



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

**ΜΟΥΣΤΑΦΑΙ ΒΑΣΙΛΙΚΙΑ
ΜΠΑΝΤΟΥΝΑ ΙΟΥΛΙΑ**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ :

ΑΣΠΡΟΥΚΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του δέρματος είναι δυστυχώς μια ασθένεια που πλήττει όλο και περισσότερους ανθρώπους παγκοσμίως, ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας.

Εμείς στη πτυχιακή μας αναφερόμαστε αρχικά στην ανατομία και τη φυσιολογία του δέρματος. Ύστερα εξετάζουμε τον καρκίνο γενικότερα, τα στάδια που τον διακρίνουν, τα είδη, καθώς και τα πιο πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία.

Στη συνέχεια ασχολούμαστε με τον καρκίνο του δέρματος, την κλινική εικόνα, τους τρόπους διάγνωσης, τα στάδια από τα οποία περνάει ο ασθενής, τους προδιαθεσικούς παράγοντες, τη συχνότητα εμφάνισης του και φυσικά με τις μεθόδους θεραπείας. Ποιό συγκεκριμένα εστιάζουμε στο ακανθοκυτταρικό, το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα και το κακόηθες μελάνωμα, τα οποία είναι τα βασικά είδη καρκίνου του δέρματος.

Τέλος βλέπουμε το θέμα από τη σκοπιά του νοσηλευτή. Τον ρόλο που πρέπει να διαδραματίζει στη διάγνωση, τη πρόληψη, στην αναγνώριση διάφορων επιπλοκών, στη φροντίδα του δέρματος, καθώς και στην ψυχολογική υποστήριξη που οφείλει να παρέχει στον ασθενή καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του.

SUMMARY

Skin cancer is unfortunately a disease that strikes more and more people worldwide, no matter the sex or the age .

In our diploma for starters we talk about the anatomy and the physiology of the skin. Then we examine the cancer in general, the stages of it, the different types and also the most resent epidemiologic data.

Subsequently we talk about skin cancer, the clinical image, the ways we diagnose it, the stages a patient passes through ,the predisposing factors, the sequence it appears and of course with the ways it can be treated. More specifically we focus on acanthocellular, the basal cell carcinoma and the malignant melanoma, which are the basic skin cancer types.

Finally we see it from the nurse site. The role they have to play so the disease is going to be diagnosed, in the prevention, the recognition of various complications, the skin care and also psychological support they have to provide to the patients during their hospitalization.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	1
SUMMARY	1
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο:ΓΝΩΡΙΖΩ ΤΟ ΔΕΡΜΑ	6
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ- ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	6
1.1.1 ΣΤΟΙΒΑΔΕΣ.....	6
1.1.2 ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	8
1.1.3 ΚΥΤΤΑΡΑ.....	8
2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΓΝΩΡΙΖΩ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	9
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	9
2.1.1 ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	10
2.1.2 Ο ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	10
2.1.3 Η ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	11
2.2 ΑΙΤΙΑ	12
2.3 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	13
2.4 ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗΣ	14
2.4.1 ΧΗΜΙΚΗ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ	14
2.4.2 ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ	14
2.4.3 ΙΟΓΕΝΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ	15
2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	15
2.6 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	16
2.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	17
2.8 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	18
2.9 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	19
2.10 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	19
2.11 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	20
2.12 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	20
2.13 ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	21
2.14 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	21
2.15 ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	22
2.16 ΕΚΤΙΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ	22
2.17 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	23
3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	24
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	24

3.2	ΑΙΤΙΑ	26
3.3	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	27
3.4	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ -ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	29
3.5	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	33
3.6	ΠΡΟΓΝΩΣΗ	34
3.7	ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	34
3.7.1	ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	35
3.7.2	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	35
3.7.3	ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	38
4	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	39
4.1	ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ.....	40
4.1.1	ΑΙΤΙΑ.....	42
4.1.2	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	44
4.1.3	ΠΡΟΓΝΩΣΗ	45
4.2	ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ	45
4.2.1	ΑΙΤΙΑ.....	46
4.2.2	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	46
4.2.3	ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	47
4.2.4	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	48
4.2.5	ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑΤΟΣ	51
4.3	ΜΕΛΑΝΩΜΑ.....	53
4.3.1	ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	53
4.3.2	ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	54
4.3.3	ΑΙΤΙΑ.....	55
4.3.4	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	56
4.3.5	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	56
4.3.6	ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	56
4.3.7	ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	57
4.3.8	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	58
4.3.9	ΤΥΠΟΙ	59
4.4	ΠΡΟΛΗΨΗ	61
5	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	62
5.1	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ.....	62
5.2	ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	63

5.3	ΒΑΣΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	63
5.4	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	64
5.5	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	64
5.6	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	65
5.7	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	67
5.8	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ	67
5.9	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	68
5.10	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	69
5.11	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	71
5.12	ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	72
5.13	ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	73
6	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΛΗΨΗ.....	75
6.1	ΟΡΙΣΜΟΣ-ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	75
6.2	ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ	76
6.3	ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΡΟΥΧΑ	77
6.4	ΑΝΤΗΛΙΑΚΑ	77
6.4.1	ΕΙΔΗ ΑΝΤΗΛΙΑΚΩΝ.....	78
6.4.2	ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	78
6.4.3	ΜΕΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΗΛΙΟ.....	79
6.4.4	ΕΠΙΛΕΓΟΝΤΑΣ ΕΝΑ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟ.....	79
6.5	ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	80
6.6	ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΥΠΑΘΗΣ ΟΜΑΔΕΣ	81
7	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	82
7.1	Η ΠΡΩΤΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ: ΚΑΜΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ	82
7.2	ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΞΩΛΕΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ.....	83
7.3	Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΠΡΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	84
7.4	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	85
7.5	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	86
7.6	ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ.....	87
7.7	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ	87
7.8	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.	89
8	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 :ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	90

9	ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ.....	96
10	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	101

1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο:ΓΝΩΡΙΖΩ ΤΟ ΔΕΡΜΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ- ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το Δέρμα είναι ο βιολογικός μας προστατευτικός μανδύας. Αποτελεί το μεγαλύτερο όργανο του σώματος καλύπτοντας το 1/3 του συνολικού σωματικού βάρους σε φυσιολογικά άτομα (Po-Lin, 2008). Εμπεριέχει ποικιλία αισθητήριων υποδοχέων για την αφή, την πίεση, τη θερμοκρασία και το άλγος, υποβοηθά στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος, προλαμβάνει την αφυδάτωση και μας προστατεύει αποτελεσματικά από εξωγενείς παράγοντες, όπως μικρόβια, ρύπους, σκόνη και ιδιαίτερα από την υπερϊώδη ακτινοβολία του ηλίου, ενώ ταυτόχρονα συμβάλλει στην εξωτερική μας εμφάνιση. Το δέρμα είναι δομημένο σε 3 στρώματα τα οποία είναι : η επιδερμίδα, το χόριο ή δερμίδα και τον υποδόριο λιπώδη ιστό.(Μουλοπούλου-Καρακίτσου Κ.,2001)

1.1.1 ΣΤΟΙΒΑΔΕΣ

1.1.1.1 ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ

Η επιδερμίδα παρουσιάζεται σαν ένα πολύ λεπτό φύλλο χαρτί, πάχους περίπου 0,01-0,04mm στα βλέφαρα και 0,6mm στις παλάμες ενώ συνίσταται από 4 στοιβάδες κύτταρων που αλληλοεπικάθονται.(Μουλοπούλου-Καρακίτσου Κ.,2001) .Η επιδερμίδα υποδιαιρείται σε τέσσερις στιβάδες: την κεράτινη στιβάδα, την κοκκώδη, την ακανθωτή και τη βασική στιβάδα. Η βασική στιβάδα είναι η βαθύτερη από τις στιβάδες της επιδερμίδας και σε αυτήν παράγονται τα κερατινοκύτταρα και τα μελανοκύτταρα. Ιδιαίτερης σημασίας είναι τα μελανοκύτταρα τα οποία βρίσκονται μεταξύ και κάτω από τα κύτταρα της βασικής στιβάδας γιατί αυτά είναι τα κύτταρα που παράγουν την χρωστική μελανίνη, η οποία είναι η υπεύθυνη ουσία για το χρώμα του δέρματος. (Igarashi, T., Nishino, K., and Nayar, S. K. 2007).

Η επιδερμίδα έχει 2 κυρίες λειτουργίες την κερατινοποίηση (την κατασκευή της νεκρής και σκληρής κεράτινης στοιβάδας) και την μελανινογένεση (την παραγωγή της φυσιολογικής χρωστικής του δέρματος, της μελανίνης). (Ν.Γ. Σταυριανέας 2001)Εκτός από τα κερατινοκύτταρα και τα μελανοκύτταρα, η επιδερμίδα περιλαμβάνει τα κύτταρα του Merkel που εξυπηρετούν την αισθητική λειτουργία του δέρματος και είναι άφθονα σε περιοχές μεγάλης ευαισθησίας, και τα κύτταρα του Langerhans που συμμετέχουν στην ανοσολογική λειτουργία και είναι υπεύθυνα για την αναγνώριση και παρουσίαση των αλλεργιογόνων στα λεμφοκύτταρα.(Igarashi, T., Nishino, K., and Nayar, S. K. 2007). Πάνω από τη βασική στιβάδα υπάρχει η ακανθωτή στιβάδα, η οποία ονομάζεται έτσι διότι τα κύτταρά της έχουν μικρά αγκάθια στο εξωτερικό των μεμβρανών τους, μοιάζουν δηλαδή με άκανθες. Η κοκκώδης στιβάδα περιέχει κοκκία κερατοϋαλίνης, τα οποία αποτελούν την προδρομική ουσία της κεράτινης, καθώς και λιπίδια. (Dayan, N. 2006).

Η ορατή επιφανειακή στοιβάδα της επιδερμίδας η κεράτινη αποτελείται από πλατυσμένα κύτταρα σαν τούβλα χωρίς πύρινα που σχηματίζουν 15-20 στιβάδες και συνδέονται μεταξύ τους με <<τσιμέντο>> από λιπιδικά κύτταρα αυτά λέγονται κερατινοκύτταρα και προέρχονται από κάποια άλλα κυλινδρικά κύτταρα που γεννιούνται στην βαθύτερη στιβάδα της επιδερμίδας τη βασική στιβάδα και τα οποία αφού υποστούν τροποποιήσεις μεταναστεύουν στην επιφάνεια της

επιδερμίδας, απο όπου και πέφτουν βραδέως με την διαδικασία της απολέπισης. Η φυσιολογική αυτή διαδικασία διαρκεί περίπου 12-14 ημέρες και ονομάζεται κερατινοποίηση .(Μουλοπούλου-Καρακίτσου Κ.,2001)

Τα κερατινοκύτταρα, τα οποία συνενώνονται σταθερά μεταξύ τους προσδίδοντας στο δέρμα την ιδιότητα της αδιαπερατότητας. Αυτή η στιβάδα παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της υγρασίας του δέρματος χάρη στον παράγοντα Natural Moisturizing Factor (NMF). Περιέχει το 10%-15% της συνολικής ποσότητας νερού που είναι αποθηκευμένο στην επιδερμίδα (Dayan, N. 2006).

Με αυτό το μηχανισμό η κερατίνη ανανεώνεται συνεχώς, αποβάλλονται μικρόβια και άχρηστες ουσίες. Επίσης αποτελεί εξωτερικό φραγμό σε μικρόβια ενώ επιτρέπει τη διόδο μικρών μορίων που περιέχονται σε φάρμακα και καλλυντικά. Η επιδερμίδα συνεπώς είναι μια ημιδιαπερατή μεμβράνη. Στη μελανινογένεση τα κύτταρα προσδίδουν το φυσιολογικό σκούρο χρώμα του δέρματος ή το τεχνητό μαύρο χρώμα κάτω από την επίδραση του ηλίου μέσω της μελανίνης. Η μελανίνη που εκκρίνεται από τα μελανοκύτταρα μπορεί να είναι σκούρα ή κοκκινωπή. Η ευμελανίνη παράγεται στη διάρκεια του μαυρίσματος από τον ήλιο και δρα ως ομπρελά προστατευτική της επιδερμίδας κατά της υπερϊώδους ακτινοβολίας. Η κοκκινωπή αντίθετα δεν είναι ικανή να προσφέρει στο δέρμα φυτοπροστασία.(Μουλοπούλου-Καρακίτσου Κ.,2001)

1.1.1.2 ΚΥΡΙΩΣ ΔΕΡΜΑ Η ΧΟΡΙΟ.

Το κυρίως δέρμα ή χόριο είναι πιο παχύ απο την επιδερμίδα(0,3-4mm) ανάλογα με την ανατομική θέση του σώματος. Ανεύρσκεται κάτω απο την επιδερμίδα, με την οποία χωρίζεται με τη δερματοεπιδερμική μεμβράνη. Αποτελείται απο θεμέλια ουσία (βλενοπολυσακχαρίτες και στερεό κυτταρικό δίκτυο, τους ινοβλάστες, που παράγουν ίνες κολλαγόνο και ελαστίνης). Διαθέτει ακόμη ένα πλούσιο αγγειακό δίκτυο (η επιδερμίδα δεν έχει αιμοφόρα αγγεία) ,περικλείει νευρικές απολήξεις ενώ στο κυρίως δέρμα βρίσκονται πολυάριθμα τριχοσμηγματικά συστήματα και ιδρωτοποιοί αδένες. Το κυρίως δέρμα εξασφαλίζει στην επιδερμίδα μηχανική υποστήριξη, προστασία και καλή διατροφή της και ελαστικότητα ενώ λειτουργεί σαν σφουγγάρι εφόσον κατακρατά νερό και ως θερμορυθμιστικό όργανο.(Μουλοπούλου-Καρακίτσου Κ.,2001).

1.1.1.3 ΛΙΠΩΔΗΣ ΥΠΟΔΟΡΙΟΣ ΙΣΤΟΣ

Ο λιπώδης ή υποδόριος ιστός είναι η τρίτη κύρια στιβάδα η οποία όμως συχνά δεν κατηγοριοποιείται στον δερματικό ιστό. Είναι μια ελαστική στιβάδα με μεγάλη ποσότητα λιπώδων κυττάρων που απορροφούν τους κραδασμούς, προστατεύοντας τα αγγεία του αίματος και τις νευρικές απολήξεις. Έχει πάχος 4mm - 9mm κατά μέσο όρο, το οποίο διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο και εξαρτάται από την κατανομή λίπους στο σώμα. Το πάχος του υποδόριου λίπους είναι μεγάλο στο δέρμα των μαστών, της κοιλιάς και των γλουτών και είναι ελάχιστο ή λείπει εντελώς στα βλέφαρα και σε μερικές άλλες περιοχές του σώματος. Έχει διάφορες μορφές ανάλογα και με την ηλικία και διαφορές ανάμεσα στα φύλα. Εκτός από τον αισθητικό ρόλο, το

υποδόριο λίπος συμβάλλει και στη θερμορύθμιση του σώματος. Πηγή: Βιοχημικός.
<https://bioximikos.gr/topics/physiology-anatomy/100-anatomia-dermatos>

1.1.2 ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Τα εξαρτήματα του δέρματος προέρχονται από επιθηλιακές βλάστες κατά την εμβρυογένεση και εκτός από τα νύχια, βρίσκονται εις το χόριο και το υπόδερμα. Τα εξαρτήματα του δέρματος είναι τα εξής:

Τρίχες

Νύχια

Αδένες (ιδρωτοποιοί και σμηγματογόνοι). <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=737>

Ο τριχοσμηγματογόνος θύλακας αποτελείται από τον τριχικό θύλακα, ο οποίος διεισδύει από την επιδερμίδα στο χόριο, έναν ή περισσότερους σμηγματογόνους αδένες και από τον ανελκτήρα ή ορθωτήρα μυ της τρίχας. Ο σμηγματογόνος αδένας εκκρίνει το σμήγμα, μια ουσία η οποία προέρχεται από την αποσύνθεση των κυττάρων του σμηγματογόνου αδένου. Δεν έχει εκφορητικό μέρος και το σμήγμα φθάνει στην επιφάνεια μέσα από το θύλακο.

http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/5721/7/Nimertis_Pyriochou%28med%29.pdf

Υπάρχουν δυο τύποι ιδρωτοποιών αδένων. Οι εξωκρινείς αδένες είναι κατανεμημένοι σε όλο το σώμα αλλά κυρίως στις παλάμες, στις πατούσες, στο τριχωτό της κεφαλής και στις μασχάλες. Οι αποκρινείς αδένες είναι ειδικευμένοι ιδρωτοποιοί αδένες που εκκρίνουν ιδρώτα σε στιγμές στρες και συγκίνησης. Στο αυτί συνθέτουν μέρος της κυψελίδας. Είναι περισσότεροι στις μασχάλες, γύρω από τις θηλές και στα γεννητικά όργανα.

<http://www.healthyliving.gr/2014/04/15/derma/>

1.1.3 ΚΥΤΤΑΡΑ

1.1.3.1 ΜΕΛΑΝΟΚΥΤΤΑΡΑ

Τα μελανοκύτταρα είναι εξειδικευμένα κύτταρα της επιδερμίδας στα οποία παράγεται η χρωστική μελανίνη. Τα μελανοκύτταρα βρίσκονται ανάμεσα στα κύτταρα της βασικής στιβάδας του δέρματος και τα τριχοθυλάκια (τις ρίζες των τριχών), καθώς και της ίριδας. Προέρχονται από κύτταρα της νευρικής ακρολοφίας, κάτι που εξηγεί τόσο το σχήμα, όσο και την ιδιαίτερη λειτουργία τους: Έχουν στρογγυλά κυτταρικά σώματα, από όπου ξεκινούν μακριές, ακανόνιστες αποφυάδες (όπως και στα νευρικά κύτταρα). Παράγουν την ευμελανίνη, μια έντονα καστανόχρωμη χρωστική, στην οποία οφείλεται το σκούρο χρώμα του δέρματος και των τριχών (εκκριτική λειτουργία, όπως και τα νευρικά κύτταρα). Η χρωστική που βρίσκεται στις κόκκινες τρίχες αποκαλείται φαιομελανίνη. Ο συνδυασμός της ποσότητας των ειδών μελανίνης καθορίζει και το χρώμα της ίριδας. Οι αποφυάδες των μελανοκυττάρων διακλαδίζονται μέσα στην επιδερμίδα προχωρώντας ανάμεσα στη βασική και την ακανθωτή στιβάδα, και καταλήγουν σε εγκολπώσεις των κυττάρων των δύο αυτών στιβάδων (όπως αντίστοιχα καταλήγει ο νευράξονας

των νευρικών κυττάρων στη νευρομυϊκή

σύναψη).<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9C%CE%B5%CE%BB%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%BD%CE%B7>

1.1.3.2 ΚΕΡΑΤΙΝΟΚΥΤΤΑΡΑ

Τα 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. Παράγονται στη βασική στιβάδα, όπου και εμφανίζουν τη μέγιστη μιτωτική τους δραστηριότητα. Στη συνέχεια κινούνται προς τις εξωτερικές στιβάδες σε κάθε μια από τις οποίες υφίστανται διάφορες μεταβολικές διεργασίες, με διάρκεια περίπου 28 ημέρες, για να καταλήξουν νεκρά, στην κεράτινη στιβάδα. Πηγή: Βιοχημικός. <https://bioximikos.gr/topics/physiology-anatomy/100-anatomia-dermatos>

2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΓΝΩΡΙΖΩ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τον επικρατέστερο ορισμό ο οποίος έχει δοθεί από τον Willis, ως νεόπλασμα ορίζεται μια ανώμαλη μάζα που υπερβαίνει την ανάπτυξη των κανονικών ιστών, δεν συντονίζεται με αυτούς και εξακολουθεί να αυξάνεται κατά τον ίδιο πληθωρικό τρόπο και μετά την καταστολή του γενεσιουργού ερεθίσματος.

Είναι η νόσος η οποία μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε όργανο του σώματος. Για τις διογκώσεις των συμπαγών οργάνων οι οποίες προκαλούν καρκίνο, χρησιμοποιούνται συνήθως οι όροι όγκος και νεόπλασμα.

Οι όγκοι είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι δεν εισβάλλουν στους πέριξ ιστούς και δεν είναι θανατηφόροι. Τα κακοήθη νεοπλάσματα διασπείρονται στους πέριξ ιστούς, τελικά δεν επιδρούν στην φυσιολογική λειτουργία. Τα κακοήθη κύτταρα πολλαπλασιάζονται περισσότερο ταχέως από τα φυσιολογικά κύτταρα. Οι μεταστάσεις παρατηρούνται σε απομακρυσμένες περιοχές του σώματος μέσω του αίματος, των λεμφαδένων ή δια της αμέσου εισβολής των οργάνων και ιστών. Οι όγκοι ονομάζονται σύμφωνα με τον τύπο του ιστού από τον οποίο προέρχονται:

- Καρκίνωμα – προέρχεται από τον επιθηλιακό ιστό (δέρμα, πνεύμονας, μαστοί, έντερο)
- Λέμφωμα- προέρχεται από τους λεμφαδένες
- Λευχαιμία- προέρχεται από τον μυελό των οστών
- Σάρκωμα- προέρχεται από τον συνδετικό ιστό (οστά).

(Barbara Engram, 1995)

Η εμφάνιση νεοπλάσματος μπορεί να οφείλεται σε φυσιολογικούς, χημικούς ή βιολογικούς παράγοντες που προκαλούν ή ευνοούν το μετασχηματισμό φυσιολογικών κυττάρων σε νεοπλασματικά κύτταρα. Τα οποία πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα, προκαλούν μεταβολές στην

μορφολογία, διαταράσσουν τους μηχανισμούς αναστολής και επιδιόρθωσης, προκαλούν κακοήθειες, μεταβάλλουν την αντιγονική δομή ενώ προκαλούν και βιοχημικές μεταβολές.

Ο Καρκίνος σκοτώνει μέσω της καταστρεπτικής διηθήσεως φυσιολογικών οργάνων που γίνεται κατά συνέχεια ιστού καθώς και με διασπορά σε απομακρυσμένα σημεία, δια της αιματικής ή λεμφικής οδού ή μέσω των ορογόνων επιφανειών. Η μη φυσιολογική κλινική συμπεριφορά των καρκινικών κυττάρων συχνά αντικατοπτρίζεται σε βιολογικές διαταραχές, όπως γενετικές μεταλλάξεις, χρωμοσωμικές μεταθέσεις, έκφραση εμβρυϊκών ή άλλων παθολογικών οντολογικών χαρακτηριστικών, και απρόσφορη έκκριση ορμονών και ενζύμων. Όλες οι μορφές καρκίνου διηθούν ή μεθίστανται, αλλά ωστόσο, κάθε ειδικός τύπος έχει ιδιαίτερα βιολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά, τα οποία πρέπει να συνεκτιμώνται για την ορθή μελέτη, διάγνωση και θεραπεία.

2.1.1 ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η ετερογένεια των κλινικών εκδηλώσεων απορρέει από τους διαφορετικούς ιστούς και τα διαφορετικά όργανα τα οποία μπορεί να προσβληθούν και το διαφορετικό τρόπο με τον οποίο ο καρκίνος μπορεί να μεταβάλλει τη φυσιολογική λειτουργία, κάτι που αντικατοπτρίζεται και στη διαπίστωση διαφορετικών ειδών καρκίνου σε μικροσκοπικό και γενετικό επίπεδο. Οι εκδηλώσεις ποικίλουν ακόμα και μεταξύ καρκίνων που έχουν το όργανο ή κύτταρο προέλευσης. Συνολικά έχουν αναγνωριστεί πάνω από 100 διαφορετικά είδη καρκίνου που διακρίνονται σε κατηγορίες ανάλογα με το όργανο και τον ιστό προέλευσης αλλά και την ιστολογική εικόνα. Παρά την κλινική, ιστολογική και γενετική ετερογένεια των καρκίνων, τα νοσήματα αυτά έχουν κάποιες κοινές ιδιότητες και χαρακτηριστικά. Πρώτοι οι Hanahan και Weinberg όρισαν τις επίκτητες ιδιότητες του είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη του όγκου και ανανέωσαν το εννοιολογικό τους πλαίσιο με την προσθήκη ‘αναδυόμενων υπογραφών’ και ‘υοδωτικών χαρακτηριστικών’.

2.1.2 Ο ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Χαρακτηριστικά του καρκίνου	Αναδυόμενες υπογραφές του καρκίνου
Αυτονομία σε αυξητικά σήματα Μη ανταπόκριση σε αντι-αυξητικά σήματα Διαφυγή της απόπτωσης Απεριόριστη ικανότητα πολλαπλασιασμού Επαγωγή αγγειογένεσης Διήθηση ιστού και μετάσταση	Διαφυγή από ανοσοεπιτήρηση Μεταβολική απορρύθμιση Ενεργοποιητικά χαρακτηριστικά Γενωμική αστάθεια Φλεγμονή

Η κυτταρική διαίρεση ελέγχεται τόσο από σήματα αναστολής της διαίρεσης και ανάπτυξης κατά τη βλάβη και επιδιόρθωση των ιστών όσο και από την παρουσία αναστολέων της διαίρεσης και της ανάπτυξης. Αντίθετα τα καρκινικά κύτταρα χαρακτηρίζονται από αυτόνομη παραγωγή σημάτων ανάπτυξης και μη ανταπόκριση στα σήματα περιορισμού της. Η αντίσταση στην απόπτωση (προγραμματισμένος κυτταρικός θάνατος) επιτρέπει στον καρκίνο να υπερνικά έναν ακόμα εξελικτικά διατηρημένο μηχανισμό που περιορίζει την κυτταρική επιβίωση. (Hanahan D, Weinberg RA, 2011) Τα φυσιολογικά κύτταρα πραγματοποιούν περιορισμένο αριθμό κυτταρικών διαιρέσεων, περιορίζοντας έτσι την πιθανότητα αύξησης τους. Αντίθετα τα καρκινικά κύτταρα

είναι αθάνατα και έχουν απεριόριστη ικανότητα πολλαπλασιασμού.(Cecil Andreoli & Carpenter's,2016).

2.1.3 Η ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Οι καρκίνοι κατατάσσονται σε κατηγορίες ανάλογα με τη γενετική πολυπλοκότητα τους:

- 1.ορισμένες κακοήθειες χαρακτηρίζονται από μικρό αριθμό γενετικών βλαβών (λευχαιμία)
2. Οι βλάβες είναι πολύπλοκες και πολυσταδιακές (μαστού). Το κύτταρο που υφίσταται κακοήθη εξαλλαγή αποκτάει πλεονέκτημα ανάπτυξης ή επιβίωσης σε σύγκριση με το φυσιολογικό ομόλογο. Οι περισσότεροι διηθητικοί τύποι καρκίνου αναπτύσσονται μόνο μετά τη μετάλλαξη πολλών γονιδίων και φαίνεται ότι διατηρούν γενετική αστάθεια ή φαινότυπο μεταλλάκτη. Μεταλλάξεις μπορεί να συμβούν κατά την έκθεση σε διάφορα καρκινογόνα του περιβάλλοντος, στα πλαίσια απορρύθμισης της επιδιόρθωσης του DNA, εξαιτίας τυχαίων λαθών στην αντιγραφή κατά τον κύκλο ζωής του κυττάρου και τη φυσιολογική διεργασία γήρανσης ή σε οικογένειες με κληρονομικές μεταλλάξεις σε καρκινικά γονίδια.

Οι μεταλλάξεις στον καρκίνο ταξινομούνται σε 3 κατηγορίες αναλογα με την λειτουργική επίπτωσή τους σε: ογκογονίδια, ογκοκατασταλτικά γονίδια και γονίδια γενωμικής σταθερότητας. Υπάρχουν και νέες μεταλλάξεις που δεν εμπίπτουν σε κάποια από αυτές τις κατηγορίες. (Cancer Genome Atlas Network,2012)

-ΟΓΚΟΓΟΝΙΔΙΑ

Οι μεταλλάξεις των ογκογονιδίων μετατρέπουν ένα φυσιολογικό κύτταρο σε καρκινικό και αφορούν σε χρωμοσωμικές μεταλλάξεις, αύξηση γονιδίων και ενδογονιδιακές μεταλλάξεις. Μια ενεργοποιητική μετάλλαξη σε ένα αλληλόμορφο ενός ογκογονιδίου επαρκεί για να οδηγήσει σε καρκινογένεση. Τα ογκογονίδια ενεργοποιούν οδούς που είναι σημαντικές στην ανάπτυξη καρκίνου. Η ανακάλυψη τους έχει οδηγήσει στο σχεδιασμό φαρμάκων που στοχεύουν τα προϊόντα αυτών των γονιδίων και τις οδούς που ελέγχουν.

Τα ογκογονίδια είναι γονίδια που υπάρχουν σε όλα τα κύτταρα και ευθύνονται για την κακοήθη εξαλλαγή των κυττάρων. Πολλά από αυτά έχουν αναγνωρισθεί. Τα ογκογονίδια μπορούν να ενεργοποιηθούν από τους γνωστούς καρκινικούς παράγοντες (καπνός, αλκοόλ, υπεριώδης ακτινοβολία, αμίαντος, ιοί κτλ). Τα πρωτοογκογονίδια είναι γονίδια που κωδικοποιούν πρωτεΐνες που εμπλέκονται στη διαδικασία μεταγωγής σήματος κατά την διάρκεια ενός κυτταρικού κύκλου. Παράγωγα αυτών είναι τα ογκογονίδια. Οι σημειακές μεταλλαγές, μετατοπίσεις, μεταλλαγές παρεμβολής και γονιδιακή επέκταση είναι οι τρόποι που μέχρι τώρα ενοχοποιούνται για την μετατροπή των πρωτοογκογονιδίων σε ογκογονίδια. Τα ογκοκατασταλτικά έχουν αντίθετη δράση από τα πρωτοογκογονίδια. Πολλά από τα ογκοκατασταλτικά γονίδια του ανθρώπου έχουν χαρακτηριστεί και συσχετισθεί με την ανάπτυξη συγκεκριμένων μορφών καρκίνου. Τα ογκοκατασταλτικά γονίδια κωδικοποιούν πρωτεΐνες που ρυθμίζουν την κυτταρική αύξηση και πολλαπλασιασμό και η απώλεια της λειτουργίας τους μπορεί να οδηγήσει στην αλλαγή του φαινότυπου του κυττάρου. Σε πολλές μορφές καρκίνου είναι σύνηθες τα ογκοκατασταλτικά γονίδια να είναι ελαττωματικά ή να απουσιάζουν.

<https://synedria.arsakeio.gr/index.php/parousiaseis-eisigiseon/104-synedrio-perivallontos/parousiaseis-eisigiseon/203-per4-5>

- ΟΓΚΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΓΟΝΙΔΙΑ

Τα Ογκοκατασταλτικά γονίδια είναι φυσιολογικά γονίδια που καταστέλλουν την κυτταρική διαίρεση, βοηθούν την επιδιόρθωση των λαθών του DNA και που καθορίζουν την απόπτωση των κυττάρων. Όταν τα ογκοκατασταλτικά γονίδια δε δουλεύουν επαρκώς, τότε τα κύτταρα μπορούν να αναπτυχθούν ανεξέλεγκτα, γεγονός που θα οδηγήσει σε καρκίνο. Περίπου 30 ογκοκατασταλτικά γονίδια έχουν αναγνωρισθεί, όπως τα p53, BRCA1, BRCA2, APC, και RB1. Σημαντική διαφορά μεταξύ των ογκογονιδίων και των ογκοκατασταλτικών γονιδίων είναι ότι τα πρώτα προέρχονται από την ενεργοποίηση των πρωτο-ογκογονιδίων, ενώ τα δεύτερα προκαλούν καρκίνο όταν είναι απενεργοποιημένα. Άλλη σημαντική διαφορά είναι ότι ενώ η μεγάλη πλειοψηφία των ογκογονιδίων αναπτύσσεται από μεταλλάξεις φυσιολογικών κυτάρων (πρωτοογκογονιδίων) κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου (επίκτητες μεταλλάξεις), οι διαταραχές των ογκοκατασταλτικών γονιδίων μπορούν να κληρονομηθούν.

<http://kremiotis.mysch.gr/Ogkogonidia.pdf>

- ΓΟΝΙΔΙΑ ΓΕΝΩΜΙΚΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ

Πολλές κακοήθειες αναπτύσσονται με σταδιακή εξαλλαγή ενός φυσιολογικού κυττάρου σε καρκίνο που καθοδηγείται από μια αλληλουχία γενετικών συμβάντων. Αυτός ο τύπος της εξαλλαγής ουσιαστικά αποτελεί τη γενετική και βιολογική βάση για την αποτελεσματικότητα πολλών προγραμμάτων πρόληψης και ελέγχου του καρκίνου που επικεντρώνεται στην ανίχνευση και θεραπεία προνεοπλασματικών βλαβών έτσι ώστε να αποτρέψουν την πρόοδο σε κακοήθεια. Πχ Τα επιχρίσματα Παπανικολάου (test pap) για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. (Vogelstein B & Kinzler KW, 2004.)

2.2 ΑΙΤΙΑ

Τα αίτια εμφάνισης του καρκίνου δεν έχουν διευκρινισθεί ακόμα όμως σημείο συνεχούς μελέτης αποτελεί ο μηχανισμός δράσης του. Η επικρατέστερη θεωρία δράσης του καρκίνου είναι αυτή των Miller and Miller, σύμφωνα με την οποία οι καρκινογόνες ουσίες δρουν αρχικά ως προκαρκινογόνα και δραστηριοποιούνται μετα από βιομετατροπή σε τελικά καρκινογόνα με άμεση ή έμμεσο δράση. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, τα στάδια της καρκινογένεσης είναι η έναρξη, η προαγωγή και η εξέλιξη που οδηγεί τελικά στην εξαλλαγή.

Η δράση των καρκινογόνων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως περιβαλλοντικούς, γενετικούς, ιδιοσυγκρασιακούς, φυλετικούς κ.α. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να είναι φυσικοί (ακτινοβολίες, μικροκύματα, ραδιοκύματα, ηλιακή ενέργεια) βιολογικοί (ιοί, ογκογονίδια, μικροοργανισμοί κ.α) και χημικοί παράγοντες όπως οι χημικές ουσίες συνθετικής ή φυσικής προέλευσης. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να δράσουν άμεσα ή έμμεσα στο DNA και τα χρωμοσώματα ή ακόμη να δράσουν και συνεργικά, ως συνκαρκινογόνα με άλλους παράγοντες. Ames B.N., Curney E.C. Miller G.A. et. Al.: (1972), Miller, D.M. Blume, S., Borst M. et. Al.: (1990).

2.3 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Σύμφωνα με την θεωρία των Miller and Miller τα στάδια της καρκινογένεσης είναι η έναρξη, η προαγωγή και η εξέλιξη που οδηγεί τελικά στην εξαλλαγή. Η σταδιοποίηση συμπεριλαμβάνει την χρήση διαφόρων διαγνωστικών εξετάσεων οι οποίες καθορίζουν την εντόπιση του όγκου, το μέγεθος, τον κυτταρικό τύπο και την έκταση των μεταστάσεων. Όσο υψηλότερο το στάδιο, τόσο η πρόγνωση είναι βαρύτερη.

Ένα απλοποιημένο γενικό σύστημα σταδιοποίησης του καρκίνου.

ΣΤΑΔΙΟ 1. Εντοπισμένος καρκίνος. Συνήθως περιοριζόμενος στο όργανο προέλευσης. Συχνά θεραπεύσιμος με τοπικά αποτελεσματικά μέτρα, όπως χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία.

ΣΤΑΔΙΟ 2. Περιφερικός. Επεκτείνεται και διηθεί κατά συνέχεια ιστού πέρα από τα ανατομικά όρια του οργάνου προέλευσης, αλλά παραμένει τοπικός, στους επιχώριους λεμφαδένες για παράδειγμα. Συχνά θεραπεύσιμος με εφαρμογή τοπικών μέσων, μονά ή σε συνδυασμό (χειρουργική επέμβαση με ή χωρίς ακτινοθεραπεία) ή με τοπική χημειοθεραπεία.

ΣΤΑΔΙΟ 3. Εκτεταμένος. Έχει επεκταθεί πέρα από την αρχική εστία προέλευσης, διηθώντας κατά συνέχεια ιστού πολλαπλά επίπεδα ή μεθίσταται σε απομακρυσμένες περιοχές αιματογενώς ή λεμφογενώς. Επίσης μπορεί να περιορίζεται στο όργανο ή το σύστημα προέλευσης, αλλά να μην είναι εξαιρέσιμος εξαιτίας της ανατομικής θέσης ή επέκτασης. Το στάδιο αυτό αντιμετωπίζεται συνήθως ως στάδιο 2 ή στάδιο 4, ανάλογα με την αποτελεσματικότητα της τοπικής ή συστηματικής αγωγής και την πιθανότητα θεραπείας για αυτή τη μορφή καρκίνου.

ΣΤΑΔΙΟ 4. Ευρεία διασπορά. Συχνά περιλαμβάνει διήθηση μυελού των οστών καθώς και εκτεταμένες μεταστατικές εστίες σε απομακρυσμένα όργανα. Σπάνια αντιμετωπίζεται με τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα. (Miller, D.M. Blume, S., Borst M. et. Al.:1990),(Lee Goldman,MD ,2002)

Η εκτίμηση του όγκου γίνεται με τη χρήση ορισμένων δεικτών :

- Συμπαγείς όγκοι:
 - Μέγεθος της ψηλαφούμενης μάζας.
 - Ακτινολογικές μελέτες του όγκου.
 - Μυελόγραμμα
- Λευχαιμία
 - Αριθμός κυττάρων του αίματος και εξέταση του περιφερικού αίματος για άωρα κύτταρα
- Άλλοι καρκίνοι:
 - Παρουσία ή απουσία ειδικών παραπρωτεϊνών του ορού ή των ούρων.
 - Γοναδοτροφίνες

- Λειτουργικές εξετάσεις των οργάνων.
- Εξαφάνιση των συμπτωμάτων.
- Απουσία του CEA (καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο).(Barbara Engram,1997)

2.4 ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗΣ

2.4.1 ΧΗΜΙΚΗ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Ως χημική καρκινογένεση ορίζεται η εμφάνιση νεοπλασίας από την επίδραση διάφορων χημικών ουσιών. Οι χημικοί καρκινογόνοι παράγοντες ,είναι οι τοξικοί εκείνοι παράγοντες που έχουν μια ειδική και καθορισμένη ανεπιθύμητη ενέργεια, δηλαδή την πρόκληση κακοήθους νεοπλασίας στα ζώα και τους ανθρώπους.

Ως χημικά καρκινογόνα θεωρούνται οι ουσίες εκείνες που πληρούν ένα ή περισσότερα από τα εξής κριτήρια:

- Προκαλούν την εμφάνιση νεοπλασιών που δεν παρατηρούνται στην ομάδα ελέγχου.
- Αυξάνουν τις νεοπλασίες στην ομάδα ελέγχου, εφόσον αυτές προϋπάρχουν.
- Προκαλούν την εμφάνιση όγκων νωρίτερα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.
- Προάγουν την εμφάνιση πολλαπλών όγκων.(Commision of the Euroipian communities,1993)

2.4.2 ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Είναι το αποτέλεσμα της δράσης φυσικών καρκινικών παραγόντων στα κύτταρα και τους ιστούς δηλαδή η εξαλλαγή τους σε καλοήθη ή κακοήθη νεοπλασματικά κύτταρα. Κύρια αιτία εμφάνισης της φυσικής καρκινογένεσης είναι η έκθεση στην ακτινοβολία .Η μορφές της ακτινοβολίας είναι κυρίως τα ηλεκτρομαγνητικά κύματα, που ταξινομούνται ανάλογα με το μήκος κύματος ,σε :

- Ραδιοκύματα και μικροκύματα
- Υπέρυθρη ακτινοβολία
- Ορατό φως
- Υπεριώδη ακτινοβολία
- Ακτίνες X και γ

Ο ρυθμός εναπόθεσης της ενέργειας εξαρτάται από τη μάζα του σωματιδίου, την ταχύτητα του και όταν είναι φορτισμένο, από το φορτίο του.

Η ηλιακή ακτινοβολία στην επιφάνεια της γης έχει μήκος κύματος μεταξύ 290-3000nm, περιλαμβάνει δε την υπεριώδη ακτινοβολία UVA(320-400 nm), το ορατό φως (400-760nm) και την υπέρυθη ακτινοβολία (760-3000nm). Οι βλαπτικές επιδράσεις της υπεριώδους ακτινοβολίας εξαρτάται από τον βαθμό απορρόφησης από το δέρμα, την διάρκεια έκθεσης του ατόμου σε αυτήν, την ώρα της ημέρας, την εποχή, την ατμοσφαιρική ρύπανση κ.α.

Η UVB ενοχοποιείται για το ηλιακό ερύθημα, αυξημένη μιτωτική δραστηριότητα, βλάβες στο γονιδιακό υλικό, στην αντιγραφή, μεταγραφή και μετάφραση του DNA, εξαλλαγή κλπ.

Η UVA προκαλεί μελάγχρωση, αυξάνει τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό των εξωτερικών στιβάδων της επιδερμίδας, καθώς και άμεσες βλάβες στο DNA και έμμεσες από τη δράση των ελεύθερων ριζών.

2.4.3 ΙΟΓΕΝΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Επικρατεί η άποψη ότι στο γονιδίωμα των κυττάρων είναι ενσωματωμένα ογκογονίδια, που βρίσκονται όμως σε καταστολή. Εάν για διάφορους λόγους τα ογκοκατασταλτικά γονίδια απαλειφθούν ή τροποποιηθούν, τότε τα ογκογονίδια εκφράζονται και η εξαλλαγή των κυττάρων είναι σχεδόν αναπόφευκτη. Τα γονίδια που ενοχοποιούνται για την καρκινογένεση είναι, τα ογκογονίδια των οποίων τα προϊόντα επηρεάζουν και διαταράσσουν το φυσιολογικό ρυθμό διαφοροποίησης των κυττάρων και τα ογκοκατασταλτικά γονίδια τα οποία με την βοήθεια των ρυθμιστικών γονιδίων καταστέλλουν τη δράση των ογκογονιδίων και επομένως της εξαλλαγής.

Boveri, T.:(1914), Casarett and Doull's.:(1996), Κουτσελίνης Α.:(1998), Παπαδημητρίου Κ.:(1998), Thomson, M.W., McInnes R.R., Willard H.F.:(1991), Temin, H.M.:(1983)

2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Γενετικοί παράγοντες

Οι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο διακρίνονται σε γενετικούς (κληρονομικούς) και επίκτητους. Παρότι οι πρώτοι είναι σημαντικοί για την κατανόηση της καρκινογένεσης, ωστόσο μόνο ένα μικρό ποσοστό των καρκίνων κληρονομείται κατά το μενδέλειο μοντέλο. Στα νεοπλάσματα που κληρονομούνται κατά τον αυτοσωμικό επικρατή χαρακτήρα περιλαμβάνονται το ρετινοβλάστομα, τα συνδρομα πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας και η εντερική πολυποδίαση. Αρκετές προ-νεοπλαστικές καταστάσεις κληρονομούνται κατά το μενδέλειο μοντέλο.

Τρόπος ζωής

Οι επίκτητοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν παράγοντες του τρόπου ζωής όπως επίσης και επαγγελματικές αλλά και περιβαλλοντικές εκθέσεις σε καρκινογόνες ουσίες. Οι πιο σοβαροί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής είναι ο καπνός, το αλκοόλ και άλλοι παράγοντες που αφορούν τη διατροφή όπως και την απουσία φυσικής δραστηριότητας. (Cecil Andreoli & Carpenter's, 2016)

Η υπεριώδης ακτινοβολία έχει αδιαμφισβήτητα συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος (βασικοκυτταρικός καρκίνος, ακανθοκυτταρικός καρκίνος και δερματικο μελάνωμα), η δε επίπτωση είναι ανάλογη με τον βαθμό έκθεσης στον ήλιο. Οι περισσότερες επιβλαβείς επιπτώσεις από την έκθεση στον ήλιο συνδέονται με άμεση βλάβη του DNA που σχετίζεται με την υπεριώδη ακτινοβολία ενδιάμεσου μήκους κύματος. Το τεχνητό μαύρισμα και η συχνή έκθεση στον ήλιο προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία λόγω της γρήγορης αύξησης που παρατηρείται στα ποσοστά του μελανώματος ιδιαίτερα στους νέους.

ΙΟΝΤΙΖΟΥΣΑ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η ιοντίζουσα ακτινοβολία είναι ένα μελετημένο καρκινογόνο. Έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο τόσο για αιματολογικές κακοήθειες όσο και για συμπαγείς όγκους. Η ανάπτυξη καρκίνου από την έκθεση στην ακτινοβολία έχει λανθάνουσα περίοδο που ποικίλλει από λίγα χρόνια έως δεκαετίες και συνδέεται αθροιστικά με την ποσότητα της έκθεσης. Επαναλαμβανόμενη έκθεση στην ακτινοβολία από πολλαπλές απεικονιστικές μεθόδους (πχ αξονική τομογραφία), ιδίως σε νεαρή ηλικία, έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου σε ματαγενέστερη ηλικία.

ΧΗΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Φαρμακευτικοί παράγοντες έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να χρησιμοποιούνται στην εργασία, για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς και για διάφορους λόγους στο οικιακό περιβάλλον. Κάποιες από τις οργανικές και ανόργανες χημικές ενώσεις που έχουν συσχετιστεί με την ανάπτυξη καρκίνου στον άνθρωπο είναι το αρσενικό, η αιθάλη και η ανθρακόπισσα που συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος και του πνεύμονα. (cecil Andreoli & Carpenter's ,2016)

2.6 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θεραπεία του καρκίνου εξελίσσεται ταχύτατα. Η χημειοθεραπεία εξακολουθεί να είναι ο βασικός πυλώνας της συστηματικής θεραπείας. Αλλά η αύξηση των γνώσεων μας σχετικά με τη βιολογία του καρκίνου έχει επιτρέψει την επικέντρωση της έρευνας στην ανάπτυξη πιο ειδικών στοχευμένων παραγόντων. Ο αριθμός των νέων φαρμάκων που εγκρίνονται ετησίως για τη θεραπεία του καρκίνου έχει αυξηθεί πολύ συγκριτικά με τη δεκαετία του 90. Περίπου 400 αντικαρκινικοί παράγοντες βρίσκονται σε στάδιο κλινικών μελετών, αριθμός μεγαλύτερος από οποιαδήποτε άλλο τομέα στην ιατρική. Η χειρουργική αντιμετώπιση και η ακτινοθεραπεία είναι αποτελεσματικές θεραπείες για τους εντοπισμένους καρκίνους και οι τεχνικές συνεχίζουν να βελτιώνονται. Ωστόσο ο καρκίνος παραμένει η δεύτερη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ με ανάγκη να αφιερωθούν πόροι και στην παρηγορητική φροντίδα. Η θεραπεία του καρκίνου προϋποθέτει συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων πχ. Χειρουργική, ογκολογία και ακτινοθεραπευτική έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη φροντίδα στον ασθενή.

