ζέστη
- D. ελαφρό μασάζ
- E. καθαριότητα
- F. χρήση ταλκ και λοσιόν επιδερμίδας
- G. χρήση στρώματος από αφρολέξ ή μαξιλαριών από αφρολέξ ή δέρματος αρνιού για να υποβαστάζεται το σώμα και να κυκλοφορεί καλύτερα ο αέρας (Andrews, Mcmeel, 1991).

4.4.5 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Πάντοτε είναι αναγκαία η καθημερινή φροντίδα του στόματος και των δοντιών, η θεραπεία του καρκίνου όμως μπορεί να προκαλέσει ειδικά προβλήματα. Η ακτινοθεραπεία επιδρά στο στόμα, όταν εντοπίζεται στην περιοχή αυτή. Είναι πιθανό να εμφανιστούν πληγές στο στόμα ως παρενέργειες της χημειοθεραπείας που κατευθύνεται σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος.

Ο ασθενής πρέπει να βουρτσίζει καθημερινά τα δόντια με μαλακό βουρτσάκι και να χρησιμοποιεί οδοντικό νήμα, αν και αυτό μπορεί να ερεθίσει τα ούλα (Άγιος Σάββας).

Το στόμα πρέπει να διατηρείται υγρό, με σκοπό τόσο τη στοματική υγεία όσο και την ευεξία. Αν υπάρχει πρόβλημα ξηροστομίας, ο γιατρός μπορεί να χορηγήσει τεχνητό σιέλο ή μια ουσία που προκαλεί την έκκριση σιέλου. Το στόμα διατηρείται επίσης υγρό, αν ο ασθενής το ξεπλένει συχνά με νερό, αν μασά τσίχλα χωρίς ζάχαρη ή αν πιπιλάει παγάκια ή καραμέλες χωρίς ζάχαρη (Corner, Bailey, 2006).

4.4.6 ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΙ

Αποτελούν πολύ συχνή παρενέργεια της κυτταροτοξικής χημειοθεραπείας και λιγότερο της ακτινοθεραπείας. Αποτελούν ωστόσο την πλέον δυσάρεστη παρενέργεια για τους καρκινοπαθείς που, πολλές φορές, διακόπτουν τη θεραπεία τους για να αποφύγουν το εξαιρετικά δυσάρεστο αυτό αίσθημα. Ο ογκολόγος ιατρός και ο νοσηλευτής πρέπει να είναι εξαιρετικά ευαίσθητοποιημένοι στην αντιμετώπιση της ναυτίας-εμέτου και να προσπαθούν να την αντιμετωπίσουν (Gettrust, Brabec,2000).

Ο έμετος συνήθως προκαλείται το πρώτο 24ωρο από τη χορήγηση των κυτταροτοξικών φαρμάκων, μπορεί όμως να εκλυθεί τόσο αργότερα, όσο και πριν τη θεραπεία σαν ανάμνηση εμέτων από προηγούμενη θεραπεία (Μάτζιου-Μεγαπάνου, 2012).

Η προσπάθεια του ιατρού και του νοσηλευτή πρέπει να εστιάζεται κύρια στην παρεμπόδιση πρόκλησης εμέτου - ναυτίας, γιατί αν εκλυθούν πολύ δύσκολα ελέγχονται. Έτσι, ισχυρά αντιεμετικά (μετοκλοπραμίδη, οντασετρόνη, κορτικοειδή) και ηρεμιστικά φάρμακα πρέπει να χορηγούνται πριν, κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τις επόμενες ημέρες στο σπίτι του ασθενούς (Gettrust, Brabec,2000).

4.4.7 ANTIMETΩΠΙΣΗ ΔΥΣΠΝΟΙΑΣ

Η επανεκμάθηση της αναπνοής έχει σαν σκοπό την ενθάρρυνση όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερου τύπου αναπνοής και την αναστροφή της αναποτελεσματικής αντίδρασης, η οποία αναπτύσσεται. Οι στόχοι της επανεκμάθησης της αναπνοής είναι οι εξής:

- προώθηση χαλαρού και ήρεμου τύπου αναπνοής
- ελαχιστοποίηση του έργου που καταβάλλεται κατά την αναπνευστική λειτουργία
- εγκατάσταση αίσθησης ελέγχου
- βελτίωση του αερισμού των βάσεων των πνευμόνων
- αύξηση της δύναμης, της συνεργικότητας και της αποτελεσματικότητας των αναπνευστικών μυών
- διατήρηση της κινητικότητας του θωρακικού κλωβού
- προώθηση του αισθήματος της ευεξίας (Libbey, 1985).

4.5 ΠΡΟΛΗΨΗ

Για την έγκαιρη ανακάλυψη ενός μελανώματος, καλό είναι να γίνεται τακτικά, μια απλή αυτοεξέταση του δέρματος. Η αυτοεξέταση του δέρματος αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά κριτήρια για την διάγνωση του μελανώματος και θα πρέπει να γίνεται απ' όλους, ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλλου, έτσι ώστε να πετυχαίνεται η πρόωμη και έγκαιρη διάγνωση του, αλλά και αντιμετώπιση του. Επίσης, θα πρέπει να πραγματοποιείται και απ' όλους τους μελανωτικούς ασθενείς, για την έγκαιρη ανίχνευση και επιτυχή αντιμετώπιση, πιθανής υποτροπής (Λιόκου, 1996).