Υπάρχουν πολλές μέθοδοι θεραπείας για τον δερματικό καρκίνο. Παρά ταύτα πριν το τελικό στάδιο της θεραπείας ο δερματολόγος θα πρέπει να λάβει υπόψη του τα εξής:

- Τον τύπο του καρκίνου
- Το σημείο του σώματος στο οποίο εμφανίζεται ο καρκίνος
- Τη μορφή του καρκίνου (επιθετική ή όχι)
- Το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο καρκίνος
- Την γενικότερη εικόνα της υγείας του ασθενούς (American Academy of Dermatology, 2014)

2.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η θεραπεία του καρκίνου προϋποθέτει επαρκή ιστολογική διάγνωση. Αυτό αφορά στη διενέργεια επεμβατικής βιοψίας για τη λήψη επαρκούς ποσότητας υλικού με σκοπό την αξιολόγηση της μορφολογίας, της επιθετικότητας του όγκου και της έκφρασης διαφόρων μοριακών δεικτών. Μη επεμβατικές εξετάσεις, όπως οι απεικονιστικές, σπάνια μπορεί να υποκαταστήσουν τη διάγνωση από τον ιστό.

Μόλις τεθεί η διάγνωση του καρκίνου, το επόμενο βήμα είναι ο συστηματικός έλεγχος για να διαπιστωθεί η διασπορά του όγκου, διαδικασία που καλείται σταδιοποίηση. Η σταδιοποίηση του όγκου μπορεί να είναι κλινική ή παθολογοανατομική. Η Κλινική σταδιοποίηση περιλαμβάνει κλινική εξέταση και απεικονιστικές μεθόδους πχ. Στοχευμένος υπέρηχος, αξονική τομογραφία μαγνητική τομογραφία, ολοσωματική τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, ή συνδυασμός των παραπάνω. Η επιλογή των εξετάσεων για συγκεκριμένους όγκους εξαρτάται από την τάση τους να επεκτείνονται σε συγκεκριμένα όργανα. Η παθολογοανατομική σταδιοποίηση είναι πιο συγκεκριμένη και ακολουθεί το σύστημα όγκος-λεμφαδένα-μετάσταση (Tumor-node-metastasis [TNM]) που έχει δημιουργηθεί από το American Joint Committee on Cancer και την International Union Against Cancer. Αυτό το σύστημα απαιτεί προσεκτική εξέταση του βιοπτικού δείγματος. Αξιολογεί τρεις παραμέτρους: 1. Μέγεθος και έκταση της διήθησης του βασικού όγκου (T score). 2. Αριθμός και εντόπιση των ιστολογικά διηθημένων επιχώριων λεμφαδένων (N score) και 3. παρουσία ή απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων (M score). Το M score βασίζεται σε πληροφορίες που προέρχονται τόσο από κλινική όσο και από παθολογοανατομική σταδιοποίηση. Το άθροισμα του συστήματος TNM ομαδοποιείται σε παθολογικά στάδια τα οποία από το I έως το IV αντικατοπτρίζουν ένα βαθμιαία αυξανόμενο φορτίο νόσου. Το τελικό στάδιο όπως προκύπτει από το σύστημα TNM έχει τόσο προγνωστικές όσο και θεραπευτικές προεκτάσεις.

Οι βιοδείκτες προσφέρουν επιπρόσθετες προγνωστικές πληροφορίες, όπως η απουσία ορμονικών υποδοχέων ή η έκφραση του HER2 στον καρκίνο του μαστού, που είναι ενδεικτικά δυσμενούς πρόγνωσης. Τέτοιοι δείκτες μπορεί να έχουν και προβλεπτική σημασία. Για παράδειγμα, η υπερέκφραση του HER2 στον καρκίνο του μαστού είναι προβλεπτικός παράγοντας απάντησης στο trastuzumab. Τόσο οι προγνωστικοί όσο και οι προβλεπτικοί παράγοντες προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες συμπληρωματικές του επίσημου σταδίου TNM. Οι υπογραφές γονιδιακής έκφρασης επίσης προσφέρουν πληροφορίες με προγνωστική και

προβλεπτική αξία. Η γενετική υπογραφή 21 γονιδίων χρησιμοποιείται συχνά στα πλαίσια κλινικών αποφάσεων σχετικά με τη συμπληρωματική θεραπεία των ασθενών με καρκίνο του μαστού που είναι θετικός στους υποδοχείς οιστρογόνων. Για συγκεκριμένα είδη καρκίνου, η εκτίμηση των επιπέδων ορισμένων δεικτών του όγκου στον ορό μπορεί επίσης να έχει προγνωστική σημασία. Όλες αυτές οι πληροφορίες συγκεντρώνονται και καταλήγουν σε μια συνολική αξιολόγηση για το αν ο καρκίνος είναι ιάσιμος ή όχι.

Το επόμενο βήμα είναι η κλινική αξιολόγηση της συνολικής κατάστασης του ασθενούς σχετικά με τυχόν συννοσηρότητες που μπορεί να επηρεάζουν τη λειτουργία ζωτικών οργάνων και τη λειτουργική ικανότητα του, που καλείται κατάσταση ικανότητας. Η κατάσταση ικανότητας προσδιορίζεται με τη χρήση διαφόρων διαχρονικών μεθόδων πχ. Του Eastern Cooperative Oncology group ή την κλίμακα λειτουργικότητας Karnofsky. Οι ασθενείς με κακή κατάσταση λειτουργικότητας ή αυξημένη συννοσηρότητα όχι μόνο δεν ωφελούνται από τη θεραπεία εναντίον του καρκίνου αλλά έχουν και μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης ανεπιθύμητων ενεργειών. Αυτή η ολοκληρωμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει διάγνωση, σταδιοποίηση, αναζήτηση προγνωστικών και προβλεπτικών δεικτών και αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς καθορίζει τη στρατηγική των περαιτέρω χειρισμών, δηλαδή το αν θα επιλεγεί θεραπεία με σκοπό την ίαση ή αν η αντιμετώπιση θα είναι παρηγορική.(Cecil Andreoli & Carpenter's 2016)

2.8 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η χειρουργική μπορεί να έχει προφυλακτικό ρόλο στον καρκίνο μέσω της αφαίρεσης προκαρκινικών βλαβών ή και οργάνων υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου (πχ. αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή σε γυναίκες με κληρονομικές βλάβες που μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο του μαστού). Η χειρουργική προσέγγιση μπορεί επίσης να οδηγήσει σε διάγνωση μέσω της βιοψίας, να βοηθήσει στη σταδιοποίηση μέσω της εξέτασης των λεμφαδένων, να αποτελέσει την οριστική θεραπεία μέσω της αφαίρεσης του κύριου όγκου, να βοηθήσει στην αποκατάσταση οργάνων ή άκρων που έχουν εκταμεί και να αποτελέσει παρηγορική θεραπεία. Επεμβατικές πράξεις πχ. Βιοψίες ή εισαγωγή διαφόρων συσκευών πρόσβασης όπως καθετήρες και παροχετεύσεις πραγματοποιούνται από ειδικούς στις επεμβατικές τεχνικές (ακτινολόγοι, γαστρεντερολόγοι και πνευμονολόγοι).

Όταν ο καρκίνος περιορίζεται σ' ένα συμπαγές όργανο, η χειρουργική αφαίρεση είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος θεραπευτικής αντιμετώπισης. Στόχος είναι η ολοκληρωτική αφαίρεση του όγκου, των επιχώριων λεμφαδένων και του εγγύς περιβάλλοντα ιστού μαζί με ένα ασφαλές όριο υγιούς ιστού. Στο χειρουργείο, ο όγκος είναι περιχαρακωμένος και σχεδόν ποτέ δε διανοίγεται. Εξέλιξη στη χειρουργική του καρκίνου αποτελεί η ολοένα και αυξανόμενη χρήση των λαπαροσκοπικών τεχνικών σε ορισμένα είδη καρκίνου και η αναγνώριση του λεμφαδένα-φρουρού με την έγχυση χρωστικής κατά το χειρουργείο που αποκλείει την πλήρη αφαίρεση του αν δεν έχει διηθηθεί από το νεόπλασμα.(Cecil Andreoli & Carpenter's 2016)

2.9 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο όρος χημειοθεραπεία αναφέρεται στη χρήση κυτταροτοξικών παραγόντων, μειωμένων ή σε συνδυασμό, για την συστηματική θεραπεία του καρκίνου. Οι πιο πολλοί από τους παράγοντες είναι γενετικοί αντιπολλαπλασιαστικοί παράγοντες που είναι πιο δραστικοί εναντίον των ταχέως αναπτυσσόμενων όγκων και έχουν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες για τους υγιείς ιστούς που επίσης πολλαπλασιάζονται ταχέως πχ. Μυελός των οστών. Οι νεότεροι παράγοντες, όπως τα μονοκλωνικά αντισώματα και οι αναστολείς σηματοδότησης, κατευθύνονται εναντίον συγκεκριμένων στόχων και γι' αυτό μπορεί να έχουν λιγότερη τοξικότητα. Αυτά τα φάρμακα ταξινομούνται ξεχωριστά από τη χημειοθεραπεία ως στοχευμένοι θεραπευτικοί παράγοντες.

2.10 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μπορεί να είναι και ειδικοί και μη ειδικοί του κυτταρικού κύκλου. Οι μη ειδικοί του κυτταρικού κύκλου παράγοντες έχουν πιο σημαντική επίδραση στα κύτταρα που βρίσκονται σε κάποια φάση του κυτταρικού κύκλου αλλά επηρεάζουν επίσης και τα υπόλοιπα. Οι παράγοντες που είναι ειδικοί του κυτταρικού κύκλου επηρεάζουν μόνο τα κύτταρα που βρίσκονται σε μια ορισμένη φάση του κυτταρικού κύκλου. Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες ταξινομούνται περαιτέρω με βάση το μηχανισμό δράσης τους σε αλκυλιωτικούς παράγοντες, αντιμεταβολιτές, αντικαρκινικά αντιβιοτικά και αναστολείς της μιτωτικής ατράκτου. Οι περισσότεροι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες καταστέλλουν το μυελό των οστών, οδηγώντας σε λοιμώξεις λόγω της ουδετεροπενίας και απειλητικές για τη ζωή αιμορραγίες λόγω της θρομβοπενίας. Για τα περισσότερα φάρμακα τα θεραπευτικά σχήματα, περιλαμβάνουν διαδοχικές δόσεις κάθε 2 με 4 εβδομάδες. Αυτό το μεσοδιάστημα μεταξύ των διαδοχικών δόσεων (κύκλος της χημειοθεραπείας) επιτρέπει την ανάκαμψη των τιμών του αίματος αλλά και την υποχώρηση άλλων παρενεργειών πριν από την χορήγηση της επόμενης δόσης. Ο σχεδιασμός της ισχύος δόσης είναι επίσης σημαντικός. Η καταστροφή των κυττάρων με την χημειοθεραπεία ακολουθεί βασικές αρχές της κινητικής. Μια συγκεκριμένη δόση του φαρμάκου καταστρέφει ένα τμήμα μόνο των καρκινικών κυττάρων. Η καμπύλη απάντησης με βάση τη δόση ενός χημειοθεραπευτικού φαρμάκου είναι απότομη. Γι' αυτό όσο μεγαλύτερη η δόση, τόσο μεγαλύτερη και η καταστροφή. Ο διπλασιασμός της δόσης μπορεί να οδηγήσει σε δεκαπλάσια καταστροφή καρκινικών κυττάρων. Αυτό σημαίνει επίσης και ότι μια μείωση της δόσης μπορεί να έχει δυσμενή επίδραση στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυθαίρετες μειώσεις στη δοσολογία της χημειοθεραπείας προς αποφυγή της τοξικότητας πρέπει να αποφεύγονται. Η μείωση της διάρκειας των κύκλων της χημειοθεραπείας με υποστηρικτική χορήγηση αυξητικού παράγοντα μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση σε επιλεγμένους ασθενείς με καρκίνο μαστού σε σύγκριση με τη συστηματική χημειοθεραπεία.

Η χορήγηση μεμονωμένων χημειοθεραπευτικών παραγόντων σπάνια οδηγεί σε ίαση του καρκίνου. Γι' αυτό το λόγο έχουν δημιουργηθεί διάφοροι συνδυασμοί χημειοθεραπευτικών παραγόντων για διάφορα είδη καρκίνου. Η συνδυαστική θεραπεία παρέχει τη μέγιστη καταστροφή κυττάρων και πιο ευρεία κάλυψη της ανθεκτικότητας των κυττάρων. Μπορεί επίσης να προφυλάξει ή να καθυστερήσει την ανάπτυξη ανθεκτικών κυττάρων. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό έχουν επιλεγεί επειδή έχουν γνωστή αποτελεσματικότητα ως

μεμονωμένοι παράγοντες αλλά διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης και απουσία αλληλεπικαλύψεων όσον αφορά το προφίλ τοξικότητάς τους. Τα σχήματα αυτά συνήθως ονομάζονται με ακρωνύμια.(Cecil Andreoli & Carpenter's 2016)

2.11 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο όρος συμπληρωματική χημειοθεραπεία αναφέρεται στη χρήση της μετά την αφαίρεση του κύριου όγκου. Σε αυτή την περίπτωση, η χημειοθεραπεία στοχεύει σε υποτιθέμενες συστηματικές μικρομεταστάσεις σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για υποτροπή. Σε κάποιους τύπους καρκίνου η συμπληρωματική χημειοθεραπεία μπορεί να αυξήσει και τα ποσοστά ίασης.

Ο όρος νεοεπικουρική ή προεγχειρητική χημειοθεραπεία αναφέρεται στη χορήγηση χημειοθεραπείας πριν από τη χειρουργική αφαίρεση, κάποιες φορές σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία. Αν είναι επιτυχημένη, μπορεί να ελαττώσει το μέγεθος του όγκου και επομένως να επιτρέψει αφαίρεση μικρότερης έκτασης υγιούς ιστού πχ ογκεκτομή αντί της μαστεκτομής στον καρκίνο του μαστού ή αντί του ακρωτηριασμού στο σάρκωμα των άκρων. Σε συγκεκριμένα σημεία, όπως ο λάρυγγας και ο πρωκτός, η νεοεπικουρική θεραπεία μπορεί να εξαλείψει τον όγκο και να αποστρέψει συνολικά την ανάγκη χειρουργείου.

2.12 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η χημειοθεραπεία είναι θεραπευτική μόνο υπο συγκεκριμένες προϋποθέσεις λόγω των εγγενών περιορισμών από τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Υπάρχουν αρκετοί λόγοι για την αδυναμία συνηθισμένων δόσεων χημειοθεραπείας να θεραπεύσουν τον καρκίνο. Πρώτα απ' όλα η κινητική του καρκίνου, παρέχει προστασία ενάντια της χημειοθεραπείας. Παλαιότερα επικρατούσε η άποψη ότι ο καρκίνος περιέχει ένα ποσοστό κυττάρων που βρίσκονται σε κάποιο στάδιο του κυτταρικού κύκλου. Σήμερα γνωρίζουμε ότι για τους περισσότερους καρκίνους ο ρυθμός διπλασιασμού του όγκου ελαττώνεται προοδευτικά όσο αυξάνει ο όγκος του. Γι' αυτό, η ανάπτυξη των όγκων είναι μεγαλύτερη όταν ο όγκος είναι κλινικά μη ανιχνεύσιμος. Μόλις ο ασθενής εκδηλώσει συμπτώματα, ο ρυθμός αύξησης του όγκου μπορεί να είναι κάτω από 5%. Η χημειοθεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική ως συμπληρωματική θεραπεία (όταν το φορτίο νόσου είναι ελάχιστο) αλλά σπάνια οδηγεί σε ίαση όταν υπάρχουν μεταστάσεις.

Επιπλέον τα μεταστατικά κύτταρα μπορεί να είναι ανθεκτικά στη χημειοθεραπεία. Μια από τις πιο σημαντικές μορφές αντοχής είναι ενδογενής και διαμεσολαβείται από μια διατηρημένη αντλία της κυτταρικής μεμβράνης που καλείται P-γλυκοπρωτεΐνη. Αντοχή μπορεί να αναπτυχθεί και μετά από μια περίοδο έκθεσης σε χημειοθεραπευτικούς παράγοντες με ποικίλους μηχανισμούς. Οι μεταλλάξεις του γονιδίου TP53 είναι συχνές σε διάφορους τύπους καρκίνου. Η πρωτεΐνη P53 αναχαιτίζει τον κυτταρικό κύκλο και μεσολαβεί στην απόπτωση σε περίπτωση βλάβης του DNA. Όταν δυσλειτουργεί η P53, τα καρκινικά κύτταρα προφυλάσσονται από την απόπτωση που προκαλεί η χημειοθεραπεία. (Cecil Andreoli & Carpenter's 2016)

2.13 ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι περιορισμοί της χημειοθεραπείας σε συνδυασμό με την καλύτερη κατανόηση της βιολογίας του καρκινικού κυττάρου, έχουν οδηγήσει στη δημιουργία μιας νέας τάξης φαρμάκων τα οποία κατευθύνονται εναντίον στόχων που είναι σχετικά ειδικό για τα καρκινικά κύτταρα: αυξητικοί παράγοντες και μόρια σηματοδότησης που είναι απαραίτητα για τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων, πρωτεΐνες του κυτταρικού κύκλου, ρυθμιστές της απόπτωσης και μόρια που μεσολαβούν σε αλληλεπιδράσεις όγκου-ξενιστή όπως η αγγειογένεση και η ανοσία εναντίον του όγκου. Σε αυτούς τους παράγοντες συγκαταλέγονται και μονοκλωνικά αντισώματα εναντίον κυτταρικών αντιγόνων επιφανείας η αυξητικών παραγόντων, ειδικοί ή γενικοί αναστολείς των υποδοχέων με ενεργότητα κινάσης της τυροσίνης, antisense ολιγονουκλεοτίδια και γονιδιακές θεραπείες. Νέοι παράγοντες είναι επίσης υπό μελέτη. Οι συνήθεις παρενέργειες της χημειοθεραπείας πχ. Μυελοκαταστολή, ναυτία, έμετοι, διάρροια και αλωπεκία δεν παρατηρούνται με αυτά τα φάρμακα. Ωστόσο, άλλες μορφές τοξικότητας απαιτούν προσεκτική παρακολούθηση και αντιμετώπιση.

Ολοένα και περισσότεροι αναστολείς κινασών της τυροσίνης με πολλαπλούς στόχους βρίσκονται υπο μελέτη. Το sorafenib και το sunitinib είναι δύο παραδείγματα τέτοιων παραγόντων που αναστέλλουν πολλαπλά μονοπάτια, μεταξύ άλλων ο ενδοθηλιακός αυξητικός παράγοντας (VEGF). Η χρήση στοχευμένης θεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της αποτελεσματικότητας της χημειοθεραπείας μέσω διαφόρων μηχανισμών. Για παράδειγμα το bevacizumab ένας αντι-αγγειογενετικός παράγοντας εναντίον του VEGF όταν συνδυάζεται με τη κλασική χημειοθεραπεία οδηγεί σε αύξηση των ποσοστών ανταπόκρισης και επιβίωσης σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Η διαθεσιμότητα των παραγόντων αυτών έχει αυξήσει τον αριθμό των φαρμακευτικών συνδυασμών που μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε συγκεκριμένα είδη καρκίνου. Αντιστοίχως, η μέση ολική επιβίωση σε αυτούς τους ασθενείς έχει διπλασιαστεί.

2.14 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι κυτταροκίνες που τροποποιούν την άνοση απάντηση του ξενιστή διακρίνονται σε τροποποιητές της βιολογικής απάντησης και βιολογικούς παράγοντες. Τα μονοκλωνικά αντισώματα κάποιες φορές ταξινομούνται ως βιολογικοί παράγοντες παρόλο που εδώ έχουν αναλυθεί ως στοχευμένη θεραπεία. Η ιντερφερόνη παλαιότερα χρησιμοποιείτο στη ΧΜΛ με σαφώς υποδεέστερα αποτελέσματα έναντι του imatinib. Επίσης έχει χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της λευχαιμίας από τριχωτά λεμφοκύτταρα, του σαρκώματος Kaposi και συγκεκριμένων ειδών μελανώματος και καρκίνου του νεφρού. Η ιντερλευκίνη-2 (IL-2) λειτουργεί ως αυξητικός παράγοντας των T λεμφοκυττάρων και μπορεί να επιτύχει ποσοστά ύφεσης σε 10-20% των ασθενών με μεταστατικό μελάνωμα ή καρκίνο νεφρού. Σε ορισμένους ασθενείς, οι ανταποκρίσεις είναι πλήρεις και μακροχρόνιες. Ωστόσο, η IL-2 έχει τοξικότητα και συγκεκριμένα, προκαλεί σύνδρομο τριχοειδικής διαφυγής που οδηγεί σε υπόταση, οίδημα, νεφρική ανεπάρκεια ακόμα και θάνατο. Οι ανοσοθεραπευτικοί παράγοντες δρουν τροποποιώντας την άνοση απάντηση του ξενιστή. Εμβόλια κατά του καρκίνου όπως είναι το εμβόλιο δένδριτικών κυττάρων για τον καρκίνο του προστάτη στοχεύουν κύτταρα με συγκεκριμένα καρκινικά αντιγόνα. Τα μόρια που μπορεί να αναστέλλουν κάποιο σημείο ελέγχου της ανοσίας μπορεί να έχουν κάποια επίδραση

στο μελάνωμα. Αυτοί οι παράγοντες στρέφονται εναντίον μορίων που καταστέλλουν τη λειτουργία των Τα λεμφοκυττάρων επιτρέποντας τους έτσι να επιτεθούν ενεργά στα καρκινικά κύτταρα.

2.15 ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Το πεδίο της ογκολογίας εξελίσσεται ταχέως προς μια εποχή στην οποία βιοδείγματα ασθενών θα μπορεί να αξιολογούνται με τη βοήθεια εξελιγμένων τεχνικών που θα αποκαλύπτουν μοριακές βλάβες οι οποίες στη συνέχεια θα μπορεί να στοχευτούν με ακριβείς θεραπευτικούς παράγοντες. Μια τέτοια προσέγγιση αναφέρεται ως ιατρική ακριβείας, εξατομικευμένη ιατρική ή γενωμική ιατρική. Ο χρόνος και το κόστος πλήρους ανάλυσης του γονιδιώματος του καρκίνου έχουν πλέον ελαττωθεί πολύ και συνεχίζουν να ελαττώνονται ραγδαία. Επίσης, εκτός από την ανάλυση DNA, μπορεί να πραγματοποιηθεί και ανάλυση του μεταγραφώματος (RNA), του επιγονιδιώματος (μεθυλίωση DNA) και πολυμορφισμός μεμονωμένων νουκελοτιδίων. Αρκετά είδη καρκίνου έχουν ήδη αναλυθεί πλήρως. Αυτού του είδους οι μελέτες αξιοποιούνται για τη δημιουργία <<βιβλιοθηκών αναφοράς>> με τις οποίες αντιπαραβάλλεται ο καρκίνος ενός ορισμένου ασθενούς. Με βάση τα ευρήματα από αναλύσεις τέτοιου τύπου μπορούν να σχεδιαστούν συγκεκριμένες παρεμβάσεις για το συγκεκριμένο ασθενή. Σχετικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται συμπεριλαμβάνουν την έκφραση του γονιδιακού προφίλ 70 γονιδίων στον καρκίνο του BRAF στο μελάνωμα. Αυτή η μελέτη των καρκινικών ιστών δίνει τη δυνατότητα στους ασθενείς να συμμετάσχουν σε κλινικές μελέτες στοχευμένων θεραπειών που μπορεί τελικά να αναγνωρίσουν παράγοντες που θα βελτιώσουν περαιτέρω την κλινική έκβαση.

2.16 ΕΚΤΙΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ

Η αποτελεσματικότητα των στοχευμένων θεραπειών εκτιμάται με διάφορες μεθόδους και για αυτό έχει αποκτήσει και τη δική της ορολογία. Στους ασθενείς με μεταστατική νόσο, όλα τα γνωστά σημεία της ασθένειας εξετάζονται τόσο κλινικά όσο και απεικονιστικά. Οι απαντήσεις αξιολογούνται με βάση τα διεθνή αποδεκτά κριτήρια ανταπόκρισης συμπαγών όγκων. Η πλήρης έλλειψη όλων των γνωστών βλαβών καλείται πλήρης ανταπόκριση ενώ η 30% και πλέον μείωση του όγκου καλείται μερική ανταπόκριση. Η εμφάνιση νέων βλαβών ή αύξηση κατά 20 % και πλέον καλείται πρόοδος νόσου και συνεπάγεται αποτυχία της θεραπείας. Η κατάσταση κατά την οποία ο όγκος ούτε ανταποκρίνεται αλλά ούτε και εμφανίζει σημεία πρόοδου καλείται σταθερή νόσος.

Το ποσοστό των ασθενών που έχουν ανταπόκριση καλείται ποσοστό ανταπόκρισης στον ή τους παράγοντες που χορηγούνται. Νέα φάρμακα αξιολογούνται συχνά με βάση τα ποσοστά ανταπόκρισης. Ωστόσο, η ανταπόκριση δεν συνεπάγεται πάντα και θεραπεία. Ακόμα και ένα φάρμακο με 100% ποσοστά ανταπόκρισης, δεν θεωρείται ότι οδηγεί σε ίαση αν όλοι οι ασθενείς υποτροπιάσουν. Γι αυτό, ο 'χρυσός κανόνας' στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός φαρμάκου θεωρείται ότι είναι η βελτίωση στην επιβίωση ή το διάστημα ελεύθερο νόσου, δηλαδή το μεσοδιάστημα κατά το οποίο ο ασθενής ζει χωρίς νόσο. Η χρήση αποτελεσματικών θεραπειών δεύτερης γραμμής μπορεί να ελαχιστοποιήσει τις διαφορές στην επιβίωση ανάμεσα στα δύο

σχήματα που χορηγούνται ως πρώτη γραμμή θεραπείας : σε αυτό το πλαίσιο, το διάστημα επιβίωσης ελεύθερο νόσου μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ασφαλές καταληκτικό σημείο στην αξιολόγηση νέων παραγόντων. Ολοένα και περισσότερο χρησιμοποιούνται ως καταληκτικά σημεία για την αξιολόγηση φαρμάκων που χορηγούνται ως υποστηρικτικοί αγωγοί δείκτες ποιότητας ζωής όπως η χρήση αναλγητικών ή αποτελέσματα αναφερόμενα από τους ασθενείς. Σε ασθενείς που λαμβάνουν συμπληρωματική θεραπεία, τα ποσοστά ανταπόκρισης δεν μπορεί να αξιολογηθούν επειδή δεν υπάρχει κλινικός εμφανής νόσος :το διάστημα ελεύθερο νόσου και η ολική επιβίωση τα μοναδικά καταληκτικά σημεία σε αυτό το πλαίσιο. Επαναληπτικές μετρήσεις των δεικτών του όγκου μπορεί επίσης να φανούν χρήσιμες στην έγκαιρη αναγνώριση υποτροπής του καρκίνου και στη καταγραφή της ανταπόκρισης στη θεραπεία σε ασθενείς με κάποια είδη καρκίνου. (Aparicio S,Caldas C,2013), (DeVita VT, Rosenberg SA:2012),(Garraway LA,2013),(Vogelstein B,Papadopoulos N, Velculescu VE , 2013)

2.17 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Παγκοσμίως πάνω από 11 εκατομμύρια άτομα διαγιγνώσκονται με καρκίνο και περίπου 7 εκατομμύρια υπολογίζεται ότι πεθαίνουν ετησίως από καρκίνο. (Cecil Andreoli & Carpenter's,2016)

Ο καρκίνος είναι σήμερα η δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου κι αναμένεται να ξεπεράσει τα καρδιαγγειακά νοσήματα στις αρχές του 21^{ου} αιώνα ανεβαίνοντας στην κορυφή αυτής της θλιβερής λίστας. περισσότερο από μισό αιώνα η συχνότητα είχε παραμείνει στάσιμη.Υπολογίζεται ότι οι επιβίωσαντες του καρκίνου διεθνώς ανέρχεται στα 22 εκατομμύρια και ο αριθμός αυτός παρουσιάζει εντυπωσιακή αύξηση κάθε χρόνο. Έχει παρατηρηθεί σταθερή μείωση της συχνότητας του καρκίνου του στομάχου και της μήτρας, στην τελευταία δε περίπτωση έχει συμβάλλει αναμφίβολα ο προληπτικός κυτταρολογικός έλεγχος που για την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας. Αντίθετα, η αιτία μείωσης του καρκίνου του στομάχου δεν έχει ακόμα προσδιοριστεί, αν και μερικώς αποδίδεται στην αυξανόμενη χρήση αντιβιοτικών και στην επίδρασή τους στη χρόνια λοίμωξη από το *Helicobacter pylori*. Ωστόσο, η πιο εντυπωσιακή μεταβολή αφορά την αύξηση στον καρκίνο του πνεύμονα, η οποία συνδέεται ευθέως με το κάπνισμα. (Lee Goldman,MD ,2002)

Στις ΗΠΑ το 2014 είχε υπολογιστεί ότι 1,7 εκατομμύρια άτομα θα είχαν διαγνωστεί με καρκίνο, με ηλικιακός προσαρμοσμένα ποσοστά 470 ανά 100.000 πληθυσμού και 585.00 άτομα θα πεθάνουν από καρκίνο με ποσοστά θανάτου 176 ανά 100.000. Ο καρκίνος είναι η κυριότερη αιτία θανάτου σε άντρες και γυναίκες ηλικίας μεταξύ 40 και 80 ετών και η δεύτερη πιο συχνή αιτία στις περισσότερες άλλες ηλικιακές ομάδες, συμπεριλαμβάνονται παιδιά ηλικίας 1-14 ετών.

Άλλες μορφές καρκίνου με αυξανόμενη θνητότητα, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, είναι το μελάνωμα, τα μη Hodgkin λεμφώματα και οι όγκοι του εγκεφάλου. Αν και έχουν γίνει ποικίλες εικασίες, εντούτοις δεν υφίστανται επαρκείς αποδείξεις, που να εξηγούν τις παραπάνω αλλαγές. Η ολική θνησιμότητα στις ηλικίες κάτω των 65 ετών έχει γενικά μειωθεί, γεγονός που οφείλεται κυρίως στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση και θεραπεία καρκίνων εμβρυϊκής και αιμοποιητικής προέλευσης που απαντώνται σε νεότερα άτομα. (Lee Goldman,MD ,2002)

Τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο στις αναπτυγμένες χώρες είναι σταθερά υψηλότερα ανάμεσα στις διάφορες φυλετικές και εθνοτικές μειονότητες, ιδίως στους Αφροαμερικανούς των ΗΠΑ, και σε εκείνους που προέρχονται από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Τα υψηλότερα ποσοστά θνητότητας ανάμεσα στις φυλετικές και εθνοτικές μειονότητες δεν εξηγούνται πλήρως από διαφορές στο στάδιο της νόσου κατά την διάγνωση. Η κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, η πρόσβαση στην κατάλληλη θεραπεία και η συννοσηρότητες αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες που μπορεί να καθορίζουν την αυξημένη θνητότητα.

Επιδημιολογική ανάλυση του καρκίνου.

Η επιδημιολόγοι μελετούν την ετερογένεια του νοσήματος σε διάφορους πληθυσμούς όπως επίσης και τους παράγοντες που μπορεί να την επηρεάζουν. Το ποσοστό των ατόμων που νοσούν σε μια δεδομένη χρονική στιγμή αναφέρεται ως επιπολασμός. Η επίπτωση και τα ποσοστά θνησιμότητας αντιπροσωπεύουν τον αριθμό των συμβάντων σε έναν πληθυσμό σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο. Για να διευκολυνθούν συγκρίσεις μεταξύ των πληθυσμών, τα ποσοστά συχνά προσαρμόζονται για την ηλικία, το φύλο, την φυλή, ή άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η σχέση μεταξύ ενός χαρακτηριστικού ή παράγοντα έκθεσης και του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου συνήθως αξιολογείται σε μελέτες είτε ομάδων είτε μεμονωμένων περιστατικών. Η πληθυσμιακές μελέτες συνήθως είναι προοπτικές και αξιολογούν την ασθένεια σε εκτεθειμένα και μη άτομα. Όσο πιο μεγάλη η ομάδα μελέτης τόσο πιο ακριβής και η συσχέτιση μεταξύ έκθεσης και ασθένειας. Η σωστή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων πρέπει να περιλαμβάνει και την αναζήτηση κάποιου πιθανού συστηματικού λάθους ή προδιάθεση κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού ή την ανάλυση της μελέτης. Παρεμβάσεις που αφορούν στην πρόληψη και διάγνωση του καρκίνου έχουν αξιολογηθεί σε τυχαίοποιημένες μελέτες που απαιτούν μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων, συχνή παρακολούθηση για συμμόρφωση στην παρέμβαση, μακροχρόνια παρακολούθηση και σωστή επιβεβαίωση της ασθένειας ή της κατάστασης ελεύθερης νόσου.(Cecil Andreoli & Carpenter's,2016)

3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του δέρματος είναι τύπος καρκίνου που αναπτύσσεται στο δέρμα. Οφείλεται στην ανάπτυξη των ανώμαλων κυττάρων, τα οποία έχουν την ικανότητα να εισβάλουν ή να εξαπλώνονται σε άλλα μέρη του σώματος. (Lee Goldman,MD ,2002)Αναπτυσσόμενα ανεξάρτητα, τα κύτταρα αυτά παρακάμπτουν τους συνήθεις μηχανισμούς, που έχουν σχεδιαστεί για να αποτρέψουν αυτό το γεγονός. Είναι επικίνδυνα, διότι όχι μόνο μπορεί να προκαλέσουν βλάβες και να επηρεάσουν τις φυσιολογικές δομές γύρω τους, αλλά αργότερα πιθανόν να εξαπλωθούν, μέσω της κυκλοφορίας του αίματος και της λέμφου, διαταράσσοντας άλλα τμήματα του σώματος και εξακολουθώντας να αναπτύσσονται στις νέες θέσεις του, που συχνά είναι ζωτικά όργανα, όπως οι πνεύμονες, το ήπαρ και ο εγκέφαλος. Μακροχρόνια, τείνουν να εκτρέπουν το σύστημα τροφοδοσίας του οργανισμού, με τρόπο ώστε να ικανοποιούν τις δικές τους ανάγκες.Οι παράγοντες που προκαλούν βλάβες στο DNA είναι γνωστοί ως καρκινογόνα. Σε αυτούς

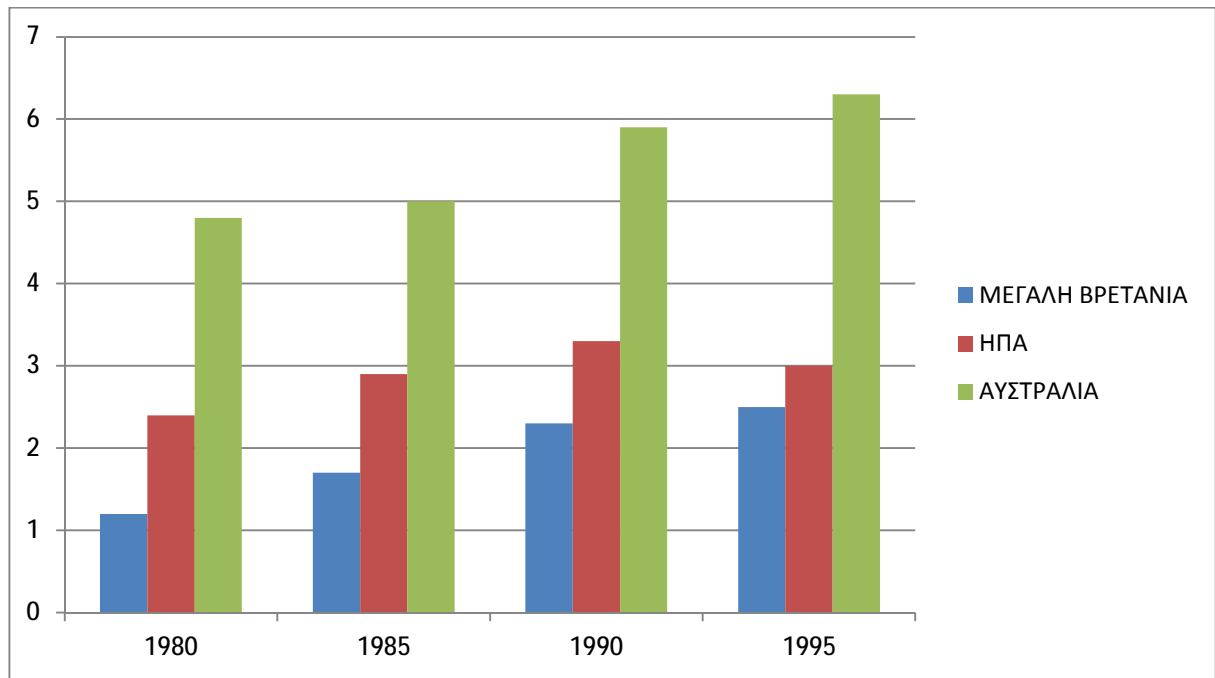
συμπεριλαμβάνονται οι χημικές ουσίες που υπάρχουν στον καπνό των τσιγάρων, τα συστατικά ορισμένων τροφίμων, οι εκπομπές από ραδιενεργά υλικά, ορισμένοι ιοί και, όσον αφορά τον καρκίνο του δέρματος, η υπεριώδης ακτινοβολία Β (UVB) και η υπεριώδης ακτινοβολία Α (UVA) του ήλιου. (Τζον Χοκ & Τζιν Μακ Γκρεγκορ, 2001)

Ο καρκίνος του δέρματος είναι ένας από τους καρκίνους που μπορούν να προληφθούν, αν το άτομο αποφεύγει την έκθεση του στον ήλιο και, όταν εκτίθεται, χρησιμοποιεί αντηλιακά με υψηλό δείκτη προστασίας (30), φοράει ανοιχτόχρωμα ρούχα που καλύπτουν όλο το σώμα καθώς και καπέλο. Υπολογίζεται ότι 4 στους 5 ανθρώπους με ανοιχτό χρώμα δέρματος που ζουν σε περιοχές με μεγάλη ηλιοφάνεια θα αναπτύξουν τουλάχιστον έναν δερματικό καρκίνο κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Δερματικός καρκίνος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε ηλικία, με υψηλότερη συχνότητα την 20ετία μεταξύ των 40 και 60 ετών. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αύξηση κρουσμάτων δερματικού καρκίνου σε νεώτερα άτομα, συμπεριλαμβανομένων των εφήβων. Αν στο δέρμα εμφανιστεί οποιοδήποτε μη συνηθισμένο ογκίδιο, μικρές πληγές που δεν κλείνουν, αλλαγές στο σχήμα και το χρώμα κάποιας ελιάς ή εμφάνιση καινούργιων σπύλων, πρέπει να γίνει εξέταση αμέσως από το γιατρό. Ο καρκίνος του δέρματος αντιμετωπίζεται με απόλυτη επιτυχία αν αφαιρεθεί το προσβεβλημένο σημείο στα στάδια εμφάνισης του καρκίνου. (DR. Stephen Carroll DR. Tony Smith, 1995)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του δέρματος αποτελεί έναν από τους πιο συχνούς καρκίνους παγκοσμίως. Μόνο στη Μεγάλη Βρετανία καταγράφονται ετησίως 40.000 περίπου νέα κρούσματα. Από αυτά, τα 28.000 είναι βασικοκυτταρικά καρκινώματα, τα 7.000 ακανθοκυτταρικά καρκινώματα και περίπου 4.000 μελανώματα. Σχεδόν 2.000 άνθρωποι χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους από τέτοιους καρκίνους, με τους 1.500 από αυτούς να πεθαίνουν εξαιτίας του μελανώματος. Οι περισσότεροι καρκίνοι του δέρματος μπορεί να αποφευχθούν και όλοι σχεδόν είναι δυνατόν να θεραπευτούν, αν γίνουν αντιληπτοί εγκαίρως. Γι' αυτό οι δερματολόγοι εργάζονται σκληρά, εδώ και χρόνια, για να ενημερώσουν το κοινό για όλες τις μορφές της νόσου και τους τρόπους πρόληψης της

Παρά τις προσπάθειες αυτές, τις τελευταίες δεκαετίες υπήρξε σημαντική αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου του δέρματος, τα οποία διπλασιάζονται κάθε 10-12 χρόνια. Όπως προαναφέρθηκε, αυτό μπορεί να οφείλεται εν μέρει στη βελτίωση των διαγνωστικών τεχνικών, αλλά πιθανόν σχετίζεται περισσότερο με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής τα τελευταία χρόνια. Τώρα πια κάνουμε περισσότερες διακοπές σε ηλιόλουστες περιοχές απ' όσο παλαιότερα, και μπορεί επίσης να περνάμε περισσότερες ώρες κάνοντας ηλιοθεραπεία. Οι πιθανές συνέπειες από τη μείωση της στοιβάδας του όζοντος μπορεί ακόμη να μην έχουν γίνει εμφανείς, αλλά και αυτές ενδέχεται να αυξήσουν σημαντικά στο μέλλον τα κρούσματα καρκίνου του δέρματος εκτός και αν τα προστατευτικά μέτρα που προαναφέρθηκαν, εξακολουθούν να υιοθετούνται από το κοινό. Τα καλά νέα ενδεχομένως είναι ότι η ετήσια αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου του δέρματος αρχίζει επιτέλους να φθίνει, ίσως επειδή το κοινό είναι πλέον πιο ενημερωμένο.



ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΣΕ ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ, ΗΠΑ, ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ (ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΥΓΕΙΑΣ)

Η συχνότητα του μελανώματος φαίνεται να σχετίζεται με τη σοβαρότητα της έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία και ο αυξανόμενος αριθμός των θανάτων υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι εκτίθενται ολοένα και περισσότερο ήλιο. (Τζον Χοκ & Τζειν Μακ Γκρεγκορ, 2001)

3.2 ΑΙΤΙΑ

Η πιο σημαντική αιτία του καρκίνου του δέρματος φαίνεται να είναι η υπερβολική έκθεση του δέρματος στην UV ακτινοβολία του ηλίου. Όπως συμβαίνει με το ηλιακό εγκαύμα και τη φωτογήρανση, έτσι και σ' αυτήν την περίπτωση η UVB είναι το τμήμα της ακτινοβολίας που συμβάλλει περισσότερο στην ανάπτυξη του. Η UVB προκαλεί βλάβες στο DNA των δερματικών κυττάρων (το DNA ελέγχει τη δομή, την ανάπτυξη, τη λειτουργία και τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων αυτών). Αν οι βλάβες σε αυτό είναι αρκετά σοβαρές και δεν επιδιορθωθούν με ακρίβεια, μπορεί τελικά να οδηγήσει σε καρκίνο του δέρματος, πιθανότατα μέσω μιας σειράς αλλοιώσεων που εκδηλώνονται επί χρόνια. Επίσης η έκθεση στην UVB μπορεί επίσης να μειώσει την ικανότητα του ανοσοποιητικού συστήματος να εμποδίζει την ανάπτυξη πρώιμων καρκίνων, και έτσι μπορεί να μην εξολοθρευθούν οι πρώιμοι καρκίνοι που δημιουργούνται από την επαναλαμβανόμενη έκθεση στον ήλιο. Η ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος είναι μια σταδιακή διαδικασία που διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα μεταξύ της εμφανούς βλάβης (όπως ένα εγκαύμα) και της τελικής εκδήλωσης ενός δερματικού καρκίνου. Το χρονικό διάστημα μπορεί να είναι 30-50 χρόνια για ακανθοκυτταρικά καρκινώματα και μικρότερο από 10-15 για βασικοκυτταρικά καρκινώματα και μελανώματα. Ο ρυθμός ανάπτυξης των καρκινικών όγκων εξαρτάται από το βαθμό της συνεχούς έκθεσης στον ήλιο με το πέρασμα του χρόνου καθώς και από τον τύπο του δέρματος κάθε ατόμου. Τα άτομα με λευκή επιδερμίδα είναι πιο ευαίσθητοι

στον ήλιο και η επαναλαμβανόμενη έκθεση στον ήλιο σε μικρότερη ηλικία υπήρξαν οι κύριοι παράγοντες για ανάπτυξη καρκίνου.

Η σχέση μεταξύ έκθεσης στον ήλιο και καρκίνου του δέρματος είναι πιο σαφής για την ακτινική υπερκεράτωση και τα ακανθοκυτταρικά καρκινώματα εκ των οποίων όλα αναπτύσσονται στα σημεία του δέρματος που εκτίθενται συνεχώς στον ήλιο (πρόσωπο και ράχη άκρου χειρός). (Τζον Χοκ & Τζέιν Μακ Γκρεγκορ, 2001)

3.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Οι επιστήμονες έχουν διαπιστώσει ότι οι ακόλουθοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο:

- Δέρμα: ο τύπος του δέρματος και οι ελιές στο δέρμα επηρεάζουν τον κίνδυνο του ατόμου όταν έχει ανοιχτόχρωμο δέρμα, ξανθά ή κόκκινα μαλλιά και μπλε, πράσινα ή γκρι μάτια. Άσχημα ηλιακά εγκαύματα με φουσκάλες. Δέρμα που καίγεται παρά μαυρίζει 50 ή περισσότερες κρεατοελιές
 - Χρήση σολάριουμ και δερματοστιξία
 - Δυσπλαστικούς ή άτυπους σπίλους
 - Οικογένεια: Όταν ένας στενός εξ αίματος συγγενής είχε ή έχει καρκίνο του δέρματος. Ένας στενός συγγενής είναι οι γονείς, αδελφός, αδελφή ή το παιδί. Ένας από τους πιο βασικούς παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του δέρματος είναι το ιατρικό ιστορικό.
 - Κερατινώσεις, που σημαίνει ότι το δέρμα έχει πολλές ζημιές. Αυτές οι ζημιές αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του δέρματος.
 - Μεταμόσχευση οργάνου. Το φάρμακο που εμποδίζει το σώμα να απορρίψει το μόσχευμα, αποδυναμώνει το ανοσοποιητικό σύστημα. Ένα αδύναμο ανοσοποιητικό σύστημα αυξάνει τον κίνδυνο.
 - Ακτινοθεραπείες. Η μακράς διαρκείας θεραπεία κάποιας ασθένειας με ακτίνες X αυξάνει επίσης τον κίνδυνο. Αν και παίρνει πολλά χρόνια για να αναπτυχθεί. Αρρώστιες που αποδυναμώνουν το ανοσοποιητικό σύστημα, όπως το λέμφωμα και ο ιός HIV.
 - Xerodermapigmentosum. Τα άτομα που κληρονομούν αυτή τη σπάνια ασθένεια κινδυνεύουν σε μεγάλο βαθμό.
 - Το σύνδρομο Gorlin. Άλλη μία σπάνια ασθένεια που κάνει το άτομο πιο ευάλωτο.
 - Η έκθεση σε χημικές ουσίες όπως το αρσενικό, ο άνθρακας, η βιομηχανική πίσσα.
 - Κάπνισμα: αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου στο δέρμα, στο στόμα ή στο λαιμό (James et al., 2011).
 - Ηλιακή ακτινοβολία
Η μακροχρόνια έκθεση στον ήλιο μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση της νόσου. Συχνότερα παρατηρούνται κρούσματα μεταξύ ανθρώπων που εργάζονται στην ύπαιθρο (αγρότες, οικοδόμοι κλπ)
 - Ιονίζουσα ακτινοβολία
Προσβάλλονται άτομα με χρόνια επαγγελματική έκθεση αλλά και σπανιότερα ασθενείς που έχουν ακτινοβοληθεί για καλοήθεις παθήσεις.
 - Χρόνιος ερεθισμός από φαρμακευτικές ουσίες ή τραύματα και ουλές από επανειλημμένο ερεθισμό.
 - Γενετικοί παράγοντες
 - Λοιμογόνοι παράγοντες
- Ο Καρκίνος του δέρματος μπορεί να αναπτυχθεί στην πρωκτογεννητική περιοχή μετά από μόλυνση από ορισμένα στελέχη του HPV. <https://www.linkedin.com/pulse>

ΥΠΟΠΤΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΑ ΤΑΤΟΥΑΖ

Τον κώδωνα του κινδύνου κρούουν ολοένα και περισσότερες έρευνες που βλέπουν το φως της δημοσιότητας για τις ενδεχόμενες επιπτώσεις στην υγεία, τις οποίες μπορούν να προκαλέσουν τα τατουάζ, κυρίως λόγω των αμφιβόλου ποιότητας και προέλευσης μελανιών που μπορεί να χρησιμοποιούν κάποιοι «επαγγελματίες» του είδους. Κατά καιρούς, επιστημονικές μελέτες έχουν συνδέσει τη δημοφιλή αυτή τεχνική με σειρά ασθeneιών, από απλές δερματολογικές παθήσεις μέχρι και καρκίνο.

- Το μελάνι περιέχει καρκινογόνα σε χαμηλή μεν περιεκτικότητα, αλλά επικίνδυνα. Χημικοί από το εργαστήριο του Εθνικού Κέντρου Τοξικολογικών Ερευνών των ΗΠΑ, έχουν εντοπιστεί χαμηλά επίπεδα των καρκινογόνων ουσιών στο μελάνι τατουάζ. Ο κίνδυνος είναι ο εξής: Το μελάνι που εγχύεται βαθιά κάτω από την επιδερμίδα, προκαλεί το δέρμα να αντιδρά προστατευτικά, συμπυκνώνοντας την χρωστική ουσία ως ξένη μάζα σε πυκνό ινώδη ιστό, ενώ τα υπολείμματα του μελανιού που ξεφεύγουν μέσα στο δέρμα, μεταφέρονται με το αίμα στους γειτονικούς λεμφαδένες.

- Η αφαίρεση αφήνει στο δέρμα μια τοξική χωματερή. Παρά το ότι η αφαίρεση του τατουάζ δεν απαιτεί πλέον χειρουργική εκτομή ή βαθιά τριβή του δέρματος όπως παλιότερα, με αποτέλεσμα να απαιτείται στη συνέχεια, μεταμόσχευση δέρματος, το λέιζερ δεν είναι εντελώς αθώο. Στην καλύτερη περίπτωση μετά από πολύμηνη θεραπεία με λέιζερ, το τατουάζ μπορεί να εξασθενίσει σταδιακά κι αυτό να ακούγεται εύκολο. Όμως, στην πραγματικότητα η διαδικασία αφαίρεσης με λέιζερ, η οποία καταστρέφει τη χρωστική ουσία με καυτή θερμότητα, ενεργοποιεί χημικές αντιδράσεις που δημιουργούν καρκινογόνα με την μετάλλαξη των προϊόντων της διάσπασης του μελανιού, τα οποία στη συνέχεια απορροφώνται από το σώμα. Πρόσφατα, Γερμανοί επιστήμονες ανέφεραν ότι οι συγκεντρώσεις των τοξικών μορίων από κόκκινες και κίτρινες χρωστικές αυξάνεται έως 70 φορές μετά την ακτινοβολία λέιζερ. Και όσο μεγαλύτερο το τατουάζ, τόσο μεγαλύτερη είναι η εκπομπή τοξικών. Αυτό που μένει τελικά στο εσωτερικό του δέρματος, μετά την αφαίρεση αποτελεί μία τοξική χωματερή.

- Κανείς δεν μπορεί να ελέγξει την ποιότητα των μελανιών που χρησιμοποιούνται. Η

Υπηρεσία

Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) της Αμερικής (πόσο μάλλον στην Ελλάδα) δηλώνει ότι δεν μπορεί ελέγξει τη βιομηχανία των τατουάζ. Στην πραγματικότητα, κανείς δεν ξέρει πραγματικά τι ακριβώς περιέχουν τα πολυάριθμα εμπορικά, αλλά και σπιτικά κατασκευασμένα, πολλές φορές, μελάνια. Πολλά περιέχουν επικίνδυνους διαλύτες και μέταλλα, όπως ο μόλυβδος και ο υδράργυρος, αλλά και μια σειρά από ιδιαίτερα επικίνδυνα υλικά για την υγεία, όπως μελάνια για εκτυπωτές ηλεκτρονικών υπολογιστών ή προσμίξεις από χρώμα αυτοκίνητων – τα οποία είναι άκρως απαγορευτικά για έγχυση στο ανθρώπινο δέρμα.

Μια άλλη άποψη. Η μόδα των τατουάζ εξαπλώνεται σταθερά τα τελευταία χρόνια και δεν είναι λίγοι αυτοί που εκφράζουν φόβους για τη συμβολή τους στην ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος. Πολλά από τα μελάνια που χρησιμοποιούνται στα τατουάζ, είναι κατασκευασμένα από μέταλλα. Για παράδειγμα το μπλε μελάνι είναι κατασκευασμένο από κοβάλτιο και αλουμίνιο και το κόκκινο περιέχει θειούχο υδράργυρο. Αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ένα τατουάζ μπορεί να τραυματίσει το δέρμα, ενισχύουν την υποψία για εμφάνιση καρκίνου του δέρματος μετά από την εφαρμογή της δερματοστιξίας. Σύμφωνα με δηλώσεις του Ariel Ostad, βοηθού καθηγητή κλινικής δερματολογίας στο NYU, στους New York Times, το τατουάζ είναι απίθανο να

προκαλέσει οποιαδήποτε βλάβη, καθώς περιορίζεται στα μακροφάγα κύτταρα του δέρματος, των οποίων η «δουλειά» είναι να απορροφούν ξένα υλικά.

3.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ -ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Με τον όρο στοιχειώδεις βλάβες του δέρματος(εξάνθημα) εννοούμε τη θεμελιώδη βλάβη που μπορούμε να διακρίνουμε κλινικά.Το σύνολο των δερματικών βλαβών που υπάρχουν στο δέρμα ενός ατόμου αποτελούν το εξάνθημα.Για την σωστή εξέταση του δέρματος απαιτείται ο ασθενείς να είναι τελείως γυμνός ώστε να εξεταστεί η συνολική επιφάνεια του δέρματος,ενώ το πρωταρχικό μέλημα του εξεταστή είναι να αντιληφθεί το εξάνθημα, πραγμα το οποίο άλλοτε είναι εύκολο και άλλοτε δύσκολο διότι το εξάνθημα μπορεί να έχει τροποποιηθεί από τη χρήση φαρμάκων, το ξύσιμο που πιθανός να υπάρχει ή και τον ατελή φωτισμό.Αν και η οπτική παράσταση είναι το Α και το Ω της δερματολογικής εξέτασης,σημαντικό ρόλο παίζουν και η αφή(η σκληρότατη συσταση ογκιδίου στα άκρα σε παιδί με αποτιτανωμένη κύστη) με την όσφρηση(η χαρακτηριστική οσμή την πλατειών κονδηλωμάτων).

Οι στοιχειώδεις βλάβες του δέρματος είναι πολλές,οι κυριότερες είναι οι

ΚΗΛΙΔΑ

Με τον όρο κηλίδα εννοούμε κάθε περιγραμμένη βλάβη του δέρματος,που παρατηρούμε αλλαγή στο χρώμα του,ενώ όλα τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του παραμένουν φυσιολογικά.Οι κηλίδες μπορεί να είναι μία,λίγες ή πολλές,εντοπισμένες,διάσπαρτες γενικευμένες ,ενώ το χρώμα του ποικίλλει ανάλογα με την αιτία που τις προκαλεί.

ΒΛΑΤΙΔΕΣ

Οι βλατίδες είναι περιγεγραμμένα, συμπαγή επάρματα χωρίς υγρό, ποικίλου μεγέθους, από κεφαλή καρφίτσας μέχρι 1 εκατοστό. Μπορεί να είναι οξυτενείς, στρογγυλές, κωνικές, αποπλατυσμένες, ή ομφαλωτές και να εμφανίζονται λευκωπές (όπως στα κέγγρια), ερυθρές (όπως στο έκ-ζεμα), κιτρινωπές (όπως στα ξανθώματα), η μελανές (όπως στο μελάνωμα).Η σύσταση τους μπορεί να είναι μαλακή ή σκληρή. Στην περίπτωση που καλύπτονται από λέπια είναι γνωστές ως λεπίδωδεις βλατίδες.Μερικές βλατίδες είναι διακριτές και εμφανίζουν ανώμαλη κατανομή, όπως στη βλατιδώδη κνίδωση, ενώ άλλες είναι ομαδοποιημένες, όπως στον στιλπνό λειχήνα. Μερικές παραμένουν ως βλατίδες, ενώ οι φλεγμονώδεις τύποι μπορεί να εξελιχθούν σε φυσαλίδες ή ακόμη και φλύκταινες ή μπορεί να διαβρωθούν η να εξελκωθούν προτού λάβει χώρα η υποστροφή. <http://www.healthyliving.gr/2015/10/10/derma-khlides-vlatides-pomfoi-flykatines-ekdores-ozidio/>

ΠΟΜΦΟΙ

Οι πομποί είναι παροδικές, οιδηματώδεις υπεργέρσεις ποικίλου μεγέθους που μοιάζουν με οροπέδιο. Έχουν συνήθως ωοειδές ή τοξοειδές περίγραμμα, λευκού ή κόκκινου χρώματος και περιβάλλονται από μια άλω κηλιδώδους ερυθήματος. Μπορεί να είναι διακριτοί ή να συρρέουν.Οι βλάβες αυτές συχνά αναπτύσσονται ταχέως. Επειδή ο πομός είναι η

χαρακτηριστική βλάβη της κνίδωσης, οι παθήσεις, όπου προεξάρχουν οι πομποί περιγράφονται συχνά ως “κνιδωτικές” (π.χ. κνιδωτική αγγειίτιδα). Μερικές φορές παρατηρείται δερμογραφισμός ή ανάπτυξη πομφών εκ πίεσεως.

ΟΖΙΔΙΑ

Τα οζίδια μπορεί μορφολογικά να είναι παρόμοια με τις βλατίδες αλλά έχουν διάμετρο μεγαλύτερη από 1 εκατοστό. Εμφανίζονται σαν υποδόριοι σχηματισμοί,ερυθρωποί,επώδυνοι στην πίεση και εξελίσσονται και υποχωρούν χωρίς να αφήνουν ουλές.Συνήθως εντοπίζονται στις κνήμες.

ΦΥΜΑΤΑ

Δερματικοί σχηματισμοί κιτρινόφαιοι μικροί σε μέγεθος που αφήνουν ουλή όταν υποχωρούν.Όταν συνενώνονται δημιουργούν εκτεταμένες φυματιώδεις βλάβες.Παρατηρούνται στον φυματώδη λύκο,νόσο του Hansen,σαρκοειδωση,τριτόγονη σύφιλη,εν τω βάθου μυκητιάσεις.

ΚΟΜΜΙΩΜΑΤΑ

Υποδόριοι δερματικοί σχηματισμοί που εξελίσσονται σε 4 φάσεις:σχηματισμός,μαλάκυνση,έλκωση,επούλωση.Στην επούλωση τους αφήνουν ουλές.Χαρακτηρίζονται από κοιλότητες που περιέχουν υγρό.

ΦΥΣΑΛΙΔΕΣ

Οι φυσαλίδες είναι περιγεγραμμένα, επιδερμικά επάρματα μεγέθους 1 έως 10 χιλιοστά που περιέχουν υγρό. Μπορεί να έχουν ωχρή ή κιτρινωπή χροιά οφειλόμενη στο ορώδες εξίδρωμα ή ερυθρή εξαιτίας της ανάμιξης του αίματος με τον ορό. Η κορυφή μπορεί να είναι στρογγυλή, οξύαιχμη ή ομφαλωτή,όπως στο ερπητικό έκζεμα.Οι φυσαλίδες είναι διακριτές, ανομοιόμορφα διάσπαρτες, ομαδοποιημένες όπως στον έρπητα ζωστήρα, ή γραμμοειδείς όπως στην αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής από urushiol (δηλητηριώδης κισσός/δρυς). Είναι δυνατόν να αναπτυχθούν απευθείας στο δέρμα ή εξορμώνται από μια κηλίδα ή βλατίδα. Χάνουν κατά κανόνα τη χαρακτηριστική τους εικόνα σε βραχύ χρονικό διάστημα εφόσον είτε ρήγνυνται αυτομάτως, είτε μεταπίπτουν σε πομφόλυγες μετά από συρροή ή μεγέθυνση ή μετατρέπονται σε φλύκταινες. Όταν το περιεχόμενο έχει οροπυώδη χαρακτήρα, οι βλάβες είναι γνωστές ως φυσαλιδοφλύκταινες. Οι φυσαλίδες αποτελούνται είτε από μία μόνο κοιλότητα (μονόχωρες) ή από διάφορα διαμερίσματα (πολύχωρες) που περιέχουν υγρό.

ΦΛΥΚΤΑΙΝΕΣ

Οι φλύκταινες είναι μικρά επάρματα της επιδερμίδας που περιέχουν πυώδες υλικό (συνήθως νεκρωτικά φλεγμονώδη κύτταρα). Έχουν παρόμοιο σχήμα με τις φυσαλίδες και συνήθως περιβάλλονται από φλεγμονώδη άλω. Το κέντρο τους είναι τις περισσότερες φορές λευκωπό ή κιτρινωπό αλλά μπορεί να είναι και ερυθρό αν υπάρχει και αιματηρό περιεχόμενο. Μπορεί από την αρχή να ξεκινούν ως φλύκταινες ή να αποτελούν την τελική κατάληξη βλατίδων ή

φυσαλίδων, περνώντας από μεταβατικά πρώιμα στάδια, κατά τα οποία οι βλάβες αυτές είναι γνωστές με τον όρο βλατιδοφλύκταινες ή φυσαλιδοφλύκταινες.

ΕΦΕΛΚΙΔΕΣ

Οι εφελκίδες αποτελούνται από αποξηραμένο ορό, πύον ή αίμα, που συνήθως είναι αναμεμιγμένα με επιθηλιακά και μερικές φορές βακτηριακά νεκρικά υπολείμματα. Ποικίλουν εξαιρετικά σε μέγεθος, πάχος, σχήμα και χροιά, ανάλογα με την προέλευση, τη σύσταση και τον όγκο τους. Μπορεί να είναι ξηρές, χρυσοκίτρινης χροιάς, μαλακής συστάσεως, εύθρυπτες και επιφανειακές, όπως στο μολυσματικό κηρίο, κιτρινωπές, όπως στον άχωρα, παχιές, σκληρής συστάσεως και τραχιές, όπως στα εγκαύματα τρίτου βαθμού ή πεταλιοειδείς, επηρμένες, καστανόχροες, μελανές ή πρασινωπές μάζες, όπως στην όψιμη σύφιλη.

ΛΕΠΙΑ

Τα λέπια είναι ξηρές ή λιπαρές φυλλώδεις μάζες κερατίνης. Το σώμα κανονικά αποβάλλει διαρκώς ανεπαίσθητα μικροσκοπικά λεπτά συντρίμματα κερατίνης στιβάδας. Όταν ο σχηματισμός των επιδερμικών κυττάρων είναι ταχύς ή η λειτουργία της φυσιολογικής κερατινοποίησης έχει διαταραχθεί με παθολογικά αποτελέσματα αποφολίδωσης, δημιουργούνται τα λέπια. Αυτά ποικίλλουν σε μέγεθος, μερικά είναι λεπτά και πιτυρώδη, όπως στην ποικιλόχρου πιτυρίαση, άλλα είναι τραχύτερα, όπως στο έκζεμα και την ιχθύαση, ενώ άλλα είναι στρωματοποιημένα, όπως στην ψωρίαση.

ΔΙΑΒΡΩΣΕΙΣ

Η απώλεια όλων των τμημάτων της επιδερμίδας μόνο, όπως λόγου χάρη συμβαίνει στο μολυσματικό κηρίο ή τον έρπητα ζωστήρα ή τον απλό έρπητα μετά από τη ρήξη των φυσαλίδων, προκαλεί μια διάβρωση. Η βλάβη αυτή μπορεί ή όχι να εφελκιδοποιηθεί αλλά επουλώνεται χωρίς να αφήνει ουλή.

ΡΑΓΑΔΕΣ

Γραμμοειδής λύση της συνέχειας του επιθηλίου συχνά και επιφανιακού δέρματος, που δημιουργούνται και στα όρια του δέρματος και βλεννογόνου. Εμφανίζονται ξηρές ή έφυγρες, ερυθρές, ευθείες ή καμπυλωτές, ανώμαλες ή διακλαδιζόμενες. Όταν το δέρμα είναι ξηρό, η έκθεση στο ψύχος, τον αέρα, το νερό και τα προϊόντα καθαρισμού (σαπούνι, απορρυπαντικά) μπορεί να προκαλέσει αίσθημα νυγμών και καύσου που υποδηλώνει την παρουσία μικροσκοπικών ραγάδων. Η κατάσταση αυτή είναι γνωστή ως σκάσιμο, όπως “σκάσιμα χείλη”. Συνήθως είναι επώδυνες.

ΕΚΔΟΡΑ

Γραμμοειδής λύση της συνέχειας του δέρματος. Ίωνται χωρίς ουλή, αφήνοντας παροδική μελαγχρωση.

ΑΤΡΟΦΙΑ

Λέπτυνση του δέρματος που μπορεί να αφορά μόνο την επιδερμίδα ή και το χόριο. Το δέρμα εμφανίζεται λείο με μεταβολές του φυσιολογικού του χρώματος.

ΟΥΛΕΣ

Οι ουλές δημιουργούνται από νεοπαραγόμενο συνδετικό ιστό, ο οποίος αντικατέστησε στο χόριο ή τα βαθύτερα τμήματα τη θεμέλια ουσία που χάθηκε εξαιτίας τραυματισμού ή πάθησης, ως μέρος της φυσιολογικής επανορθωτικής λειτουργίας. Το μέγεθος και το σχήμα τους καθορίζονται από τη μορφή της προηγηθείσας βλάβης. Η ουλοποίηση αποτελεί χαρακτηριστική εξέλιξη συγκεκριμένων φλεγμονωδών εξεργασιών, ως εκ τούτου έχει μεγάλη διαγνωστική αξία. Ο τύπος της ουλοποίησης μπορεί να είναι χαρακτηριστικός κάποιας ειδικής πάθησης. Οι ουλές μπορεί να είναι λεπτές και ατροφικές, ή τα ινώδη στοιχεία να αναπτυχθούν μέσα σε νεοπλαστικές υπερτροφίες, όπως στα χηλοειδή. Μερικά άτομα και ορισμένες περιοχές του σώματος, όπως είναι το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην ανάπτυξη ουλών.

ΌΓΚΟΙ

Οι όγκοι είναι ευκίνητες ή σταθερές μάζες ποικίλων μεγεθών ή σχημάτων (αλλά κατά κανόνα διαμέτρου μεγαλύτερης των 2 cm), που έχουν μαλακή ή σκληρή σύσταση. Η γενική χρήση υπαγορεύει ότι ο όρος “όγκος” σημαίνει νεόπλασμα (καρκίνος). Μπορεί να είναι υπεργεμένοι ή εν τω βάθει κείμενοι και σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι μισχωτοί (ινώματα). Οι όγκοι έχουν την τάση να είναι στρογγυλοί. Η σύσταση τους εξαρτάται από τα στοιχεία της βλάβης. Μερικοί όγκοι παραμένουν στάσιμοι επ’ αόριστον, ενώ άλλοι αυξάνονται σε μέγεθος ή ρήγνυται.

ΕΛΚΗ

Τα έλκη είναι εκσκαφές στρογγυλού ή ακανόνιστου σχήματος που προκύπτουν από την πλήρη απώλεια της επιδερμίδας και ενός τμήματος του χορίου. Ποικίλλουν σε διάμετρο και κυμαίνονται από μερικά χιλιοστά έως αρκετά εκατοστά. Μπορεί να είναι αβαθή, και να εκτείνονται ελάχιστα πιο κάτω από την επιδερμίδα, όπως στην δυστροφική πομφολυγώδη επιδερμόλυση. Τα έλκη αφήνουν ουλή.

ΟΙ ΣΠΙΛΟΙ (ΕΛΙΕΣ)

Υπάρχουν ελιές (συγγενείς μελαχρωματικοί σπίλοι) γιγάντιων διαστάσεων που πρέπει να αφαιρεθούν το συντομότερο, γιατί έχουν αρκετά μεγάλη πιθανότητα να εξελιχθούν σε κακοήθειες. Υπάρχουν άλλες που προκαλούν σοβαρά αισθητικά ή και λειτουργικά προβλήματα (όπως μια ελιά που καταλαμβάνει ένα μέρος του βλεφάρου). Ωστόσο, όμορφες ή άσχημες οι ελιές πρέπει να παρακολουθούνται πάντα με προσοχή. Τα άτομα που έχουν πολλές ελιές έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν μελάνωμα.

Οι πρώτες ενδείξεις ότι μια δερματική αλλοίωση (ελιά) εξελίσσεται σε μελάνωμα είναι:

- Ασυμμετρία ή ανώμαλα όρια της περιοχής
- Αιμορραγία ή δημιουργία κρούστας
- Αλλαγή χρώματος
- Διάμετρος περιοχής περισσότερο από έξι χιλιοστά

- Φούσκωμα μιας ελιάς που παλιότερα ήταν επίπεδη.

Σε κάθε περίπτωση πρέπει να ελέγχεται από τον ιατρό. Θα ακολουθήσει βιοψία. Η ελιά αφαιρείται σε βάθος σε μια μικρή επέμβαση που γίνεται με τοπική αναισθησία. Μετά εξετάζεται ιστολογικά και ανάλογα με τα αποτελέσματα της εξέτασης αποφασίζεται η κατάλληλη θεραπεία. Στα πρώτα στάδια αρκεί η χειρουργική αφαίρεση της ύποπτης περιοχής. Σε επόμενα στάδια, ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να χορηγηθεί χημειοθεραπεία ή να απαιτηθεί ακτινοθεραπεία (ακτινοβολίες). (Stephen Carroll & Tony Smith, 1995)

Συγκεκριμένα, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του δέρματος οι λευκοί με περισσότερους από 50 κοινούς μελαγχρωματικούς σπίλους. Υψηλές πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του δέρματος έχουν και άτομα με γιγάντιες, ακανόνιστες ελιές (δυσπλαστικούς σπίλους) που εκτίθενται συνεχώς στην υπεριώδη ακτινοβολία. Συμεωνίδης, Κ. (2013). Ενώ ο κίνδυνος αυξάνεται 6 φορές περισσότερο με την παρουσία πέντε άτυπων σπίλων. (Gandini, S., Autier, P., & Boniol, M., 2011). Η περιποίηση του δέρματος γίνεται με μια σειρά πράξεις και παραλείψεις. Η υγιεινή διατροφή και η κατανάλωση άφθονου νερού βοηθούν στη διατήρηση της λάμψης και της ελαστικότητας του δέρματος. Η πολύωρη έκθεση στον ήλιο χωρίς την κατάλληλη προστασία μπορεί να προκαλέσει γήρανση, εγκαύματα αλλά και καρκίνο του δέρματος. (Stephen Carroll & Tony Smith, 1995).

3.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για τη διάγνωση του μελανώματος μας βοηθά ο «χρυσός» κανόνας της αυτοεξέτασης, ή αλλιώς κανόνας «ABCDE». Ο κανόνας αυτός στηρίζεται στα εξής χαρακτηριστικά:

- Asymmetry: ασυμμετρία στο σχήμα ή το χρώμα – το μισό μιας ελιάς δεν ταιριάζει με το υπόλοιπο μισό.
- Border: ακανόνιστα ή ασαφή όρια.
- Color: μπορεί να εμφανίζει διαφορετικά χρώματα και συνήθως υπερτερούν το κόκκινο, το μαύρο ή το καφέ
- Diameter: η διάμετρος του μελανώματος συνήθως ξεπερνά τα 6 χιλιοστά, αλλά ενδέχεται να είναι και μικρότερο.
- Evolving: με την πάροδο του χρόνου η ελιά μεταλλάσσεται και αλλάζει σχήμα, μέγεθος ή χρώμα.

Έχοντας κατά νου τα 5 σημάδια του μελανώματος καθίσταται ευκολότερη η έγκαιρη αναγνώρισή του. Παρόλα αυτά, η ύπαρξη των παραπάνω σημείων δεν αποτελεί απόδειξη ύπαρξης μελανώματος.

Η διάγνωση του καρκίνου του δέρματος μπορεί να γίνει με την αφαίρεση τμήματος ή ολόκληρης της δερματικής αλλοίωσης και την εξέταση των κυττάρων της στο μικροσκόπιο (βιοψία). Η ιστολογική εξέταση αποτελεί τη βάση για τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του δέρματος. Ειδικές χρώσεις ανοσοϊστοχημείας μπορεί να εφαρμοστούν συμπληρωματικά της κλασικής ιστολογικής εξέτασης για τη διαφοροδιάγνωση του καρκίνου του δέρματος και του μελανώματος. Επίσης στη διάγνωση βοηθά και η δερματοσκόπηση – χαρτογράφηση με την οποία στην ψηφιακή κάμερα απεικονίζονται τα ειδικά χαρακτηριστικά του βασικοκυτταρικού, ακανθοκυτταρικού καρκινώματος και μελανώματος.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το ίδιο το άτομο να κάνει τοπική αυτοεξέταση του δέρματος, ιδίως σε σημεία που εκτίθενται περισσότερο στην ηλιακή ακτινοβολία ή όπου υπάρχουν ελιές. Θα πρέπει να δίνεται προσοχή σε σημεία που δεν είναι άμεσα ορατά στο άτομο, αλλά είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στον καρκίνο του δέρματος όπως είναι το τριχωτό της κεφαλής, οι παλάμες, τα πέλματα, τα γεννητικά όργανα και τα νύχια. Ο καλύτερος τρόπος αυτοεξέτασης είναι η επισκόπηση μπροστά σε έναν ολόσωμο καθρέφτη και η αναγνώριση βλαβών στα λιγότερο εμφανή σημεία του σώματός σας.

<https://www.cosmeticdermamedicine.gr/%CF%83%CF%85%CF%87%CE%BD%CE%AC-%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B2%CE%BB%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1/%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82/>

3.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση(την πιθανότητα ανάρρωσης) και τις επιλογές θεραπείας.

Η πρόγνωση για το πλακώδες καρκίνωμα του δέρματος εξαρτάται κυρίως από τα παρακάτω:

- Στάδιο του καρκίνου
- Εάν ο ασθενής είναι ανοσοκατασταλμένος
- Εάν ο ασθενής καπνίζει..
- Την γενική κατάσταση υγείας του ασθενή

Οι επιλογές για την θεραπεία για το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα και το πλακώδες καρκίνωμα εξαρτώνται από τα παρακάτω:

- Το είδος του καρκίνου
- Το στάδιο του καρκίνου ,για το πλακώδες καρκίνωμα
- Το μέγεθος του καρκίνου και ποιο μέρος του σώματος προσβάλλει.
- Την γενική κατάσταση υγείας του ασθενή <https://www.cancer.gov/types/skin/patient/skin-treatment-pdq>

3.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Ο καρκίνος του δέρματος είναι ένα ιάσιμο νόσημα που κάτω από κάποιες προϋποθέσεις το ποσοστό ίασης φτάνει το 100 %.Οι προϋποθέσεις αυτές είναι :

-Η έγκαιρη προσέλευση.

- Καθώς μεγάλα. ελκώδη ή ογκώδη καρκινώματα του δέρματος έχουν μειωμένο ποσοστό ίασης. Επίσης τα καρκινώματα αυτά λόγω των εκτεταμένων τοπικών καταστροφών αφήνουν πολύ δύσμορφες ουλές οι οποίες σε ποσοστό πλέον 90 % εντοπίζονται στο πρόσωπο, δημιουργώντας έτσι έντονο αισθητικό πρόβλημα.

-Κατάλληλη επιλογή της θεραπείας.

- Η επιλογή γίνεται ανάμεσα στη χειρουργική αντιμετώπιση και την ακτινοθεραπεία. Στην λήψη της απόφασης για το είδος της θεραπείας συμμετέχουν δερματολόγος, χειρουργός και

ακτινοθεραπευτής, Οι οποίοι πέραν από την ίαση του καρκίνου λαμβάνουν υπόψη και άλλους παράγοντες όπως την ηλικία του πάσχοντος, δαπάνη θεραπείας και το αισθητικό αποτέλεσμα.

-Σωστή εφαρμογή της επιλεγείσας θεραπείας

- Μία κακή και ανεπαρκής χειρουργική αφαίρεση ή μια κακή ακτινοθεραπευτική τεχνική έχει ως αποτέλεσμα την υποτροπή της νόσου, το οποίο μετατρέπει το πρόβλημα της ίασης του καρκίνου από απλό σε σύνθετο.
- Επίσης σε ειδικά ογκολογικά κέντρα και σε περιπτώσεις καρκινωμάτων του δέρματος σε προχωρημένα στάδια, τα οποία έχουν διηθήσει μεγάλες μάζες εν τω βάθει ιστών, μπορεί να εφαρμοστεί συνδυασμός χειρουργικής και ακτινοθεραπείας, με την ακτινοθεραπεία να προηγείται της χειρουργικής, κάνοντας τον όγκο ευχερέστερα χειρουργήσιμο.

3.7.1 ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Κύριες θεραπείες:
 - Χημειοθεραπεία.
 - Ακτινοθεραπεία.
 - Χειρουργική.
- Ερευνητικές θεραπείες:
 - Ανοσοθεραπεία.
 - Ολική υπερθερμία του σώματος.
 - Θεραπεία με άλφα-ιντερφερόνη.
 - Ακτινοθεραπεία κατά την εγχείρηση.
 - Φωτοδυναμική θεραπεία.

(Barbara Engram, 1995)

3.7.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Ακτινοθεραπεία στους κακοήθεις όγκους είτε ακολουθεί συμπληρωματικά τη χειρουργική επέμβαση είτε εφαρμόζεται ευθύς εξ αρχής ως ριζική θεραπεία σε περιστατικά, που κρίνονται ανεγχείρητα. Γενικότερα η ΑΚΘ προτιμάται έναντι της χειρουργικής σε βλάβες, >2cm διηθητικές, σε περιοχές με πολλαπλές βλάβες και σε ακανθοκυτταρικά καρκινώματα που δεν έχουν εξαιρεθεί επί υγιών ορίων. <https://www.linkedin.com/pulse/%CE%BF-%CF%81%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CF%83-%CF%84%CE%B7%CF%83-%CE%B1%CE%BA%CF%84%CE%B9%CE%BD%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%83-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD--%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%84%CF%89%CF%80%CE>

<https://www.linkedin.com/pulse/%CE%BF-%CF%81%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CF%83-%CF%84%CE%B7%CF%83-%CE%B1%CE%BA%CF%84%CE%B9%CE%BD%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%83-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD--%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%84%CF%89%CF%80%CE>

[%B9%CF%83%CE%B7-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%BF%CF%85-%CE%B3%CE%B9%CF%8E%CF%81%CE%B3%CE%BF%CF%82](#)

Παραμένει η μοναδική θεραπεία για καλοήθεις όγκους μικρού μεγέθους, που εντοπίζονται σε εξαιρετικά κεντρικές (δύσβατες) περιοχές του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού. Με τη σύγχρονη Ακτινοθεραπεία χορηγούνται υψηλές δόσεις ακτινοβολίας στον όγκο-στόχο με αντίστοιχα χαμηλή διάχυση ακτινοβολίας στον γειτονικό υγιή νευρικό ιστό με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται υψηλό ποσοστό τοπικού ελέγχου της νόσου, αλλά και χαμηλό ποσοστό παρενεργειών. Οι ασθενείς αξιολογούνται και εφαρμόζεται η καταλληλότερη μορφή Ακτινοθεραπείας, που μπορεί να είναι η 3D Conformal, η IMRT ή ακόμη και πιο ειδικές τεχνικές Ακτινοθεραπείας υψηλής ακρίβειας, όπως η Ακτινοχειρουργική, Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία και η Ακτινοθεραπεία Πρωτονίων.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ακτινοβολία εστιάζεται στον όγκο από μία πηγή έξω από το σώμα, που είναι ένα εξειδικευμένο μηχάνημα. Αυτή η μορφή Ακτινοθεραπείας ονομάζεται «Εξωτερική Ακτινοθεραπεία» (External Radiotherapy). Αυτό το είδος της θεραπείας πραγματοποιείται συνήθως με ακτινοβολία X που παράγεται από ειδικά μηχανήματα, τους γραμμικούς επιταχυντές, σαν να υποβάλλεται ο ασθενής σε μια ακτινογραφία, αλλά η ενέργεια και η δόση ακτινοβολίας είναι πολύ υψηλότερη. Πριν ξεκινήσουν οι θεραπείες, προηγείται ο σχεδιασμός της Ακτινοθεραπείας (Treatment Planning) ο οποίος θα καθορίσει την κατεύθυνση των δεσμών ακτινοβολίας που θα στοχεύσουν τον «όγκο-στόχο» αλλά και τη σωστή δόση της ακτινοβολίας που θα χορηγηθεί. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η συνολική δόση ακτινοβολίας υποδιαιρείται σε καθημερινά κλάσματα (συνήθως δίνεται από Δευτέρα έως Παρασκευή) επί αρκετές εβδομάδες. Σε κάθε συνεδρία, ο ασθενής τοποθετείται στο κρεβάτι της ειδικής μηχανής που τον ακτινοβολεί από ακριβείς γωνίες. Η θεραπεία δεν είναι επώδυνη. Κάθε συνεδρία διαρκεί περίπου από 10 έως 30 λεπτά. Μεγάλο μέρος αυτού του χρόνου δαπανάται για να διασφαλίζουμε καθημερινά τη μέγιστη ακρίβεια στην στόχευση της ακτινοβολίας στον «όγκοστόχο». Ο πραγματικός χρόνος ακτινοβολήσης κάθε ημέρα είναι πολύ μικρότερος.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εκλογή της καταλληλότερης ακτινοθεραπευτικής μεθόδου είναι:

- Η θέση του όγκου

Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ποια ακτινοθεραπευτική μέθοδος θα χορηγήσει ομοιόμορφη κατανομή της δόσης στον όγκο, ενώ παράλληλα θα προκαλέσει την μικρότερη δυνατή βλάβη στους ιστούς.

-Η εν τω βάθει διήθηση του όγκου

Η σωστή εκτίμηση της διήθησης της βλάβης έχει μεγάλη σημασία για την επιλογή της ακτινοθεραπευτικής μεθόδου. Σε επιπολής καρκινώματα του δέρματος είναι επαρκής η μαλακή ακτινοβολία, ενώ σε καρκινώματα με διήθηση στους εν τω βάθου ιστούς απαιτείται σκληρότερη ποιότητα ακτινοβολίας.

-Η έκταση του όγκου

Σε εκτεταμένα καρκινώματα του δέρματος όσο και αν εντοπίζονται επιπολής αναγκαζόμαστε να χρησιμοποιήσουμε σκληρότερη ακτινοβολία, διότι αλλιώς γίνεται ταχεία πτώση της δόσης στην περιφέρεια της βλάβης με συνέπεια την αποτυχία της θεραπείας.

Οι τεχνικές και τα είδη ακτινοθεραπείας

<http://neurooncology.gr/%CE%B1%CE%BA%CF%84%CE%B9%CE%BD%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%B9%CF%82.html>

-Η 3D-CRT χρησιμοποιεί τα αποτελέσματα απεικονίσεων όπως η Αξονική Τομογραφία (CT) και η Μαγνητική Τομογραφία (MRI) και ειδικά software σχεδιασμού για να καθορίσει τη θέση του όγκου με ακρίβεια. Πολλές δέσμες ακτινοβολίας στοχεύουν τον «όγκο-στόχο» από διαφορετικές κατευθύνσεις αφού πρώτα διαμορφώνονται σύμφωνα με το σχήμα του (beam-shaped). Οι δέσμες συγκλίνουν στον «όγκο-στόχο» για να δώσουν την απαιτούμενη υψηλή δόση ακτινοβολίας εκεί ενώ ταυτόχρονα η κάθε δέσμη ξεχωριστά μόνη της μεταφέρει χαμηλότερη δόση ακτινοβολίας, γεγονός που την καθιστά λιγότερο βλαπτική για τους περιβάλλοντες υγιείς ιστούς

-Intensity modulated radiation therapy (IMRT): Η IMRT είναι μια προηγμένη μορφή θεραπείας 3D που εκτός από την διαμόρφωση και την σύγκλιση των πολλαπλών δεσμών ακτινοβολίας χρησιμοποιεί και την μεταβολή της έντασης τους. Το αποτέλεσμα είναι η δυνατότητα χορήγησης ακόμα μεγαλύτερης δόσης ακτινοβολίας στον «όγκο στόχο» με ταυτόχρονο περιορισμό της δόσης στους πιο ευαίσθητους φυσιολογικούς ιστούς (organ at risk). Σε αντίθεση με την 3D όλος ο σχεδιασμός της θεραπείας IMRT πραγματοποιείται από εξελιγμένα software (inverse planning) αφού πρώτα η ομάδα Ακτινοθεραπείας καθορίσει τις απαιτήσεις και τους περιορισμούς στις δόσεις (constraints).

-Image guided radiation therapy (IGRT): Η IGRT είναι η μορφή θεραπείας που αποτελεί την βάση της σύγχρονης ακτινοθεραπείας. Καταδεικνύεται και επιβεβαιώνεται η περιοχή που επιθυμούμε να λάβει την προγραμματισμένη ακτινοβολία έτσι ώστε να είμαστε σίγουροι πως ακτινοβολείται αυτό που στοχεύουμε στο πλάνο θεραπείας μας. Υπάρχουν διαφορετικοί εξοπλισμοί IGRT, που επιβεβαιώνουν και καθοδηγούν τις δέσμες ακτινοβολίας χρησιμοποιώντας διαφορετικές μεθόδους και τεχνικές: άλλοι χρησιμοποιούν 2D και άλλοι 3D απεικονίσεις. Άλλοι είναι ενσωματωμένοι στον γραμμικό επιταχυντή (On Board Imaging – OBI) και άλλοι στο δωμάτιο θεραπείας (Room-based). Άλλοι ελεγχουν την θέση θεραπείας του ασθενή πριν την έναρξη της θεραπείας και άλλοι και κατά τη διάρκεια της (real time imaging). Το αποτέλεσμα είναι η δυνατότητα χορήγησης ακόμα μεγαλύτερης δόσης ακτινοβολίας στον «όγκο-στόχο» με ταυτόχρονο περιορισμό της δόσης στους πιο ευαίσθητους φυσιολογικούς ιστούς (organ at risk). Συνδυάζεται με όλες τις μορφές Ακτινοθεραπείας που αναφέρονται, την 3D-Conformal, την IMRT και την Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική.

Protontherapy (Ακτινοθεραπεία με Πρωτόνια): Η ακτινοθεραπεία με δέσμη πρωτονίων χρησιμοποιεί ακτίνες πρωτονίων αντί για δέσμες ακτίνων X (φωτόνια). Τα πρωτόνια είναι θετικά φορτισμένα σωματίδια και σε αντίθεση με τις ακτίνες X που απελευθερώνουν ενέργεια τόσο πριν

όσο και μετά την πρόσκρουση τους στον «όγκο- στόχο» τους, τα πρωτόνια αφήνουν όλη την ενέργειά τους σε συγκεκριμένη απόσταση μέσα στον «όγκο- στόχο» (καμπύλη Bragg-peak) επιβαρύνοντας στο ελάχιστο τους γύρω υγιείς ιστούς. Οι γιατροί μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτή την ιδιότητα για να χορηγήσουν την μεγαλύτερη δόση ακτινοβολίας στον «όγκο-στόχο» με ταυτόχρονο περιορισμό της δόσης στους πιο ευαίσθητους φυσιολογικούς ιστούς. Οι δόσεις αυτές είναι αδύνατον να επιτευχθούν με οποιαδήποτε μορφής ακτινοβολίας X (φωτόνια). Η ακτινοθεραπεία πρωτονίων χρησιμοποιείται κυρίως στους όγκους της βάσης του κρανίου (skull-base) και σε παρασπονδυλικούς όγκους στους οποίους απαιτούνται μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας (όπως χορδώματα, χονδροσαρκώματα, κακοήθη μηνιγγιώματα), δόσεις που δεν ανεκτές από τα γεινιάζοντα όργανα σε κίνδυνο (οπτικό χίασμα, οπτικά νεύρα, στέλεχος). Υπάρχουν ελάχιστα κέντρα πρωτονίων σε όλο τον κόσμο αλλά τα τελευταία χρόνια πολλαπλασιάζονται

- Stereotactic Radiosurgery – SRS (Στερεοτακτική ακτινοχειρουργική): Αυτό το είδος της θεραπείας χορηγεί μια μεγάλη δόση ακτινοβολίας με την μέγιστη ακρίβεια (1mm>) στην περιοχή του όγκου σε μια μόνο συνεδρία (ακτινοχειρουργική). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όγκους του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με χειρουργική επέμβαση είτε λόγω της θέσης του όγκου, είτε λόγω της έκτασης του. Χρησιμοποιείται επίσης σε περιπτώσεις επανακτινοβολήσης (re-irradiation) μετά από τοπική υποτροπή της νόσου. Επίσης σε ασθενείς που δεν είναι κατάλληλοι για χειρουργική επέμβαση λόγω συνοδού παθολογίας ή σε ασθενείς που απλά δεν επιθυμούν να χειρουργηθούν. Η μέγιστη ακρίβεια της θεραπείας εξασφαλίζεται είτε με την στερέωση του κρανίου σε ένα πλαίσιο (frame), είτε με την χρήση εξατομικευμένων θερμοπλαστικών μασκών και παρακολούθησης της θέσης θεραπείας σε πραγματικό χρόνο με σύγχρονα απεικονιστικά συστήματα καθ' όλη την διάρκεια θεραπείας

3.7.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία είναι ένα είδος θεραπείας του καρκίνου που χρησιμοποιεί φάρμακα για να σταματήσει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, είτε σκοτώνοντας τα κύτταρα είτε σταματώντας την διαίρεση τους. Όταν η χημειοθεραπεία λαμβάνεται από το στόμα είτε ενέσημα από τις φλέβες ή τους μύς, τα φάρμακα εισέρχονται στη κυκλοφορία του αίματος και μπορούν να φτάσουν στα καρκινικά κύτταρα σε όλη την έκταση του σώματος. Όταν η χημειοθεραπεία τοποθετείται απευθείας στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, σε ένα όργανο ή σε μια σωματική κοιλότητα όπως η κοιλιά, τα φάρμακα επιρρεάζουν τα καρκινικά κύτταρα μόνο σε αυτές τις περιοχές.