4.5.1 ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΗΛΙΑΚΩΝ

Σήμερα στην αγορά, υπάρχουν πολλά τέτοια σκευάσματα και κάθε ένα από αυτά αναφέρει τον βαθμό προστασίας που προσφέρει. Κατά συνέπεια, όταν διαλέγεται ένα αντιηλιακό ο παράγοντας αντιηλιακής προστασίας ή SPF (Sun Protection Factor) όπως αναγράφεται διεθνώς, είναι ο πιο σπουδαίος δείκτης που πρέπει να αναζητείται. Ο δείκτης αυτός αντιπροσωπεύει τον βαθμό προστασίας που προσφέρει το προϊόν βασικά έναντι της UVB ακτινοβολίας.

Ο βαθμός της αντηλιακής προστασίας, αναφέρεται με ένα αριθμό ο οποίος συνήθως αναγράφεται στην πρόσθια επιφάνεια όλων των αντηλιακών προϊόντων. Συνεπώς, όσο πιο λευκωπό ή ξανθωπό είναι το δέρμα μας, τόσο πιο μεγάλος δείκτης αντηλιακής προστασίας απαιτείται για την αποτελεσματική του προστασία. Οι δείκτες προστασίας ξεκινούν από 2 και φθάνουν μέχρι 25 ή και 30 και δηλώνουν τον παρά πάνω χρόνο που μπορεί ένα άτομο να παραμείνει εκτιθέμενο στον ήλιο χωρίς να παρουσιάζει εγκαύματα (Mackie, Hale, 1992).

4.5.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Με την καμπάνια ενημέρωσης SunPass (Πρόγραμμα Επισήμανσης των Σχολείων-νηπιαγωγεία & δημοτικά σχολεία), το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τον Καρκίνο του Δέρματος (ESCF) σε συνεργασία με τα Δερματολογικά Εργαστήρια Avène στοχεύουν στην ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του διδακτικού προσωπικού, των γονέων και των παιδιών σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος καθώς και την πρόληψη αυτού χάρη στην προστασία από τον ήλιο από την πολύ μικρή ακόμη ηλικία.

Σύμφωνα με τους ειδικούς κάθε άτομο διαθέτει το προσωπικό του “ηλιακό κεφαλαίο”, το οποίο μειώνεται κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η μείωση αρχίζει στην παιδική ηλικία και είναι αδύνατο να ανακτηθεί το κεφάλαιο που έχει ήδη χαθεί. Για να αποφευχθεί η πολύ γρήγορη εξάντληση του ηλιακού αυτού κεφαλαίου, θα πρέπει η πρόληψη να ξεκινάει από την πολύ μικρή ηλικία. Η πρόληψη των βλαπτικών επιδράσεων του ήλιου από την παιδική ηλικία έχει ως αποτέλεσμα τη διαφύλαξη της υγείας του δέρματος και την εξασφάλιση του μέλλοντος του. Η έλλειψη συνετής συμπεριφοράς κατά την έκθεση στον ήλιο τείνει να προσδώσει στους δερματικούς καρκίνους τη διάσταση μιας πραγματικής επιδημίας.

Τα παιδιά, ειδικότερα, θα πρέπει να προστατεύονται. Το δέρμα τους είναι πολύ λεπτό και δε διαθέτει ακόμα τους φυσικούς μηχανισμούς προστασίας από τη UV ακτινοβολία. Κάθε ηλιακό έγκαυμα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος στην ενήλικη ζωή. Για το λόγο αυτό τα παιδιά, από πολύ μικρά, θα πρέπει να προστατεύονται από την πολύ έντονη έκθεση.

Τα σχολεία τα οποία υιοθετούν όλες τις διατάξεις της σύμβασης για την αντηλιακή προστασία λαμβάνουν την επισήμανση «Σχολείο που έχει λάβει μέτρα για τη σωστή αντηλιακή προστασία». Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί εκπαιδεύονται σχετικά με τις επιπτώσεις του ήλιου στο δέρμα και τα κατάλληλα μέτρα προστασίας. Τα σχολεία αναλαμβάνουν την υποχρέωση να ελέγχουν την αποτελεσματικότητα αυτών των μέτρων και να αναθεωρούν κάθε χρόνο τη σύμβασή τους για την αντηλιακή προστασία, εάν είναι απαραίτητο (www.iatronet.gr).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΔΕΡΜΑΤΟΣ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Οι άρρωστοι με κακοήθη νοσήματα αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που επηρεάζουν τόσο την πορεία και την έκβαση της αρρώστιας τους όσο και τις διάφορες πτυχές της ζωής τους καθώς και της ποιότητάς της. Συνεπάγεται όχι μόνο θάνατο, αλλά και μια προοδευτική και επώδυνη προσέγγιση προς αυτόν με ακρωτηριασμούς, είτε από την ίδια τη φύση της νόσου, είτε μετά από τη θεραπεία.

Ο ασθενής που πάσχει από καρκίνο δεν είναι απλώς και μόνο ένας οργανισμός που έχει διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία κάποιου ή κάποιων οργάνων ή συστημάτων, είναι το άτομο που βρίσκεται στο κέντρο των αποφάσεων και προπάντων ένας άνθρωπος που υποφέρει σωματικά και ψυχικά διακατέχοντας τον συναισθήματα όπως η ανασφάλεια, η αβεβαιότητα και η ανίχνευση της αλήθειας. Απαξιωμένοι από την αρρώστια και πανικόβλητοι μπροστά στην άγνοια της εξέλιξής της, έχουν ανάγκη όχι μόνο την θεραπευτική αντιμετώπιση από τους επιστήμονες υγείας αλλά και την ενημέρωση σχετικά με το πολύπλοκο και δυσεπίλυτο πρόβλημα που είναι συνδεδεμένο με την πιο κρίσιμη περίοδο της ζωής τους.

Έτσι λοιπόν, η νοσηλευτική παρέμβαση των ψυχολογικών προβλημάτων των καρκινοπαθών απαιτεί κλίμακες μέτρησης και επιτυγχάνεται με την επικοινωνία , την παρατήρηση και την κλινική εξέταση. Οι νοσηλευτές πρέπει να ανιχνεύσουν , να εκτιμήσουν και να μεταφράσουν τις ανεκδήλωτες ανάγκες των ασθενών σε έκδηλες και να ανταποκριθούν με τη γνώση , την ικανότητα και την εμπειρία που διαθέτουν ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη ψυχολογική υποστήριξη (Ραγιά, 2005).

5.1 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ

Η Kubler – Ross έχει διαπιστώσει 5 συναισθηματικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που πεθαίνουν, με ποικίλους συνδυασμούς και διαδοχή:

A. Άρνηση (Denial). Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού π.χ., αρνείται κατηγορηματικά την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως : "δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για λόγους προληπτικούς". Οι γυναίκες αυτές δεν μιλούν

ποτέ από μόνες τους για το θέμα και κλείνουν γρήγορα την συζήτηση όταν αναφερθεί από κάποιον άλλον.

- B. **Μαχητικότητα (Fighting Spirit).** Ο ασθενής είναι αποφασισμένος να πολεμήσει και να νικήσει. Κρατάει θετική στάση και ελπίζει και συνήθως ψάχνει μόνος του για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημά και την αντιμετώπισή του. Συνήθως ρωτούν τον γιατρό τους για να μάθουν λεπτομέρειες για την κατάστασή τους, ή φίλους τους που τυχαίνει να πάσχουν από το ίδιο νόσημα, και μπορεί να αισθάνονται τυχεροί που το ανακάλυψαν γρήγορα.
- C. **Στωική αποδοχή (Stoic Acceptance).** Οι ασθενείς δέχονται την διάγνωση. Δεν αναζητούν πληροφορίες γι' αυτήν εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα και γενικά συνεχίζουν να ζουν όπως πρώτα χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το νόσημά τους.
- D. **Αποδοχή με συνοδό άγχος/ θλίψη (Anxious/depressed Acceptance).** Αυτοί οι ασθενείς αντιδρούν στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή και θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκουν να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τις πρώτες έχουν την τάση να τις ερμηνεύουν με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Πάντως, είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητές τους.
- E. **Απελπισία/ Αβοηθητότητα (Hopeless/Helpless).** Οι ασθενείς αυτοί φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστοι είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη (Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας, 1991).

5.2 ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο ασθενής κατά τη τελική φάση του καρκίνου, έρχεται αντιμέτωπος με την ιδέα του θανάτου, αφού η θεραπεία που λαμβάνει είναι πλέον μόνο ανακουφιστική. Κατά τη φάση αυτή και καθόλη την διάρκειά της, ο ασθενής ταλαντεύεται ανάμεσα στην άρνηση και την αποδοχή αυτού του επερχόμενου γεγονότος.

Στον ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις υποστηρίζοντάς τον και δείχνοντάς του ότι δεν τον ξεχάσαμε. Ζητάμε από την οικογένεια, φίλους και συγγενείς του να μην τον εγκαταλείψουν. Συζητάμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με τον ίδιο τον άρρωστο και φροντίζουμε να έχει διευθετήσει όλες τις υποθέσεις του. Του δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματά του και του δείχνουμε κατανόηση, συμπαράσταση.

Βεβαιώνουμε ότι εκτός του ελέγχου των σοβαρών συμπτωμάτων, στον άρρωστο χορηγείται αγωγή για τον έλεγχο του πόνου. Η κάποια ανακούφιση από τον αφόρητο πόνο είναι τόσο σημαντική για το πρόσωπο που πεθαίνει όσο και η συναισθηματική υποστήριξη. Το να κρατηθεί ο άρρωστος με το λιγότερο δυνατό πόνο αλλά ωστόσο διατηρώντας συνείδηση, είναι ο στόχος πολλών φαρμακευτικών σχημάτων. Έχει υποστηριχθεί πως το είδος αυτό της θεραπείας δεν ευνοεί την τόσο επίφοβη τοξικομανία, αλλά αντίθετα μετά από μια αγωγή μερικών ημερών τέτοια που ο άρρωστος να διαπιστώσει πως έπαψε να πονά ή ο πόνος μειώθηκε, είναι δυνατή η ελάττωση των δόσεων και η χορήγησή τους σε σταθερή δοσολογία.

Αυτό είναι κατανοητό αν σκεφτούμε την εξάλειψη της αγχώδους αναμονής του πόνου, που ασκεί άμεση επίδραση στην έντασή του. Επίσης είναι σημαντικό να αφήνουμε τους αρρώστους, όσους είναι ικανοί για συνεργασία, να συναποφασίζουν με τους γιατρούς για τη στιγμή που θα πάρουν τα αναλγητικά τους (Αναγνωστόπουλος 1984).