Η χημειοθεραπεία για το καρκίνωμα των βασικών κυττάρων, το πλακώδες καρκίνωμα του δέρματος και την ακτινική κεράτωση είναι συνήθως τοπική (τοποθετείται στο δέρμα σε μορφή κρέμας ή λοσιον). Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η χημειοθεραπεία εξαρτάται από την κατάσταση που θεραπεύεται. Η τοπική φθοριοουρακίλη (5-FU) χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του καρκινώματος των βασικών κυττάρων. https://www.cancer.gov/types/skin/patient/skin-treatment-pdq#section/_59

3.7.3.1 ΑΚΤΙΝΙΚΕΣ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΕΙΣ

Η ακτινική υπερκεράτωση οφείλεται στην ανάπτυξη ακατάστατων ομάδων κερατινοκυττάρων στην επιδερμίδα. Γενικά εκδηλώνεται στο δέρμα, κυρίως στο ανοιχτόχρωμο, που εκτίθεται συστηματικά στον ήλιο επί μακρό χρονικό διάστημα, όπως στο δέρμα του προσώπου, των αυτιών, της ράχης, της άκρας χείρας και της κεφαλής στους άνδρες με αραιή τριχοφυΐα. Η ακτινική υπερκεράτωση είναι πολύ συχνή- το 1/3 των περιπτώσεων ή περισσότερο των ανοιχτόχρωμων ανθρώπων άνω των 60 ετών αναπτύσσουν τέτοιου είδους βλάβες, κυρίως αν ζουν σε ηλιόλουστες περιοχές. Οι βλάβες αυτές συνήθως έχουν διάμετρο μικρότερη από ένα εκατοστό του μέτρου και είναι κοκκινωπές ή καφέ, φολιδωτές ή σκληρές, και προκαλούν ένα αίσθημα δυσφορίας όταν τις κτυπήσει κανείς. Μερικές φορές είναι πιο εύκολο να αισθανθεί κάποιος την υπερκεράτωση παρά να την δει. Μπορείτε να την ελέγξετε διατρέχοντας με τις άκρες των δακτύλων σας ή την παλάμη σας το δέρμα σας, θα αισθανθείτε κάποια σκληρή περιοχή σε σχέση με το φυσιολογικό δέρμα. Βέβαια, η σκλήρυνση του δέρματος μπορεί να έχει κι άλλες αιτίες, αλλά κάθε επίμονη σκληρή περιοχή στα εκτεθειμένα στον ήλιο τμήματα του σώματος μπορεί να αποτελεί ακτινική υπερκεράτωση.

Η υπερκεράτωση ενδέχεται να αποτελέσει πρόδρομη βλάβη του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος, αλλά στην πράξη αυτό συμβαίνει σπάνια. Υπάρχουν κάποιες (λίγες) διαφωνίες μεταξύ των γιατρών για το αν η θεραπεία της ακτινικής υπερκεράτωσης μπορεί να μειώσει τον μελλοντικό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου αρκετά, ώστε να αξίζει τον κόπο να εφαρμοσθεί. Και αυτό, διότι πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι έχουν υπερκερατώσεις, αλλά σε σχετικά λίγους εξελίσσονται σε καρκίνο. Ωστόσο, το 1% έως 2% εξ αυτών όντως εξελίσσονται, κυρίως σε ασθενείς που δεν μειώνουν την έκθεση τους στον ήλιο, ενώ πολλοί πάσχοντες βρίσκουν τις βλάβες αντιαισθητικές ή επώδυνες, που προκαλούν κνησμό. Έτσι, οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν πως οι ακτινικές υπερκερατώσεις πρέπει να αφαιρούνται όταν γίνεται η οριστική διάγνωση και συνεπώς πρέπει να συμβουλευέστε τον γιατρό σας αν έχετε κάποιες ύποπτες αλλοιώσεις στο δέρμα σας. Η αντιμετώπιση της υπερκεράτωσης συνήθως γίνεται με κρυοθεραπεία, δηλαδή με ένα τοπικό, ψυκτικό σπρέι με άζωτο υπό πίεση.

Σε ορισμένες περιπτώσεις συνιστώνται ειδικές κρέμες που εξολοθρεύουν τα προκαρκινικά κύτταρα και όχι τα παρακείμενα υγιή. Οι κρέμες αυτές πρέπει να αλείφονται τακτικά στο δέρμα επί αρκετές εβδομάδες και ενδέχεται να προκαλέσουν ενοχλητική ερυθρότητα και πόνο στις γύρω περιοχές, που διαρκούν μια έως δύο εβδομάδες. Η αποφυγή του ήλιου ύστερα από τη θεραπεία συμβάλλει στην αποφυγή της ανάπτυξης νέων υπερκερατώσεων. Εάν παίρνετε φάρμακα που τείνουν να καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα, όπως η κυκλοσπορίνη και η αζαθειοπρίνη (χορηγούνται κυρίως ύστερα από μεταμοσχεύσεις οργάνων, αλλά και για άλλους λόγους), είναι απαραίτητο να υποβάλλεστε σε θεραπεία για τυχόν ακτινικές υπερκερατώσεις, διότι τα φάρμακα αυτά αυξάνουν τις πιθανότητες να εξελιχθούν οι δερματικές βλάβες σε καρκίνο. (Τζον Χοκ & Τζέιν Μακ Γκρεγκορ,2001)

4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Υπάρχουν τρία είδη καρκίνου του δέρματος (ή καρκινομάτων) : το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα και το κακοήθες μελάνωμα, που αποτελεί και τον πιο επικίνδυνο τύπο καρκίνου του δέρματος. Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη

καρκίνου του δέρματος, οι οποίοι σχετίζονται με τον ασθενή –εγγενείς παράγοντες - αλλά και εξωγενείς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το περιβάλλον στο οποίο ζει. (Σιβρίδης Ε., 2007), Ομάδες υψηλού κινδύνου μπορούν να θεωρηθούν τα άτομα με ατομικό και οικογενειακό ιστορικό με ηλιακά εγκαύματα από την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, ιδιαίτερα κατά την παιδική ηλικία, άτομα με οικογενειακό ιστορικό μελανώματος, καθώς και άνθρωποι με αποδυναμωμένο ανοσοποιητικό σύστημα.

Οι εγγενείς παράγοντες συνδέονται με το οικογενειακό ιστορικό ενός ατόμου και κληρονομείται με το γονότυπο. Συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι 1% έως 8% των ασθενών με προηγούμενο ιστορικό μελανώματος θα αναπτύξουν πολλαπλά πρωτογενή μελανώματα (Stam-Posthuma, J. J., van Duinen, C., Scheffer, E., Vink, J., and Bergman, W. 2001). Ένας ασθενής με τουλάχιστον ένα συγγενή πρώτου βαθμού με μελάνωμα έχει κίνδυνο κατά 1,7 φορές της εμφάνισης της νόσου (Gandini, S., Autier, P., and Boniol, M., 2011), ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του δέρματος είναι 9 φορές μεγαλύτερος αν δύο συγγενείς πρώτου βαθμού παρουσιάσουν την νόσο (Hemminki, C., Zhang, H., and Czene, K., 2003).

4.1 ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι ένας τύπος καρκίνου του δέρματος. <http://myskin.gr/2014/12/ta-panta-gia-to-akanthokittariko-karkinoma.html> Είναι κακοήθης όγκος που προέρχεται από τα κερατινοκύτταρα και ο οποίος μπορεί να μαθίσταται. Θεωρείται δυνητικά επικίνδυνος όγκος, γιατί αφού προκαλέσει τοπική δερματική διήθηση μπορεί να μεθίσταται στους λεμφαδένες και να προκαλεί καρκινομάτωση (διάχυτη διασπορά καρκινικών κυττάρων σε όλο το σώμα). Είναι 2 φορές πιο συχνό στους άντρες απ ότι στις γυναίκες και τείνει να προσβάλλει άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Υπάρχουν δύο τύποι καρκίνου του δέρματος: το μελάνωμα και οι υπόλοιποι όγκοι. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι ο δεύτερος πιο συχνός όγκος της δεύτερης κατηγορίας, μετά το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα. <http://myskin.gr/2014/12/ta-panta-gia-to-akanthokittariko-karkinoma.html>

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, είναι παρόμοιο με το βασικοκυτταρικό στην εμφάνιση, με τη διαφορά ότι αιμορραγεί πιο εύκολα και έχει την τάση να μεθίσταται κυρίως στους περιοχικούς λεμφαδένες. Ωστόσο, το ποσοστό μεταστάσεων είναι μικρότερο από 5% αν η βλάβη δεν εντοπίζεται σε βλεννογόνο όπως του στόματος, του πέους ή του πρωκτού. Τα ακανθοκυτταρικά καρκινώματα στα χέρια, το χείλος και το αυτί παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση μετάστασης από ότι το υπόλοιπο σώμα και το πρόσωπο. <http://www.myplasticsurgery.gr/reconstructive-procedures-greece/skin-cancer-removal> Συνδέεται, περισσότερο από οποιονδήποτε άλλον, με την έκθεση στην υπεριώδη ηλιακή ακτινοβολία. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, εκτός από τάση τοπικής επέκτασης, χαρακτηρίζεται και από μεταστατικό δυναμικό. Η αντιμετώπιση του είναι χειρουργική και συνοδεύεται από σειρά απεικονιστικών εξετάσεων και τακτικό κλινικό έλεγχο. <http://www.aimilioslallas.gr/%CE%BF%CE%B3%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE>

<http://www.onmed.gr/ygeia/story/318235/karkinos-tou-dermatos-oi-4-morfes-tou-se-fotografies>

<http://www.aimilioslallas.gr/%CE%BF%CE%B3%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1-%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82/>



<https://www.onmed.gr/ygeia/story/318235/karkinos-tou-dermatos-oi-4-morfes-tou-se-fotografies>

Η νόσος Bowen αποτελεί και αυτή μορφή ενδοεπιδερμικού ακανθοκυτταρικού καρκινώματος.<http://www.aimilioslallas.gr/%CE%BF%CE%B3%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1-%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82/>

Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου εξαπλώνεται εξωτερικά, στην επιφάνεια του δέρματος. Αντιθέτως, το επιθετικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα συνήθως εξαπλώνεται εσωτερικά. Τα εξανθήματα στη νόσο Bowen είναι κοκκινωπά και ξεφλουδίζουν. Πολλές φορές συγχέονται με το έκζεμα, τη μυκητίαση ή την ψωρίαση. <https://www.onmed.gr/ygeia/story/318235/karkinos-tou-dermatos-oi-4-morfes-tou-se-fotografies>. Η βασική διαφορά από την ακτινική υπερκεράτωση είναι ότι το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα που προκύπτει ως εξέλιξη της νόσου Bowen έχει λιγότερο καλή πρόγνωση. Όπως και η ακτινική υπερκεράτωση, η νόσος Bowen πρέπει να θεραπεύεται και η θεραπεία γίνεται επίσης με μη-επεμβατικές μεθόδους (κυρίως).<http://www.aimilioslallas.gr/%CE%BF%CE%B3%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1-%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82/>



<https://www.onmed.gr/ygeia/story/318235/karkinos-tou-dermatos-oi-4-morfes-tou-se-fotografies>

4.1.1 ΑΙΤΙΑ

Τα αίτια εμφάνισης του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος είναι τα εξής :

- Η βασικότερη αιτία εμφάνισης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος για τις περισσότερες των περιπτώσεων είναι η χρόνια έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία η οποία συχνά μπορεί να έχει ήδη προκαλέσει προκαρκινικές βλάβες.
- Μη θεραπευμένες ακτινικές υπερκερατώσεις μπορεί να αποτελέσουν πρόιμη μορφή ακανθοκυτταρικού καρκίνου (2-10% των περιπτώσεων).
- Η ύπαρξη λευκοπλακίας στους βλενογόννους του στόματος μπορεί να εξελιχθεί σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.
- Σε περιπτώσεις με νόσο Bowen (ερυθρόφαιη,λεπιδώδης πλάκα που φαίνεται σαν ψωρίαση), αν δεν υπάρξει έγκαιρη θεραπεία, ενδεχομένως να διηθήσει βαθύτερα και να αποτελέσει πηγή εμφάνισης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος.
- Λοιμώξεις από τον ιό HPV αυξάνουν τον κίνδυνο ακανθοκυτταρικού καρκινώματος.
https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82_%CF%84%CE%BF%CF%85_%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82?veaction=edit§ion=5
- Άλλες αιτίες : πηγές που μπορούν να αναπτύξουν αυτό το καρκίνωμα είναι ένα τραύμα, ένα έγκαυμα, χρόνιες πληγές και έλκη, επιμολυσμένες περιοχές, ουλές, καθώς και σημεία που έχουν εκτεθεί σε χημικά (π.χ. αρσενικό, υπο-προϊόντα πετρελαίου) ή ιονίζουσα ακτινοβολία (π.χ. ακτίνες X). <https://dermaclinic.oasismed.gr/el/klinikh-dermatologia/ogkologia-dermatos/scc-akan8okyttariko-karkinwma>
- Υπεριόδη ακτινοβολία: αποτελεί την συχνότερη αιτία εμφάνισης ακανθοκυτταρικού επιθυλιώματος στους Καυκάσιους. Η περιοχή με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του όγκου

στον πληθυσμό είναι το Queensland (Αυστραλία) και το Τέξας (ΗΠΑ)..Η βλάβη μπορεί να αρχίσει de novo σε έδαφος δέρματος που έχει υποστεί χρόνια βλάβη από την ηλιακή ακτινοβολία και τελικά να δίνει μεταστάσεις,εναλλακτικά μπορεί να αποτελαί εξέλιξη προηγηθής ακτινικής υπερκερατώσης ή νοσου του Bowen οπότε οι μεταστάσεις είναι ασυνήθεις.

- Ακτινοβολία Χ: πρίν από την εποχή που απεκαλύφθησαν οι κίνδυνοι από την ακτινοβολία χ οι ακτινολόγοι διέτρεφαν κίνδυνο ανάπτυξης του όγκου ειδικά στα χέρια.Η θεραπεία με ακτινοβολία χ παθήσεων όπως η ψωρίαση,οι δερματομυκητίαση,η ακμή και η αγκυλωτική σπονδυλήτιδα,μπορεί να ακολουθείται από την ανάπτυξη ακανθοκυτταρικού επιθηλιώματος.

- Πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες :Η πίσσα και τα προϊόντα πίσσας,διάφορα ορυκτέλαια ,το ανθρακένιο, η άσφαλτος,η αιθάλη και άλλες τέτοιες προέλευσης ουσίες θεωρούνται καρκινογόνα,στα οποία εκτίθενται άτομα στα πλαίσια της εργασιας τους(πχ στη κατασκευή δρόμων).Η συχνότητα του ακανθοκυτταρικού επιθηλιώματος σε αυτές τις επαγγελματικές ομάδες συνεχίζει να μειώνεται λόγω καλύτερων συνθηκών εργασίας και βελτίωσης της ατομικής υγιεινής

- Αρσενικό:Προηγηθείσα λήψη αρσενικού δια του στόματος μπορεί να προκαλέσει ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα όπως και νόσο Bowen.

- Ουλές :Τα εγκαύματα και οι διάφορες δερματοπάθειες που δημιουργούν ουλές μπορεί να προκαλέσουν ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα.

- Συγκεκριμένες γενετικές νόσοι. Το ακανθοκυτταρικό επιθηλιώμα σχετίζεται με μερικές γενετικές νόσους.

-Αλφισμός . Εδώ υπάρχει έλλειψη του ειδικού ενζύμου για την παραγωγή της προστατευτικής για την ηλιακή ακτινοβολία χρωστικής μελανίνης. Οι ηλιακές υπερκερατώσεις και το ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα είναι συχνά. Ο αλφισμός είναι υπεύθυνος για πολλές περιπτώσεις όπου αναπτύσσεται κακοήθης νόσος του δέρματος σε Νέγρους. Είναι πάντως ενδιαφέρον ότι το ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα. Είναι ασυνήθιστο σε ασθενείς με λεύκη,μία πάθηση στη οποία τα μελανοκύτταρα που παράγουν τη μελανίνη ,είναι ανύπαρκτα.

- Μελαγχρωματική ξηροδερμία. Υπάρχει ενζυμική ανεπάρκεια σε ειδικό ένζυμο που επανορθώνει βλάβες στο DNA που προκαλούνται από την έντονη έκθεση του ασθενούς στην ηλιακή ακτινοβολία. Σαν αποτέλεσμα του προηγούμενου το DNA δεν επιδιορθώνεται, και έτσι έχουμε πρόωμη εμφάνιση καρκίνου του δέρματος.

- Δερματοπάθειες που προσβάλλουν τους βλεννογόνους. Ο ομαλός λειχήνας, ο οποίος προσβάλλει την στοματική κοιλότητα και ο σκληρός και ατροφικός λειχήνας, ο οποίος προσβάλλει την γενετική περιοχή, αποτελούν προκαρκινωμάτωσης εκδηλώσεις.

- Ιός των ανθρώπινων θυλωμάτων. Οι τύποι του ιού HPV-16 ΚΑΙ HPV-18 είναι ογκογόνοι. Κατασκευάζουν μια πρωτεΐνη που ονομάζεται E6 και η οποία αδρανοποιεί το γονίδιο p53. Αυτοί οι ιοί εμπλέκονται στην ανάπτυξη ακανθοκυτταρικού επιθηλιώματος στα γεννητικά όργανα.

- Φωτοχημειοθεραπεία: Η μακροχρόνια Φωτοχημειοθεραπεία κυρίως για ψωρίαση προκαλεί ακανθοκυτταρικά επιθηλιώματα ιδίως στη περιοχή των γεννητικών οργάνων ανδρών. Συμβαίνουν μεταλλάξεις που προσβάλλουν το γονίδιο p53.Η φωτοχημειοθεραπεία είναι γνωστό πως ελλατώνει τον βαθμό ανοσολογικής επιτήρησηςκαι αυτό μπορεί να επιτρέψει κάποιο πληθυσμό κυττάρων που περιέχουν το προυπάρχον μεταλλαγμένο γονίδιο p53 να αναπτυχθεί.

- Σολαριουμ και άλλες μορφές υπερϊόδους ακτινοβολίας : 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. (Breuninger, 1997), (Breuninger, H., et al, 2014). Η υπεριώδης ακτινοβολία που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της ακμής μπορεί μεταγενέστερα να προκαλέσει κακοήγη βλάβη.

- **Ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς:** το ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα και το κερατοακάνθωμα είναι οι πιο συχνές κακοήθειες νόσοι που εμφανίζονται σε άτομα που έχουν υποστεί μεταμόσχευση οργάνου και λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Εμφανίζονται πιο νωρίς και είναι πιο επιθετικά από αυτά που εμφανίζονται σε μη ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Είναι συχνά πολυεστιακά.

4.1.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα πιο συχνά σημεία εμφάνισής του ακανθοκυτταρικού είναι το τριχωτό της κεφαλής, τα αυτιά, το πρόσωπο, το κάτω χείλος, ο λαιμός και τα χέρια. Η αλλοίωση αφορά στην εξωτερική στιβάδα του δέρματος. Αναπτύσσεται από τα κύτταρα της ακανθώδης στιβάδας της επιδερμίδας και παρουσιάζει την τάση να μεγαλώνει, να εξελκώνεται και να δημιουργεί πιο γρήγορα οζίδιο με ή χωρίς κρούστα που καλείται εφελκίδα. (Μπαλά Δ., 2005). Μπορεί να εμφανιστεί αρχικά ως μια κηλίδα ερυθρού χρώματος πάνω στην οποία υπάρχουν δομές οι οποίες μοιάζουν με λέπια ή μικρά εξογκώματα ή ακόμα μια πληγή που δεν επουλώνεται εύκολα. Τα όρια είναι σταθερά και σαφή σε σχέση με το βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα και συχνά είναι ανεστραμένα και ανώμαλου σχήματος. Επίσης η βλάβη αυξάνει, αναπτύσσεται πιο γρήγορα από το βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα. (Μπεληγιάννη Γ., 2009)

Τα οζίδια του δερματικού αυτού καρκίνου είναι ευαίσθητα στο άγγιγμα και έχουν καφέ ή και ερυθρό χρώμα. Μετατρέπονται σε εύκολα αιμορραγούντα έλκη. Συνήθως το δέρμα στα σημεία ανάπτυξης του καρκινώματος εμφανίζεται με παχιές ρυτίδες, αλλαγές στο χρώμα και απώλεια της ελαστικότητας. (Μπακογιάννης, Α., 2011).

Επιπλέον, τυπικά χαρακτηριστικά της αλλοίωσης είναι φολίδες στην επιφάνεια του δέρματος, η σκληρή επιφάνεια, εξόγκωμα στο δέρμα, ευαισθησία του δέρματος κατά την ψηλάφηση. Κνησμός, πόνος ή αιμορραγία μπορεί να είναι ταυτόχρονα συμπτώματα. Μερικές φορές είναι κλινικά δυσδιάκριτο. (onMed, 2015). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι παρουσιάζουν τραχείς, φλυκταινώδεις, ελαφρώς επηρμένους όγκους. Αυτοί οι όγκοι έχουν ερυθρόφαιο χρώμα με διάμετρο από 1χλ. έως 1εκ. Βρίσκονται σε σημεία του δέρματος τα οποία έχουν εκτεθεί στον ήλιο. Υπάρχει πιθανότητα να αποτελέσουν το πρώτο βήμα προς την εμφάνιση ακανθοκυτταρικού καρκίνου (SCC). Ειδικότερα υποστηρίζουν ότι αποτελούν την πιο 26 πρώιμη μορφή του ακανθοκυτταρικού καρκίνου. Σύμφωνα με μελέτες 2 έως 10% των μη θεραπευμένων ακτινικών υπερκερατώσεων (AK) αναπτύσσονται σε ακανθοκυτταρικό καρκίνο. Βέβαια 40 έως 60 % των ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων (SCC) ξεκινούν από μη θεραπεύσιμες ακτινικές υπερκερατώσεις.

4.1.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η μεγάλη σημασία του ακανθοκυτταρικού επιθυλιώματος έγκειται στο ότι μπορεί να δίνει μεταστάσεις στους λεμφαδένες και να οδηγηθεί ο ασθενής στο θάνατο. Αρκετοί παράγοντες καθορίζουν την πρόγνωση της νόσου και είναι οι εξής

- Η προηγηθείσα βλάβη. Ακανθοκυτταρικά επιθυλιώματα τα οποία αναπτύσσονται επάνω σε ακτινική υπερκεράτωση ή σε δερματική νόσο του Bowen σπάνια δίνουν μεταστάσεις. Αυτά όμως που αναπτύσσονται de novo ή από άλλες αιτίες, όπως απότοκα επίδρασης ακτινοβολίας X ή εξελισσόμενα σε έδαφος χρόνιων ουλών από διάφορες παθήσεις, είναι πολύ πιθανό να μεθύστανται.
- ΕΝΤΟΠΙΣΗ. Βλάβες που εντοπίζονται στα αυτιά και στο ερυθρό κράσπεδο των χειλέων συχνά μεθύστανται. Επίσης οι βλάβες που παρουσιάζονται στα έξω γεννητικά όργανα και στο δακτύλιο, όπως και εκείνες που αναπτύσσονται ως εξέλιξη νόσου του Bowen των βλεννογόνων μπορεί να δίνουν μεταστάσεις.
- ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ. Οι βλάβες που εμφανίζονται σε δέκτες μοσχευμάτων και σε αυτούς που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικούς φαρμακευτικούς παράγοντες όπως αζαθειοπρίνη και κυκλοσπορίνη για καταστάσεις όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, είναι πιο επιθετικές, τοπικά πιο διηθητικές και έχουν μεγαλύτερη τάση για υποτροπή και για ανάπτυξη μεταστάσεων.
- Βαθμός διαφοροποίησης. Ένα καλά διαφοροποιημένο ακανθοκυτταρικό επιθυλίωμα, έχει καλύτερη πρόγνωση από ένα ασαφώς διαφοροποιημένο
- Το βάθος διείσδυσης. Όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός διείσδυσης τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση.

4.2 ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Πάνω από 1 στα 3 νέα περιστατικά καρκίνου είναι καρκίνοι του δέρματος και η μεγαλύτερη πλειοψηφία αυτών είναι Βασικοκυτταρικά (BCC). Αυτοί οι καρκίνοι εμφανίζονται στα βασικά κύτταρα που βρίσκονται στα βαθύτερα στρώματα (στοιβάδες) της επιδερμίδας (της επιφανειακής στοιβάδας). Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα χαρακτηρίζεται από τάση τοπικής επέκτασης και διήθησης των γύρω ιστών, αλλά από χαμηλό μεταστατικό δυναμικό. Η θεραπεία του είναι κατά κανόνα χειρουργική, εκτός από τον επιφανειακό υπότυπο, ο οποίος μπορεί να αντιμετωπιστεί και με μη-επεμβατικές μεθόδους.

<http://www.aimilioslallas.gr/%CE%BF%CE%B3%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1-%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82/>

Το Βασικοκυτταρικό Καρκίνωμα (BCC) Πραγματικά είναι η πιο συχνή μορφή καρκίνου από όλους τους καρκίνους, μάλιστα προσβάλλει περίπου ένα εκατομμύριο Αμερικανούς κάθε χρόνο . 45 <https://www.skincancer.org/gr-GR/basal-cell-carcinoma> αντιμετωπίζεται σχετικά εύκολα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες. Επειδή εξαπλώνεται με αργό ρυθμό, είναι πιο συχνό στους ενήλικες. Εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους, όπως ένα λευκό εξάνθημα με εμφανή αγγείωση, στα αυτιά,

το λαιμό ή 1το πρόσωπο. Μπορεί επίσης να είναι επίπεδο και να ξεφλουδίζει, να έχει ίδια απόχρωση με την επιδερμίδα ή να είναι καφετί στο χρώμα.

<https://www.onmed.gr/ygeia/story/318235/karkinos-tou-dermatos-oi-4-morfes-tou-se-fotografies>.

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα "δεν σκοτώνει" εκτός αν ξεφύγει από τον έλεγχο και αναπτύσσεται κατά συνέχεια ιστών. Το ποσοστό θεραπείας είναι πάνω από 95% αν η χειρουργική αφαίρεση γίνει σε φυσιολογικά όρια. Αν δεν γίνει σε φυσιολογικά όρια, χρειάζεται παρακολούθηση ή συμπληρωματική εκτομή. <http://www.myplasticsurgery.gr/reconstructive-procedures-greece/skin-cancer-removal>



<https://www.onmed.gr/ygeia/story/318235/karkinos-tou-dermatos-oi-4-morfes-tou-se-fotografies>

4.2.1 ΑΙΤΙΑ

Η υπεριώδης ακτινοβολία του ήλιου είναι ο πιο σημαντικός προκλητικός παράγοντας, τόσο για εγκαύματα, όσο και για την αθροιστική δόση μέσα στο χρόνο. Οι περισσότεροι από αυτούς τους καρκίνους εντοπίζονται σε περιοχές με εκτεθειμένες στον ήλιο, που το 85% είναι στην κεφαλή και τον τράχηλο. Η συχνότητα αυξάνεται με την ηλικία. Είναι σπάνιο σε άτομα νεότερα των 50 ετών. Άτομα με ανοιχτό δέρμα, γαλανά μάτια και ξανθά μαλλιά έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εξαιτίας της σχετικής έλλειψης φυσικής φωτοπροστασίας με χρωστική μελανίνη. (Marschall S. Runge & M. Andrew Greganti ,2016)

4.2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο ασθενής δεν είναι συνήθως ενήμερος για τους ανώδυνους αυτούς όγκους, εξαιτίας του πολύ αργού ρυθμού ανάπτυξής τους. Συχνά ελαφρά αιμορραγία μετά από μικροτραυματισμό (π.χ. πλύσιμο προσώπου) οδηγεί τον ασθενή στον ιατρό. Η πιο συχνή εικόνα του BCC είναι μία διακριτή, ομαλή, ροδόχροη βλατίδα ή οζίδιο, με διαφανή ή <<μαργαριταρένια>> ανταύγεια,

τηλαγγειεκτασίες και επαρμένο όριο. Μια κεντρική διάβρωση ή εξέλκωση είναι συχνά εμφανής. Ωστόσο η εικόνα μπορεί να διαφέρει σημαντικά. Το επιφανειακό BCC μπορεί να παρουσιάζεται ως μια λεπτή, φολιδωτή κόκκινη πλάκα, η οποία εύκολα συγχέεται με έκζεμα ή τριχοφυτίαση. Ο ομοιάζων με μορφέα τύπος BCC μπορεί να εμφανίζεται ως κιτρινόλευκη ουλή. Το μελαγχρωματικό BCC τις περισσότερες φορές έχει στίγματα μπλέ-μαύρα ή μπορεί να έχει αρκετή μελανίνη ώστε να εμφανίζεται ως μαύρο οζίδιο. (Marschall S. Runge & M. Andrew Greganti,2016)

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα είναι μια αλλοίωση με τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- λεία και γυαλιστερή επιφάνεια
- υφή κεριού
- συμπαγές και κόκκινο
- πιθανή αιμορραγία
- κρούστα ή καύκαλο στην επιφάνεια
- αδυναμία πλήρους επούλωσης
- φαγούρα
- απουσία πόνου

Περίπου το 75% των καρκίνων του δέρματος ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία. Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα αναπτύσσεται αργά και σχεδόν ποτέ δεν εξαπλώνεται σε άλλα μέρη του σώματος. <https://www.onmed.gr/ygeia/story/329409/karkinos-tou-dermatos-deite-poia-einai-ta-symptomata>

4.2.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Μετά την ιατρική εξέταση από τον ειδικό, η διάγνωση του Βασικοκυτταρικού καρκινώματος(BCC), επιβεβαιώνεται με βιοψία. Κατά την διαδικασία το δέρμα ναρκώνεται με τοπική αναισθησία. Στη συνέχεια τεμάχιο ιστού αφαιρείται και στέλνεται στο εργαστήριο για ιστολογική εξέταση και καθορισμού της διάγνωσης. Αν υπάρχουν καρκινικά κύτταρα απαιτείται θεραπεία. Ευτυχώς υπάρχουν πολλές αποτελεσματικές μέθοδοι για την εξάλειψη του Βασικοκυτταρικού καρκινώματος(BCC). Η επιλογή της θεραπείας βασίζεται στον τύπο, το μέγεθος, την περιοχή και το βάθος διήθησης του όγκου, επίσης από την ηλικία του ασθενούς και την γενική κατάσταση της υγείας του και τελικά ανάλογα της εμφάνισης του όγκου συνιστάται η ενδεδειγμένη θεραπεία.

Ο κοινός οζώδης τύπος BCC έχει μία διακριτική εμφάνιση που σπανίως διαφεύγει της διάγνωσης, εξαιτίας της μαργαριταρένιας γυαλάδας και της κεντρικής κοίλανσης ή εξέλκωσης. Ενίοτε το οζώδες BCC προσομοιάζει με σμηγματογόνο αδένωμα, ή με άλλους εξαρτηματικούς όγκους. Το επιφανειακό BCC συχνά εκλαμβάνεται εσφαλμένα ως ακτινική υπερκεράτωση, τριχοφυτίαση ή έκζεμα. Ο ομοιάζων με μορφέα τύπος BCC μπορεί να φαίνεται σαν ουλώδης

ιστός, μορφέας, ή χρόνια ακτινοδερματίτιδα. Το μελαγχρωματικό συχνά συγγέεται με το μελάνωμα.

Η διαγνωση δεν είναι δύσκολο να γίνει κλινικά, αλλά απαιτεί την επιβεβαίωση με βιοψία του δέρματος. (Marschall S. Runge & M. Andrew Greganti,2016)

Διαφορική Διάγνωση για BCC

Παρακάτω καταγράφεται αναλυτικά με το κάθε είδος BCC και η διαφορική του διάγνωση:

- Οζώδες: Στο οζώδες βασικοκυτταρικό καρκίνωμα η διαφορική διάγνωση πρέπει αν γίνει από τον μελαγχρωματικό σπίλο, της σμηγματογόνο υπερπλασία, το τριχοεπιθηλιώμα και το τριχιλέμωμα.
- Οζώδες και ελκωτικό: Στο οζώδες και ελκωτικό BCC η διαφορική διάγνωση πρέπει αν γίνει από το ακανθωκυτταρικό καρκίνωμα, το κερατοακάνθεμα, τη μολυσματική Τέρμινθος, τη μυρμηγκιά, τη μονήρης μικρή αρχική βλάβη, πέμφυγας στον ρώθωνα ή το τριχωτό της κεφαλής, την ακτινική υπερκεράτωση, το επώδυνο οζίδιο ωτός, το σχισμοειδές ακάνθεμα, το ηωσινόφιλο, το κοκκίωμα του Lever, το καλοήθες λεμφοκύττωμα του δέρματος και το μονήρη βασικοκυτταρικό σπίλο.
- Μελαγχρωτικό BCC: Στο μελαγχρωτικό βασικοκυτταρικό καρκίνωμα η διαφορική διάγνωση πρέπει αν γίνεται από το μελαγχρωματικό σπίλο, το κακοήθες μελάνωμα, το αγγειοκεράτωμα, τη μελαγχρωματική σμηγματοροϊκή υπερκεράτωση, το δερματοίνωμα, το λεμφοαγγείωμα και το θηλώδες συριγγοκυσταδένωμα.
- Επιφανειακό BCC: Στο επιφανειακό BCC η διαφορική διάγνωση πρέπει αν γίνεται από τη νόσο του Bowen, την ψωρίαση και την εξωσμητική νόσο του Paget. BCC σε μορφή εντοπισμένης σκληροδερμίας: Η διαφορική διάγνωση αυτού του είδους BCC πρέπει αν γίνεται από την εντοπισμένη σκληροδερμία και μια ουλή.
- BCC αναπτυσσόμενο σε μυρμηκιάδη επιδερμικό οργανοειδή σπίλο-σπίλος του Jadassohn: Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνονται από το θηλώδες συριγγοκεσταδένωμα και το μικτό αμάρτωμα. Σύνδρομο πολλαπλών βασικοκυτταρικών σπίλων: Σε αυτό η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από τα τριχοεπιθηλιώματα, την πολλαπλή νευροϊμάτωση και τα μισχωτά θηλώματα .

4.2.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα είναι αργά αναπτυσσόμενοι όγκοι και η θεραπεία τους συνήθως δεν είναι επείγουσα. Η μετάσταση είναι σπάνια, αλλά ο όγκος έχει τη δυνατότητα απεριόριστης ανάπτυξης, προκαλώντας τοπική καταστροφή. Ως εκ τούτου ενδείκνυται η πλήρης εκτομή του όγκου. Όσο μεγαλύτεροι σε μέγεθος είναι οι όγκοι, τόσο περισσότερη εκτεταμένη θεραπεία χρειάζονται. (Benedetto, 2002),(Benedetto, AV., et al, 2015). Τα BCC τύπου μορφέα, οι διηθητικοί ή μικροοζώδους ιστοπαθολογίας είναι πιο δύσκολοι στη θεραπεία. Όγκοι σε συγκεκριμένες περιοχές του προσώπου είναι πιο ανθεκτικές στην εξαίρεση, ανεξαρτήτως από τη μέθοδο που χρησιμοποιείται. Οι περιοχές υψηλού κινδύνου περιλαμβάνουν το μέσο κανθό, τη ρινοχειλική πτυχή, τη μασχालιαία πτυχή, την οπισθονωτιαία αύλακα και την κόγχη. Η επιλογή της

θεραπείας απαιτεί να λάβουμε υπόψη αρκετούς παράγοντες, το μέγεθος και την εντόπιση του όγκου, τον ιστολογικό υπότυπο, την άμεση πρόσβαση στη θεραπεία και το κόστος αυτής, το διαθέσιμο για τη θεραπεία χρονικό πλαίσιο, την ικανότητα του ιατρού, την ηλικία του ασθενούς και τις τρέχουσες ιατρικές συνθήκες. Η θεραπεία σχεδόν πάντα μπορεί να εφαρμοστεί σε εξωτερική βάση, στο ιατρείο του ιατρού ή στην κλινική. Με διάφορες χειρουργικές τεχνικές συνήθως χρησιμοποιείται τοπική αναισθησία. Πόνος ή δυσφορία κατά τη διάρκεια της χειρουργικής διαδικασίας είναι ελάχιστα και ο μετεγχειρητικός πόνος είναι σπάνιος.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση των διαφορετικών τρόπων θεραπείας είναι οι παρακάτω:

- Απόξεση και ηλεκτροθερμοκαυτηρίαση: Μικροί όγκοι (<1cm), εντοπίσεις όχι επιρρεπείς σε υψηλά ποσοστά υποτροπής, μη επιθετικοί ιστολογικοί τύποι, ταχύτητα και ευκολία της θεραπείας. Η επούλωση σε δεύτερο σκοπό είναι επαρκής για να μειώσει το κόστος. (ΔΙΑΘΕΡΜΟΠΗΞΙΑ). Χρησιμοποιώντας τοπική αναισθησία, ο ιατρός αφαιρεί τον όγκο ξύνοντας το με την βοήθεια ενός ξέστρου(μυτερό, στρογγυλού σχήματος εργαλείο). Η θερμότητα που παράγεται με την βοήθεια μιας βελόνας διαθερμοπηξίας, καταστρέφει τα υπολείμματα του όγκου και ελέγχει την αιμορραγία. Η διαδικασία με ξέστρο μπορεί να επαναληφθεί δύο ή περισσότερες φορές κατά την διάρκεια της ίδιας συνεδρίας και βοηθάει στο να σιγουρευτούμε ότι όλα τα καρκινικά κύτταρα έχουν καταστραφεί. Η τεχνική αυτή μπορεί να επιτύχει ποσοστά ίασης που φθάνουν αυτά της χειρουργικής αφαίρεσης, μπορεί όμως να μην είναι τόσο χρήσιμη σε επιθετικά βασικοκυτταρικά καρκινώματα(BCC). ή σε αυτά που βρίσκονται σε σημείο υψηλής επικινδυνότητας.

- Κρυοχειρουργική: Ενδείξεις παρόμοιες με αυτές της απόξεσης και της ηλεκτροκαυτηρίασης. Ο όγκος καταστρέφεται με ψύξη. με υγρό άζωτο, χωρίς να χρειάζεται να γίνει τομή ή αναισθησία. Η διαδικασία μπορεί να επαναληφθεί κατά την ίδια συνεδρία για να επιβεβαιωθεί η ολική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων. Ο όγκος καλύπτεται από κρούστες που στην συνέχεια αποκολλούνται σε διάστημα μερικών εβδομάδων. Η κρυοχειρουργική είναι αποτελεσματική στους περισσότερους συνήθεις καρκίνους, ιδιαίτερα στα επιφανειακά βασικοκυτταρικά καρκινώματα (BCC) και είναι θεραπεία εκλογής για ασθενείς με αιμορραγικές διαταραχές ή δυσανεξία στην αναισθησία. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται λιγότερο σήμερα γιατί έχει χαμηλότερα ποσοστά επιτυχίας από τις χειρουργικές τεχνικές, γύρω στο 85-90% και εξαρτάται από την εμπειρία του ιατρού.

- Ακτινοβολία: Μεγαλύτεροι όγκοι, μεγαλύτεροι ασθενείς, διατήρηση του ιστού για να αποφευχθούν οι πραιομορφωτικές ουλές. Οι δέσμες ακτινών Χ κατευθύνονται στον όγκο και δεν συντρέχει λόγος χειρουργικής τομής ή αναισθησίας. Η ολική καταστροφή του όγκου απαιτεί συνήθως, μια σειρά θεραπειών διάρκειας από μια έως μερικές εβδομάδες. Αυτή η τεχνική είναι ιδανική για όγκους που παρουσιάζουν δυσκολία στο να αντιμετωπισθούν χειρουργικά ή για ηλικιωμένους ασθενείς ή για άτομα με επιβαρυνμένη την κατάσταση της υγείας τους. Τα ποσοστά επιτυχίας ανέρχονται στο 90% μια αλλά η τεχνική αυτή μπορεί μακροπρόθεσμα να προκαλέσει κοσμετολογικά προβλήματα και κινδύνους από την ραδιενέργεια καθώς και πολλές επισκέψεις στον ιατρό. Δεν είναι απαραίτητη η αναισθησία.

- Τοπική χημειοθεραπεία (5-φλουουρακίλη): Για επιφανειακούς όγκους μόνο (στην επιδερμίδα και στη χοριοεπιδερμική συμβολή), για την αποφυγή ή την ελαχιστοποίηση της ουλής.

- Χειρουργική εξαίρεση: κάθε μέγεθος όγκου, κάθε εντόπιση ή ιστολογικός τύπος, ταχεία επούλωση, υπολογισμένη τοποθέτηση ουλής. Ο ιατρός αφού ναρκώσει πρώτα την περιοχή με τοπική αναισθησία, χρησιμοποιεί νυστέρι για να αφαιρέσει ολόκληρο τον όγκο μαζί με την περιβάλλουσα περιοχή με όρια υγιούς δέρματος για λόγους ασφαλείας. Στη συνέχεια το δέρμα

γύρω από το χειρουργικό πεδίο κλείνει με ράμματα και ο ιστός ο οποίος αφαιρείται στέλνεται στο εργαστήριο για μικροσκοπική εξέταση με σκοπό την πιστοποίηση ότι όλα τα καρκινικά κύτταρα έχουν αφαιρεθεί. Το ποσοστό επιτυχίας με αυτή την τεχνική δεν φτάνει το ποσοστό της Mohs, αλλά το ποσοστό ίασης ανέρχεται στο 90%.

- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΜΕ LASER Αφαιρείται η εξωτερική στοιβάδα του δέρματος και σε ποικίλη ποσότητα βαθύτερου δέρματος με την χρήση laser διοξειδίου του άνθρακα (carbondioxide) ή erbiumY.A.G. Η μέθοδος είναι αναίμακτη και ο ιατρός έχει την δυνατότητα έλεγχου του βάθους του ιστού που αφαιρείται και συχνά χρησιμοποιείται ως δεύτερη εκλογή θεραπείας όταν οι άλλες μέθοδοι έχουν εφαρμοστεί και αποτύχει. Η θεραπεία με Laser, έχει ποσοστά επιτυχίας παρόμοια με αυτά της φωτοδυναμικής (P.D.T) 40 θεραπείας. Δεν έχει ακόμη εγκριθεί από το FDA για την αντιμετώπιση των βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων (BCC).

- Mohs χημειοχειρουργείο (μικρογραφική επέμβαση): Κάθε μέγεθος όγκου, επιθετικοί ιστολογικοί τύποι, θέσεις επιρρεπείς σε υψηλά ποσοστά υποτροπής, υποτροπιάζοντες όγκοι, διατήρηση του ιστού σε σχέση με την παραδοσιακή χειρουργική εκτομή. Χρησιμοποιώντας τοπική αναισθησία, ο ιατρός αφαιρεί τον όγκο με ένα πολύ λεπτό στρώμα του ιστού γύρω του. Καθώς ο ασθενής περιμένει, το αφαιρεθέν τεμάχιο στέλνεται αμέσως στο ιστοπαθολογικό εργαστήριο, όπου οι κατεψυγμένες τομές του ιστού εξετάζονται στο μικροσκόπιο από τον χειρουργό. Αν υπάρχει καρκίνος δέρματος σε κάποια περιοχή του ιστού, τότε η διαδικασία επαναλαμβάνεται μόνο στην περιοχή που αναγνωρίστηκαν τα καρκινικά κύτταρα μέχρι το τελευταίο δείγμα ιστού να βρεθεί χωρίς καρκινικά κύτταρα. Η μέθοδος αυτή μπορεί να σώσει μεγαλύτερη ποσότητα υγιούς ιστού και έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ίασης 99 %. Χρησιμοποιείται συχνά σε βασικοκυτταρικούς όγκους που βρίσκονται σε περιοχές κοσμετολογικά μεγάλης σημασίας και σε υποτροπιάζοντες όγκους ή σε δύσκολες περιοχές όπως γύρω από τα μάτια, μύτη, χείλη και αυτιά.

- ΤΟΠΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ Ειδικές τοπικές κρέμες, gels και διαλύματα χρησιμοποιήθηκαν για να περιορίσουν μερικά βασικοκυτταρικά καρκινώματα. Η Imiquimod (Imiquimod) είναι εγκεκριμένη από τον Οργανισμό φαρμάκων των Η.Π.Α (F.D.A) μόνο για τα επιφανειακά βασικοκυτταρικά (BCC) με ποσοστά επιτυχίας γύρω στα 80 -90%. Το 5% της αλοιφής απλώνεται με ελαφρό μασάζ στον όγκο πέντε φορές την εβδομάδα για έξι εβδομάδες ή και περισσότερο. Το πρώτο από τα φάρμακα που ρυθμίζει το ανοσοποιητικό σύστημα με σκοπό το σώμα να παράγει ιντερφερόνη (interferon), ένα χημικό το οποίο επιτίθεται στα καρκινικά κύτταρα. Η 5 - φλουουρακίλη (fluorouracil 5-FU), χημειοθεραπεία είναι εγκεκριμένη από τον Οργανισμό φαρμάκων των Η.Π.Α (F.D.A), για την αντιμετώπιση των εσωτερικών καρκίνων καθώς και των επιφανειακών βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων (BCC). Με παρόμοια ποσοστά ίασης με την Imiquimod Το υγρό ή η αλοιφή απαλά απλώνεται στον όγκο δύο φορές την ημέρα για τρεις με έξι εβδομάδες. Μελέτες για την θεραπεία πιο επιθετικών βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων συνεχίζονται και για την fluorouracil 5-FU και την Imiquimod. Ανεπιθύμητες ενέργειες είναι διάφορες, οι ασθενείς δεν αναφέρουν δυσφορία παρά μόνο ερυθρότητα, ερεθισμό και φλεγμονή μερικές φορές. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι εκτός από την Mohs και την χειρουργική αφαίρεση, η απόξεση, διαθερμοπηξία, ραδιοθεραπεία, κρυοθεραπεία και τοπική θεραπεία έχουν κάτι κοινό, χρησιμοποιώντας αυτές δεν υπάρχει τρόπος να καθορίσουμε αν ο όγκος έχει αφαιρεθεί τελείως.

- ΦΩΤΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (PDT) Αυτή η μέθοδος είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για ασθενείς με πολλαπλά βασικοκυτταρικά καρκινώματα. Ένας φωτοευαίσθητος παράγοντας όπως

το τοπικό 5-αμινολεβουλινικό οξύ (5-ALA), εφαρμόζεται τοπικά στους όγκους, στο γραφείο του ιατρού, αυτό απορροφάται από τα καρκινικά κύτταρα. Την επόμενη μέρα, ο ασθενής επιστρέφει και οι συγκεκριμένες περιοχές ενεργοποιούνται με την βοήθεια ενός δυνατού φωτός. Επιλεκτικά, η μέθοδος αυτή καταστρέφει βασικοκυτταρικά καρκινώματα (BCC) ενώ συγχρόνως προκαλεί μηδαμινή βλάβη στον περιβάλλοντα υγιή ιστό. Η μέθοδος αυτή δεν έχει εγκριθεί από τον Οργανισμό φαρμάκων (FDA) για την αντιμετώπιση των βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων (BCC) και τα ποσοστά ίασης κυμαίνονται από 70- 90%. Οι ασθενείς αποκτούν τοπική φωτοευαισθησία, για διάστημα 48 ωρών, μετά την θεραπεία και θα πρέπει να αποφευχθεί η έκθεση στον ήλιο. Η πρόγνωση του BCC είναι εξαιρετική. Συνολικά, η συχνότητα 5ετούς ίασης για μικρά πρωτοπαθή (π.χ. που δεν είχαν λάβει θεραπεία στο παρελθόν) είναι περίπου 95%, ανεξαρτήτως της θεραπείας που χρησιμοποιείται. Οι μεγαλύτεροι όγκοι, όγκοι σε επιλεγμένες περιοχές και όγκοι με συγκεκριμένους ιστολογικούς τύπους δε θα έχουν τόσο υψηλό ποσοστό ίασης. (Marschall S. Runge & M. Andrew Greganti, 2016)

4.2.5 ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑΤΟΣ

- **Το διαβρωτικό (φαγεδαϊνικό) έλκος**

Το διαβρωτικό έλκος αρχίζει σαν μία βλατίδα, που στη συνέχεια γίνεται οξίδιο και ελκούνται κεντρικά. Τα όρια του έλκους είναι σαφώς αφοριζόμενα, ελαφρώς επηρμένα και κυματοειδή, με χρώμα παρόμοιο με αυτό του μαργαριταριού. Μπορεί να διαπιστώνονται πολύ μικρά αιμοφόρα αγγεία στην επιφάνεια της βλάβης και αυτό κάνει πολλές φορές τη βλάβη να φαίνεται ερυθρού χρώματος. Πάντως ο όγκος παίρνει λευκό χρώμα μετά από πίεση και αναδεικνύει τον μαργαριτοειδούς απόχρωσης χρωματικό του χαρακτήρα. Στην κλασσική του μορφή ο όγκος αποτελείται από σαφώς αφοριζόμενα, διακριτά νησίδια από μικρά κύτταρα με σκούρου χρώματος ομοιόμορφους πυρήνες και λιγιστό και αμθδρά υποσημεινόμενο κυτταρόπλασμα. Το τυπικό όμως χαρακτηριστικό είναι ότι τα κύτταρα στην περιφέρεια αυτών των συμπαγών νησίδων είναι διατεταγμένα “σαν φράχτες” (δηλαδή τα περιφερικά κύτταρα και οι πυρήνες τους είναι παράλληλα μεταξύ τους).

- **Μελαγχρωματικού τύπου βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα**

Αυτή η βλάβη έχει παρόμοια χαρακτηριστικά με το “διαβρωτικό έλκος”, αλλά τα όρια του όγκου είναι έντονα μελαγχρωματικά και γι αυτόν τον λόγο μπορεί να θεωρείται λανθασμένα ότι πρόκειται για κακόηθες μελάνωμα. Ο όγκος χαρακτηρίζεται από πυκνές εναποθέσεις μελανίνης, η οποία ανευρίσκεται και μέσα στα κύτταρα του όγκου και σε ευμεγέθεις εξωκυτταρικές γυλλογές. Η σημασία αυτής της υπερμελάγχρωσης είναι ασαφής.

- **Κυστικού τύπου βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα**

Σε αυτή την περίπτωση το κεντρικό τμήμα του όγκου δεν διασπάται ούτε ελκώνεται μέχρι το τέλος της ανάπτυξης του. Είναι μια καλά αφοριζόμενη βλατίδα, η οποία βαθμιαία μετατρέπεται σε μαργαριταροειδούς χρώματος λοβώδες οξίδιο με λεία τηλεαγγειεκτασική επιφάνεια. Συχνά αποκτά μεγάλο σχετικά μέγεθος και μπορεί να συγχέεται διαγνωστικά με μία κακοήθη κύστη. Υπάρχουν εστίες κυστικού τύπου. Σε ακραίες περιπτώσεις, αυτό μπορεί να δημιουργεί μία ιστολογική εικόνα γενικευμένης δαντελοειδούς μορφής και έτσι να έχουμε το επιλεγόμενο αδενοειδές βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα. Εάν αυτό το φαινόμενο προκύπτει σαν αποτέλεσμα εκφυλιστικών

μεταβολών που συμβαίνουν στον όγκο ή είναι πραγματικά μια εκδήλωση διαφοροποίησης του όγκου αδενοειδούς μορφής, δεν είναι σαφές προς το παρόν.

- **Βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα τύπου σκληροδερμίας**

Πρόκειται για την πιο επικίνδυνη μορφή βασικοκυτταρικού επιθηλιώματος. Το 95% αυτών των BCC εντοπίζονται στην κεφαλή και τον τράχηλο. Είναι πιθανόν πολλές φορές να συγχέεται διαγνωστικά με ουλή, γιατί δεν έχει την τυπική εικόνα όγκου, αλλά εμφανίζεται σαν μία ελαφρά επηρμένη, λεία, σκληρής σύστασης πλάκα. (Goldberg et al, 1999), (Goldberg, L., 2014). Η τηλεαγγειεκτασία και το μαργαριταροειδές χρώμα της βλάβης είναι σημαντικά χαρακτηριστικά στοιχεία. Ευρυαγγείες παρατηρούνται σε ποικίλο βαθμό. (Goldberg et al, 1999). Η βλάβη ακόμα επεκτείνεται αθόρυβα, με ύπουλο τρόπο και συχνά διαγιγνώσκεται αργά. "Φωλιές" από κύτταρα του όγκου βρίσκεται ότι διηθούν το δέρμα πολύ πιο πέρα από τα εμφανή κλινικά όρια της πλάκας, όπως και προς το βάθος, στο χόριο και στους υποδερμικούς ιστούς. Είναι λοιπόν δύσκολο να καθοριστούν τα όρια του όγκου με συνέπεια αρκετές φορές να γίνεται ατελής αφαίρεση του όγκου. Η υπερβολική ανάπτυξη συνδετικού ιστού είναι η αιτία που η ιστολογική εικόνα δίνει την εντύπωση βλάβης σκληροδερμίας. Η μιτωτική δραστηριότητα μπορεί να είναι σημαντική αλλά αυτό δεν είναι απαραίτητο να σχετίζεται με κακή πρόγνωση. Πάντως είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται αυτοί οι όγκοι που παρουσιάζουν έναν επιθετικό τύπο διήθησης με στενές λωρίδες "γλωσσίδες" επιθηλίου που επεκτείνονται βαθιά μέσα στο γειτονικό συνδετικό ιστό και πέρα από τα εμφανή κλινικά όρια κάθε όγκου.

- **Επιφανειακός βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα**

Σε αυτή την περίπτωση παρατηρείται μια μονήρης πλάκα που εντοπίζεται στον κορμό ή στα άκρα του σώματος και η οποία συχνά θεωρείται λανθασμένα ότι πρόκειται για βλάβη ψωρίασης ή εκζέματος. Το επιφανειακό βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα είναι μια σαφώς αφοριζόμενη, ελαφρά επηρμένη, ερυθρού χρώματος πλάκα, η οποία καλύπτεται από καλά προσκολλημένα λέπια. Η προσεκτική παρατήρηση των ορίων της σε καλό φωτισμό, αποκαλύπτει ένα πολύ λεπτό, κυματοειδές, τηλεαγγειεκτασικό μαργαριταροειδές όριο. Τα όρια μπορεί να είναι μελαγχρωματικά. Μετά από μερικά χρόνια οι βλάβες παχύνονται και παίρνουν οζώδη μορφή με έλκωση στην επιφάνεια. Πολλαπλές βλάβες μπορεί να προκύψουν από προηγηθείσα θεραπεία με αρσενικό, από σημαντική έκθεση στη ηλιακή ακτινοβολία ή από ακτινοθεραπεία. Ενώ χαρακτηρίζεται από πολλαπλές, σαφείς, διακριτές εστίες πολύ μικρών βασικοκυτταρικών επιθηλιωμάτων.

- **Ινωδοεπιθηλιακός ογκος του Pinkus**

Ο ινωδοεπιθηλιακός ογκος του Pinkus είναι ένας σχετικά ασυνήθιστος μονήρης όγκος που μπορεί να αποτελεί παραλλαγή του βασικοκυτταρικού επιθηλιώματος και συχνά σχετίζεται με προηγούμενη εφαρμογή ακτινοθεραπείας. Ο ινωδοεπιθηλιακός όγκος εμφανίζεται ως μια αδρανής πλάκα στο δέρμα. Η βλάβη συνδυάζεται με επιφανειακά βασικοκυτταρικά επιθηλιώματα και με βασικοκυτταρικό θήλωμα και συχνά θεωρείται λανθασμένα ότι είναι αυτού του είδους όγκος. Η βλάβη μπορεί να είναι μία βλατίδα ή οζίδιο που είναι σαφώς αφοριζόμενο και παρουσιάζει μια ερυθρού χρώματος μυρμηκιάδη επιφάνεια. Αυτός ο όγκος εντοπίζεται στον κορμό και ιδίως στην οσφυοίερα χώρα. Παρατηρούνται μακριές, επιμήκειες, σαν λεπτοί κλώνοι, λωρίδες που αποτελούνται από βασαλοειδή επιθηλιακά κύτταρα που έχουν πάχος δύο ή τριών κυττάρων.

Αυτοί οι κλώνοι αναστομώνονται μεταξύ τους και κλείνουν μέσα στο δίκτυο που δημιουργείται το ινώδες στηρικτικό στρώμα. Έτσι προκαλείται μια περίπλοκη δικτυωτή ιστολογική εικόνα. Μπορεί να εμφανίζονται επίσης κύστει και να διαπιστώνεται σχηματισμός πρωτογενής μορφής τριχικών θυλάκων. Η βλάβη πρέπει να αφαιρείται χειρουργικά.

- **Σύνδρομο βασικοκυτταρικού σπίλου**

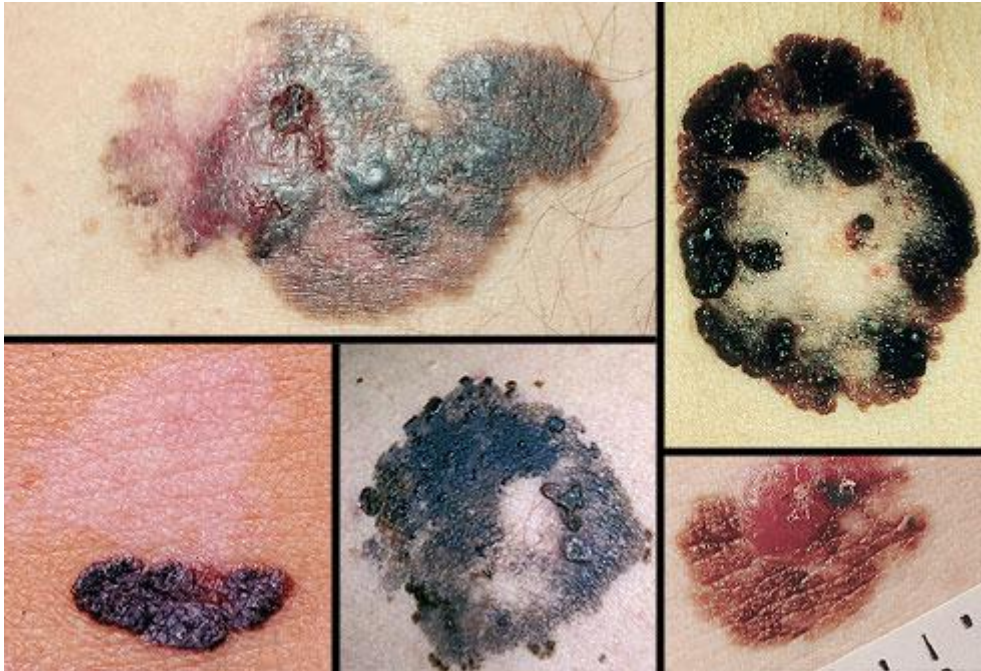
Πρόκειται για μία κληρονομική κατάσταση στην οποία εμφανίζονται από την παιδική ηλικία και μετά πολλαπλά βασικοκυτταρικά επιθηλιώματα, συνδιαζόμενα με μία ποικιλία άλλων ανωμαλιών. Η μορφολογία κάθε βλάβης είναι αυτή ενός βασικοκυτταρικού επιθηλιώματος. Συνήθως η κατάσταση δεν διαφεύγει από τη διάγνωση γιατί οι βλάβες αναπτύσσονται πρώιμα στην ζωή. Παρατηρούνται αντιαισθητικές βλάβες οι οποίες εντοπίζονται κυρίως στο πρόσωπο αλλά και σε καλυμμένες περιοχές του σώματος. Παρατηρούνται επίσης βοθρία που εντοπίζονται στις παλάμες και στα πέλματα καθώς επίσης και κέγγρια, κύστει, λιπώματα και ινώματα στο δέρμα. Παρατηρείται χαρακτηριστική εικόνα του προσώπου σε μερικούς ασθενείς με πλάτυση της ρίζας της μύτης, προπέτεια του μετωπιαίου οστού και υπερτελορισμό. Επίσης συχνά σημειώνονται ανωμαλίες των οστών, με κύστει στις γνάθους, προβληματική οδοντοφύα και μερικές φορές ανάπτυξη αδαμαντινοβλαστωμάτων της γνάθου. Οι πλευρές μπορεί να είναι δισχιδείς και τα μετακάρπια να είναι βραχύτερα του κανονικού. Υπάρχουν οφθαλμολογικές ανωμαλίες, όπως στραβισμός, συγγενής τύφλωση, καταρράκτης και γλαύκωμα. Στις νευρολογικές ανωμαλίες συμπεριλαμβάνονται η πνευματική καθυστέρηση, η ασβέστωση της σκληρής μήνιγγας, το νευροσπογγιοβλάστωμα και ο συγγενής υδροκέφαλος. Τέλος ινώματα ωοθήκης εμφανίζονται στις θήλεις, ενώ ο υπογοναδισμός είναι ασυνήθης στους άρρενες. Οι όγκοι αντιμετωπίζονται με τον συνήθη τρόπο που ισχύει για τα βασικοκυτταρικά επιθηλιώματα, αν και η ακτινοβολία Χ θα πρέπει να αποφεύγεται. Μεγάλη σημασία έχει η προοδευτική, συνεχής, προσεχτική παρακολούθηση των ασθενών και η θεραπευτική αντιμετώπιση των βλαβών σε πρώιμο στάδιο. Επίσης υπάρχει και η δυνατότητα προγεννητικής διάγνωσης του συνδρόμου.

4.3 ΜΕΛΑΝΩΜΑ

4.3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το μελάνωμα είναι ένας καρκίνος του δέρματος που ξεκινά στα μελανοκύτταρα, τα κύτταρα που παράγουν τη χρωστική του δέρματος ή τη χρωστική ουσία γνωστή ως μελανίνη. (National Cancer Institute, 2003). Εμφανίζεται σε ποσοστό 1% του συνολικού πληθυσμού. <http://www.myplasticsurgery.gr/reconstructive-procedures-greece/skin-cancer-removal>. Διαφέρει από άλλους συχνούς καρκίνους του δέρματος από την επιθετική συμπεριφορά και την τάση του για περιοχές και απομακρυσμένες μεταστάσεις. Έχει πολύ κακή πρόγνωση αν διαγνωστεί σε προχωρημένα στάδια. Αν όμως διαγνωστεί έγκαιρα και θεραπευθεί, έχει πολύ καλή πρόγνωση. <http://www.myplasticsurgery.gr/reconstructive-procedures-greece/skin-cancer-removal>. Η επίπτωση του μελάνωματος αυξάνει και πλέον αποτελεί τον πέμπτο πιο συχνό τύπο καρκίνου στις Η.Π.Α. Το 2013 αναμένοντας 76.690 νέες διαγνώσεις και νέα 9.480 θάνατοι από μελάνωμα. Το μελάνωμα είναι πιο συχνό σε άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα που συνήθως δεν μαυρίζουν με την έκθεση στον ήλιο. Παρόλο που υπάρχουν πολλοί παράγοντες κινδύνου για το μελάνωμα, η

έκθεση στον ήλιο είναι η πιο σημαντική. Έντονη και διαλείπουσα έκθεση στον ήλιο, ιδίως κατά την παιδική ηλικία και τα πρώτα στάδια της ενηλικίωσης είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Η χρόνια ή η επαγγελματική έκθεση στον ήλιο δεν συνεισφέρει εξίσου αλλά μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη μελανώματος σε περιοχές που εκτίθενται στον ήλιο (πχ κεφαλή και τράχηλος). Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό μελανώματος, η παρουσία πολλαπλών τυπικών σπύλων και η παρουσία άτυπων σπύλων. (Cecil Andreoli & Carpenter's ,2016)



<https://www.onmed.gr/ygeia/story/318235/karkinos-tou-dermatos-oi-4-morfes-tou-se-fotografies>

4.3.2 ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το μελάνωμα είναι ένας καρκίνος του δέρματος που ξεκινά στα μελανοκύτταρα, τα κύτταρα που παράγουν τη χρωστική του δέρματος ή τη χρωστική ουσία γνωστή ως μελανίνη. (National Cancer Institute,2003). Τα μελανοκύτταρα προέρχονται από κύτταρα της νευρικής ακρολοφίας που έχουν μεταναστεύσει στη επιδερμίδα. Καταλαμβάνουν την βασική στιβάδα της επιδερμίδας και η λειτουργία τους είναι εν μέρει η παραγωγή και η μεταφορά της μελανίνης στα κερατινοκύτταρα, καθορίζοντας έτσι το χρώμα του δέρματος και των τριχών. Υπάρχουν και καλοήθεις παθήσεις των μελανοκυττάρων, όπως ο κοινός σπύλος (ελιά). Το μελάνωμα αποτελεί την πιο επικίνδυνη μορφή καρκίνου του δέρματος με τυπικό σύμπτωμα την εμφάνιση νέου σπύλου ή την αλλοίωση υπάρχοντος σπύλου στο σώμα. Ο σπύλος είναι πολλές φορές πιο σκούρος από τους συνηθισμένους και έχει ανώμαλο περίγραμμα, μεγαλώνει γρήγορα και έχει δυσχρωμία. (Μπακογιάννης, Α.,2011).

Τα περισσότερα μελανώματα αποτελούνται από διάφορα χρώματα από αποχρώσεις του καφέ έως αποχρώσεις του μαύρου. Μια μικρή ποσότητα μελανωμάτων είναι ροζ, κόκκινα ή σαρκωειδή στο χρώμα. Αυτά ονομάζονται αμελανωτικά μελανώματα, τα οποία τείνουν να είναι πιο επιθετικά. Προειδοποιητικά σημεία του κακοήθους μελανώματος περιλαμβάνουν αλλαγή στο

μέγεθος, το σχήμα, το χρώμα ή την όψη μιας κρεατοελιάς.. Μια συχνά χρησιμοποιούμενη μνημονική είναι «ABCDE», όπου το Α είναι για "ασύμμετρη", Β για "σύνορα" C για "χρώμα" D για "διάμετρος" (μεγαλύτερο από 6 mm -το μέγεθος μιας γόμας μολυβιού) και Ε για "εξελίσσεται".

https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82_%CF%84%CE%BF%CF%85_%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82?veaction=edit§ion=5

Το μελάνωμα έχει τέσσερις κυρίως κλινικοπαθολογικούς υπότυπους. Κυριότερος είναι το επιφανειακά επεκτεινόμενο μελάνωμα το οποίο μπορεί να παρατηρηθεί οπουδήποτε στο σώμα, αλλά έχει προτίμηση στον κορμό και τα άκρα. Το κακοήθες μελάνωμα τύπου κακοήθους φακής εκδηλώνεται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συνήθως ως μελαγχρωματική βλάβη σε περιοχές με χρόνια έκθεση στον ήλιο. Το οζώδες μελάνωμα σχετίζεται με κάθετη ανάπτυξη στο δέρμα και εκδηλώνεται ως σκούρα οζώδης βλάβη. Το κακοήθες μελάνωμα των άκρων είναι σπάνιος υπότυπος που αναπτύσσεται στις πελματιαίες και παλαμιαίες επιφάνειες όπως επίσης και στις υπονύχιες περιοχές. Αυτός ο υπότυπος είναι ο πιο συχνός τύπος στους μαύρους.

Τα παθολογοανατομικά ευρήματα με προγνωστική σημασία συμπεριλαμβάνουν το βάθος της διήθησης, την παρουσία έλκους και την παρουσία και των αριθμών μιτώσεων. Όλα αυτά τα ευρήματα έχουν ενσωματωθεί στο AJCC TNM σύστημα σταδιοποίησης του κακοήθους μελανώματος. Η αύξηση του βάθους της διήθησης προδικάζει φτωχή πρόγνωση. Ο κίνδυνος μετάστασης σε λεμφαδένα απομακρυσμένης μετάστασης και θανάτου συναρτάται με το πάχος του όγκου. Έτσι, οι ασθενείς με μελάνωμα μικρού πάχους (<1mm) γενικά έχουν καλή έκβαση ενώ οι ασθενείς με μελάνωμα μεγαλύτερου πάχους (>4mm) έχουν πενταετή επιβίωση, συχνά κάτω από 50% ακόμα και χωρίς λεμφαδενική νόσο. (Cecil Andreoli & Carpenter's, 2016)

Η πρόγνωσή του εξαρτάται από τον υπότυπο, αλλά κυρίως από το στάδιο κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Η θεραπεία είναι η χειρουργική αφαίρεση, αλλά συνοδεύεται και από άλλες συμπληρωματικές διαδικασίες αναλόγως του σταδίου της νόσου. <http://www.aimilioslallas.gr/%CE%BF%CE%B3%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1-%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82/>

4.3.3 ΑΙΤΙΑ

Τα κύρια αίτια των μελανωμάτων είναι τα εξής

-Η ηλιακή ακτινοβολία: Το μελάνωμα μπορεί να ενεργοποιηθεί από την εντατική, διαλείπουσα έκθεση στον ήλιο -αυτός ο τύπος της ακτινοβολίας προκαλεί το μαύρισμα. Αφού αυτό ίσχυε πάντοτε, τότε γιατί ο αριθμός των περιπτώσεων μελανώματος έχει υπερτριπλασιαστεί τα τελευταία 20 χρόνια; Οι άνθρωποι ασχολούνται τώρα με περισσότερες εξωτερικές δραστηριότητες σε σχέση με το παρελθόν, ενώ συχνά φορούν λιγότερα ρούχα.

-Κληρονομικότητα: Η κληρονομικότητα παίζει τόσο σπουδαίο ρόλο στο μελάνωμα, ώστε να επινοηθεί ο όρος "οικογένεια μελανώματος". Ο κίνδυνος είναι μέγιστος αν ένας στενός συγγενής

(μητέρα, πατέρας, αδέρφια ή παιδιά) είχε μελάνωμα. <https://www.skincancer.org/gr-GR/melanoma>

4.3.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Οι περισσότεροι ασθενείς με δερματικό μελάνωμα έχουν νόσο αρχικού σταδίου στην διάγνωση ενώ περίπου το 15% των ασθενών έχουν κλινικά έκδηλη επιχώρια λεμφαδενοπάθεια ή απεικονιστικά ευρήματα μεταστατικής νόσου. Ορισμένες καλοήθεις βλάβες έχουν κοινά μορφολογικά χαρακτηριστικά με το μελάνωμα, δυσχεραίνοντας έτσι την διάκριση μόνο με την κλινική εξέταση. Επειδή η επιβίωση των ασθενών με περιορισμένη νόσο είναι εξαιρετική, η έγκυρη διάγνωση είναι σημαντική.

Το μελάνωμα τυπικά διασπείρεται στους επιχώριους λεμφαδένες και γι αυτό πρέπει να εξετάζονται. Μεταστατική νόσος μπορεί να παρατηρηθεί και στο ήπαρ, τους πνεύμονες, το δέρμα, τα οστά και τον εγκέφαλο. Τα συμπτώματα της προχωρημένης νόσου είναι ποικίλα. Σε αντίθεση με το δερματικό μελάνωμα, το μελάνωμα των βλενογόνων είναι συχνά προχωρημένο κατά τη διάγνωση. Η νόσος είναι σπάνια και η εμπλεκόμενη περιοχή περιλαμβάνουν την κεφαλή, τον τράχηλο, την ορθοπροκτική και την αιδιοκολπική περιοχή. Τα συμπτώματα στη διάγνωση είναι παρόμοια με αυτά των πιο συχνών κακοηθειών στις συγκεκριμένες περιοχές. (Cecil Andreoli & Carpenter's, 2016).

4.3.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η εμφάνιση μιας νέας κρεατοελιάς κατά την ενήλικη ζωή ή πόνος, κνησμός, έλκος, ερυθρότητα γύρω από την περιοχή ή αιμορραγία στο σημείο.

<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82%CF%84%CE%BF%CF%85%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82> Το μελάνωμα, σε αντίθεση με τους απλούς σπίλους, δεν παραμένει το ίδιο για πολλά χρόνια. Μεταβάλλεται γρήγορα, μπορεί και σε περίοδο μηνών, και πρέπει να αφαιρείται άμεσα.

4.3.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν ορισμένες βασικές αρχές στη διάγνωση του:

1) Το μελάνωμα είναι "μαύρο" ή έχει μαύρο πάνω του και προέρχεται από κακοήθη εξαλλαγή των σπίλων στο 1/3 των περιπτώσεων.

2) Αναπτύσσεται γρήγορα και συνήθως διπλασιάζεται σε μέγεθος μέσα σε λίγες εβδομάδες. 3) Δεν έχει συνηθισμένο σχήμα (ωοειδές ή στρογγυλό) αν το συγκρίνουμε με τους απλούς σπίλους. <http://www.myplasticsurgery.gr/reconstructive-procedures-greece/skin-cancer-removal>

Η διάγνωση του μελανώματος απαιτεί ιστολογική εκτίμηση βιοπτικού δείγματος. Γενικά χρωματικές βλάβες ύποπτες για μελάνωμα πρέπει να υποβάλλονται σε βιοψία με χειρουργική αφαίρεση. Αυτό επιτρέπει την επαρκή αξιολόγηση του πάχους του όγκου που είναι καθοριστική

για την λήψη αποφάσεων σχετικά με την ανάγκη βιοψίας λεμφαδένα και το εύρος της επακόλουθης τοπικής αφαίρεσης. (Cecil Andreoli & Carpenter's, 2016).

Αν το μελάνωμα είναι «επιφανειακό» (<1mm πάχος), ο Πλαστικός Χειρουργός συνήθως συστήνει συμπληρωματική εκτομή 1cm περίξ της αρχικής βλάβης. Αν το μελάνωμα είναι ενδιάμεσου πάχους (1-4mm), τότε συνήθως χρειάζεται συμπληρωματική εκτομή στα 2cm περίξ της αρχικής βλάβης και διάγνωση του "φρουρού" λεμφαδένα προκειμένου να καθορίσουμε αν χρειάζεται ακολούθως λεμφαδενικός καθαρισμός της σύστοιχης λεμφαδενικής δεξαμενής. <http://www.myplasticsurgery.gr/reconstructive-procedures-greece/skin-cancer-removal>. Οι αποκαλούμενες βιοψίες με την τεχνική 'ξυρίσματος' δεν επιτρέπουν τον καθορισμό του πάχους του όγκου και μπορεί να μην δώσουν επαρκές υλικό για τη διάγνωση. Η ιστολογική διάγνωση βασίζεται στα χαρακτηριστικά της μορφολογίας και σε ανοσοϊστοχημικές χρώσεις για κάποιους δείκτες.

Δεν απαιτείται απεικονιστικός έλεγχος για τη σταδιοποίηση ασθενών με μελάνωμα μικρού ή ενδιάμεσου πάχους και η πιθανότητα μετάστασης είναι μικρή. Οι ασθενείς με μελάνωμα μεγάλου πάχους ή μετάσταση σε λεμφαδένες που εντοπίζεται κατά την κλινική εξέταση ή σε βιοψία λεμφαδένα είναι υψηλού κινδύνου για διασπορά της νόσου και πρέπει να υποβάλλονται σε σταδιοποίηση με CT Θώρακα, κοιλιάς και λεκάνης. Ο επιπλέον έλεγχος εξαρτάται από τη συμπτωματολογία. Για παράδειγμα, ασθενείς με κλινικά προχωρημένο μελάνωμα και νέο διάχυτο άλγος στα οστά πρέπει να υποβάλλονται σε τομογραφία οστών, ενώ ασθενείς με νευρολογική σημειολογία πρέπει να υποβάλλονται σε απεικόνιση εγκεφάλου. (Cecil Andreoli & Carpenter's, 2016)

4.3.7 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

ΠΟΙΑ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ;

Χρησιμοποιούνται διάφορα συστήματα σταδιοποίησης των μελανωμάτων του δέρματος. Το βάθος της διήθησης είναι ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης όσον αφορά την έκβαση. Σύμφωνα με μμία 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 διείδυσης 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.

<http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/typesofcancer/melanomaskincancer/>

4.3.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση του μελανώματος μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια με το σύστημα σταδιοποίησης AJCC TNM. Η ολική επιβίωση εξαρτάται από το πάχος του πρωτοπαθούς όγκου και την παρουσία και τον αριθμό των μεταστάσεων σε επιχώριους λεμφαδένες. Η εξέλκωση του όγκου και ο υψηλός μιτωτικός δείκτης σχετίζεται με φτωχή πρόγνωση. Η μεταστατική νόσος δεν είναι ιάσιμη και η κλινική πορεία εξαρτάται από το πρότυπο και το βαθμό διασποράς. Τα αυξημένα επίπεδα γαλακτικής δεϋδρογονάση (LDH) αποτελούν ανεξάρτητο φτωχό προγνωστικό δείκτη σε ασθενείς με μεταστάσεις. (Cecil Andreoli & Carpenter's, 2016), (Wisco OJ, Sober AJ 2012)

Μερικές φορές τα καρκινικά κύτταρα εξαπλώνονται στους επιχώριους λεμφαδένες, οι οποίοι είναι αδένες που απελευθερώνουν τις εκκρίσεις του ανοσοποιητικού συστήματος στην κυκλοφορία του αίματος. Αυτοί οι λεμφαδένες καλό είναι να αφαιρεθούν προκειμένου να μην αποστείλουν κύτταρα μελανώματος σε άλλα σημεία του σώματος. Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι ο κύριος τρόπος θεραπείας του μελανώματος. Ο γιατρός χρησιμοποιεί ένα νυστέρι και αφαιρεί το σύνολο της βλάβης εξασφαλίζοντας υγιή όρια του περιβάλλοντος δέρματος. Η τομή συγκλείεται και το παρασκεύασμα αποστέλλεται στο εργαστήριο, προκειμένου να πιστοποιηθεί ότι όλα τα καρκινικά κύτταρα έχουν αφαιρεθεί. <https://www.skincancer.org/gr-GR/melanoma>

Η χειρουργική εξαίρεση με ευρεία όρια είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την ίαση της μη μεταστατικής νόσου. Τα όρια που ενδείκνυνται εξαρτώνται από το βάθος της διήθησης και τη θέση της πρωτοπαθούς βλάβης, αλλά συνήθως κυμαίνονται μεταξύ 1 και 2 cm. Ασθενείς με όγκο

πάχους πάνω από 1 mm, χωρίς ευρήματα στη κλινική εξέταση πρέπει επίσης να υποβληθούν σε βιοψία λεμφαδένα για την εκτίμηση πιθανής μετάστασης.

Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για υποτροπή μετά από εκτομή, δηλαδή ασθενείς με πρωτοπαθή όγκο πάχους >4 mm ή μεταστάσεις στους λεμφαδένες, μπορεί να χορηγηθεί συμπληρωματική θεραπεία με υψηλή δόση ιντερφερόνης που διαρκεί έναν χρόνο και έχει σημαντική νοσηρότητα. Η βελτίωση του συνολικού αποτελέσματος είναι μικρή και η επίδραση στη συνολική επιβίωση παραμένει αβέβαιη. Για τους ασθενείς με μεταστατική νόσο έχουν αναπτυχθεί νέοι παράγοντες που βασίζονται στη μοριακή βιολογία της νόσου και την άνοση απάντηση στην κακοήθεια. (Cecil Andreoli & Carpenter's, 2016), (Wisco OJ, Sober AJ, 2012)

Σε προχωρημένους καρκίνους εφαρμόζονται η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία (φάρμακα που διεγείρουν το ανοσοποιητικό σύστημα). Αυτές οι θεραπείες μπορεί να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου, αλλά τα προχωρημένου σταδίου μελανώματα είναι δύσκολο να αναχαιτιστούν. Κατά συνέπεια, η αναγνώριση των πρώιμων προειδοποιητικών σημείων είναι το κλειδί προκειμένου να σωθούν ζωές. <https://www.skincancer.org/gr-GR/melanoma>

ΠΟΤΕ ΟΙ ΣΠΙΛΟΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Άτομα με δυσπλαστικούς σπίλους και με οικογενειακό ιστορικό δυσπλαστικών σπίλων ή μελανώματος τείνουν να αναπτύξουν καρκίνο σε νεαρότερη ηλικία από τους ασθενείς με μελάνωμα που δεν είχαν παρουσιάσει τέτοιους σπίλους. Άτομα με δυσπλαστικούς σπίλους αλλά χωρίς οικογενειακό ιστορικό δυσπλαστικών σπίλων ή μελανώματος είναι δυνατόν να παρουσιάσουν μελάνωμα σε σχετικά νεαρή ηλικία, αλλά σπανιότερα. Ευτυχώς, το μελάνωμα μπορεί να είναι από τις πιο απλές μορφές καρκίνου κατά τη φάση της διάγνωσης και μια από τις πιο απλές μορφές καρκίνου όσον αφορά στη θεραπεία, εφόσον βρεθεί και αφαιρεθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα. Εάν όμως αφεθεί να εξαπλωθεί σε άλλα σημεία του σώματος (δώσει μεταστάσεις), τότε η πρόγνωση είναι πολύ μικρή. Περίπου 8.700 θάνατοι το χρόνο συμβαίνουν λόγω ύπαρξης μελανώματος. Πολλές φορές είναι δύσκολο να γίνει η διάκριση ανάμεσα στους δυσπλαστικούς σπίλους και στην αρχή της εμφάνισης ενός μελανώματος. (Μερικές φορές, το μελάνωμα θα εμφανιστεί υπό μορφή δυσπλαστικού σπίλου). Για να καθιερωθεί η διαφορά, ένας γιατρός θα πρέπει να αφαιρέσει ολόκληρο το σημείο στο οποίο έχει εμφανιστεί το μελάνωμα ή ένα ποσοστό του σημείου αυτού προκειμένου να εξεταστεί σε εργαστήριο ιστοπαθολογίας. Πολλοί γιατροί συστήνουν την εξέταση του σπίλου με δερματοσκόπιο, το οποίο μεγεθύνει και επιτρέπει την οπτικοποίηση των εσωτερικών δομών και χρωμάτων που δεν μπορούν να γίνουν ορατά με γυμνό μάτι (Berberian, BJ., et al, 2014),

4.3.9 ΤΥΠΟΙ

Τέσσερις κύριοι τύποι μελανώματος αναγνωρίζονται κλινικά και ιστολογικά:

4.3.9.1 ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΩΣ ΕΠΕΚΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Συνήθως εμφανίζεται με την μορφή ενός σπίλου που μεγαλώνει και αλλάζει χρώμα. Αρχίζει σαν μια επίπεδη υπερχρωματική κηλίδα, η οποία κατόπιν μετατρέπεται σε μόλις ψηλαφητή βλατίδα. Επεκτείνεται πλαγίως και οριζοντίως, έχει ανώμαλο περίγραμμα, συχνά με εγκοπές και οδοντώσεις και οι πτυχές του δέρματος αρχικά είναι εμφανείς αλλά σταδιακά εξαφανίζονται. Παρατηρούνται διάφορες χρωματικές αποχρώσεις του καφέ συνήθως αλλά όχι πάντα σε ανάμειξη με μαύρο χρώμα, καθώς και εστίες ερυθρού, κυανού και πορφυρού χρώματος.

Η πρόγνωση θεωρείται εξαιρετική στη διάρκεια της οριζόντιας φάσης ανάπτυξης, αλλά επιδεινώνεται καθώς η βλάβη παχύνεται και αποκτά οζώδη μορφή. Ο όγκος εντοπίζεται πιο συχνά στις κνήμες των γυναικών και στον κορμό των ανδρών, αλλά μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του ανθρώπινου σώματος. Κυρίως προσβάλλει νέους και μεσήλικες και ιδιαίτερα γυναίκες.

Σε αντίθεση με το κακόηθες μελάνωμα τύπου κακοήθους φακής, το επιφανειακά επεκτεινόμενο κακόηθες μελάνωμα συνήθως δε σχετίζεται με ευρήματα σοβαρής βλάβης του δέρματος από την ηλιακή ακτινοβολία. Ανώμαλα κύτταρα διατάσσονται άτακτα σε όλη την επιδερμίδα, μεμονωμένα ή κατά ομάδες και συχνά προσβάλλοντας ανώτερες στιβάδες με μορφή που θυμίζει τη νόσο του Paget και γι αυτό τον λόγο ονομάζεται εναλλακτικά και παζετοειδής μελάνωμα. Τα κύτταρα είναι μεγάλα με άφθονο κυτταρόπλασμα, πολυμορφικού τύπου φυσαλιδώδεις πυρήνες με ευδιάκριτους ηωσινοφιλικούς πυρηνίσκους. Η μελάχρωση είναι ποικίλου βαθμού, αν και συχνά είναι εντυπωσιακή. Τα κύτταρα του όγκου χαρακτηριστικά επεκτείνονται από τη μία επιδερμική ακρολοφία στη διπλανή της, αυτό είναι χρήσιμο γιατί στη περίπτωση αμφιβολιών οι κακοήθεις βλάβες χαρακτηρίζονται από την προσβολή μόνο των επιδερμικών ακρολοφιών. Παρατηρείται διείσδυση μετά από κάποιο χρονικό διάστημα και ο όγκος που διηθεί είναι συνήθως επιθηλιοειδούς κυτταρικού τύπου.

Το επιφανειακώς επεκτεινόμενο μελάνωμα, που παρουσιάζει μία αρχική ενδοεπιδερμική, οριζόντια ή ακτινωτή ανάπτυξη, φάση. Κλινικά παρουσιάζεται ως κηλίδα, που εξελίσσεται αργά σε πλάκα, και είναι συνήθως πολυχρωματική με ωχρές περιοχές υποστροφής. Σε δεύτερο χρόνο μπορεί να αναπτυχθούν ογκίδια. Το χαρακτηριστικό ιστολογικό εύρημα είναι η παζετοειδής διασπορά κακοηθών μελανοκυττάρων σε όλη την επιδερμίδα.

4.3.9.2 ΟΖΩΔΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Το οζώδες κακόηθες μελάνωμα είναι δύο φορές συχνότερο στους άνδρες και συνήθως εμφανίζεται μετά την ηλικία των 40 ετών. Πρόκειται για τον όγκο που έχει την μέγιστη πιθανότητα να έχει ήδη δώσει μεταστάσεις στα επιχώρια λεμφογάγγλια κατά τη στιγμή που ο ασθενής εμφανίζεται στον γιατρό. Το κακόηθες μελάνωμα μεθίσταται διαμέσου των λεμφαγγείων στους λεμφαδένες και διαμέσου της αιματικής ροής στον εγκέφαλο, στους πνεύμονες, στο ήπαρ, στα οστά και τέλος στο δέρμα. Το οζώδες μελάνωμα, που σε αντίθεση από το προηγούμενο εμφανίζεται από την αρχή της ανάπτυξής του ως ένας οζώδης, εξωφυτικός, σκουρόχρωμος (από καφέ έως μαύρος), συχνά διαβρωμένος ή και αιμορραγών όγκος. Σε ιστολογικό επίπεδο παρουσιάζει μία σύντομη οριζόντια φάση ανάπτυξης και στη συνέχεια μία επιθετική κάθετη

φάση. Συνεπώς, η πρόωμη ανίχνευση, όταν δηλαδή βρίσκεται σε ενδοεπιδερμική φάση ανάπτυξης, είναι πρακτικώς αδύνατη. Το μελάνωμα τύπου κακοήθους φακής, εμφανίζεται συνήθως μετά την πάροδο πολλών ετών σε έδαφος κακοήθους φακής και εντοπίζεται σχεδόν αποκλειστικά στο πρόσωπο ηλικιωμένων ασθενών.

4.3.9.3 ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΦΗΛΙΔΑ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ

Ο όγκος εμφανίζεται ως μία ανώμαλη μελάγχρωση στις παλάμες ή στα πέλματα και μερικές φορές προέρχεται από έναν προϋπάρχοντα σπίλο. Υπάρχει ομοιότητα με την κακοήθη φακή και το επιφανειακά επεκτεινόμενο κακοήθες μελάνωμα, αλλά η διήθηση, ο σχηματισμός οζιδίων και οι μεταστάσεις εμφανίζονται νωρίς. Η βλάβη εντοπίζεται στο πέλμα, όπου μπορεί να διαφύγει της προσοχής και γι' αυτό τον λόγο να διαγνωσθεί αργά όταν σχηματιστεί ένα αιμορραγικό οζίδιο ή στην παλάμη.

Τα ιστολογικά ευρήματα είναι παρόμοια με αυτά που βρίσκονται στην κακοήθη φακή εκτός από το ότι η επιδερμίδα είναι υπερπλαστική. Η πιο συχνή παραλλαγή της νόσου χαρακτηρίζεται από άτυπα μελανοκύτταρα τα οποία εντοπίζονται κυρίως κατά μήκος της βασικής στιβάδας της επιδερμίδας, ενώ μπορεί να προσβάλλονται και ανώτερα τμήματα όπως η κεράτινη στιβάδα. Μεμονωμένα κύτταρα εμφανίζονται πολυμορφικά με υπερχρωματικούς πυρήνες και ευδιάκριτους πυρηνίσκους. Συχνές είναι οι εικόνες μιτώσεων. Ο σχηματισμός "φωλεών" που αποτελούνται από ατρακτοειδή και επιθηλιοειδή κύτταρα, είναι συχνό εύρημα. Το διεισδυτικό στάδιο είναι συνήθως ατρακτοειδούς κυτταρικού τύπου. Μερικές φορές εμφανίζεται και η παζετοειδής παραλλαγή. (Cecil Andreoli & Carpenter's, 2016)

Το μελάνωμα των άκρων, είναι συνήθως παλαμοπελματιαίο ή υπο- ή περιονύχιο. Κατά την πρόωμη ενδοεπιδερμική φάση εμφανίζεται ως μία ακανόνιστη, ασαφώς αφοριζόμενη μελάγχρωση, ενώ αργότερα αναπτύσσονται οζίδια που σηματοδοτούν τη διηθητική φάση ανάπτυξης. Εκτός από τους κύριους τύπους μελανώματος υπάρχουν και κάποιες λιγότερο συχνές μορφές, όπως το μελάνωμα των βλενογόνων, το δεσμοπλαστικό, το αμελανωτικό, και το πολυποειδές, που αποτελούν λιγότερο από το 5% των περιπτώσεων.

http://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=34765&folderId=480449&name=DLFE-2440.pdf

Τέλος, το μελάνωμα τύπου κακοήθους φακής, εμφανίζεται συνήθως μετά την πάροδο πολλών ετών σε έδαφος κακοήθους φακής και εντοπίζεται σχεδόν αποκλειστικά στο πρόσωπο ηλικιωμένων ασθενών.

4.4 ΠΡΟΛΗΨΗ

Εφόσον δε μπορείς να αλλάξεις τα κληρονομικά σου χαρακτηριστικά, μπορείς να προστατεύσεις τον εαυτό σου από τον ήλιο με τα ενδύματα, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται ένα καπέλο με ευρύ γείσο, γυαλιά ηλίου και αντιηλιακή προστασία με δείκτη 15 και πάνω. Αναζήτησε τη σκιά και μείνε εκτός ηλιακής έκθεσης όσο το δυνατόν περισσότερο μεταξύ 10 π.μ. και 4 μ.μ.

Οι μισοί από το σύνολο των ασθενών με μελάνωμα έχουν ασυνήθους μορφολογίας άτυπους σπίλους (ονομάζονται επίσης δυσπλαστικοί σπίλοι). Πρόσεξε να μην παραλείψεις τη δερματολογική εξέταση, αν ανήκεις σε μία οικογένεια με κρούσματα μελανώματος, αν έχεις άτυπους σπίλους (ελιές) ή αν έχεις ιστορικό μελανώματος. Τα παιδιά σε οικογένειες με μελάνωμα πρέπει να ελέγχονται από γιατρό από την ηλικία των 10 ετών και άνω.