5.2.1 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Μερικές εναλλακτικές ψυχοδυναμικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι: Η Υποβοηθούμενη εικονοποίηση (τεχνική της συγκέντρωσης σε νοητικές εικόνες που προάγουν την ανάρρωση). Ο Υποβοηθούμενος διαλογισμός – χαλάρωση (διερεύνηση συνείδησης και υποσυνείδησης μέσω συγκέντρωσης). Το Θεραπευτικό άγγιγμα – μαλάξεις (οι μαλάξεις δεν αποτελούν θεραπευτικό άγγιγμα, αλλά είναι βιοενεργειακή θεραπεία). Η Θεραπευτική χρήση του χιούμορ (διεγείρει την ανοσία και την νευροενδοκρινική απόκριση). Η Μουσική και η προσευχή (Παπαθανάσογλου, 2002).

Τα προβλήματα που παρουσιάζονται πολύ συχνά στη νοσηλευτική φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών επικεντρώνονται στις εξής περιοχές: - στην παρεμπόδιση της

εξέλιξης της νόσου - στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και της οικογένειάς του - στον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου από τον ασθενή - στον έλεγχο των συμπτωμάτων - στους προστατευτικούς μηχανισμούς του ασθενή (Πλάτη, 1989).

5.2.2 ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ – ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η πληροφόρηση είναι το πρώτο σκαλοπάτι μιας επικοινωνίας με τον άρρωστο όπου μπορεί να στηριχθεί η εκπαίδευση. Συνεπώς, η πληροφόρηση του ογκολογικού αρρώστου για τη διάγνωση της κακοήθους νόσου, είναι έργο του κλινικού γιατρού, αλλά ίσως αποτελεί και έργο της υγειονομικής ομάδας (Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου, 1991).

Η νοσηλεύτρια-τής, μέσω του ρόλου της θα δώσει πληροφορίες και θα εκπαιδεύσει τον άρρωστο στο επίπεδο που θέλει και μπορεί ο άρρωστος, ενώ η οικογένεια ή οι φίλοι του, θα τον πληροφορήσουν για θέματα όπως η αιτιολογία της νόσου, τις εκδηλώσεις της, το θεραπευτικό σχήμα, τις παρενέργειες, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, τα εφαρμοζόμενα προληπτικά μέτρα, τη χρησιμοποίηση των κοινοτικών πόρων κ.α. (Πλάτη, 1989 και Δάικος, 1992).

5.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Όπως έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έχει διαιρεθεί σε τρία επίπεδα. Κάθε επίπεδο αποτελεί τη συνέχεια του προηγούμενου, ενώ παράλληλα είναι αυτοτελές, έτσι ώστε το άτομο ολοκληρώνοντας το εκάστοτε επίπεδο να έχει αποκομίσει τις απαραίτητες πληροφορίες που θα το βοηθήσουν να πορευτεί μόνο του στη ζωή, αντιμετωπίζοντας τα προβλήματα που θα προκύψουν με τρόπο αποτελεσματικό και ικανοποιητικό για τον ίδιο (Μπασμπέας, 1991).

- Ϊ Α΄ ΕΠΙΠΕΔΟ:** Κεντρικός άξονας στο επίπεδο αυτό είναι η ομάδα σεμιναρίου. Τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτό το επίπεδο είναι συνήθως άτομα που βρίσκονται στην πρώτη φάση της αρρώστιας δηλαδή μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία. Εδώ το άτομο εκφράζει φόβους για μεταστάσεις, για θάνατο και υπάρχει ανάγκη προσαρμογής εκ νέου στη ζωή. Σκοπός αυτής της φάσης είναι να μάθει το άτομο να αισθάνεται ενεργητικό με εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα, αντιλήψεις, ανάγκες, ακόμη και

αν όλα αυτά δεν είναι πλήρως αποδεκτά από τους άλλους και να βρει τη δύναμη και την ελπίδα να αγωνισθεί για τη ζωή του. Συγκεκριμένα οι στόχοι αυτού του επιπέδου επικεντρώνονται στο: (www.imlarisis.gr)

- I. Να βοηθούν τα άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (φόβο, άγχος, κατάθλιψη).
 - II. Να αντιμετωπίσουν τα άμεσα προβλήματα που συνδέονται με την αρρώστια.
 - III. Να βοηθούν ώστε να μπορούν να ζουν με τη γνώση της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της και να μπορούν να αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και άλλες σχετικές ανησυχίες.
 - IV. Να βοηθούν στο να προσαρμοστούν στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.
 - V. Να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα που αφορούν προσωπικά προβλήματα και ανάγκες.
 - VI. Να ενεργοποιηθούν προς την κοινωνική τους επανένταξη.
- ü Β΄ ΕΠΙΠΕΔΟ: εφόσον, το άτομο ολοκληρώσει το πρώτο επίπεδο εντάσσεται (εάν το επιθυμεί) στο δεύτερο επίπεδο, που είναι η ομάδα υποστήριξης. Η ομάδα αυτή έχει ψυχοθεραπευτικό σκοπό. Σκοπός της θεραπείας όπως εμείς το ορίζουμε είναι να βοηθηθεί το άτομο να αυτοοργανωθεί σε σχέση με τον εαυτό του και το περιβάλλον, έτσι ώστε να οδηγηθεί σε μια συνεχή ανοδική πορεία. Να ανακαλύψει τις αξίες της ζωής, τους ρόλους που αναθέτονται και αναλαμβάνονται και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την εκπλήρωση των στόχων.
- ü Γ΄ ΕΠΙΠΕΔΟ: Στο τρίτο επίπεδο εντάσσονται τα άτομα που θέλουν να ενταχθούν στην ομάδα του εθελοντικού. Σκοπός της ομάδας είναι η εκπαίδευση των εθελοντών, αλλά και η αντιμετώπιση των πρακτικών και συναισθηματικών προβλημάτων που δημιουργούνται από το ρόλο του εθελοντή. Εθελοντές είναι άτομα με διάφορες εντοπίσεις της νόσου και επισκέπτονται ασθενείς στα νοσοκομεία, ενώ περιοδικά συμμετέχουν στην υποστήριξη των ατόμων στο πρώτο επίπεδο (Μπασμπέας, 1991 και Δάικος, 1992).

5.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

Ψυχολογικές ανάγκες ανάλογες με εκείνες των ασθενών βιώνουν, σε όλες τις φάσεις και οι συγγενείς τους, γονείς, σύζυγοι, παιδιά, αδέρφια. Εκτός από τα ψυχολογικά προβλήματα της νόσου και των θεραπειών τα μέλη της οικογένειας του καρκινοπαθούς εμφανίζουν και πρόσθετα προβλήματα όπως (ενδεικτικά):

- Ø Τη συμμετοχή στην ενημέρωση ή την ευθύνη για την απόκρυψη της διάγνωσης
- Ø Τη μεταμπίηση της λύπης, της αγωνίας και των άλλων συναισθημάτων τους σε ευχάριστη συμπεριφορά ώστε να μη καταλάβουν την αλήθεια οι ασθενείς τους
- Ø Τη δοσοληψία με τους γιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας
- Ø Την παραμέληση της εργασίας τους και την πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση που συνεπάγεται η νόσος
- Ø Την παραμέληση των άλλων μελών της οικογένειας ή την ευέξαπτη συμπεριφορά τους ως αποτέλεσμα της πίεσης χρόνου και συναισθημάτων
- Ø Την παραμέληση του εαυτού τους και την προβολή στον εαυτό τους φόβων για τη νόσο, είτε λόγω κληρονομικότητας, είτε λόγω κοινού τρόπου ζωής, είτε από άλλες αιτίες.

Οι συγγενείς αναπτύσσουν, όπως και οι καρκινοπαθείς μηχανισμούς για την ψυχική τους ομοιότητα που περιλαμβάνουν την άρνηση της νόσου, την απώθηση, την υπεραναπλήρωση, την προβολή κλπ.

Βιώνουν δε και την άρνηση και το παζάρεμα και την εξέγερση και την κατάθλιψη, όπως και οι πάσχοντες, πριν να φτάσουν στην ήρεμη αποδοχή της πραγματικότητας και της προοπτικής. Για τις τόσο συχνές ψυχολογικές επιπτώσεις σε ασθενείς με κακοήθη νεοπλάσματα, υπάρχει σήμερα ομοφωνία για τη σκοπιμότητα παρέμβασης με ψυχολογικές και ψυχιατρικές παρεμβάσεις (Ρηγάτος, 2000).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Αθανάτου, Κ., Ε., (2004). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Έκδοση Ζ'. Αθήνα
- Αναγνωστόπουλος, Φ., (2003). Ο ασθενής σε ψυχολογική κρίση λόγω της ασθένειας. Αθήνα: Ιατρική
- Ασπιώτης, Ν., (1984). Φυσιολογία ανθρώπου. Γενετική του καρκίνου. Αθήνα. στ' έκδοση. β τόμος
- Δάικος, Γ.Κ.,(1992). Ενημέρωση του καρκινοπαθούς. Αθήνα: Ιατρική
- Εγκυκλοπαίδεια «Υγεία», (1995). Υγεία και Ομορφιά. Ελλάδα, τόμος 7,σελ 1525-1527
- Εγχειρίδιο Κλινική Ογκολογίας (Ε.Κ.Ο.), (1991). Αθήνα: Λίτσας, σελ. 25,55,65, 89
- Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία επιτροπή ευρωπαϊκών κοινοτήτων, (1991). Σεμινάριο νοσηλευτικής με θέμα πρόληψη και έγκυρη διάγνωση του καρκίνου αποκατάστασης του καρκινοπαθούς, Αθήνα: επιμορφωτικά σεμινάρια της ελληνικής αντικαρκινικής εταιρείας, Σελ: 70-74
- Ελληνική χειρουργική, (1993). Διμηνιαίο περιοδικό της ελληνικής Χειρουργικής, Τόμος 65, Τεύχος 6, Νοέμβριος – Δεκέμβριος, σελ. 567-570
- Καιτανίδη, Μ., (2010). Κατ' οίκον νοσηλεία για παιδιά με καρκίνο. Τα Νέα
- Κοντογιάννη, Ε., (2006). Ογκολογική, Παραγωγή, τόμος 8, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος, σελ.87-88
- Κωστάκη,Μ., Νικολάου, Β., Στρατηγός Α.Ι., (2008). Κατευθυντήριες οδηγίες για το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα: διάγνωση και αντιμετώπιση
- Λαβδανίτη, Μ. , (2007). Γυναίκες με καρκίνο μαστού που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Νοσηλευτική προσέγγιση. Νοσηλευτική
- Λιόκου, Β., (1996). Τι πρέπει να γνωρίζεις για το μελάνωμα, Θεσσαλονίκη: Σύλλογος καρκινοπαθών Μακεδονίας – Θράκης, σελ. 5-10.
- Ματζιου-Μεγαπανου, Β., (2012). Παιδιατρική Νοσηλευτική Βασικές Αρχές στη Φροντίδα των Παιδιών, Αθήνα: Λαγος Δημήτριος
- Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, Ε. , (2007). Ακτινοθεραπεία. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα

- Μπασμπέας ,Σ., (1991). Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και αποκατάσταση καρκινοπαθούς. Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
- Μπεληγιάννη, Γ., (1999). Στοιχεία Βιολογίας και Δερματολογίας για τον κλάδο της Κομμωτικής Τέχνης. Αθήνα, Εκδόσεις Πατάκη, σελ. 50-52, 57-61.
- Μπριασούλης, Ε., Τόλης Χ., (1999). Νεότερες Εξελίξεις στη θεραπεία του μελανώματος, Αθήνα: Έψιλον, Τόμος 2, Τεύχος 2, Απρίλιος – Ιούνιος
- Οικονόμου, Σ. Δ., (2004). Χειρουργικά Χρονικά, Τόμος 9, Τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος
- Παντελάκος , ,Σ. Π., (2005). Διασφάλιση ποιότητας στην Ακτινοθεραπεία. 2ο Διεταιρικό Αντικαρκινικό Συνέδριο
- Παπαθανάσογλου, Ε., (1995). Εγκυκλοπαίδεια: Επιστήμη και ζωή, Αθήνα: Χατζηακώβου, Τόμος 1
- Πλατή, Χ., (1986). Η αντιμετώπιση του θανάτου στο σπίτι, στο γενικό νοσοκομείο, στον ξενώνα. Νοσοκ. Χρονικά Σελ: 333-338
- Πολύζος, Α., Παπαδόπουλος, Ο., (1996). Ιατρική. Αθήνα: Μηνιαία Έκδοση Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Τόμος 73
- Ραγιά, Χ. Α., (2005). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ε' Έκδοση, Αθήνα
- Ρηγάτος, Γ. Σ., (1989). Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση ασθενούς με καρκίνο. Αθήνα
- Σανιδάς, Η., Φίλης, Δ., (2005). Διαχείριση του ογκολογικού ασθενή σε περιβάλλον ποιότητας Μονάδα χειρουργικής ογκολογίας. 2ο Διεταιρικό Αντικαρκινικό Συνέδριο
- Σαχίνη-Καρδάση, Α., Πάνου, Μ., (1997). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Β' Έκδοση, Αθήνα, εκδόσεις ΒΗΤΑ, τόμος 1, σελ 186, 173, 191.
- Σουγλέρη, Μ., (2002). Νοσηλευτική παρέμβαση στην ογκολογία, Στα πλαίσια του Ογκολογικού Συνεδρίου με θέμα "Διαγνωστικές και Θεραπευτικές Υποστηρικτικές Εξελίξεις στην Ογκολογία, Ελληνική Εταιρεία προληπτικής ογκολογίας σε συνεργασία με τη μονάδα χημειοθεραπείας- Γενικό νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα
- Στεφανογιάννης, Γ.,(2005). Διάγνωση καρκίνος ένας πλήρης οδηγός, Αθήνα: Π.Ε.Β.Ε

- Χατζημπούγιας, Ι., (2000). Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου. Θεσσαλονίκη, γ έκδοση, GM Design, σελ. 261-267.
- Χρυσομάλλης, Φ., (2005). Δερματολογία – Αφροδισιολογία, Α' Έκδοση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

- Abeloff, M.D., Armitage, J.O., Niederhuber , J.E., Kastan, M.B., Mckenna, W.G., (2004). Clinical Oncology. 3rd ed. Churchill Livingstone/Elsevier. Philadelphia
- American Cancer Society , (2011). Cancer Facts and figures
- Andrews & Mcmeel , (1991). Everyone's guide to cancer therapy: How cancer is diagnosed, theated and managed days to day. Copyright: someville House books pp: 141-146
- Argyri, K.D., Dionysiou, D.D., Stamatakos, G.S., (2012). Modeling the Interplay Between Pathological Angiogenesis and Solid Tumor Growth: the Antiangiogenic Treatment Effect, In Stamatakos G and Dionysiou D (Eds): Proc.2012 5th Int. Adv. Res. Workshop on In Silico Oncology and Cancer Investigation – The TUMOR Project Workshop (IARWISOCI). Athens.Greece
- Carper, E., Haas, M., (2006). Advanced Practice nursing in radiation Oncology. Semin Oncol Nurs
- Chan, A.T., Manson, J.E., Albert ,C.M., Chae ,C.U. et al.(2006). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, acetaminophen, and the risk of cardiovascular events. Circulation 113(12)
- Cheng, K.K., Lee, D.T., (2011). Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. Crit Rev Oncol Hematol
- Ell, P.J., Gambhir, S.S., (2004). Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treat-1. ment. 3st ed. London: Churchill Livingstone
- Farmer, F., (1999). Nursing management and radiation oncology. Aust Nurs J
- Friedman, K.P., Wahl, R.L., (2004). Clinical use of positron emission tomography in the management of cutaneous melanoma. Semin Nucl Med