<https://www.skincancer.org/gr-GR/melanoma>

5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η νοσηλεύτρια καλείται να παίζει σημαντικό ρόλο, μαζί με όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, να βοηθήσει τον καρκινοπαθή να ξεπεράσει τα σοβαρά ψυχολογικά κυρίως και άλλα προβλήματα που προκαλεί η φύση της πάθησης του και να διατηρήσει όλες τις ηθικές και σωματικές δυνάμεις του στο ακέραιο, έτσι ώστε να είναι σε θέση να δεχτεί οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή του οριστεί και να συντελέσει στην επιτυχία της. Η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει θάρρος και ελπίδα για να παλέψει για καλύτερη ποιότητα ζωής. Καταρχάς ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποφασίσει εάν ο ασθενής θα ενημερωθεί για τη φύση και τη σοβαρότητα της πάθησης του. Απόφαση που θα πάρει σε συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς και το στενό οικογενειακό περιβάλλον αλλά λαμβάνοντας υπόψιν διάφορους παράγοντες, όπως το μορφωτικό επίπεδο. Ιδιαίτερης σημασίας είναι το καθήκον που έχει η νοσηλεύτρια ν' αντιμετωπίζει τον ασθενή ακριβώς ίδια με τους άλλους πάσχοντες και ν' αποφεύγει κάθε ενέργεια που μπορεί να θεωρηθεί σαν ιδιαίτερη περιποίηση από συμπόνια και οίκτο για την κατάσταση του. (N. Τσίκου & Σ. Καραγεωργοπούλου, 1996)

5.1 ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

Η Ογκολογική Νοσηλευτική αποτελεί μία από τις ειδικότητες της Νοσηλευτικής που από πολύ νωρίς απάντησε στην πρόκληση του ορισμού μιας τόσο πολύπλοκης και σημαντικής έννοιας. Διερευνήθηκε ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται και περιγράφουν την έννοια της «φροντίδας» οι νοσηλευτές και οι ασθενείς στο χώρο της Ογκολογικής Νοσηλευτικής. Το συμπέρασμα ήταν ότι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη φροντίδα σύμφωνα με την προσωπικότητα και τις αξίες τους, ενώ επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις τους για τον καρκίνο. Οι παρεμβάσεις των εξειδικευμένων νοσηλευτών βελτιώνουν την ποιότητα του σχεδιασμού της φροντίδας. Στα εξειδικευμένα αντικαρκινικά κέντρα και τους ξενώνες ανακουφιστικής φροντίδας αναπτύσσεται και καλλιεργείται η θεραπευτική διαπροσωπική σχέση μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών που ανακουφίζει το «υποφέρειν» των ασθενών. Η παρουσία του νοσηλευτή δίπλα στον ασθενή είναι μεταξύ των πέντε δημοφιλέστερων συμπεριφορών φροντίδας για τους νοσηλευτές. Συμπεράσματα: Οι αντιλήψεις των ασθενών παραμένουν σταθερές με την πάροδο των χρόνων. Οι ασθενείς θεωρούν σημαντικότερες τις συμπεριφορές φροντίδας που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανότητα των νοσηλευτών και τη γνώση στην εφαρμογή των διάφορων νοσηλευτικών διαδικασιών. Επιπλέον, οι νοσηλευτές θεωρούν σημαντικό στοιχείο να διαθέτουν ευαισθησία, ενσυναίσθηση, ικανότητες επικοινωνίας και κατάλληλη εκπαίδευση που προάγει το περιβάλλον εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Τέλος, επισημαίνεται η σημασία της πολιτισμικά

ευαίσθητης φροντίδας με σεβασμό στις θρησκευτικές πεποιθήσεις τους. Η διαφορά των αντιλήψεων των συμπεριφορών φροντίδας νοσηλευτών και ασθενών στην Ογκολογία φαίνεται να συγκλίνει στα εξειδικευμένα αντικαρκινικά κέντρα. (<http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=19409>)

5.2 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλεύτης/τρια είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- Δεξιοτεχνία.
- Επιστημονική κατάρτιση.
- Αγάπη για τους ασθενείς.
- Αίσθημα ευθύνης.
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο.
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής

έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη. Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή ψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους.

<file:///C:/Users/1/Downloads/%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%AE%CF%82%20%CE%9F%CE%B3%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD%20%CE%91%CF%83%CE%B8%CE%B5%CE%BD%CF%8E%CE%BD.htm>

5.3 ΒΑΣΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Συγκεκριμένα οι δραστηριότητες των ογκολογικών νοσηλευτών στην κλινική πρακτική περιλαμβάνουν:

- Έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινωματώδους 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.

<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/nos/2009/KitouAlexandra,MarinakiSofia,RanoutsakiAnthi/attached-document/Kitou2009.pdf>

5.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Τον Ιούνιο του 1985 πάρθηκε η πολιτική απόφαση στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα για λήψη μέτρων ώστε να αντιμετωπιστεί η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τον καρκίνο. Η επιτροπή Ογκολόγων της Κοινότητας το 1986 σχεδίασε το πρόγραμμα “Η Ευρώπη κατά του καρκίνου” με το οποίο εκτός των άλλων πρότεινε την κατάρτιση σε ογκολογικά ζητήματα των επαγγελματιών υγείας. Στα πλαίσια αυτών των οδηγιών η Ευρωπαϊκή Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία το 1989 κατάρτισε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για εξειδίκευση στη νοσηλευτική ογκολογία το οποίο έτυχε ευρείας αποδοχής από πολλές χώρες της Ευρώπης. Στην χώρα μας λειτούργησε τέτοιο πρόγραμμα στο τμήμα νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής/τρια είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- Δεξιότητες.
- Επιστημονική κατάρτιση.
- Αγάπη για τους ασθενείς.
- Αίσθημα ευθύνης.
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο.
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη.

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους.

Οι νοσηλευτές/τριες σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα. (<http://www.agsavvas-hosp.gr/psychosocial-support/psycho-specialists>)

5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ερωτήσεις κατά τη λήψη ιστορικού:

- § Έχει παρουσιάσει ποτέ κάποιο μέλος της οικογένειας σας καρκίνο του δέρματος;
- § Έχει ποτέ χρειαστεί να υποβληθείτε σε χειρουργική αφαίρεση καρκίνου του δέρματος από κάποιο μέρος του σώματός σας;
- § Έχετε παρατηρήσει κάποια μεταβολή στο μέγεθος, το σχήμα, ή το χρώμα κάποιου σπίλου κρεατοελιάς, ουλής, ή σε εκ γενετής σημάδια του δέρματος; 43
- § Έχετε σπύλους, κρεατοελιές, εκ γενετής σημάδια ή ουλές που προκαλούν κνησμό, πονούν έχουν παρουσιάσει εφελκίδες ή αιμορραγούν;
- § Σε ποιες περιοχές της χώρας ή του εξωτερικού έχετε ζήσει;
- § Υπεστήκατε ποτέ σοβαρά ηλιακά εγκαύματα;
- § Επισκέπτεσθε solarium;
- § Εκτίθεστε σε επικίνδυνα χημικά στη δουλειά σας;
- § Έχετε διδαχθεί πώς να εξετάζετε το δέρμα σας; Εάν ναι, πως κάνετε την εξέταση αυτή και με ποια συχνότητα;
- Φυσική εξέταση

1. Ζητάμε από τον ασθενή να αφαιρέσει όλα του τα ρούχα και να φορέσει μια ρόμπα, εξασφάλιση καλού φωτισμού. Ο φυσικός φωτισμός είναι καλύτερος για την επισκόπηση των βλαβών. Ο ασθενής μπορεί να κάθεται, να είναι όρθιος ή ξαπλωμένος.
2. Επισκόπηση και ψηλάφηση δέρματος. Το τέντωμα του δέρματος κατά την εξέταση διευκολύνει την ανεύρεση οζιδίων και ουλών μέσα στο χόριο. Εξέταση για:
 - α. Εμφανείς βλάβες
 - β. Ορατά οιδήματα
 - γ. Μεταβολές του περιγράμματος και των ορίων των σπύλων
 - δ. Διόγκωση λεμφαδένων
 - ε. Δυσχρωμίες του δέρματος ή των βλεννογόνων.
3. Κατά την εκτίμηση, εξετάζονται κατά σειρά τα εξής:
 - § Κεφαλή και τράχηλος: τριχωτό κεφαλής, βλέφαρα, αυτιά, έξω ακουστικοί πόροι, εξωτερική και εσωτερική επιφάνεια της μύτης, στοματική κοιλότητα, δέρμα προσώπου, σιελογόνοι αδένες (παρωτίδες, υπογνάθιοι, υπογλώσσιοι).
 - § Θυρεοειδής και τράχηλος, συμπεριλαμβανομένων των λεμφαδένων.
 - § Στήθος και κοιλιά, προσέχοντας ιδιαίτερα κάτω από κρεμάμενους μαστούς μέσα σε δερματικές πτυχές που καλύπτονται από τρίχες.
 - § Ράχη και γλουτοί, με ιδιαίτερη προσοχή στην περιοχή μεταξύ των γλουτών.
 - § Τα άκρα, με ιδιαίτερη προσοχή στις μασχάλες, τις κοίτες των νυχιών, τις μεσοδακτύλιες πτυχές των χεριών και των ποδιών και τα πέλματα των ποδιών.
 - § Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα (LeMone, 2011).

5.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φάση της διάγνωσης του καρκίνου του δέρματος είναι σημαντικός. Ο νοσηλευτής, τα τελευταία χρόνια αναλαμβάνει έναν πιο άμεσο ρόλο στη διάγνωση του καρκίνου του δέρματος, όπως την εκτέλεση της αρχικής αξιολόγησης και διαλογή των δερματικών αλλοιώσεων που αφορούν τους ασθενείς. Λαμβάνει, ταυτόχρονα, ακριβείς και σχετικές πληροφορίες για το ιστορικό του ασθενούς και έχει πλέον επαρκώς την αυτοπεποίθηση και είναι σε θέση να εκτελέσει μια εξέταση του δέρματος (Burr, 2015) ,(Loescher, Janda, Soyer *et al.*, 2013). Συγκεκριμένα, στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχουν κλινικές διάγνωσης βασικοκυτταρικού καρκινώματος στις οποίες ηγετικό ρόλο έχουν οι νοσηλευτές. Στόχος τους η αντιμετώπιση της αύξησης του ποσοστού του βασικοκυτταρικού καρκινώματος. Δυστυχώς, τα εξωτερικά ιατρεία δεν είναι σε θέση να χειρίζονται το μεγάλο αριθμό των ασθενών που έχουν ανάγκη αξιολόγησης του καρκίνου του δέρματος. Έτσι, σύμβουλοι νοσηλευτές εκτελούν την διαδικασία ελέγχου και διάγνωσης του καρκίνου του δέρματος και αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας παραπομπής σε ειδικούς (Mullen L. and Jones C., 2012).

Οι ασθενείς με νεοπλασματικές ασθένειες αποτελούν μια πρόκληση και για τους νοσηλευτές, όπως και για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Η πρόκληση έγκειται στο γεγονός πως αυτοί καλούνται ν' αποδείξουν τη συνεισφορά τους στο επίπεδο υγείας του κοινωνικού συνόλου , διότι οι ασθενείς με καρκίνο, αποτελούν μια ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Η βαρύτητα της νόσου και το προνόμιο να γνωρίζουν το επικείμενο τέλος τις περισσότερες φορές επηρεάζει τη συμπεριφορά αλλά και τον τρόπο ζωής τους. Σε αυτή την περίπτωση η φροντίδα γίνεται μια διαρκής και δυναμική διαδικασία αντιμετώπισης των αναγκών

των ασθενών, η οποία προσαρμόζεται στις απαιτήσεις που κάθε φορά γεννά η νόσος και οι θεραπευτικές επιλογές. Το πρόγραμμα φροντίδας του ασθενή με καρκίνο, ανεξαρτήτως σταδίου και προσαρμόζεται ώστε να καλύπτει τις φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες. Στόχος είναι ο ασθενής που νοσεί και μετά η νόσος. Οι νοσηλευτές με τις παρεμβάσεις τους μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή με καρκίνο να κάνει τις απαραίτητες αλλαγές στη ζωή του προκειμένου να προσαρμοστεί σε κάθε φάση της ασθένειας (διάγνωση, θεραπεία, επιβίωση, υποτροπή, τελικό στάδιο, το στάδιο της απώλειας και του θρήνου της οικογένειας) και να ανακαλύψει νέες διαστάσεις στην ζωή του μέσα από αυτή την εμπειρία του. Η άρρητη σχέση της νοσηλευτικής επιστήμης και πράξης με την ποιότητα ζωής (ΠΖ), λειτουργεί ως πρόκληση για τους νοσηλευτές-επαγγελματίες υγείας προκειμένου να επιδιώξουν να διατηρήσουν ή και να προάγουν την ποιότητα ζωής στα άτομα με καρκίνο, παρά το μεγάλο εύρος των προβλημάτων τους (LeMone, 2011).

Οι νοσηλευτές έχουν ως πρωταρχικό στόχο την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος. Με τη χρήση εργαλείων για προσυμπτωματικό έλεγχο, με τη βελτίωση τεχνικών και με τον επαγγελματισμό τους, οι νοσηλευτές μπορούν να βελτιώσουν την έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση του καρκίνου του δέρματος (Roebuck, Moran, Macdonald *et al*, 2015),(Siegel, 2010).Ειδικά εκπαιδευμένοι νοσηλευτές μπορούν να εκτελέσουν μια συνολική φυσική εξέταση του δέρματος και να εντοπίσουν δερματικές αλλοιώσεις. Προκειμένου να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα στον ασθενή, οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με διαγνωστικά εργαλεία και βοηθήματα για την ανίχνευση και διάγνωση του καρκίνου του δέρματος. Κατά την κλινική εξέταση, μια ύποπτη αλλοίωση η οποία εντοπίζεται μπορεί να συμπληρωθεί από τη χρήση του οδηγού ABCDE (ΑΔΟΧΑ στα Ελληνικά) για την πρώιμη αναγνώριση του μελανώματος (Heasley *et al.*, 2006). Σε κέντρα όπου υπάρχει η δυνατότητα χρήσης δερματοσκόπησης, οι εκπαιδευμένοι νοσηλευτές μπορούν να εξετάσουν και να συγκρίνουν το σύνολο των ψηφιακών φωτογραφιών για την παρακολούθηση ασθενών, οι οποίοι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για μελάνωμα και να καταλήξουν σε μια διάγνωση. Η έμπειρη δερματοσκοπική παρακολούθηση και η ψηφιακή σύγκριση φωτογραφιών από τους νοσηλευτές, συμβάλλει στη συγκριτική αναγνώριση νέων αλλοιώσεων ή την εξέλιξη άτυπων αλλοιώσεων, όπου μαζί με το ιστορικό του ασθενούς μπορούν να αποτελέσουν βοήθημα για τους γιατρούς στους οποίους παραπέμπονται για να καταλήξουν σε μια σίγουρη απόφαση για βιοψία ύποπτων αλλοιώσεων (Marghoob and Scope, 2009).

Πράγματι, οι Jones και Colver (2011) έχουν τονίσει μέσα από την έρευνά τους τον όλο και πιο ενεργό ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής στη διάγνωση του καρκίνου του δέρματος μέσα από τη συχνή εξέταση των ασθενών. Διερευνά μέσα από διαγνωστικές διαδικασίες τυχόν υποτροπή της νόσου ή αποδεικτικά στοιχεία για εμφάνιση ή έξαρσή της. Ζητά ιατρική γνώμатеυση, αν δει μια ύποπτη βλάβη και, ως εκ τούτου ενεργεί ως διαμεσολαβητής με το να είναι σε εγρήγορση για ασυνήθιστα χαρακτηριστικά και δερματικές βλάβες. Με την κατάλληλη εκπαίδευση σε τεχνικές διάγνωσης είναι δυνατόν να αναπτύξει ένα ασφαλές περιβάλλον στο οποίο να μπορεί να παρακολουθήσει παλιούς και νέους ασθενείς με υποψία καρκίνου του δέρματος και να τους παραπέμψει σε ειδικούς. Ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με αβλαβή δερματοπάθεια μπορούν να καθησυχαστούν και να αποφορτιστούν από τον κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτή, ενώ τα άτομα με μικρές ζημιές από τον ήλιο μπορεί να πάρουν συμβουλές και κατάλληλη εκπαίδευση και καθοδήγηση για την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν κακοήθειες καθοδηγούνται κατάλληλα από το σύμβουλο-νοσηλευτή για το σχέδιο θεραπείας και τη χρονική διάρκεια και που χρειάζεται για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου.

5.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου.

Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου.

Ποια τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής;

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

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

1) να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου

2) να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή

3) να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

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

Σημαντική εξέλιξη στη Νοσηλευτική είναι η ανάπτυξη Κοινωνικής Νοσηλευτικής και ιδιαίτερα του θεσμού της κατ οίκον νοσηλείας που προσφέρει εκτός των άλλων και ανακουφιστική φροντίδα.

(<http://www.oncology.gr/1/synedrio3/praktikaagsoyglerrinn.HTM>)

5.8 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Η μακροχρόνια ή συχνή νοσηλεία σε νοσοκομεία, οι επώδυνες ιατρικές εξετάσεις και θεραπείες, η αντιμετώπιση σωματικών αλλαγών και παραμορφώσεων είναι μερικά από τα «προβλήματα της νόσου» στα παιδιά. Υπάρχουν όμως και πολλά ψυχολογικά προβλήματα όπως είναι η προσαρμογή του παιδιού στο σπίτι και το σχολείο ή το άγχος για την εξέλιξη της υγείας του στο μέλλον. Συνήθως είναι πιο ήπια τα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών με τύπους καρκίνου οι οποίοι εκδηλώνονται κατά τη βρεφική ή πρώτη παιδική ηλικία. Μορφές όμως καρκίνου που υποτροπιάζουν και επανεμφανίζονται, όπως συμβαίνει στα μεγαλύτερα παιδιά, προκαλούν μείζονα προβλήματα, απειλητικά για την ψυχική υγεία των παιδιών και της οικογένειάς τους. Τα προβλήματα προσαρμογής στο στρες της νόσου επιτείνονται και εξαιτίας

του χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου της οικογένειας, καθώς και της τάσης της να εκφράζει συνέχει άγχος και αγωνία για τη ζωή του παιδιού.

Πολλά από τα προβλήματα στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού οφείλονται και στην έκπτωση των νοητικών του ικανοτήτων, ιδίως μετά από κρανιακή ακτινοβολία, με συνέπεια την εμφάνιση πολλών μαθησιακών δυσκολιών και προβλημάτων προσαρμογής στο σχολείο. Έρευνες με εφήβους διαπιστώνουν ότι τα ψυχολογικά προβλήματα αυξάνονται στην ηλικία αυτή, επειδή αφενός γίνονται πιο ευαίσθητοι σε θέματα εμφάνισης και αφετέρου κατανοούν καλύτερα τα προβλήματα υποτροπής της νόσου, τον κίνδυνο στειρότητας κλπ. Τα αγόρια όμως συνήθως παρουσιάζουν λιγότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης από τα κορίτσια, ίσως γιατί έχουν μεγαλύτερη ικανότητα στο να αρνούνται τη σοβαρότητα της πάθησης τους.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις εστιάζονται κυρίως στην αντιμετώπιση του πόνου των παιδιών και στον περιορισμό των παρενεργειών της χημειοθεραπείας. Πρέπει να εξηγήσουμε στο παιδί γιατί μια επώδυνη εξέταση είναι απαραίτητη, να του δείξουμε ασκήσεις χαλάρωσης που αποσπών την προσοχή του από τον πόνο ή τη ναυτία της χημειοθεραπείας, να το μάθουμε να κάνει ειδικές ασκήσεις αναπνοών ενώ παραμένει ξαπλωμένο ακίνητο και να μειώνει από μόνο του το άγχος του πόνου ή τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας με ασκήσεις φαντασίωσης. Επίσης το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να μην ενθαρρύνει τις αντιδράσεις πόνου αλλά αντίθετα να επιβραβεύει τις αντιδράσεις υγείας. Ακόμα σημαντικό ρόλο παίζει το να σταματήσει το παιδί εξαρτάται ψυχολογικά μόνο από τα φάρμακα. Για παράδειγμα, του δίνονται παυσίπονα σε σταθερές ώρες και όχι όταν διαμαρτύρεται ότι πονάει, ή του δίνονται τα φάρμακα αυτά "καμουφλαρισμένα" μέσα σε χυμό, ώστε να μην συνδέει την μείωση των προβληματικών συμπτωμάτων της νόσου και της θεραπείας του μόνο με τη φαρμακευτική αγωγή.

5.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Οι καρκίνοι όχι μόνο καταστρέφουν τις στιβάδες του δέρματος, αλλά και διηθούν τις δομές του σώματος. Μερικοί τύποι όγκων μπορεί να έχουν ήδη εξελκωθεί πριν από τη διάγνωση και η θεραπεία τους συνήθως περιλαμβάνει κάποιο είδος χειρουργικής βιοψίας και εκτομής. Κάθε ανοιχτή δερματική βλάβη ή τομή αυξάνει τον κίνδυνο δευτεροπαθών λοιμώξεων:

- Παρακολούθηση για τυχόν εκδηλώσεις λοίμωξης: πυρετός, ταχυκαρδία, κακουχία, ερυθρότητα, οίδημα, πόνος, ή εκροή υγρού αυξημένης ποσότητας ή πυώδους σύστασης. 45
- Διατήρηση της χειρουργικής τομής καθαρής και στεγνής, αλλάζοντας την επίδεση ανάλογα με τις ανάγκες.
- Ακολουθείται η αρχή της ασηψίας. Ενημέρωση οικογενειακού περιβάλλοντος για πλύσιμο χεριών κατά της επίσκεψη του ασθενή.
- Ενθάρρυνση του ασθενή να λαμβάνει επαρκή τροφή σε θερμίδες και πρωτεΐνες. Παραπομπή σε κάποιο διαιτολόγο εάν αρνείται να φάει. Η επαρκής πρόσληψη θερμίδων και πρωτεϊνών είναι απαραίτητη για την φυσιολογική επούλωση.
- Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να παρέχουν ένα περιβάλλον που βοηθά τον ασθενή να αναγνωρίσει και να εκφράσει τα αισθήματα, τις ανησυχίες και τους στόχους του: με την χρήση της ενεργητικής ακρόασης, τον σεβασμό των αισθημάτων απάθειας ή οργής των ασθενών, κατανόηση των φόβων του ασθενή, διερεύνηση των αντιλήψεων του ασθενή και παροχή πληροφόρησης για τυχόν παρερμηνείες (Green, 2011).

5.10 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΠΑΡΑΔΟΞΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ, ΜΗ ΥΠΑΚΟΗ ΣΕ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ένα ποσοστό ασθενών δεν ακολουθούν τις ιατρικές συμβουλές, αυτό το φαινόμενο στα αγγλικά λέγεται non-compliance. Παρόλο λοιπόν που όλοι οι άνθρωποι ξέρουν πως μόνο αν ακολουθήσουν τις ιατρικές συμβουλές, τότε μόνο θα θεραπευτούν, περίπου το 1/3 αντιδρά. Το να μην ακολουθηθεί ένα θεραπευτικό ή προληπτικό πρόγραμμα έχει ως συνέπεια :

- Να μην γίνεται καλά ο ασθενής
- Να πρέπει να κάνει διάφορες καινούριες εξετάσεις ή καινούριες θεραπείες που κοστίζουν χρόνο και χρήμα αλλά κυρίως έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία γιατί δε γίνεται από την αρχή το σωστό.
- Κυρίως προληπτικά προγράμματα υγιεινής εμφανίζουν μια πλαστή εικόνα
- Οι σχέσεις ασθενούς – γιατρού δυσκολεύουν
- Ο ασθενής έχει την εντύπωση πως η ιατρική γνώση δε μπορεί να βοηθήσει

Τώρα μπορούμε να καταλάβουμε τι σπουδαίο ζήτημα είναι η συστηματική και σωστή εφαρμογή ενός θεραπευτικού προγράμματος. Ακόμη και η καλύτερη διάγνωση δεν φέρνει αποτέλεσμα εάν δεν γίνει η συνέπεια η θεραπεία.

Στο φαινόμενο της μη υπακοής σημαντικό ρόλο παίζουν η θέληση, δηλαδή η εσωτερική ώθηση του ασθενή να ακολουθήσει πιστά τις συμβουλές του ιατρικού προσωπικού και η εσωτερική παρότρυνση από τη μεριά του ιατρικού προσωπικού για να πείσει σωστά τον ασθενή για τη σπουδαιότητα της συνέπειας στη θεραπεία.

Η εσωτερική ώθηση διαμορφώνεται από τις διάφορες αξίες που έχει κανείς, διάφορα συναισθήματα, αντικειμενικές συνθήκες. Για να μπορέσει κανείς να επηρεάσει σωστά έναν ασθενή πρέπει να έχει υπόψη του μερικά καίρια ερωτήματα.

- Πόσο ισχυρή είναι η επιθυμία για μια καλύτερευση της υγείας του?

Η επιθυμία για αλλαγή μιας κατάστασης είναι απόρροια της διαφοράς μεταξύ της τωρινής κατάστασης και της κατάστασης που θα έπρεπε να είναι. Γι αυτό και η επιθυμία για αλλαγή είναι πολύ ισχυρή σε συμπτώματα που προκαλούν πόνο και πολύ μικρή όταν πρόκειται για πρόληψη ασθενειών.

- Τι ερμηνείες δίνει ο ασθενής για την αρρώστια του?

Είναι αυτονόητο ότι όσο πιο αντικειμενικός είναι ο ασθενής τόσο καλύτερα θα συνεργαστεί με τον γιατρό-νοσηλευτή. Αυτό όμως δεν συμβαίνει τις περισσότερες φορές. Συνήθως οι ασθενείς επηρεάζονται από γενικεύσεις ή προκαταλήψεις, επίσης οι νέοι ασθενείς φαίνεται να μη νοιάζονται τι θα γίνει αργότερα γιατί την προκειμένη στιγμή είναι αρκετά καλά και δυνατοί. Ακόμη πολλοί ασθενείς μόλις πάσουν οι πόνοι σταματούν τη θεραπευτική αγωγή παρ' όλο που έχει τονιστεί ότι πρέπει να την συνεχίσουν.

- Τι έχει ο ασθενής στο νου του όταν λέει πως θέλει να γίνει καλά?

Κυρίως οι ασθενείς που έρχονται στα εξωτερικά ιατρεία έχουν μία εξωπραγματική εικόνα για την Υγεία, με αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να γίνεται συχνά μια κατατοπιστική συζήτηση για να αποκτήσουν μια ρεαλιστική σκέψη πάνω στις δυνατότητες του δικού τους οργανισμού.

- Ποιες άλλες επιθυμίες του ασθενούς έρχονται σε «ανταγωνιστική σχέση» με την επιθυμία για καλύτερευση της υγείας του?

Σχετικές έρευνες δείχνουν ότι η επιθυμία για Υγεία δεν είναι πάντα πιο δυνατή ή πιο ισχυρή από όλες τις επιθυμίες που έχει ένας άνθρωπος. Μερικές φορές το να κάνει κάτι που θα του προσφέρει πρόσκαιρη ευχαρίστηση αλλά είναι λάθος θα κάνει το άτομο να μη θέλει να σκεφτεί τις συμβουλές του προσωπικού υγείας. Μπορεί όμως να υπερισχύει κι άλλη επιθυμία : η κοινωνική σχέση με το ιατρικό προσωπικό, η προσοχή που του δίδεται στα εξωτερικά ιατρεία, οι επαναλήψεις των συμβουλών κ.λ.π «σημαίνει» κάτι ιδιαίτερο για τον ασθενή, που θα «το χάσει» αν ακολουθήσει πιστά τις εντολές και γίνει καλά.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν όλα αυτά θα πρέπει να κατανοήσουμε πως ο ρόλος του νοσηλευτή στο να πείσει τον ασθενή να συμμορφωθεί στις συμβουλές του γιατρού είναι κρίσιμος. Γι αυτό λοιπόν ο νοσηλευτής θα πρέπει :

- Να πληροφορεί ακριβώς για παρενέργειες και να παίρνει πολύ σοβαρά ειδικές δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζει ο ασθενής.
- Να πείσει τον ασθενή πως ακολουθώντας τις ιατρικές συμβουλές και πολλές φορές κάνοντας και θυσίες στις άμεσες επιθυμίες του γίνεται καλά
- Να βρει τρόπους πειθούς ώστε ο ασθενής να αρχίσει να φαντάζεται την κατάσταση της καλύτερευσης της υγείας του σαν κάτι το πραγματικά ελκυστικό.

Με λίγα λόγια αυτά που πρέπει να κάνουμε για να υπακούουν οι ασθενείς είναι :

1. Να καθορίζουμε ατομική θεραπεία μαζί με τον ασθενή ανάλογα με το τι μπορεί να κάνει. Η κοινή επεξεργασία προγράμματος θεραπείας η συνυπευθυνότητα, αυξάνει το ποσοστό «υπακοής». Εδώ βέβαια δεν συμβουλεύουμε να αποφασίσει ο ασθενής αν θα πάρει κόκκινα ή κίτρινα δισκία αλλά π.χ. ποια ώρα της ημέρας του ταιριάζει να κάνει μία ένεση
2. Να καθορίζουμε ειδικούς στόχους και προ πάντων κατανοητούς Πολύ απλα λέμε : για να κάνουν οι ασθενείς αυτό που τους λέμε , πρέπει να το θυμούνται. Απλές και πολύ λαικευμένες πληροφορίες ή πάρα πολύ συγκεκριμένες απαιτήσεις.
3. Να δίνουμε γραπτές συμβουλές. Όσο ποι πολλές , λεπτομερείς και κατανοητές είναι οι συμβουλές, τόσο καλύτερα ακολουθείται το πρόγραμμα. Δίνετε όμως τις συμβουλές και γραπτές. Προσεξτε μερικά σημεία :
 - Ø Βάλτε τη σημασία του προγράμματος στην αρχή
 - Ø Κάθε καινούργιο βασικό στοιχείο να υπογραμμίζεται
 - Ø Χρησιμοποιείται σύντομες, απλές εκφράσεις, αποφεύγεται ιατρικές ορολογίες.
 - Ø Βάλτε τον ασθενή να επαναλάβει ό,τι είπατε. Δώστε του θάρρος για ερωτήσεις.
 - Ø Κάνετε μαζί με τον ασθενή «ένα πρόγραμμα παρακολούθησης στο σπίτι», που πρέπει να φέρνει πάντα μαζί του όταν σας επισκεπτεται. Η αξία τέτοιων προγραμμάτων παρακολούθησης στο σπίτι φαίνεται μόνο όταν ο γιατρός ζητά να το δει κάθε φορά που τον επισκέπτεται ο ασθενής και επαινεί αναλόγως.

(BECKER M.H.,1979) ,(DUNBAR .J.M,W.S.AGRAS,1980),(LINDEN M.1980)

5.11 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο νοσηλευτής μπορεί να αποτελέσει το κλειδί για την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος, γιατί μπορεί να συμβάλει στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και να προβεί σε συμβουλευτικές διαδικασίες για τη συμμόρφωσή του για αποτελεσματικό χειρισμό και αντιμετώπιση της νόσου. Αρχικά, ο νοσηλευτής προβαίνει ο ίδιος στη φυσική εξέταση του ασθενούς, στα πλαίσια μιας συνολικής εκτίμησης της υγείας του. Μέσα από τη φυσική εξέταση, μπορεί να παρατηρηθούν από το νοσηλευτή αλλοιώσεις και αλλαγές στην όψη της επιδερμίδας, οι οποίες εκτιμούνται ως προειδοποιητικές ενδείξεις για τον καρκίνο του δέρματος και να χρίζουν περαιτέρω αξιολόγησης και παραπομπής σε δερματολόγο. Πέρα από τη φυσική εξέταση, προβαίνει και σε διαδικασίες λήψης του ιστορικού του ασθενούς. Με την λήψη του ιστορικού, λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με τα φυσικά και τα λειτουργικά προβλήματα του ασθενούς (Lemone and Burke, 2006) συμπεριλαμβανομένου της ηλικίας του, το οικογενειακό ιστορικό του σε καρκίνο του δέρματος και τα γενικά συμπτώματα (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου, 2006), (Σαχίνη – Καρδάση Α. και Πάνου Μ., (2007),

Ο νοσηλευτής μπορεί να προβεί σε διαδικασίες συμμόρφωσης του ασθενούς με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του δέρματος, παρέχοντάς του την κατάλληλη εκπαίδευση για φυσική αυτοεξέταση (Guill and Orengo, 2001). Με την εκπαίδευση που του παρέχεται, ο ασθενής θα μπορεί να εκτιμήσει την κατάστασή του και να εντοπίσει τον καρκίνο στα αρχικά του, θεραπεύσιμα στάδια. Τη σημασία του ρόλου του νοσηλευτή στον προσυμπτωματικό έλεγχο τόνισε και η (Lawler, 1990). Ισχυρίστηκε, ταυτόχρονα, ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να διερευνούν τους ασθενείς σχετικά με τις στάσεις τους απέναντι στο μαύρισμα, καθώς και τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνουν για την προστασία τους από τον ήλιο στην καθημερινότητά τους. Μέσα από αυτό το ενεργό ρόλο τους στη δημόσια εκπαίδευση, οι νοσηλευτές μπορούν να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση και να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του δέρματος. Επιπλέον, η έρευνα του (Marlenga, 1992) διαπίστωσε το σημαντικό ρόλο του νοσηλευτή στην εκπαίδευση του κοινού σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος, μέσα από την επαρκή εκπαιδευτική προετοιμασία και την καλλιέργεια κατάλληλων δεξιοτήτων για να διδάξει τον ασθενή και να αποτελέσει έναν αποτελεσματικό εκπαιδευτή υγείας και πρόληψης της νόσου.

Είναι αλήθεια ότι συνίσταται ο περιοδικός έλεγχος και εξέταση ειδικά των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο σε ετήσια βάση για την καλύτερη δυνατή εκτίμηση της κατάστασής τους (Kirsner, Muhkerjee & Federman, 1999) ,(Edman & Wolfe, 2000). Ο δερματολόγος δεν μπορεί να προσφέρει τον έλεγχο ρουτίνας σε μεγάλο αριθμό ατόμων, ειδικά εκείνων που είναι σε κίνδυνο ανάπτυξης μελανώματος, οπότε δεδομένου ότι ο νοσηλευτής βρίσκεται στην πρώτη γραμμή επαφής με τον ασθενή στο σύστημα φροντίδας υγείας, επιβάλλεται να είναι σε θέση να εκτιμά την κατάσταση του ασθενούς, να αναγνωρίσει τον καρκίνο του δέρματος, να αναγνωρίσει τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη μελανώματος και να εκπαιδεύσει τους ασθενείς σχετικά με τη νόσο (Stephenson, From., Cohen et al, 1997), (Weinstock, Goldstein, Dube et al, 1996).

Είναι αλήθεια ότι ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς έχει τονιστεί από τη δεκαετία του 1980, όπου ανάμεσα στους στόχους του National Cancer Institute για την εφαρμογή του προγράμματος πρόληψης κατά του μελανώματος, ήταν οι νοσηλευτές να εξετάζουν, να εκτιμούν την κατάσταση του ασθενούς, να συμβουλεύουν και να εκπαιδεύουν τους ασθενείς σχετικά με τους κινδύνους του καρκίνου του δέρματος. Τονίστηκε ο συμβουλευτικός και ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή προς τους ασθενείς, οι οποίοι έχουν εκτιμηθεί ως υψηλού κινδύνου για καρκίνο του δέρματος, καθώς και των οικογενειών τους σχετικά με την πρόληψή του, δίνοντας έμφαση στην προστασία από τον ήλιο.

Η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να παρέχει την κατάλληλη εκπαίδευση για τη διατήρηση της υγείας και της πρόληψης, προσφέροντας στο κοινό μεγαλύτερο έλεγχο και ευθύνη για τη δική τους υγεία (Fraser and McGuire, 1984). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα οποία να στοχεύουν στην πρόληψη του καρκίνου του δέρματος με την ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου καθώς και τα προληπτικά μέτρα που μπορεί να ακολουθήσει. Στα πλαίσια της εκπαίδευσής του προς τον ασθενή, ο νοσηλευτής επιβάλλεται να συμβάλει στην εφαρμογή προληπτικών και διαγνωστικών μεθόδων κατά του καρκίνου του δέρματος. Για παράδειγμα, διδάσκει τον ασθενή και την οικογένειά του για σημαντικά μέτρα πρόληψης που σχετίζονται με την υπεριώδη ακτινοβολία (UVR), την προστατευτική ενδυμασία, την περιοδική αυτοεξέταση και τη χρήση των αντηλιακών.

5.12 ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Απόλεια.
- Διαταραχές του ισοζυγίου του ύδατος και ηλεκτρολυτών
- Ακινησία
- Άλγος
- Ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

- Φροντίδα σε άσυλο κατά το τελικό στάδιο.
- Συνεχής παρακολούθηση.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΥΠΑΡΧΟΝΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

1. Ιστορικό ή παρουσία παραγόντων κινδύνου:Καρκίνος του δέρματος- παρατεταμένη επίδραση στις υπεριώδεις ακτίνες.
2. Αξιολογείται η απάντηση του ασθενούς και των συγγενικών προσώπων στη διάγνωση.
3. Η γενική φυσική εξέταση μπορεί να δείξει εκδηλώσεις από επιπλοκές οι οποίες συνοδεύουν τον καρκίνο, ειδικότερα αν ο ασθενής είναι τελικό στάδιο.

Οι εκδηλώσεις αυτές οφείλονται στις μεταστάσεις και τις χρησιμοποιούμενες θεραπείες του καρκίνου:

- Άλγος
- Καταστολή του μυελού των οστών (αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία).
- Διαταραχές του ισοζυγίου του ύδατος και των ηλεκτρολυτών.
- Συμπτώματα από τη δυσλειτουργία πολλαπλών οργάνων λόγω μεταστάσεων σε απομακρυσμένες περιοχές (εγκέφαλος, ήπαρ, πνεύμονες, οστά, γεννητικά όργανα, περιτοναϊκή κοιλότητα).

4. Αξιολογείται κατά πόσο ο ασθενής κατανοεί και θέλει να συνεργαστεί με την αναγραφείσα θεραπεία.

5. Αξιολογείται η θρεπτική κατάσταση, η οποία συμπεριλαμβάνει το βάρος, όρεξη, διαιτητική πρόσληψη και τη γενική κατάσταση του δέρματος και του βλεννογόνου του στόματος. (Barbara Engram,1995)

5.13 ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1) Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκτιμά τη λειτουργική κατάσταση υγείας των ασθενών με καρκίνο, καθώς και να παρακολουθεί, να καταγράφει και να αναφέρει οποιοσδήποτε παθολογικές εκδηλώσεις.

2) Να ενσωματώνει τις αρχές της βασισμένης σε ενδείξεις έρευνας στο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο.

3) Να ιεραρχεί τις νοσηλευτικές διαγνώσεις σύμφωνα με τα δεδομένα που προέκυψαν από την εκτίμηση και να εφαρμόζει τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, της θεραπείας και της αποκατάστασης των ασθενών με καρκίνο. 4) Να χορηγεί με ασφάλεια την φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία του πόνου, της ναυτίας και του εμετού, της βλεννογονίτιδας ή της αναιμίας.

5) Χρησιμοποιεί τη νοσηλευτική διεργασία ως πλαίσιο για την παροχή εξατομικευμένης και διεπιστημονικής φροντίδας στον ασθενή με καρκίνο, με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών του.

6) Λαμβάνει υπόψη την πολιτισμική ετερογένεια και τις διαφορετικές πεποιθήσεις κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας σε ασθενή με καρκίνο.

7) Σχεδιάζει και να παρέχει εξατομικευμένη διδασκαλία με σκοπό την αποκατάσταση, την προαγωγή και την διατήρηση της υγείας.

8) Αναθεωρεί το σχέδιο φροντίδας, σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες, ώστε να παρέχει αποτελεσματικές παρεμβάσεις στους ασθενείς με καρκίνο και τις οικογένειές τους (LeMone, 2011).

ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Σ' ΕΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:

- Ενίσχυση του διαιτολογίου με γεύματα μεγάλης θερμιδικής αξίας, πλούσια σε λευκώματα, έτσι ώστε ν' ανακτήσει και διατηρήσει τις σωματικές του δυνάμεις που τόσο θα χρειαστεί στο μέλλον.
- Στη διάρκεια όλων των νοσηλειών να μην εκθέτουμε ποτέ τον άρρωστο στους άλλους αρρώστους.
- Βοηθάμε τον άρρωστο ν' αναπτύξει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του.
- Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να σηκώνεται από το κρεβάτι, όταν το επιτρέπει η κατάσταση του.
- Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε προγράμματα εργασιοθεραπείας που υπάρχουν στο νοσοκομείο έτσι ώστε να ξεχνά τα προβλήματα που δημιουργούνται από την πάθηση του.
- Σε περίπτωση αλλαγής της εμφάνισης λόγω κάποιας θεραπείας (πέσιμο μαλλιών), που επηρεάζουν την ιδέα που έχει ο άρρωστος για την πάθηση του, η νοσηλεύτρια αποδέχεται και αυτή τις μεταβολές αυτές και προσπαθεί να τον συμβιβάσει με τις ήδη υπάρχουσες καταστάσεις. Η διαδικασία αυτή αποδοχής της νέας εμφάνισης παίρνει αρκετό χρόνο, τόσο για τον ίδιο τον άρρωστο, όσο και για τους γνωστούς του.
- Η χρήση προσθέτων και η δραστηριοποίηση του αρρώστου τον βοηθούν να το δεχτεί καλύτερα.
- Σε περίπτωση ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας επιβάλλεται η συνεχής παρακολούθηση για τον εντοπισμό των παρενεργειών της εφαρμοζόμενης αγωγής(ναυτία, εμετοί, ανορεξία, λευκοπενία).
- Αναφέρεται στον γιατρό κάποια συμπτώματα που παρατηρεί στον άρρωστο π.χ πυρετό, βήχα, απόχρεμψη, αιμορραγία.
- Η σωματική καθαριότητα ελέγχεται από την νοσηλεύτρια, ενώ σε ανήμπορους αρρώστους γίνεται λουτρό καθαριότητας από το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Η ψυχαγωγία έχει θέση και αυτή στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας, περιλαμβάνει δε :ανάγνωση βιβλίων – περιοδικών, τηλεόραση κλπ
- Ο πόνος στον καρκίνο αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση παυσιπόνων. Την ένταση του πόνου την επηρεάζει όμως και το άγχος και το στρές. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για την ανακούφιση του αρρώστου απ' όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων.
- Η καταθλιπτική διάθεση που προκύπτει σε πολλούς καρκινοπαθείς αρρώστους αντιμετωπίζεται με το σωστό πλησίασμα, με κατανόηση στο πρόβλημα του από μέρους της νοσηλεύτριας. Διαθέτει περισσότερο χρόνο να καθήσει κοντά του και να τον αφήσει να εκφράσει τα αισθήματα του. (Ν. Τσίκου – Σ. Καραγεωργοπούλου 1996)

6 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΛΗΨΗ

6.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

- **Πρωτογενής πρόληψη:** Ο όρος πρωτογενής πρόληψη συνίσταται στην παρέμβαση πριν την εκδήλωση ενός γεγονότος που προκαλεί δυσάρεστες συνέπειες, που σημαίνει διάσπαση του δικτύου αιτιωδών σχέσεων που περιβάλλουν αυτό το γεγονός, με την αφαίρεση ενός ή περισσότερων κρίκων της αλυσίδας. Η πρόληψη προϋποθέτει την κινητοποίηση των ανθρώπων ή την «παρακίνησή» τους ν' αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους προς μια καλύτερη κατεύθυνση. Η εκπαίδευση και η πληροφόρηση παίζουν ένα ζωτικό ρόλο σ' αυτήν τη διαδικασία, η οποία είναι αποτέλεσμα συνδυασμένης δράσης διαφορετικών ανθρώπων.
- **Δευτερογενής πρόληψη:** Με τον όρο δευτερογενής πρόληψη εννοείται η πρόωπη ανίχνευση μιας ήδη αναπτυσσόμενης, αλλά όχι κλινικά ορατής, ασθένειας ή προβλήματος υγείας, με τέτοιο τρόπο ώστε μέσω της πρόωξης παρέμβασης η πρόγνωση να καθίσταται πιο ευνοϊκή. Δευτερογενή πρόληψη στην τοξικοεξάρτηση θεωρείται η δουλειά με άτομα ή ομάδες «υψηλού κινδύνου», που φλερτάρουν δηλαδή με τις ουσίες ή κάνουν περιστασιακά χρήση, αλλά δεν έχουν φτάσει στο επίπεδο της εξάρτησης.
- **Τριτογενής πρόληψη:** Τριτογενής πρόληψη εννοείται η πρόληψη της υποτροπής μιας ασθένειας ή ο περιορισμός των επιπτώσεων των υπολειμματικών συμπτωμάτων στην περίπτωση της κλινικά εμφανούς ασθένειας ή του προβλήματος συμπεριφοράς στα πρώτα του στάδια. Αυτό το επίπεδο πρόληψης συνδέεται συνήθως στενά με τη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη.
www.kesan.gr/content/orismoj

Οι καρκίνοι του δέρματος πιθανόν να προληφθούν σε μεγάλο βαθμό. Υπολογίζεται ότι περίπου το 90% αυτών των καρκίνων μπορούν να αποφευχθούν με μείωση της έκθεσης στην UV. Αυτό είναι δυνατό να το επιτύχουμε ακολουθώντας τις συμβουλές που παρατίθενται στη συνέχεια:

- Προσπαθήστε να εκτελείτε τις υπαίθριες δραστηριότητες το καλοκαίρι, στα τροπικά κλίματα ή σε υψόμετρο, τις ώρες που ο ήλιος είναι χαμηλά στον ουρανό και όχι από τις 11 το πρωί έως τις 3 το μεσημέρι, ακόμα και αν έχει συννεφιά ή δροσιά. Αυτό είναι ακόμα πιο σημαντικό, αν μπορείτε να βλέπετε μεγάλο τμήμα του ουρανού ή αν υπάρχει αντανάκλαση του φωτός σε παρακείμενες λευκές επιφάνειες ή σε κυματιστό νερό (και τον χειμώνα, αν υπάρχει χιόνι). Αν θέλετε να κάνετε ηλιοθεραπεία, να την κάνετε τις άλλες ώρες της ημέρας, όταν η ένταση της UV είναι ασθενέστερη (κάτι που ισχύει ακόμα και όταν κάνει ζέστη και η ημέρα είναι ηλιόλουστη). Μην ξεχνάτε μόνο ένα ιδιαίτερα προστατευτικό αντηλιακό.
- Να φοράτε κατάλληλα, προστατευτικά ρούχα όταν αυτό είναι δυνατόν, κυρίως καπέλα με φαρδύ γείσο, ένα άνετο μπλουζάκι με μακριά μανίκια και μακρύ παντελόνι ή φούστα.
- Να χρησιμοποιείται συστηματικά ένα αντηλιακό υψηλής προστασίας στα εκτεθειμένα στον ήλιο τμήματα του δέρματος σας όταν βρίσκεστε σε υπαίθριους χώρους, κυρίως από τις 11 το πρωί έως τις 3 το μεσημέρι το καλοκαίρι, στους τροπικούς και σε υψόμετρο. Να επαναλαμβάνετε την επάλειψη περίπου κάθε μία ώρα, ιδίως ύστερα από κολύμβηση ή άσκηση. Η συμβουλή αυτή είναι ιδιαίτερος σημαντική για τα παιδιά.