- Gosselin –Acomb, T.K., (2006). Role of the radiation Oncology Nurse. *Semin Oncol Nurs*
- Harrison’s Principles of Internal Medicine. 14th edition
- Kim, E., Jahan, T., Aouizerat ,B.E., Dodd, M.J., Cooper, . BA., Paul , S.M., et al. (2009). Changes in symptom clusters in patients undergoing radiation therapy. *Support Care Cancer*
- Kirkova, J., Davis, M.P., Walsh, D., Tiernan, E., O’Leary ,N., LeGrand, S.B., Lagman, R.L., Russell, K.M. , (2006). Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. *J Clin Oncol*.
- Lev, E.L., Eller, L.S., Gejerman, G., Kolassa, J., Colella, J., Pezzino ,J . et al. (2009). Quality of life of men treated for localized prostate cancer: outcomes at 6 and 12 months. *Support Care Cancer*
- Mackie, R.M. & Hale, D., (1992). Audit of public education campaign to encourage earlier detection of malignant melanoma. *Br. Med. J*
- Mijnhout, G.S., Hoekstra, O.S., van Tulder, M.W .et al. (2001). Systematic review of the diagnostic accuracy of F fluorodeoxyglucose positron emission tomography in melanoma patients. *Cancer*
- Moore-Higgs, G.J., Watkins-Bruner, D., Balmer, L., JohnsonDoneski, J., Komarny, P., Mautner, B. et al. (2003). The role of licensed nursing personnel in radiation oncology part a: results of a descriptive study. *Oncol Nurs Forum*
- Oncology Nursing Society (2009-2013). Research Agenda. Available at: www.ons.org,
- Perry, M.C. (2001). *The Chemotherapy Source Book*. 3rd ed. Lippincott Williams &Wilkins. Philadelphia
- Shepard, N., Kelvin, J.F., (1999). The nursing role in radiation oncology. *Semin Oncol Nurs*
- Syrigos, K.N., Tzannou, I., Katirtzoglou, N., Georgiou, E., (2005). Skin cancer in the elderly. *In Vivo*
- Veness, M.J., Richards, S., (2003). Role of modern radiotherapy in treating skin cancer. *Australas J Dermatol*
- Vora, S.A., Garner, S.L., (2004). Role of radiation therapy for facial skin cancer. *Clin Plast Surg*

- Wells, M., Donnan, P.T., Sharp, L., Ackland, C., Fletcher, J., Dewar, J.A., (2008). A study to evaluate nurse-led on-treatment review for patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. J Clin Nurs
- Zacharaki, E.I., Stamatakos, G.S., Nikita ,K.S., Uzunoglu, N.K., (2004). Simulating growth dynamics and radiation response of avascular tumour spheroid model validation in the case of an EMT6/Ro multicellular spheroid, Comput. Methods Programs Biomed
- Zangemeister-Wittke, U., (2005). Antibodies for targeted cancer therapy -- technical aspects and clinical perspectives. Pathobiology

Ξενόγλωσση Μεταφρασμένη Βιβλιογραφία

- Berhrman, A., (2006.) Παιδιατρική ΙΙΙ, Αθήνα, Πασχαλίδης
- Corner, J., Bailey C., (2006). Νοσηλευτική ογκολογία (πλαίσιο φροντίδας). Αθήνα. Πασχαλίδης
- Fitzpatrick, T., Johnson, R., Wolff, D., Suurmond, D., (2002). Κλινική Δερματολογία Ι. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα
- Gettrust,K., Bradec, P., (2000). Νοσηλευτική Διαγνωστική και κλινική πρακτική οδηγοί νοσηλευτικής φροντίδας, Αθήνα: "Ελλην", Σελ: 39-53
- Goldmann, R.D., (2000). Ιατρική στον 21ο αιώνα (Πρατσίνης Νίκος, μετάφραση). Αθήνα: Δομική, σελ. 462-467.
- Habif, (2007). Δερματικά Νοσήματα. Διάγνωση και Θεραπεία. Εκδόσεις Παρισιάνου. 2η έκδοση
- Hawk, J., McGregor, J., (2000). Δέρμα και Ήλιος. (Τσουλέα Ρ. μετάφραση). Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, σελ. 41-48.
- Kardamakis, D., (2004). Πανεπιστημιακές παραδόσεις ακτινοβιολογίας,ακτινοπροστασίας και ακτινοθεραπείας. Πάτρα
- Mackie, R.M. , Hale, D., (1992). Audit of public education campaign to encourage earlier detection of malignant melanoma. Br. Med. J, σελ. 304, 1012 - 1015.
- Netter, H., , Runge ,M., (2009). Παθολογία Βασικές Αρχές, Αθήνα: Πασχαλίδης

Πηγές από Ίντερνετ

<http://bioximikos.gr/topics/physiology-anatomy/100-anatomia-dermatos>

<http://dermatology-iek.pblogs.gr/stibades-dermatos.html>

<http://health.in.gr>

http://histology.med.uoc.gr/arxeia/simeioseis/18_derma.pdf

http://www.ergonpl.gr/el/article_groups/3/articles/79

<https://agsavvas-hosp.gr>

https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9B%CE%B9%CF%80%CF%8E%CE%B4%CE%B7%CF%82_%CE%B9%CF%83%CF%84%CF%8C%CF%82

www.bestrong.gr

www.dermaline.gr

www.iatronet.gr

www.imlaxis.gr

www.melanoma.gr

www.pub.iaea.org

www.skincancer.org

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**1^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ**Ιστορικό:

Ασθενής, άντρας 26 ετών με διαγνωσμένο καρκίνο δέρματος διακομίζεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αφυδάτωση λόγω συνεχών εμέτων. Οι συνοδοί αναφέρουν ότι παρουσιάζει αυξημένη απώλεια βάρους και ανορεξία. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνεται στοματίτιδα. Σημειώνεται ότι ο ασθενής έχει υποβληθεί σε χημειοθεραπείες.