Από τα παραπάνω συμπεράναμε ότι: Πρώτων οι συνεχείς, προκαλούμενες από την υπεριώδη ακτινοβολία, δερματικές βλάβες, κυρίως στο DNA των κυττάρων, οδηγούν σταδιακά στον καρκίνο του δέρματος. Δεύτερον οι άνθρωποι με ανοιχτόχρωμο δέρμα έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του δέρματος, κυρίως κακοήθες μελάνωμα. Τέλος ο

περιορισμός στο ελάχιστο της έκθεσης στην υπεριώδη ακτινοβολία μειώνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος. (Τζον Χοκ & Τζιν Μακ Γκρεγκορ,2001)

Είναι σοφότερο κανείς να προλαμβάνει τον καρκίνο παρά να τον θεραπεύει (Ιπποκράτης) Το γεγονός ότι σήμερα ο καρκίνος του δέρματος είναι σχεδόν πάντα θεραπεύσιμος όταν διαγνωσθεί και γίνει έγκαιρα θεραπεία, κάνει τις παρακάτω συμβουλές, και συνήθειες αποφυγής του ηλίου, μέρος της καθημερινής φροντίδας και προστασίας της υγείας σας:

- Να επιδιώκετε να παραμένετε στην σκιά, ειδικότερα κατά τις ώρες ανάμεσα στις 10 π.μ. και 4 μ.μ.,
- Να αποφεύγετε τα εγκαύματα,
- Να αποφεύγετε την ηλιοθεραπεία καθώς και το τεχνητό μαύρισμα (solarium) με U.V ακτινοβολία,
- Κατά την έκθεσή σας στον ήλιο να καλύπτετε το σώμα σας με φαρδιά ρούχα, πλατύγυρο καπέλο και γυαλιά ηλίου, τα οποία σας προστατεύουν από την ακτινοβολία,
- Να χρησιμοποιείται καθημερινά, αντηλιακό με δείκτη προστασίας SPF ευρέως φάσματος 15 ή υψηλότερο,
- Για παρατεταμένες δραστηριότητες σε εξωτερικό χώρο να κάνετε χρήση αδιάβροχου, αντηλιακού, ευρέως φάσματος (UVA / UVB) με δείκτη προστασίας από 30 και άνω,
- Να κάνετε επάλειψη αντηλιακού, με ποσότητα ίση με 2 κουταλιές σούπας σε ολόκληρο το σώμα σας, 30 λεπτά πριν βρεθείτε σε εξωτερικό χώρο. Επαναλάβετε την επάλειψη, με συχνότητα κάθε 2 ώρες είτε μετά από κολύμπι ή μετά από υπερβολικό ιδρώτα,
- Να μην εκθέτετε τα νεογέννητα στον ήλιο. Μετά την πάροδο της ηλικίας των 6 μηνών τα μωρά πρέπει να φορούν αντηλιακό,
- Να εξετάζετε το δέρμα σας από την κορυφή έως τα νύχια, κάθε μήνα,
- Να επισκέπτεστε τον ιατρό σας, κάθε χρόνο με σκοπό την επαγγελματική εξέταση του δέρματός σας (Robins, 1999).

6.2 ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ

Το πιο λογικό είναι να υιοθετήσετε τον μεσογειακό ή τον μεξικανικό τρόπο ζωής, δηλαδή να μένετε σε εσωτερικούς χώρους το μεσημέρι και να αναζητάτε σκιά όταν βρίσκεστε σε εξωτερικούς χώρους αυτές τις ώρες, καθώς και να καλύπτεται το σώμα σας με τα κατάλληλα ρούχα, χρησιμοποιώντας ταυτόχρονα ένα πολύ προστατευτικό αντηλιακό. Τις άλλες ώρες της ημέρας μπορείτε να απολαμβάνετε με σχετική ασφάλεια τις υπαίθριες δραστηριότητες .

Αν διστάζετε να λάβετε τέτοιου είδους μέτρα επειδή νομίζετε ότι θα σας εμποδίζουν να απολαμβάνετε τον ήλιο πρέπει να συνειδητοποιήσετε ότι αν δεν συμμορφωθείτε θα αναπτύξετε

σχεδόν σίγουρα κάποια από τα <<σημάδια>> της φωτογήρανσης ως αποτέλεσμα ένα ξερό, κνησμώδες, κηλιδωμένο, τραχύ και ρυτιδιασμένο δέρμα. Επιπλέον, θέτετε τον εαυτό σας σε αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη κάποιου καρκίνου. Και τα δυο είναι πιθανότερο να σας συμβούν αν έχετε ανοιχτόχρωμη επιδερμίδα. Τα λευκωπά δέρματα δεν έχουν τη δομή που απαιτείται για να αντέχουν την έντονη έκθεση στην UV, και είναι πιο συνετό να απολαμβάνετε τις υπαίθριες δραστηριότητες όταν ο ήλιος είναι χαμηλά στον ουρανό. Ακόμα κι αν έχει ζέστη κι ζωηρό φως έξω, η επιβλαβής UVB είναι λιγότερο έντονη τις ώρες αυτές, ενώ η UVA παρόλο που μένει η ίδια, είναι λιγότερο ικανή να προκαλέσει δραματικές βλάβες. Συνεπώς καλυφθείτε με τα κατάλληλα ρούχα και φροντίστε να χρησιμοποιείτε ένα καλό αντηλιακό το μεσημέρι, ακόμα κι αν έχει συννεφιά ή δροσιά. Τις άλλες ώρες μπορείτε να επαγρυπνείτε λιγότερο. Μην ξεχνάτε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που εργάζονται σε εσωτερικούς χώρους δέχονται τη μισή περίπου από την ολική, ετήσια έκθεσή τους στον ήλιο κατά τη διάρκεια των δύο εβδομάδων που κάνουν διακοπές σε μια ηλιόλουστη περιοχή, συνεπώς πρέπει να είστε ιδιαίτερος προσεκτικοί κατ' αυτήν την περίοδο. Αυτό δε σημαίνει ότι δεν θα απολαμβάνετε όσο παλιότερα τις ηλιόλουστες διακοπές σας και γι' αυτό πρέπει να λαμβάνετε ορισμένα πρόσθετα μέτρα προστασίας.

6.3 ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΡΟΥΧΑ

Εως τη δεκαετία του '50, ήταν σχετικά συνήθες φαινόμενο το να βλέπει κάποιος ανθρώπους με καπέλο και σχετικά σπάνιο το να βλέπεις άτομα να κάνουν ηλιοθεραπεία στην παραλία. Όμως η αλλαγές στη μόδα και στη συμπεριφορά των τελευταίων δεκαετιών είχαν ως επακόλουθο να εκτιθώμαστε πλέον περισσότερο στον καλοκαιρινό ήλιο κατά συνέπεια να εκτιθώμαστε περισσότερο στις βλαβερές επιδράσεις του. Με το καπέλο θα προστατεύσουμε τόσο το κρανίο ιδίως αν υπάρχει αραίωση τριχωτού κεφαλής. Καλό θα ήταν να φοράτε άνετα, φαρδιά, βαμβακερά ρούχα για να προστατεύετε τους ώμους, την πλάτη και τα χέρια σας καθώς και κάτι ανάλογο για να προστατεύσετε τα πόδια σας. Αν κολυμπάτε ή ασχολείστε με θαλάσσια αθλήματα, καλό είναι να φοράτε ένα μπλουζάκι που θα σας προστατεύει κάπως από τον ήλιο. Δυστυχώς, τα μπλουζάκια είναι λιγότερο αποτελεσματικά όταν βρέχονται παρά όταν είναι στεγνά. Μια καλύτερη επιλογή σε τέτοιες περιπτώσεις είναι να φοράτε ρούχα από ειδικά σχεδιασμένα για την παραλία υλικά, που αναγράφουν τον υψηλό δείκτη προστασίας από τον ήλιο (SPF) που διαθέτουν. Αυτά διατίθενται πλέον σε αρκετά καταστήματα με είδη για παιδιά και νεαρούς ενήλικους, και είτε είναι στεγνά είτε βρεγμένα παρέχουν την ίδια προστασία από την UV.

6.4 ANTHLIAKA

Τα αντηλιακά είναι κρέμες, λοσιόν και σπρέι για το δέρμα, σχεδιασμένα να μειώνουν τον κίνδυνο εγκαύματος ελαττώνοντας την ποσότητα της UV που φθάνει στο δέρμα. Αν χρησιμοποιούνται σωστά, μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο για φωτογήρανση και καρκίνο του δέρματος. Τα προϊόντα που δεσμεύουν όλο το φάσμα της υπεριώδους ακτινοβολίας (sunblock) απλώς είναι πιο ισχυρά αντηλιακά. Συνήθως πρόκειται για άσπρες κρέμες που περιέχουν ψευδάργυρο και οξείδιο τιτανίου και δρουν σαν μια ασπίδα από αλουμινόχαρτο αντανακλώντας

τον ήλιο. Σε αντίθεση με την ονομασία τους αφήνουν μικρή ποσότητα UV να διαπερνά. Ωστόσο, όλα τα προϊόντα ισχυρής ηλιοπροστασίας είναι σχετικά αποτελεσματικά αν τα εφαρμόζετε προσεκτικά στο δέρμα σας πριν από την έκθεση στον ήλιο, αν επαναλαμβάνετε την επάλειψη κάθε μία ώρα περίπου, και αν δεν πιστεύετε ότι η χρήση τους σημαίνει πως μπορείτε να παραμείνετε επ' αόριστον κάτω από τον ήλιο.

6.4.1 ΕΙΔΗ ΑΝΤΗΛΙΑΚΩΝ

Υπάρχουν τρία είδη αντηλιακών: αυτά που περιέχουν οργανικές χημικές ουσίες και απορροφούν την UV, αυτά που περιέχουν λεπτόκοκκες, αδρανείς σκόνες που αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό την UV, και αυτά που περιέχουν συνδυασμό των δύο. Στη Μεγάλη Βρετανία, τα περισσότερα αντηλιακά είναι συνδυασμένα και προστατεύουν τόσο από την UVB όσο και την UVA. Αν και η προστασία τους έναντι της UVA είναι μικρότερη. Σε άλλες χώρες, τα αντηλιακά διπλής δράσης μπορεί να μη διατίθενται ευρέως, συνεπώς πρέπει να διαβάσετε προσεκτικά τη συσκευασία. Οι ειδικοί γενικά συμφωνούν ότι η διπλή προστασία είναι καλύτερη, αν και το πιο σημαντικό είναι η προστασία της UVB.

6.4.2 ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Ο δείκτης προστασίας από τον ήλιο (SPF) που αναγράφεται στις συσκευασίες των αντηλιακών υποδηλώνει το επίπεδο της προστασίας που παρέχουν εναντίον του εγκαύματος από την UVB, που είναι η πιο δραστική, αλλά και τη UVA, σε σύγκριση με την ευαισθησία του απροστάτευτου δέρματος. Όσο υψηλότερος είναι ο SPF τόσο μεγαλύτερη είναι η προστασία. Ο αριθμός στην ουσία υποδηλώνει κατά προσέγγιση πόσες φορές μειώνεται η βλάβη στο δέρμα σας, όταν σ' αυτό έχει απλωθεί το διάλυμα. Ο βαθμός της προστασίας μόνο από την UVA επίσης αναγράφεται μερικές φορές, αλλά είναι λιγότερο σημαντικός. Σε κάποια αντηλιακά απεικονίζεται με μια κλίμακα με αστεράκια (από * έως ****) και πάλι, όσο περισσότερα είναι τα αστεράκια τόσο μεγαλύτερη η προστασία που παρέχει το αντηλιακό. Η ακριβής προστασία από την UVA δεν είναι εύκολο να μετρηθεί και συνεπώς τα αστεράκια αποτελούν μόνον έναν οδηγό.

Δυστυχώς σε πολλές περιπτώσεις, όσο πιο αποτελεσματικό είναι το αντηλιακό τόσο πιο ορατό είναι στο δέρμα σας, διότι τα ισχυρότερα διαλύματα περιέχουν αντανακλαστικές ουσίες που δεν απορροφώνται καλά. Αυτό σημαίνει ότι ο συνδυασμός του υψηλού SPF με καλή προστασία από την UVA και ικανοποιητικές καλλυντικές ιδιότητες μπορεί να κοστίζει αρκετά, και έτσι η επιλογή που κάνετε για μεγαλύτερη οικονομία εξαρτάται από το τι χρειάζεστε από το προϊόν σας. Σε κάθε περίπτωση, ένα αντηλιακό με SPF-15-25 και με αρκετά αστεράκια είναι γενικά καλύτερο για φυσιολογική χρήση και συνήθως είναι αισθητικά αποδεκτό. Για αποφυγή του εγκαύματος, της φωτογήρανσης και του καρκίνου του δέρματος, θα πρέπει να χρησιμοποιούμε σχετικά υψηλά επίπεδα προστασίας SPF 15-25 με πολλά αστεράκια.

Στο εμπόριο διατίθεται πλήθος ενυδατικών αντηλιακών προϊόντων. Αυτά φαίνεται να αξίζουν τον κόπο διότι οι δερματικές αλλοιώσεις που οδηγούν στη φωτογήρανση και στον καρκίνο του δέρματος, συσσωρεύονται ακόμα και όταν η έκθεση στη UV δεν είναι αρκετά έντονη, ώστε να προκληθεί έγκαυμα. Με άλλα λόγια, δεν χρειάζεται να καείται για να προκληθούν τέτοιες

δερματικές αλλοιώσεις που απαιτούνται, ώστε να αναπτυχθούν σοβαρές μακροχρόνιες συνέπειες. Άλλες αποτελεσματικές προστατευτικές επιλογές είναι τα προϊόντα με χρωστικές, που ταιριάζουν στο χρώμα του δέρματός σας, τα χρωματιστά σκευάσματα που προσδίδουν ελκυστικό χρώμα, τα αδιάβροχα αντηλιακά και τα υποαλλεργικά προϊόντα για όσους έχουν ευαίσθητο δέρμα.

Τα αντηλιακά έχουν μερικές ανεπιθύμητες ενέργειες, αλλά γενικά δεν είναι σοβαρές. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται αρκετά συχνοί ήπιοι ερεθισμοί λίγο μετά την επάλειψη, κυρίως γύρω από τα μάτια και σπάνια αλλεργικά εξανθήματα που προκαλούν κνησμό. Αν αναπτύξετε κάτι τέτοιο, πρέπει να αλλάξετε αντηλιακό. Ωστόσο, τα περισσότερα κνησμώδη εξανθήματα που εκδηλώνονται κατά τη χρήση των αντηλιακών δεν προκαλούνται από το προϊόν, αλλά αντιπροσωπεύουν μια μορφή εξανθήματος που προκαλείται από τον ήλιο. Ορισμένοι άνθρωποι χρησιμοποιούν τα αντηλιακά για να αυξήσουν τον χρόνο που μπορούν να μείνουν, δίχως να καούν, σε υπαίθριους χώρους, είτε για να μαυρίσουν είτε απλώς για ψυχαγωγικούς λόγους. Μπορεί να αποφύγετε με αυτόν τον τρόπο το έγκαυμα, αλλά πρέπει να δεχθείτε ότι ο συγκεκριμένος τρόπος χρήσης των αντηλιακών πιθανόν να μην παρέχει επαρκή προστασία από μελλοντική φωτογήρανση ή ακόμα και καρκίνο του δέρματος κάτι που ισχύει κυρίως για ανθρώπους με πολύ ανοιχτόχρωμο δέρμα.

6.4.3 ΜΕΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΗΛΙΟ

- Να αποφεύγετε το καλοκαίρι ή όταν βρίσκεσθε σε ζεστά κλίματα την υπερβολική έκθεση στον ήλιο το μεσημέρι.
- Να καλύπτετε τη μεγαλύτερη δυνατή επιφάνεια του δέρματός σας με κατάλληλα ρούχα όταν βγαίνετε στον ήλιο.
- Να φοράτε ένα αισθητικά κατάλληλο, UVB και UVA αντηλιακό, με υψηλό SPF (15-25) και υψηλή προστασία από την UVA (συντά αυτή αναγράφεται με αστεράκια από * έως ****).
- Να επαναλαμβάνετε την επάλειψη κάθε μία ώρα περίπου αν βρίσκεστε σε υπαίθριους χώρους για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, καθώς και ύστερα από την κολύμβηση, την εφίδρωση και την άσκηση.
- Εξετάστε το ενδεχόμενο να χρησιμοποιείτε καθημερινά αντηλιακό, ίσως ενσωματωμένο σε κάποια ενυδατική κρέμα, στο πρόσωπο και στα χέρια σας, ιδίως κατά τους καλοκαιρινούς μήνες

6.4.4 ΕΠΙΛΕΓΟΝΤΑΣ ΕΝΑ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟ

Όταν επιλέγετε ένα αντηλιακό, να ξεχωρίζετε κατ' αρχήν όσα έχουν καλές ηλιοπροστατευτικές ιδιότητες (SPF από 15 εως 25 και τέσσερα αστεράκια ή άλλο, ανάλογο χαρακτηρισμό για την προστασία από την UVA) και μετά να αποφασίζετε ποιο σας ταιριάζει καλύτερα, ανάλογα με τις άλλες ανάγκες σας. Αν έχετε πρόγραμμα να πάτε να κολυμπήσετε, ελέγξτε αν το αντηλιακό σας είναι αδιάβροχο. Άλλες σημαντικές παράμετροι, που ίσως θέλετε να εξετάσετε, είναι το κόστος, η ευκολία στον τρόπο χρήσης, η οσμή, η αφή και η εμφάνιση, καθώς και η παρουσία ή η απουσία αρωμάτων ή λανολίνης, αφού μερικοί άνθρωποι είναι αλλεργικοί σε τέτοιες ουσίες.

6.5 ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Οι στρατηγικές πρόληψης του καρκίνου είναι είτε πρωτογενείς είτε δευτερογενείς ανάλογα με το αν μειώνουν τον κίνδυνο της έκθεσης ή ανακαλύπτουν τον καρκίνο σε αρχικό στάδιο όπου η παρέμβαση μπορεί να αλλάξει την πορεία της ασθένειας. Κύριες στρατηγικές πρόληψης αφορούν σε ελάττωση των κινδύνων της καθημερινής ζωής (πχ χρήση αντηλιακού) αποφυγή επαγγελματικών και περιβαλλοντικών κινδύνων και χημειοπροφύλαξη.

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Η αποφυγή υπερβολικής έκθεσης στον ήλιο και η αποφυγή τεχνητού μαυρίσματος μπορεί να αντιστρέψει την αυξανόμενη συχνότητα των δερματικών κακοηθειών

ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Χημειοπροφυλακτικοί παράγοντες είναι φάρμακα, εμβόλια ή ιχνοστοιχεία (πχ μεταλλικά στοιχεία, βιταμίνες) που εμποδίζουν την ανάπτυξη του καρκίνου. Τα τόσο τυχαίοποιημένες όσο και επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι διάφορες στρατηγικές μπορεί να ελαττώσουν το κίνδυνο για κάποιους από τους πιο συχνούς τύπους καρκίνου. Η καθημερινή λήψη ασπιρίνης μπορεί να ελαττώσει την εμφάνιση καρκίνου του Μελανώματος.

ΑΠΕΙΚΟΝΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Τα προγράμματα απεικόνισης του καρκίνου πρέπει να είναι ικανά να διαπιστώσουν με σχετικά μεγάλη ευαισθησία προ-καρκινικές καταστάσεις ή καρκίνο σε αρχικά στάδια πριν από την έναρξη συμπτωμάτων. Για να είναι χρήσιμη η πρόληψη, πρέπει να υπάρχει διαθέσιμη θεραπεία που να βελτιώνει το αποτέλεσμα των ατόμων με προ-καρκινική κατάσταση ή των ασθενών που βρίσκονται σε αρχικά στάδια της νόσου. Ίδανικά, τέτοια προγράμματα πρόληψης πρέπει να είναι μη παρεμβατικά, φθηνά και να έχουν υψηλή ευαισθησία (δηλαδή χαμηλά ποσοστά ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων). Η αναγνώριση των ατόμων υψηλού κινδύνου βοηθάει στη γενετική συμβουλευτική όπως επίσης και στις προσπάθειες πρόληψης του καρκίνου.

Η σωστή ερμηνεία των αποτελεσμάτων από τις μελέτες πρόληψης του καρκίνου προϋποθέτει να συνεκτιμώνται δυο παράμετροι που σχετίζονται με το χρόνο που μεσολαβεί μεταξύ της διαπίστωσης της νόσου μέσω της πρόληψης και της εμφάνισης συμπτωματικής νόσου και της φαινομενικής παράτασης της επιβίωσης λόγω της πρωιμότερης διάγνωσης. Η πρόληψη είναι πιο πιθανόν να αναδείξει καρκίνους που αυξάνουν αργά λόγω της μεγαλύτερης επικράτησης των ασυμπτωματικών ατόμων με όγκους που αναπτύσσονται αργά έναντι εκείνων με ταχέως αναπτυσσόμενους όγκους. Οι ασθενείς με καρκίνο που διαπιστώθηκε κατά τη διάρκεια προγράμματος πρόληψης μπορεί να φαίνεται ότι έχουν πιο μακρά επιβίωση χάρις στη πρόληψη ενώ στη πραγματικότητα η μακροχρόνια πορεία τους οφείλεται στη συμπεριφορά του όγκου αυτού καθαυτού. Οι προληπτικές εξετάσεις μπορεί να συνοδεύονται από ψευδώς αρνητικά ή ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα αποτυγχάνουν στη διαπίστωση της σωστής διάγνωσης και γιαυτό το λόγο οι ασθενείς δεν έχουν την ευκαιρία της αποτελεσματικής πρώιμης θεραπείας. Τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα είναι επίσης επιζήμια, οδηγώντας σε περιττό έλεγχο και άσκοπη θεραπεία και αυξάνοντας έτσι το κόστος και τη ψυχική

επιβάρυνση για τους ασθενείς. (Cecil Andreoli & Carpenter's,2016),(Colditz GA, Sellers TA, Trapido E.,2006).

6.6 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΥΠΑΘΗΣ ΟΜΑΔΕΣ

Τα παιδιά είναι, για διάφορους λόγους, ιδιαίτερα ευάλωτα στις βλαβερές επιδράσεις του ήλιου. Κατ' αρχήν, το δέρμα τους είχε λίγο χρόνο για να αναπτύξει το φυσικό μαύρισμα και το πάχος που απαιτείται για να παράσχει κάποια προστασία και έτσι είναι πιθανότερο να υποστεί βλάβες. Επιπλέον τα παιδιά δεν καταλαβαίνουν γιατί πρέπει να προστατεύσουν το δέρμα τους αποφεύγοντας τον ήλιο του μεσημεριού, φορώντας καπέλα, σκεπάζοντας το σώμα τους με μακριά ρούχα και βάζοντας αντηλιακό. Επίσης τείνουν να περνούν περισσότερες ώρες έξω απ' όσες οι ενήλικοι, διότι έχουν περισσότερο χρόνο στη διάθεσή τους να απολαύσουν τις υπαίθριες δραστηριότητες.

Υπολογίζεται ότι λαμβάνουμε το 50 % της ολικής έκθεσής μας στον ήλιο έως την ηλικία των 18 ετών και είναι αυτή η ολική έκθεση που οδηγεί σε φωτογήρανση και σε καρκίνο του δέρματος. Αξίζει τον κόπο η προσπάθεια που κάνετε να περιορίσετε στο ελάχιστο την έκθεση του παιδιού σας στον ήλιο όσο ακόμα είναι μικρό. Γι' αυτό το λόγο δίνοντας εσείς το καλό παράδειγμα και εξηγώντας στο παιδί σας τους κινδύνους από την έκθεση στον ήλιο, θέτετε τις βάσεις για λογική συμπεριφορά στο μέλλον, ενώ το βοηθάτε να έχει υγιές δέρμα για πάντα. (Τζον Χοκ & Τζειν Μακ Γκρεγκορ, 2001)

ΠΩΣ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΕΤΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

- Μην αφήνετε ποτέ το δερματάκι του μωρού απ' ευθείας εκτεθειμένο στον ήλιο. Να θυμάστε ότι μπορεί να καεί μια ηλιόλουστη μέρα, ακόμα και εάν βρίσκεται σε σκιερό μέρος
- Να προστατεύεται από τον ήλιο και τα βρέφη με σκούρο δέρμα, διότι και αυτά μπορεί να καούν. Το δέρμα όλων των βρεφών πρέπει να προστατεύεται.
- Να ενθαρρύνεται τα μικρά παιδιά να φορούν αντηλιακό το καλοκαίρι και να το απλώνουν προσεχτικά μόνα τους, προτιμήστε κάποιο από τα παιδικά αντηλιακά ώστε το παιδί να διασκεδάζει όταν το χρησιμοποιεί. Καλό είναι να έχει το αντηλιακό μαζί του ακόμα και στο σχολείο και να ενθαρρύνεται από το δάσκαλο να το χρησιμοποιεί και στο διάλειμμα.
- Να επιλέγεται πάντοτε για τα παιδιά σας αντηλιακά προϊόντα που παρέχουν υψηλή προστασία
- Να ενθαρρύνεται το παιδί να φοράει καπέλο ,κατά προτίμηση με ειδικό προστατευτικό για τον αυχένα στα διαλείματα και όποτε παίζει εκτός σπιτιού το καλοκαίρι
- Αναζητήστε τα ειδικά προστατευτικά ρούχα για παιδιά. Αυτά γενικός αναγράφουν το SPF, προστατεύουν τα τμήματα του σώματος που εύκολα εκτίθενται στον ήλιο(κυρίως στη πλάτη και στους ώμους) και είναι εξίσου αποτελεσματικά βρεγμένα και στεγνά.
- Δώστε το καλό παράδειγμα να συμπεριφέρεστε λογικά στον ήλιο και να εξηγείται στο παιδί γιατί αυτό είναι αναγκαίο. (Τζον Χοκ & Τζειν Μακ Γκρεγκορ, 2001)

7 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

7.1 Η ΠΡΩΤΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ: ΚΑΜΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ

Όταν οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης κάθονται με έναν ασθενή ο οποίος έχει διαγνωστεί πρόσφατα με την κατάσταση της υγείας, είτε καταστροφικά ή χρόνια, σχεδόν πάντα ο ασθενής περιγράφει του ή της αντίδρασης με μια λέξη: σοκ, ή σχετικούς όρους, όπως μούδιασμα, σε μια έκσταση, ή απλά, «δεν υπάρχει καθόλου συναίσθημα." Η εμπειρία του σοκ συνδέεται συχνά με δυσπιστία ή μια αίσθηση ότι τα συναισθήματά τους μπορεί να είναι τόσο ισχυρή που θα πρέπει να πραγματοποιηθεί στο κόλπο για το φόβο ότι μπορεί να είναι συντριπτική. Υπάρχουν φυσικά εξαιρέσεις. Για παράδειγμα, όταν μια κατάσταση από το παρελθόν είναι επαναλαμβανόμενο, ή όταν τα συμπτώματα την πάροδο του χρόνου έχουν καταστεί αναπόφευκτη η διάγνωση, οι ασθενείς μπορεί να αναφέρει μια αρχική αίσθηση ότι «το άλλο παπούτσι έχει τελικά εγκαταλείφθηκε» ή ότι είναι έτοιμος να πάει κάτω από ένα δρόμο που έχουν προηγουμένως ήταν σε. ". Δεν θα συμβεί σε μένα" Παρόλα αυτά, είναι μόνο ανθρώπινη φύση να συνδέομαι με το ενδεχόμενο ότι αυτή η πεποίθηση είναι κατά κύριο λόγο τις αισθήσεις? Μετά από όλα, οι περισσότεροι από εμάς περνάμε το χρόνο μας να εκτιμηθούν οι πιθανότητες μας να πληγεί από μια ιατρική διάγνωση.

Η Carole περιγράφεται αντίδραση της όταν διαγνώστηκε για πρώτη φορά με καρκίνο.

"Ήταν σαν τον κόσμο ξαφνικά σταματήσει. Θέλω να πω, όλα θα μπορούσα να ακούσω ήταν η δική μου αναπνοή, και ο πελώριος των παλμών της καρδιάς μου. Στην αρχή, ήμουν εντελώς μούδιασμένο, και εγώ δεν σκεφτόμουν τίποτα. Και τότε άρχισα λέγοντας «καρκίνος» τη λέξη ξανά και ξανά. Ακόμα, υπάρχουν συναισθήματα. Αλλά βαθιά μέσα μου, συνειδητοποίησα ότι, άσχετα με το τι, η ζωή μου δεν επρόκειτο ποτέ να είναι το ίδιο. "

Το αρχικό σοκ μπορεί να διαρκέσει στιγμές, ώρες, ημέρες, ή μπορούν να συνεχίσουν την, όπως τη συναισθηματική και την ορθολογική πλευρά του ασθενούς είναι τόσο αγωνίζεται με την είδηση. Εάν έχετε περάσει την εμπειρία της διάγνωσης, ίσως θυμάστε πως πρέπει πρώτα να αντιδράσει, ή δεν αντέδρασε, με την είδηση, ή ίσως έχετε δει κάποιον άλλο περάσει μέσα από αυτό και αισθάνθηκε το δικό της αδυναμίας σας να παρακολουθήσει τους αγώνες.

Κατά κάποιο τρόπο, να αντιμετωπίζουν με μια διάγνωση, ενώ συνήθως δεν είναι θανατική καταδίκη, είναι παρόμοια με μια ακρόαση σχετικά με το θάνατο. Όπως Carole, στο παραπάνω παράδειγμα που περιγράφεται διάγνωση της, τίποτα δεν θα είναι ακριβώς το ίδιο. Οι ασθενείς με νεοδιαγνωσμένο έφυγε με τη γνώση ότι, ναι, άσχημα πράγματα μπορούν να συμβούν. Αντιλαμβάνονται ότι ρόλος τους δεν είναι ανίκητος μετά από όλα. Και η διάγνωση - αν απαιτεί εκτεταμένη επεξεργασία, κατ 'ουσίαν ότι διακόπτει φυσιολογική ζωή για μήνες ή περισσότερο, ή αν απαιτεί φαρμακευτική αγωγή και αλλαγές στη διατροφή και στον τρόπο ζωής - κάποια στιγμή θα απαιτήσει την αναγνώριση του ασθενούς και την πλήρη προσοχή. Γνωρίζοντας ότι αυτά προβάλλει μπροστά μπορεί επίσης να είναι αρχικά συντριπτική για τον ασθενή.

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου των αρχικό σοκ, οι ασθενείς συχνά δεν είναι ανοικτές σε περισσότερες πληροφορίες, ούτε πρόθυμοι να συζητήσουν τη διάγνωση τους και τι σημαίνει. Αυτό παρουσιάζει προκλήσεις για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που μπορεί να χρειαστεί να ξεκινήσει ένα σχήμα φαρμάκων και / ή να κάνει μια απόφαση σχετικά με την πορεία της θεραπείας. Είναι δύσκολο να επικοινωνούν με τους ασθενείς που μπορεί να αισθάνονται σαν να είναι σε θέση να ακούσουν ή να κατανοήσουν τι λένε.

Κάποια υπομονή χρειάζεται αυτή τη στιγμή. Το πρόσφατα διαγνωστεί ασθενής μπορεί να χρειαστεί κάποιο χρόνο και χώρο για να καθίσει με την είδηση αυτή. Εάν ο επαγγελματίας υγείας τους ωθεί πάρα πολύ σκληρά για να συζητήσουν το σχέδιο θεραπείας ή να λάβει μια απόφαση θεραπεία κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ο ασθενής μπορεί να γίνει αμυντική και αρνείται να μιλήσει περαιτέρω, ενδεχομένως να γίνει ακόμη πιο ανθεκτικό. Τα ανθρώπινα όντα δεν μπορούν να υποχρεωθούν να λάβουν περισσότερες πληροφορίες από ό, τι μπορεί να επεξεργαστεί ανά πάσα στιγμή μία.

Συνιστάται οι ασθενείς πρέπει να παρέχονται με κάποια στιγμή να καθίσει με τη διάγνωση τους. Σαφώς, η ευαισθησία για το πώς ο ασθενής ανταποκρίνεται πρέπει να εξισορροπείται με το επίπεδο του επείγοντος στη λήψη τυχόν απαραίτητα μέτρα. Ωστόσο, μπορεί να είναι χρήσιμη για να προγραμματίσετε ένα ραντεβού για να παρέχουν στον ασθενή κάποιο χρόνο για να αντιδράσουν στη διάγνωση και τη διαμόρφωση του / της ερωτήσεων, ή να καλέσετε τον ασθενή σε μια ημέρα ή δύο, είτε για να προγραμματίσετε ένα ραντεβού ή να υπενθυμίσει ο ασθενής για να βεβαιωθείτε ότι δεν αποφεύγουν ραντεβού τους.

<http://translate.google.gr/translate?hl=el&sl=en&u=http://www.cancernursing.org/&ei=fgrKT73GJlvEswac6oiCBw&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=7&ved=0CHcQ7gEwBg&prev=/search%3Fq%3Dnurse%2Bfor%2Btumors%26hl%3Del%26biw%3D1138%26bih%3D475%26prmd%3Dimvns>

7.2 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΞΩΛΕΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Για να επικοινωνεί καλύτερα ο νοσηλευτής με τον ασθενή θα πρέπει να αξιοποιούνται οι ευκαιρίες για εξωλεκτική επικοινωνία. Η επαφή με τα μάτια και πιο συγκεκριμένα το βλέμμα έχει ταυτόχρονα δύο λειτουργίες : είναι ένα μη λεκτικό σήμα για το πρόσωπο που δέχεται το βλέμμα, αλλά είναι και δίοδος πληροφοριών για το πρόσωπο που κοιτάζει. Η “επαφή των ματιών” ή το “αμοιβαίο βλέμμα” βοηθά στην επιβεβαίωση της διάθεσης τους για επικοινωνία και συμπαράσταση και διευκολύνει το νοσηλευτή ν’ αναγνωρίσει την ψυχική διάθεση του ασθενή. Αλλά δεν πρέπει να παραμελείται και η σωματική επαφή : ένα άγγιγμα του ασθενή που θα τον παρηγορήσει, όπως π.χ.σφίξιμο του χεριού, χάιδεμα των μαλλιών, άγγιγμα του ώμου κλπ. Ο ασθενής καταλαβαίνει τη φιλική στάση του νοσηλευτή απέναντι του, κυρίως μετά από την εξωλεκτική επικοινωνία :λόγου χάρη πόσο συχνά τον πλησιάζει και σκύβει προς αυτόν, αν τον αγγίζει ζεστά και απαλά, αν τον κοιτά στα μάτια, αν έχει συνήθως ευχάριστο και χαμογελαστό πρόσωπο, αν απευθύνεται προς αυτόν με ευγενικό, ήρεμο και φιλικό τόνο φωνής. Φυσικά όλες αυτές οι εκδηλώσεις της μη λεκτικής επικοινωνίας θα πρέπει να γίνονται με διάκριση και διακριτικότητα από την πλευρά του νοσηλευτή , ώστε να είναι μέσα στα επιτρεπτά κοινωνικά όρια και να μην φέρνουν σε δύσκολη θέση τον ασθενή και τους συγγενείς του.

Ύστερα η ενημέρωση του ασθενή για το τι θα αντιμετωπίσει, τον βοηθά να συνειδητοποιήσει ότι στο πρόβλημα του έχει κάποιες διεξόδους και συγχρόνως αυξάνει την αντοχή του στον πόνο και στο στρές της νόσου. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να αποφεύγει τα γενικά και τυποποιημένα σχόλια, όπως "όλα θα πάνε καλά" ή "δεν είναι και τόσο άσχημη η κατάσταση σου". Είναι καλύτερα να δίνονται στον ασθενή απλές πληροφορίες ή οδηγίες, να καθορίζονται βραχυπρόθεσμοι και εφικτοί στόχοι και ν' αξιοποιείται η εσωτερική θέληση και επιθυμία του ασθενή για τη βελτίωση της υγείας του. Ο νοσηλευτής μέσα από την ικανότητα του να δημιουργεί μια καλή και φιλική σχέση, βοηθά τον ασθενή να συνειδητοποιήσει ότι τον δέχεται ως άνθρωπο και όχι απλώς ως μια επαγγελματική υποχρέωση. (Χρυσούλα Μελίτσα-Χαλικοπούλου, 1996)

7.3 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΠΡΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα: αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλασματος κατάσταση σωματικής - ψυχικής - κοινωνικής υγείας. Μια αναγκαιότητα που προέκυψε μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερα νόσου. Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή/τριας είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου. Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου. Τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής είναι:

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

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

- Να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου.
- Να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή.
- Να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.
- Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο "palliative care" - "ανακουφιστική φροντίδα", έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας <http://www.bestrong.org.gr/el/support/1124/nurse>

7.4 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος παρά τις τεράστιες διαγνωστικές και θεραπευτικές προόδους, κατατάσσεται ακόμη από πολλούς μεταξύ των νόσων που έχουν τελική έκβαση τον θάνατο. Η συμμετοχή ψυχολογικών παραγόντων στη διαμόρφωση αιτιοπαθογενετικών διεργασιών, αλλά κυρίως η αντίδραση του πάσχοντος στη νόσο, οδήγησαν από τη δεκαετία του '70 στη διαμόρφωση ενός κλινικοδιαγνωστικού και θεραπευτικού ρεύματος μέσα στο πλαίσιο της ογκολογίας, που τα τελευταία έλαβε τη μορφή της υποειδικότητας της ψυχοογκολογίας. Οι ψυχολογικές, συμπεριφορικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι καρκινοπαθείς και οι οικογένειές τους αποτελούν πεδίο δράσης της ψυχοογκολογίας. Στους στόχους της περιλαμβάνονται η μελέτη της απάντησης του πάσχοντος και του στενού του περιβάλλοντος στη νόσο, καθώς και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που εμπλέκονται στην επιβίωση και στην ποιότητα ζωής του. Πολλά αντικαρκινικά κέντρα σήμερα διαθέτουν ειδικευμένες ψυχοογκολογικές μονάδες (Ιακωβίδης και συν 2004).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η κατάσταση των πασχόντων βελτιώθηκε σημαντικά και συνδυαστικές χημειοθεραπείες και ορμονοθεραπείες ελαχιστοποίησαν τις χειρουργικές επεμβάσεις και παρέτειναν την ζωή των ασθενών τόσο ώστε να μετατεθεί ο καρκίνος από την τάξη της θανατηφόρου στην τάξη της σοβαρής χρονίας νόσου (Greer 2003). Έτσι, αναπροσανατολίστηκε η Ιατρική προς τον στόχο της βελτίωσης της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Σε επίπεδο οργάνωσης της προνοσηρής προσωπικότητας, σύμφωνα με μια πολύ διαδεδομένη άποψη, οι πάσχοντες από καρκίνο είναι συνεσταλμένοι, παθητικοί, αμυντικοί, με αισθήματα ενοχής και γενικώς έχουν δυσκολίες στην έκφραση των συναισθημάτων και της επιθετικότητας τους (Cebroms & Finesinger 1954). Σπανίως εκδηλώνουν συναισθήματα θυμού ή άλλα αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, φόβος ή θλίψη. Από άλλους μελετητές όμως έχουν καταγραφεί υψηλά επίπεδα επιθετικότητας στους καρκινοπαθείς (Srivastava & Broota 1990) και μάλιστα έχει υποστηριχθεί (Stavraky 1968) ότι αυτοί που συνδυάζουν υψηλή επιθετικότητα με υψηλό IQ έχουν καλύτερη πρόγνωση.

Ο ασθενής που πάσχει από καρκίνο, όπως και κάθε ασθενής που πάσχει από χρόνια νόσο, αντιδρά σε αυτήν σύμφωνα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της νόσου, της θεραπείας στην οποία υποβάλλεται, των κοινωνικών στηριγμάτων του και σύμφωνα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, στα οποία περιλαμβάνονται και οι ποικίλοι μηχανισμοί άμυνας που διαθέτει. Παρά τις μεγάλες προόδους στην πρόωμη διάγνωση και θεραπεία, η ανακοίνωση της διάγνωσης φέρνει στον ασθενή τον φόβο και τον τρόμο του πόνου και του θανάτου. Το αίσθημα αβοηθησίας που απορρέει από την επίγνωση της νόσου, σε συνδυασμό με το άλγος, τη ναυτία και την κακή εμφάνιση (αλωπεκία)- αποτέλεσμα των θεραπευτικών παρεμβάσεων- οδηγούν συχνά τον ασθενή σε κατάσταση απελπισίας. Οι αντιδράσεις ποικίλουν σε μεγάλο βαθμό και μπορεί να περιλαμβάνουν άρνηση, φυγή, ψυχαναγκαστική αναζήτηση πληροφόρησης για τη νόσο, άγχος και κατάθλιψη, αποδοχή και εκλογίκευση, ψυχαναγκαστική ή παρορμητική συμπεριφορά (Manos & Christakis 1985). Η χρήση του μηχανισμού της άρνησης από ορισμένους ασθενείς ενδέχεται να οδηγήσει σε ευνοϊκότερη πρόγνωση, τουλάχιστον ως προς τη βραχυπρόθεσμη έκβαση (Greer 1979), ενώ για τους συζύγους των ασθενών μια τέτοια άρνηση ίσως παρακωλύει την προπαρασκευή για πένθος.

Σχετικά, με τη συχνότητα εμφάνισης ψυχιατρικής συμπτωματολογίας στους πάσχοντες από καρκίνο, τα ευρήματα δεν είναι σταθερά, παρά το ότι ευρέως πιστεύεται ότι είναι μεγάλη, και τουλάχιστον 25% των πασχόντων παρουσιάζουν κατάθλιψη. Υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι όλοι σχεδόν οι πάσχοντες από καρκίνο παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Peck 1972). Άλλοι αναφέρουν χαμηλότερα ποσοστά (Petty 1981, Levine et al 1978, Grassi et al 2000) και άλλοι μικρά (Craig & Abeloff 1974, Hughes 1985). Άλλοι (Angelopoulos et al 1995) επισήμαναν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων: οι γυναίκες ασθενείς σε σύγκριση με τις υγιείς γυναίκες παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, ενώ στους άνδρες αυτή η διαφορά δεν ήταν σημαντική. Οι αποκλίσεις μεταξύ των μελετών ίσως οφείλονται σε μεθοδολογικές ιδιαιτερότητες, στο είδος του καρκίνου που μελετήθηκε και του σταδίου στο οποίο βρισκόταν, στη φαρμακευτική αγωγή, ίσως ακόμη και στη δομή της προσωπικότητας και στους ψυχοδυναμικούς άμυνας που αναπτύσσουν οι ασθενείς.

Πρέπει ωστόσο να τονισθεί ότι υπάρχουν ενδείξεις πως όσο υψηλότερη είναι η ψυχοπαθολογία στους πάσχοντες από καρκίνο τόσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και η ανάπτυξη ανώμαλης περί τη νόσο συμπεριφοράς, η οποία συνοδεύεται από πτωχή συμμόρφωση στα θεραπευτικά σχήματα, μείωση της αποτελεσματικότητας της χημειοθεραπείας, επιδείνωση της ποιότητας ζωής της οικογένειας και μεγαλύτερη συχνότητα θανάτου (Craig & Abeloff 1974, Grassi et al 2000). (ΝΙΚΗΦΟΡΟΣ Β. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ 2009)

7.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση στην αποκατάσταση του καρκινοπαθούς την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν την διάγνωση του νεοπλασματος κατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής του υγείας. Το πιο δύσκολο για έναν καρκινοπαθή είναι η διατήρηση των ισορροπιών στην ζωή του όπως και η αποδοχή των νέων συνθηκών. Το πρώτο εξαρτάται από το δεύτερο καθώς η αποδοχή της κατάστασης θα ισορροπήσει την ζωή του. Η αποδοχή αυτή είναι δύσκολο αν επιτευχθεί και για να γίνει πρέπει ο ίδιος ο καρκινοπαθής να περάσει κάποια στάδια. Η ολοκληρωτική αποδοχή της ύπαρξης του καρκίνου πιθανών και να μην επιτευχθεί αλλά βήματα προς αυτής μπορούν να βοηθήσουν στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής του καθώς μαθαίνει να διαχειρίζεται το άγχος του μέλλοντος το φόβο του θανάτου και την συναισθηματική παραίτηση. Η ψυχολογική υποστήριξη ενός καρκινοπαθή από έναν ειδικό είναι σημαντική όχι γιατί ο ίδιος έχει χάσει εξαιτίας της νόσου την ικανότητα για λογική σκέψη αλλά επειδή αυτό που αντιμετωπίζει είναι μια σοβαρή και απρόσμενη αλλαγή και τον κατακλύζουν πολύ έντονα συναισθήματα στο μεγαλύτερο μέρος της μέρας, όπως η θλίψη, η σύγχυση, η οργή, ο πόνος και το άγχος. Παράλληλα με τον ασθενή και η οικογένεια, πλήττεται από την είδηση ότι κάποιο αγαπημένο οικογενειακό πρόσωπο πάσχει από καρκίνο, κυρίως, σε συναισθηματικό αλλά και σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη και στους συγγενείς για να μπορέσουν να εκτονώσουν την ένταση, τις σκέψεις και τα συναισθήματα που κρατούσαν μέσα τους από φόβο ή ενοχές (Παπαγεωργίου, 2005).