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
φυδάτωση	Ενυδάτωση του οργανισμού	Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών	<p>§ Τοποθέτηση φλεβικής γραμμής</p> <p>§ Χορήγηση ορών για αναπλήρωση απώλειας υγρών</p>	Επαρκής ενυδάτωση οργανισμού

αυτία και έμετοι	Αντιμετώπιση εμέτων και ναυτίας	Παύση εμμέτων και ναυτίας	<p>§ Χορήγηση αντιεμετικών</p> <p>§ Αναπλήρωση των απολεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών</p> <p>§ Καθαρό περιβάλλον χωρίς μυρωδιές, διότι προκαλούν εμετό</p> <p>§ Ψυχολογική υποστήριξη, διότι μερικοί άρρωστοι στη σκέψη έναρξης θεραπείας ή εισαγωγής στο νοσοκομείο παρουσιάζου ν ναυτία ή εμετό</p>	Μείωση επεισοδίων εμμέτων
νορεξία και απώλεια άρους	<p>§ Αύξηση όρεξης</p> <p>§ Βελτίωση βάρους σώματος</p>	Χορήγηση μικρών γευμάτων σταδιακά	§ Καλά ρυθμισμένη δίαιτα για την κάλυψη θερμιδικών	<p>§ Σταδιακή αύξηση πρόσληψης τροφής</p> <p>§ Αύξηση</p>

			<p>και θρεπτικών αναγκών σε μικρά και ελκυστικά γεύματα</p> <p>§ Εκπλήρωση των επιθυμιών σε θέματα ποικιλίας</p> <p>§ Ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει όλο το φαγητό του χωρίς βία</p> <p>§ Καθημερινός έλεγχος βάρους σώματος</p>	<p>σωματικού βάρους</p>
τοματίτιδα	Αντιμετώπιση Στοματίτιδας	Επιμελής καθαρισμός στόματος	<p>§ Επιμελής φροντίδα στόματος</p> <p>§ Αποφυγή καπνίσματος και οινοπνεύμα τος, διότι ερεθίζουν τους βλεννογόνου ς</p>	<p>§ Περιποίηση εκδορών</p> <p>§ Ακτινογραφία θώρακος φυσιολογική</p> <p>§ Ακτινογραφία εγκεφάλου φυσιολογική</p>

			<p>§ Φροντίδα στόματος πριν το γεύμα</p> <p>§ Φροντίδα χειλιών με επάλειψη κρέμας</p> <p>§ Τροφή υδαρή, μαλακή, πλούσια σε λευκώματα. Αποφυγή ξινών, σκληρών και πολύ ζεστών, διότι ερεθίζουν. Ανακουφίζουν τα κρύα</p> <p>§ Χρήση μαλακής βούρτσας δοντιών για την πρόληψη ερεθισμού</p> <p>§ Γαργάρες με αραιό διάλυμα σόδας σε χαμομήλι είναι</p>	
--	--	--	--	--

			καταπραϋντι κό	
--	--	--	-------------------	--

2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΙστορικό:

Γυναίκα, ετών 45 διακομίζεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και αναφέρει έντονη κόπωση και αδυναμία. Από τη λήψη ιστορικού αναφέρεται οτι κάνει λήψη χημειοθεραπευτικών καθώς έχει διαγνωσθεί με καρκίνο. Αναφέρει επίσης έντονη δυσκοιλιότητα. Κατά την κλινική εξέταση, γίνεται διάγνωση θρομβοπενίας και λευκοπενίας.

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
ευκοπενία ρομβοπενία	- Αντιμετώπιση λευκοπενίας θρομβοπενίας	- Προφύλαξη από αναπνευστικές λοιμώξεις και έγκαιρη διάγνωσή τους	<p>§ Καλή ενυδάτωση και διατροφή</p> <p>§ Ατομική υγιεινή</p> <p>§ Αποφυγή καθετηριασμού και προσοχή στις ενδοφλέβιες εγχύσεις για τον φόβο λοίμωξης</p> <p>§ Έλεγχο της θερμοκρασίας. Η άνοδος της σημαίνει λοίμωξη</p> <p>§ Αιματολογικ</p>	<p>Σταθερή κατάσταση οργανισμού</p> <p>Επαναφορά φυσιολογικά επίπεδα</p>

			<p>ός έλεγχος</p> <p>§ Περιορισμός του επισκεπτηρίου</p> <p>§ Αποφυγή τραυματισμών με οποιοδήποτε τρόπο, σκληρές τροφές, δυσκοιλιότητα, υποκλυσμό, υπόθετα και θερμομέτρηση από το ορθό, ενδομυϊκές ή υποδόριες ενέσεις</p> <p>§ Παρακολούθηση για αιμορραγία απ' όλα τα συστήματα</p>	
--	--	--	--	--

<p>υσκοιλιότητα</p>	<p>Αντιμετώπιση δυσκοιλιότητας</p>	<p>Χορήγηση τροφών και υγρών κατάλληλων για την αποφυγή δυσκοιλιότητας</p>	<p>§ Χορήγηση υγρών και τροφές με υπόλειμμα</p> <p>§ Αποφυγή υποκλυσμών για την πρόληψη αιμορραγίας, διότι υπάρχει αιμορραγική τάση</p> <p>§ Υπακτικά με ιατρική οδηγία</p> <p>§ Παρακολούθη ση για πιθανή μέλαινα κένωση</p>	<p>Ορατή βελτίωση κλινικού προβλήματος</p>
---------------------	--	--	---	--