7.6 ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

Η υποστηρικτική θεραπεία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στη θεραπευτική του καρκίνου, ιδίως όταν η νόσος δεν είναι ιάσιμη. Η παρηγορική θεραπεία του καρκίνου δεν αφορά μόνο σε σωματικά συμπτώματα και συγκεκριμένα, επώδυνα σύνδρομα, αλλά και σε ψυχοκοινωνικά και πνευματικά ζητήματα. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία συχνά χρησιμοποιούνται ως παρηγορική θεραπεία και μπορεί να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής. (Yap TA ,Omlin A ,de Bono JS ,2013)

Η διαχείριση του καρκινοπαθούς είτε στη διάρκεια της ενεργού φάσης της νόσου είτε στην περίοδο της ύφεσης, είναι μια εξίσου δύσκολη υπόθεση για τον οικογενειακό ιατρό. Ο ρόλος του έχει αποδειχθεί αρκετές φορές σωτήριος είτε με τη σωστή και έγκαιρη επισήμανση των αλλαγών, σωματικών ή ψυχολογικών, είτε με τη σωστή και άμεση αντιμετώπιση, είτε ακόμη και με τη σωστή κατεύθυνση.

Βασική επίσης προϋπόθεση είναι ότι ο γιατρός της πρωτοβάθμιας εκτός από τη διάθεση για προσφορά πρέπει να είναι και σωστά καταρτισμένος στα βασικά ογκολογικά προβλήματα. Πρωτίστως, θα πρέπει να γνωρίζει την φυσική ιστορία της νόσου, την ταχύτητα εξέλιξης, την συχνότητα των εντοπίσεων, τις επιπλοκές, το πρόγραμμα των θεραπειών που ακολούθησε και το πρόγραμμα που ο ασθενής οφείλει να ακολουθήσει. Είναι αυτός που θα παρέχει τις ιατρικές πληροφορίες προς τον ειδικό. Είναι αυτός που θα συμβάλλει στην παρακίνηση του αδιάφορου και ταλαιπωρημένου καρκινοπαθούς για τη συνέχιση της θεραπείας του, είναι αυτός που θα συνιστά στον ασθενή τη συνέχιση της συνεργασίας του με το κέντρο αναφοράς, με το ογκολογικό τμήμα. Όλα αυτά μέχρις ότου ο ασθενής περιπέσει στο τελικό στάδιο της νόσου εκεί όπου την θεραπεία της αναχαίτισης θα την διαδεχθεί η θεραπεία του συμπτώματος, η τελική φροντίδα.

Απ' ότι διαφαίνεται, υπάρχει μεγάλο πεδίο προσφοράς από τον μη ειδικό γιατρό στον καρκινοπαθή, από τον γιατρό και τους εργαζομένους στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Όλοι αυτοί οι οποίοι αρκετές φορές θα κληθούν να ολοκληρώσουν το έργο των ογκολόγων θεραπευτών είτε σε τακτική περιοδική βάση είτε σε έκτακτες περιπτώσεις, ένεκα κάποιας εκτροπής (εξέλιξης) της νόσου. Η αρχόμενη εξέλιξη ενδεχομένως να παρουσιασθεί ασυμπτωματικά είτε σαν φυσικό εύρημα, μετά από σχολαστική κλινική εξέταση και λεπτομερές ιστορικό, είτε σαν εργαστηριακό εύρημα, είτε και από τα δύο. Η μπορεί να εκδηλωθεί με την ανάλογη νεοπλασματική ή παρανεοπλασματική συμπτωματο-λογία. Καθοριστικής σημασίας είναι η διάκριση της συμπτωματολογίας του καρκινοπαθούς από οργανική ή ψυχολογική αιτία ή αυτής η οποία προέρχεται από τις παρενέργειες της φαρμακο-ακτινοθεραπείας. Όλες αυτές οι επιμέρους διακρίσεις θα απαλλάξουν τον καρκινοπαθή από τις πολύπλοκες, χρονοβόρες, κοπιώδεις και δαπανηρές εξετάσεις.

(<http://www.oncology.gr/1/synedrio3/praktikaagtheodoro.HTM>)

7.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

Εισαγωγή στο νοσοκομείο

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής. Ανεξάρτητα με αυτό σκοπός του/της νοσηλευτή/τριας είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο. Απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά. http://ogologiki-nosileytiki.blogspot.com/p/blog-page_25.html

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

- Ενημέρωση, για την αναγκαιότητα της θεραπείας, για τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους, για τις παρενέργειες, για την διάρκεια χημειοθεραπείας και κάθε πόσο πρέπει να επαναλαμβάνεται.
- Ασφαλής χορήγηση των χημειοθεραπευτικών προφύλαξη από την εξαγγελίωση των φαρμάκων.
- Παρακολούθηση για έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπτώσεων της θεραπείας.
- Παρότρυνση για καλή συνεργασία στην εφαρμογή δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών θεραπειών.
- Ενημέρωση για εισαγωγή ασθενών σε κλινικές μελέτες.
- Υποστήριξη των ασθενών και συγγενών με συνομιλία για καθημερινά θέματα.
- Παρότρυνση συγγενών και άλλων ατόμων του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς για συμμετοχή σε προγράμματα πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης.
- Ενημέρωση για το τι πρόκειται να συμβεί προεγχειρητικά - διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά έτσι ώστε να έχει ο ασθενής υψηλό ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα π.χ. τάση προς έμμετο, δυσκολία κίνησης κάποιου μέλους.
- Εκμάθηση για χρησιμότητα και αναγκαιότητα καθετήρων όπως Levin Folley, παροχετεύσεων, κολοστομίας, κ.ά.
- Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενή στην θεραπευτική κλίνη κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας.
- Την παραμονή στο χώρο εκπομπής ακτινοβολίας μόνο του ασθενή αλλά την ύπαρξη συστήματος παρακολούθησης.
- Την παραμονή του στο περιβάλλον του. Οι θεραπευτικές δόσεις που δέχεται δεν είναι επικίνδυνες για τους γύρω.
- Το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι (είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη Rx).(<http://www.beststrong.org.gr/el/support/1124/nurse/>)

Η πληροφόρηση είναι το πρώτο σκαλοπάτι της επικοινωνίας με τον άρρωστο και στην οποία μπορεί αν στηριχτεί η εκπαίδευση του ασθενούς για την αντιμετώπιση της νόσου. Παρόλο που η πληροφόρηση του ογκολογικού αρρώστου για την διάγνωση είναι έργο του κλινικού γιατρού, ο νοσηλευτής είναι εκείνος που θα δώσει πληροφορίες και θα εκπαιδεύσει τον άρρωστο στο επίπεδο που πρέπει αν φτάσει για την άμεση θεραπευτική προσέγγισή του εάν αυτή είναι εφικτή. Το άγχος, η αγωνία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η αβεβαιότητα είναι κοινές συγκινήσεις πιο έντονες σε

αρρώστους που δεν έχουν ακριβή γνώση της θεραπείας τους. Οι νοσηλευτές λοιπόν μέσω του ρόλου του θα δώσει τις κατάλληλες πληροφορίες. Θα πρέπει λοιπόν να αναγνωρίζουν τις ανάγκες του ασθενούς, να σχεδιάζουν τη διδασκαλία και να κάνουν εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και του πόνου. Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται η δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής. Σκοπός του νοσηλευτή είναι η δημιουργία ενός κλίματος ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει τη μάχη του με τον καρκίνο. Κατά την εισαγωγή του ασθενούς 46 στο νοσοκομείο απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για την διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια, η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά (Παπαγεωργίου, 2005).

7.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Ως αποκατάσταση ορίζεται η επιστροφή του ατόμου στο βέλτιστο επίπεδο λειτουργικής ικανότητας, αναφορικά με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ίδιου και της οικογένειάς του και σε συνύπαρξη με τα όρια που θέτει η νόσος και η θεραπεία της. Στην περίπτωση παροχής φροντίδας ασθενών με καρκίνο του δέρματος, η αποκατάσταση σχετίζεται με την υιοθέτηση των μέτρων ελαχιστοποίησης των οργανικών επιδράσεων του καρκίνου και της θεραπείας, με την παροχή βοήθειας των ατόμων να προσαρμοστούν στις αλλαγές που επιφέρει η ασθένεια και να μάθουν να ζουν με την αβεβαιότητα ενώ παράλληλα θέτουν προσωπικούς στόχους για την μέγιστη οργανική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική λειτουργικότητα. Η αποκατάσταση στην παροχή φροντίδας στην ογκολογία επικεντρώνεται στη προσαρμογή και την αναπροσαρμογή στις αλλαγές που επιφέρει η ασθένεια. Η επικέντρωση στην προσαρμογή απομακρύνει την πιθανότητα παρανοήσεων και μη ρεαλιστικών προσδοκιών επιστροφής στα προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας (Ιορδάνου, 2001). Ο Dietz περιγράφει τέσσερις φάσεις αποκατάστασης, σχετιζόμενες με τα διαφορετικά στάδια της πορείας του καρκίνου. Βασίζόμενος στις ιδέες του Dietz ο Wells αναγνωρίζει δύο καταστάσεις στις οποίες είναι σημαντική η αποκατάσταση.

Στην πρώτη υπάρχει καλό προσδόκιμο επιβίωσης μετά την θεραπεία και δεν υπάρχει υπολειμματική παραμόρφωση ή αναπηρία. Στην περίπτωση αυτή, οι ανάγκες πιθανά να μην είναι οργανικές, αλλά απαιτείται συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενούς και ενδεχομένως είναι πολύτιμες οι παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας. Η δεύτερη κατάσταση είναι όταν υπάρχει επίσης καλό προσδόκιμο ζωής, αλλά η θεραπεία του καρκίνου έχει αφήσει σωματική ή ψυχολογική αναπηρία ή παραμόρφωση. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται οργανική, ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση για την επαναφορά κάποιων νοσημάτων ύπαρξης και την επανένωση των ατόμων με εκείνα τα πράγματα που έδιναν αξία στην ζωή τους πριν ασθενήσουν (Ιορδάνου, 2001). Η εκπαίδευση των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό τους προετοιμάζει για τις επιπτώσεις των παρεμβάσεων που θα ακολουθήσουν μέσω των κύκλων χορήγησης οποιονδήποτε θεραπειών. Στη συνέχεια η ενθάρρυνση για την αυτοχορήγηση της φαρμακευτικής τους αγωγής και της συμμετοχής στην αναγνώριση των αναγκών μετά από την έξοδο από το νοσοκομείο θα

αυξήσει την εμπιστοσύνη προς τον εαυτό τους. Το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλλει καθοριστικά στην ψυχική τους ηρεμία, επομένως ο νοσηλευτής οφείλει να τους προετοιμάσει και να τους εκπαιδεύσει τόσο για τις νέες συνθήκες όσο και για την βοήθεια του ίδιου του ασθενή στη θεραπευτική του αποκατάσταση.

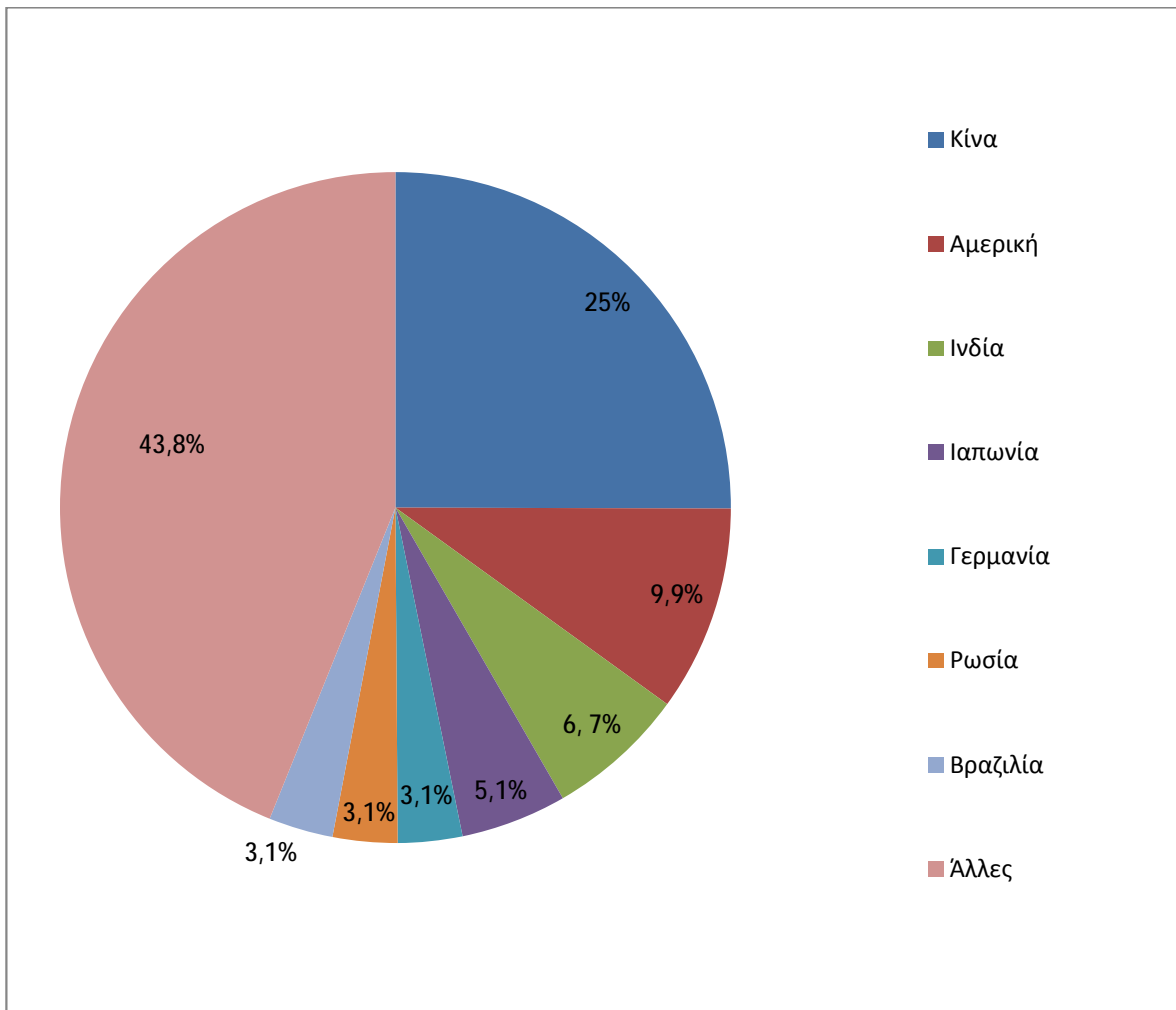
Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προτείνουν τη συμμετοχή των ασθενών σε ομάδες αυτοβοήθειας. Με αυτό τον τρόπο τα άτομα με καρκίνο μπορούν να μοιραστούν εμπειρίες και προβληματισμούς με άλλα άτομα που έχουν την ίδια ασθένεια. Επειδή όμως κάθε περίπτωση ασθενούς είναι διαφορετική και οι ανάγκες του αλλάζουν ανάλογα με τον χαρακτήρα ορισμένοι ασθενείς δεν μπορούν να διαχειριστούν το άγχος που τους καταβάλλει. Σε αυτό το σημείο ο νοσηλευτής τους ενθαρρύνει στην παρακολούθηση σεμιναρίων διαχείρισης του άγχους (Ιορδάνου, 2001). Συχνά, διαμέσου αυτών των μεθόδων, υπάρχει πιθανότητα επανάκτησης συναισθημάτων, αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης. Η επιτυχής έκβαση μια2 προσέγγισης φροντίδας αποκατάστασης είναι η θετική προσαρμογή στις αλλαγές που προκύπτουν από την νόσο ή από την θεραπεία. Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν ρόλο κλειδί στην αποκατάσταση. Η φροντίδα των ασθενών που πραγματοποιείται από το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να αποσκοπεί στην αύξηση του αισθήματος ελέγχου, διαμέσου της πληροφόρησης, της προσφοράς επιλογών ή της δυνατότητας συζήτησης εναλλακτικών επιλογών φροντίδας ή θεραπείας όποτε κρίνεται απαραίτητο (Παπαγεωργίου, 2005)

8 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 :ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ο καρκίνος του δέρματος είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που πλήττει άτομα όλων την ηλικιών, εθνοτήτων και φύλου. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με έρευνες που έγιναν για το έτος 2018 από το, GLOBOCAN International agency for research on cancer προκύπτει πως την 1^η θέση σε περιπτώσεις καρκίνου για το τρέχον έτος παγκοσμίως κατέχει η Κίνα με ποσοστό 25% όσων αφορά και τα 2 φύλα όλων των ηλικιών ,με το ποσοστό των αντρών (26,7)που νοσούν να είναι μεγαλύτερο από αυτό των γυναικών(23,2). Παραδόξως στις κρίσιμες ηλικίες μεταξύ 0 – 44 τα ποσοστά αντρών και γυναικών είναι ίδια (20,7 %)

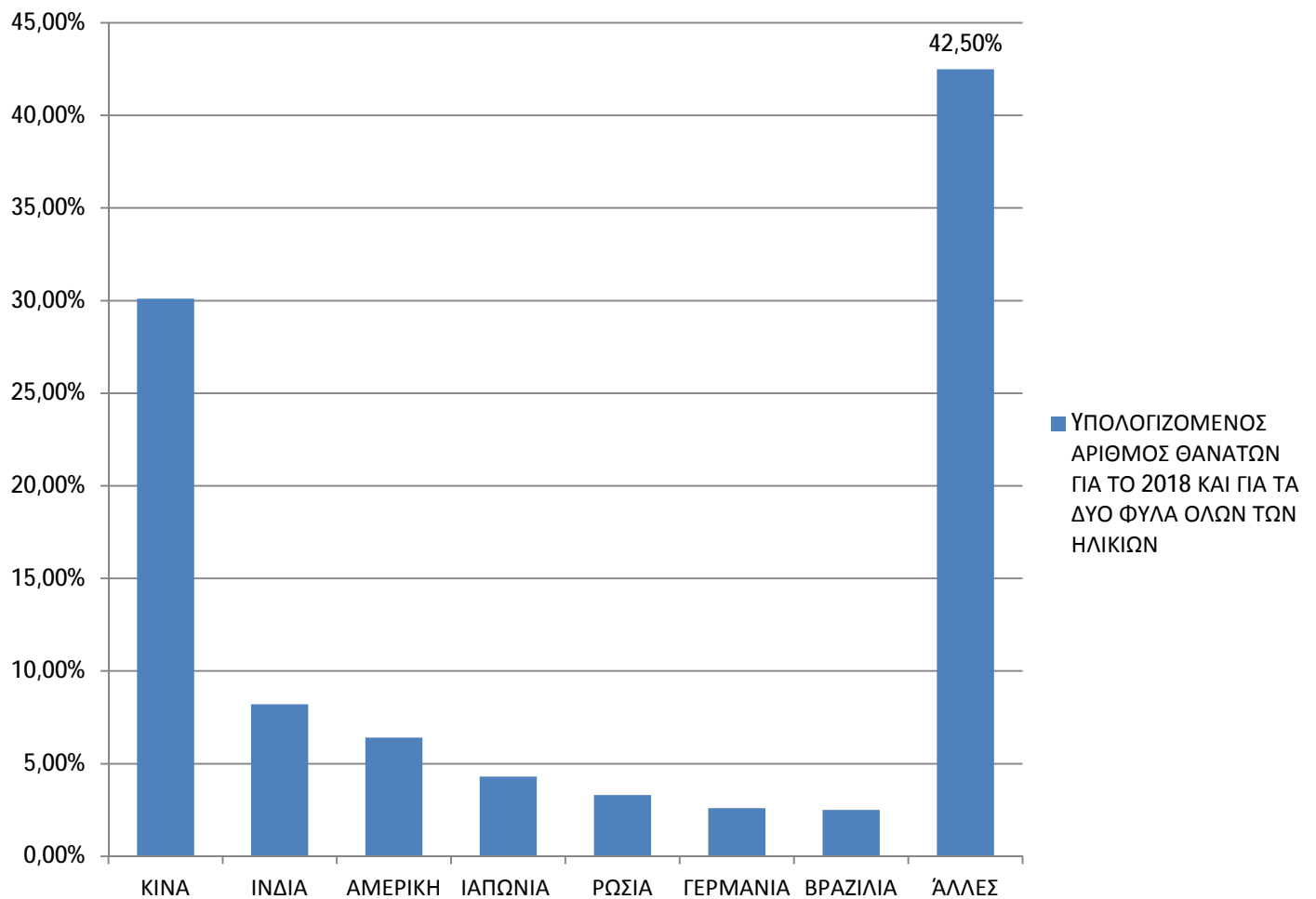
Την Κίνα ακολουθούν οι υπόλοιπες χώρες με αρκετά μεγάλη διαφορά. Πιο συγκεκριμένα δεύτερη έρχεται η Αμερική με ποσοστό 9,9 %, Τρίτη η Ινδία(6,7), τέταρτη η Ιαπωνία (5,1). Ακολουθούν η Γερμανία, η Ρωσία και η Βραζιλία με 3,1 % η κάθε μια.



Estimated number of new cases in 2018, all sexes, all ages

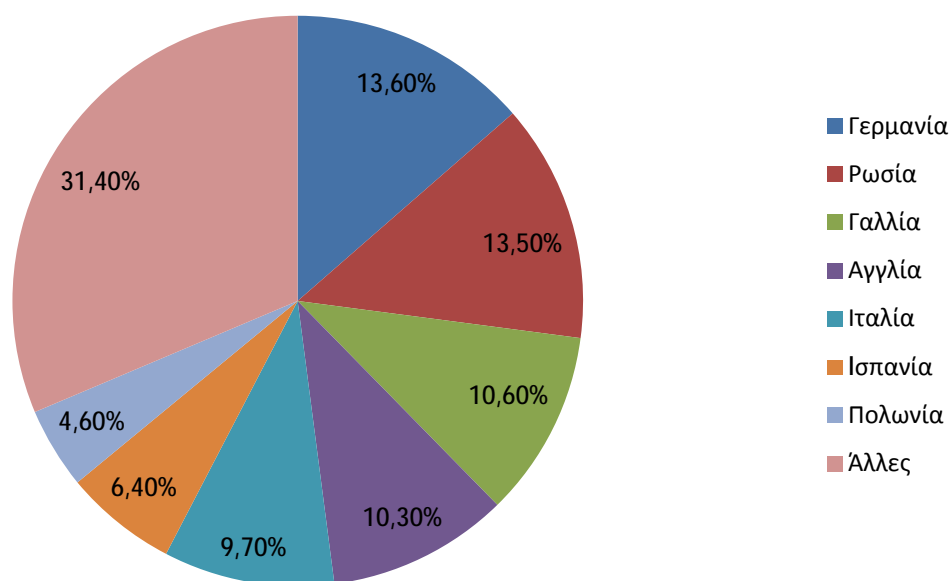
Για το έτος 2018 όπως προκύπτει από τα στοιχεία σημειώθηκαν 8.501.005 θάνατοι οφειλόμενοι στον καρκίνο του δέρματος, με τους θανάτους στην Κίνα να φτάνουν το 31,1 % και τις υπόλοιπες χώρες να ακολουθούν με μεγάλη διαφορά π,χ η Ινδία που είναι δεύτερη στην κατάταξη να έχει ποσοστό θανάτων 8,9%.Επίσης οι θάνατοι στα άτομα ηλικίας μέχρι 44 ετών υπολογίζεται στους 734.808 με την Κίνα και την Ινδία να συμψηφούν με ποσοστό 17,6%, με το ποσοστό των ανδρών σε θανάτους να είναι μεγαλύτερο και στις δύο χώρες.

ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ 2018 ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΝ



Στην Ευρώπη πάλι το μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνου του δέρματος στον γενικό πληθυσμό έχει η Γερμανία (13,6%), ακολουθεί η Ρωσία με ποσοστό 13,5%, η Γαλλία 10,6 %, η Αγγλία 10,3%, η Ιταλία 9,7%, η Ισπανία 6,4 %, η Πολωνία 4,6 %, Ενώ οι υπόλοιπες χώρες καλύπτουν το 31,4 %.

Ποσοστά καρκίνου του δέρματος στον γενικό πληθυσμό για το 2018 στην Ευρώπη



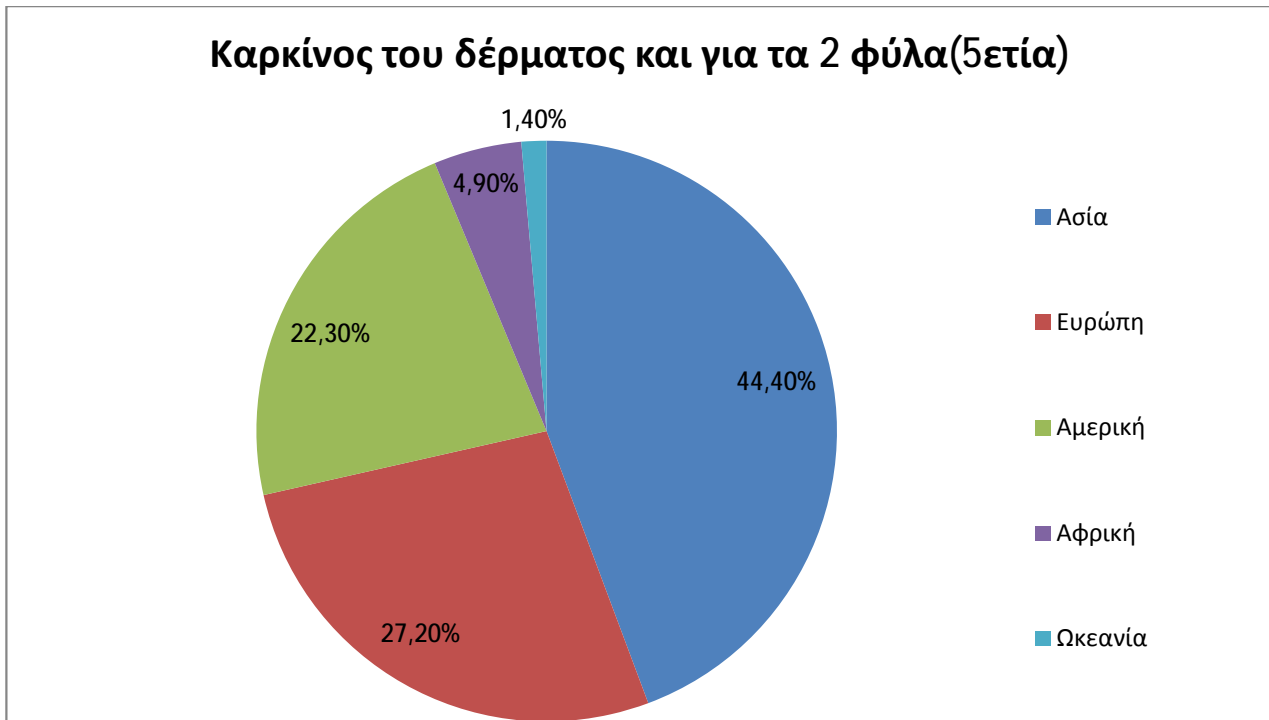
Στις ηλικίες όμως μεταξύ 0- 44 την πρώτη θέση έχει η Ρωσία με ποσοστό 17 %, ακολουθούν η Γερμανία(11,3), η Γαλλία(10,4), η Αγγλία(9,5) ,η Ιταλία(8,9) , η Ισπανία(5,9) και η Ουκρανία(5,8).

Σε αυτό το ηλικιακό πλαίσιο μπορούμε να παρατηρήσουμε πως το ποσοστό των αντρών που νοσούν είναι μεγαλύτερο από αυτό των γυναικών στις χώρες :Γαλλία, Γερμανία και Ιταλία, ενώ σε χώρες όπως η Ρωσία, η Αγγλία, η Ισπανία και η Ουκρανία τα μεγαλύτερα ποσοστά κατέχουν οι γυναίκες.

Στην Ευρώπη οι θάνατοι που οφείλονται σε καρκίνο του δέρματος φτάνουν τους 1.929.709 στο γενικό σύνολο(άντρες και γυναίκες όλων των ηλικιακών ομάδων).Το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας κατέχει η Ρωσία με ποσοστό 16,2 % ενώ ακολουθεί η Γερμανία με ποσοστό 12,8 %.Στις ηλικίες μεταξύ 0-44 το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας έχει και πάλι η Ρωσία με ποσοστό 27 % αφήνοντας πίσω την Ουκρανία που κατέχει τη δεύτερη θέση με ποσοστό 9,7 % και τις υπόλοιπες χώρες.Πιο αναλυτικά στις χώρες Γαλλία, Ιταλία και Ισπανία τα ποσοστά θανάτου των αντρών όλων των ηλικιών είναι μεγαλύτερα από αυτά των γυναικών ενώ το αντίθετο συμβαίνει σε χώρες όπως η Ρωσία, η Γερμανία, η Αγγλία και η Πολωνία όπου οι θάνατοι των γυναικών είναι περισσότεροι.

Τέλος στις ηλικίες 0-44 φαίνεται πως οι περισσότεροι θάνατοι αφορούν γυναίκες, πιο συγκεκριμένα εν έτη 2018 σημειώθηκαν 28.233 θάνατοι γυναικών οφειλόμενοι στον καρκίνο του δέρματος έναντι 23.285 των ανδρών.Σε χώρες όπως η Ρωσία, η Ουκρανία και η Αγγλία τα ποσοστά θνησιμότητας των γυναικών είναι μεγαλύτερα απ' ότι των ανδρών, ενώ στη Γαλλία, τη Γερμανία,και την Ιταλία συμβαίνει το αντίθετο.

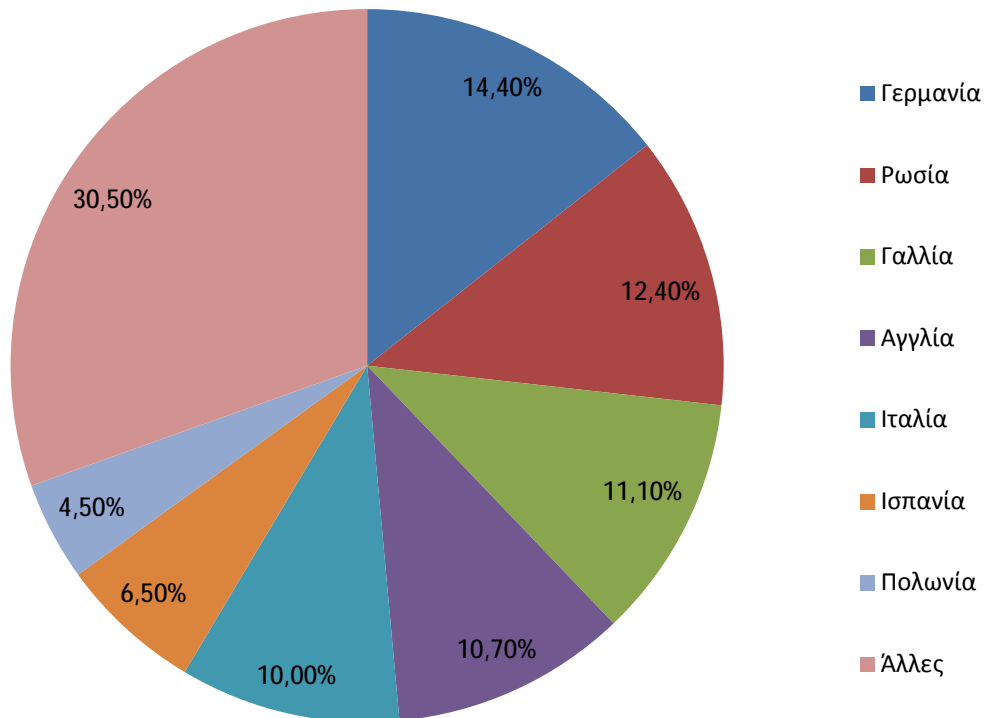
Την τελευταία πενταετία παγκοσμίως έχουν σημειωθεί 38.633.420 περιπτώσεις καρκίνου του δέρματος, με τα περιστατικά στις χώρες της Ασίας να φτάνουν το ποσοστό του 44,4 %, ακολουθούν οι χώρες της Ευρώπης(27,2%), οι χώρες της Αμερικής(22,3%), η Αφρική(4,9%) και η Ωκεανία(1,4).



Επίσης ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο που προκύπτει από την έρευνα είναι πως το ποσοστό των περιπτώσεων στα άτομα μεταξύ 0-44 ετών στην Ασία ξεπερνάει το 50% των περιπτώσεων παγκοσμίως. Ακόμα σημαντική διαφορά βλέπουμε και στα ποσοστά ανδρών και γυναικών, με το σύνολο των ανδρών σε αριθμό να φτάνει τους 1.971.777 ενώ ο αριθμός των γυναικών που νόσησαν να είναι 3.576.465.

Τα τελευταία 5 χρόνια στην Ευρώπη είχαμε 10.504.195 περιστατικά καρκίνου του δέρματος. Απο αυτά τα περιστατικά το 14,4 % κατέχει η Γερμανία, δεύτερη έρχεται η Ρωσία με 12,4% και τη Γαλλία να ακολουθεί με 11,1%, έπονται η Αγγλία (10,7%), η Ιταλία (10%), η Ισπανία (6,5%) και η Πολωνία (4,5%)

Καρκίνος του δέρματος στην Ευρωπη (5ετία)



Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του δέρματος ανήκουν σε γυναίκες(5.417.680) με μικρή διαφορά σε σχέση με τους άνδρες (5.086.515). Το ίδιο ισχύει και στις ηλικίες 0-44 όπου η γυναίκες έρχονται και πάλι πρώτες. Πιο συγκεκριμένα σε αυτές τις ηλικίες οι άντρες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά στις χώρες: Γερμανία, Γαλλία και Ιταλία ενώ οι γυναίκες στις : Ρωσία, Αγγλία και Ισπανία.

9 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

1^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ασθενής , γυναίκα 52 ετών με προϋπάρχον καρκίνο του μαστού και ενώ λαμβάνει ακόμα θεραπεία διαγνώστηκε σε μια επίσκεψη με μελάνωμα. Η ίδια είναι καπνίστρια(6 τσιγάρα /24ωρο) ενώ υπάρχει ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια (ο πατέρας της απεβίωσε από Ca στη γλώσσα στα 67 έτη).Σε μια επίσκεψη για να λάβει τη θεραπεία της παρουσίασε έντονη ναυτία με εμετούς, ενώ παρουσίαζε σημεία αφυδάτωσης.

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
Ναυτία και εμετοί	Αντιμετώπιση ναυτίας και εμετών	Παύση ναυτίας και εμετών	<ul style="list-style-type: none">Χορήγηση αντιεμετικώνΑναπλήρωση χαμένων υγρών και ηλεκτολυτώνΕξασφάλιση καθαρού περιβάλλοντος χωρίς ενοχλητικές μυρωδιέςΨυχολογική υποστήριξη ασθενούς	<ul style="list-style-type: none">Παύση εμετώνΑσθενής ευδιάθετος πάλι
Αφυδάτωση	Ενυδάτωση του οργανισμού	Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών	<ul style="list-style-type: none">Τοποθέτηση φλεβικής γραμμήςΧορήγηση ορών για αναπλήρωση υγρών	Επαρκώς ενυδατωμένος οργανισμός

2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ.

Ασθενής 71 ετών με μελάνωμα εισήλθε στο Τμήμα επειγόντων περιστατικών με εμπύρετο, έως 39^ο C απο διημέρου και με πτώση λευκών αιμοσφαιρίων σε έδαφος τοξικότητας.

Αξιολόγηση	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
Υψηλός πυρετός	Αντιμετώπιση πυρετού	Πτώση πυρετού	<ul style="list-style-type: none">Χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής(targocid ,tazocin)Τοποθέτηση βρεγμένων κομπρεσώνΣυχνή θερμομέτρηση και παρακολούθηση ζωτικών σημείων	Απύρετος
Λευκοπενία	Αντιμετώπιση λευκοπενίας	Προφύλαξη από αναπνευστικές λοιμώξεις και έγκαιρη διάγνωση τους	<ul style="list-style-type: none">Καλή διατροφή και ενυδάτωσηΠεριορισμός στα άτομα με τα οποία έρχεται σε επαφήΑπομόνωση του ασθενούς από τους υπόλοιπους ασθενείςΤοποθέτηση μάσκας στον ίδιο και τους συνοδούςΑπόλυτα άσυπτη τεχνική στις ενδοφλέβιες εγχύσειςΑποφυγή καθετηριασμού της ουροδόχου κύστεωςΣυνεχής θερμομέτρηση.	<ul style="list-style-type: none">Επαναφορά των λευκών αιμοσφαιρίων σε φυσιολογικές τιμέςΣταθεροποίηση της κατάστασης του ασθενούς

3^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Ο Ν.Π., 68 ετών, εισήχθη για πρώτη φορά στο τμήμα Χημειοθεραπείας της Ογκολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών ο Άγιος Ανδρέας στις 12/7/2018 και ώρα 8:00, με διαγνωσμένη πάθηση κακοήθους μελανώματος δεξιάς ρινικής θαλάμης.

Έπειτα από εισαγωγή του ασθενούς. Πραγματοποιήθηκε φλεβοκέντηση και πάρθηκε αίμα για εργαστηριακές εξετάσεις (Γενική αίματος και Βιοχημικό). Χορηγήθηκε φυσιολογικός ορός 0,9% 500cc για ενυδάτωση. Έπειτα από τα αποτελέσματα των εργαστηριακών, τα οποία έδειξαν αιματοκρίτη 41,2 ο ασθενής μπορεί να συνεχίσει στη θεραπεία του. Έπειτα χορηγήθηκε Decadron 2*1 και Zandac 2*1 για γαστροπροστασία και Fenistil 2*1 για πρόληψη αλλεργικού επεισοδίου. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων 120/65mmhg. Στη συνέχεια χορηγήθηκε χημειοθεραπευτικό φάρμακο Paclitaxel 140mgr σε 500cc N/S 0,9% .Έπειτα χορηγήθηκε ένα 50cc N/S 0,9% για να χορηγηθεί το επόμενο φάρμακο. Μετά χορηγήθηκε χημειοθεραπευτικό φάρμακο Carboplatin 180mgr σε 1000cc N/S 0,9%. Στο τέλος της θεραπείας χορηγήθηκε ½*1 Lasix διουρητικό. Έγινε αφαίρεση της φλέβας και έξοδος του ασθενή με εξιτήριο και προγραμματισμός νέου ραντεβού.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΩΝ
Ισοληπτικά Γαστροπροστασία ια χημειοθεραπευτικά άρμακα.	Ανακούφιση ασθενή από την ναυτία.	-Τοποθέτηση ασθενή σε πλάγια θέση. -χορήγηση Γαστροπροστασίας.	-Ο ασθενής τοποθετήθηκε. -Χορηγήθηκε Γαστροπροστασία.	Ο ασθενής δεν αισθάνθηκε ναυτία.
Πρόληψη αλλεργικού πεισοδίου από τα χημειοθεραπευτικά άρμακα.	Ο ασθενής να μην κάνει αλλεργικό επεισόδιο.	Χορήγηση ανισταμινικού φαρμάκου (Fenistil).	Χορηγήθηκε ανισταμινικό φάρμακο.	Ο ασθενής έμεινε ήρεμος.
Κακοήθες Μελάνωμα.	Ο ασθενής να λάβει τη θεραπεία χωρίς πρόβλημα.	Χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων σε ασθενή.	Χορηγήθηκαν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα.	Ο ασθενής τελείωσε την θεραπεία του χωρίς πρόβλημα. Έξοδος.

4^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η Ασθενής Μ.Ε., ηλικίας 52 ετών, προσήλθε στις 04/09/2018 με την κόρη της Μ.Α. για πρώτη φορά στο τμήμα Χημειοθεραπείας της Ογκολογικής κλινικής του γενικού νοσοκομείου Πατρών <<Ο Άγιος Ανδρέας>> με διαγνωσμένο μελάνωμα αριστερού μηρού, χειρουργημένο 6/18 σταδίου ΙΙΙ για χημειοθεραπεία.

Έγινε εισαγωγή ασθενή και πάρθηκε νοσηλευτικό ιστορικό. Έγινε φλεβοκέντηση και πάρθηκε αίμα για εργαστηριακές εξετάσεις. Μετά τα αποτελέσματα των εξετάσεων τα οποία έδειξαν τον αιματοκρίτη σε φυσιολογική τιμή 36 κρίθηκε κατάλληλη για θεραπεία. Η ασθενής είχε αγωνία και κλήθηκε η ψυχολόγος της κλινικής. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων με Αρτ. Πίεση: 120/70mmhg. Έπειτα χορηγήθηκε η Θεραπεία με Ορτίνο 24mgr σε 500cc N/S 0,9%. Μετά χορηγήθηκε ένα 50cc N/S 0,9%. Έγινε αφαίρεση φλέβας και έξοδος της ασθενή με εξιτήριο και προγραμματισμός επόμενου ραντεβού μετά από 15 μέρες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Στοιχεία ασθενούς :

Όνοματεπώνυμο: Μ.Ε

Ηλικία: 52 ετών

Επάγγελμα: Οικιακά

Πόλη: Ελαιοχώρι

Ατομικό αναμνηστικό:

Αλλεργίες: Δεν αναφέρει.

Λοιμώδη νοσήματα: Δεν αναφέρει

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-Αιτία εισαγωγής: χειρουργείο λεμφαδένες

Οικογενειακό ιστορικό:

Δεν αναφέρει.

Παρούσα κατάσταση:

Πιθανή διάγνωση εισόδου: Μελάνωμα

Ζωτικά σημεία:

Αρτ. Πίεση: 120/70 mmhg

Σφύξεις: 70/1'

Θερμοκρασία: 36.2

Βάρος: 66 kg

Συστήματα:

Αισθητήρια όργανα: κανονικά/φυσιολογικά.

Δέρμα: Φυσιολογικό.

Αναπνευστικό: κανονικό/φυσιολογικό.
Κυκλοφορικό: κανονικό/φυσιολογικό.
Πεπτικό: όρεξη: καλή **διαταραχές:** δυσκοιλιότητα
Μυοσκελετικό: σύνδρομο ρέινο.
Ενδοκρινικό: φυσιολογικό
Ψυχική διανοητική κατάσταση: Αισιόδοξη
Νευρικό: φυσιολογικό

Κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες:

Κάπνισμα: όχι
Χρήση οινοπνεύματος: όχι

Σύνθεση οικογένειας:

Έγγαμη

Φάρμακα που παίρνει:

-Inegy * 1 την ημέρα
-Lecalcif 1 την εβδομάδα
-Adalat * 1 Την ημέρα

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΙΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΩΝ
γωνία ασθενή για τη θεραπεία	Η ασθενής να είναι ήρεμη για την θεραπεία.	-Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και συζήτηση για τη διαδικασία της θεραπείας. -κλήση ψυχολόγου κλινικής.	-συζητήθηκε και αναλύθηκε με τον ασθενή η διαδικασία της θεραπείας. -Ο ψυχολόγος ήρθε στον ασθενή.	Η ασθενής είναι πιο ήρεμη.
αστροπροστασία ημιοθεραπευτικά φάρμακα.	Η ασθενής να μην νιώσει ναυτία.	χορήγηση Γαστροπροστασίας.	-Χορηγήθηκε Γαστροπροστασία.	Ο ασθενής δεν αισθάνθηκε ναυτία.
λρόληψη αλλεργικού επεισοδίου από τα ημιοθεραπευτικά φάρμακα.	Η ασθενής να μην κάνει αλλεργικό επεισόδιο.	Χορήγηση ανισταμινικού φαρμάκου (Fenistil).	Χορηγήθηκε ανισταμινικό φάρμακο.	Ο ασθενής έμεινε ήρεμος.
Ιελάνωμα.	Η ασθενής να λάβει τη θεραπεία χωρίς πρόβλημα.	Χορήγηση Ανοσοθεραπείας σε ασθενή.	Χορηγήθηκε η ανοσοθεραπεία.	Ο ασθενής τελείωσε την θεραπεία του χωρίς πρόβλημα. Έξοδος.

10 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Angelopoulos NV, Tzivaridou D, Nikolaou N, Pavlidis N. Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer. *Acta Psychiatr Scand* 1995, 92:44-50
- Ames B.N., Curney E.C. Miller G.A. et. Al.: (1972), Carcinogens as frameshift mutagens. *Proc. Nat. Acad. (USA)* 69:3128
- Aparicio S, Caldas C: The implications of clonal genome evolution for cancer medicine, *N Engl J Med* 368:842-851, 2013
- Becker M.H. (1979) Understanding patient Compliance: The contribution of attitudes and other psychosocial factors, στο *New directions in patient compliance* (Coxen J. Ed.) Lexinton Books, 1-32
- Benedetto, AV., et al, 2015, Basal cell carcinoma presenting as a large pore. *Journal Am Academy Dermatology*, 317(24).
- Berberian, BJ., et al, 2014, Multiple pilomatricomas in association with myotonic dystrophy and a family history of melanoma. *J Am Acad Dermatol*, p.268-9.
- Breuninger, H., et al, 2014, Desmoplastic cell carcinoma of skin and vermilion surface: a highly malignant subtype of skin cancer. *Cancer*, 915(79), p.267-279
- Boveri, T.: (1914): *The Origin of malignant tumors*, Fischer Verlag, Jena
- Burr S. (2015). The assessment, history taking and differential diagnosis of pigmented skin lesions. *Dermatological Nursing*. 14(4): 18-22. PMID: 112187872. Language: English. Entry Date: In Process. Revision Date: 20160326. Publication Type: Article. Journal Subset: Europe.
- Cancer Genome Atlas Network: Comprehensive molecular characterization of human colon and rectal cancer, *Nature* 487: 330-337, 2012
- Casarett and Doull's.: (1996), *Toxicology*, McGraw-Hill, New York
- Cebroms RD, Finesinger JE. Guilt reactions in patients with cancer. *Cancer* 1951, 3:474-482
- Colditz GA, Sellers TA, Trapido E: Epidemiology: identifying the causes and preventability of cancer, *Nat Rev Cancer* 6: 75-83, 2006
- Commission of the European Communities: (1993), *The Toxicology of chemicals-Carcinogenicity*. ECSC-EEF_EAEC, Brussels
- Dayan, N. (2006). Stratum corneum: the role of lipids and ceramides. *Cosmetics and toiletries*, 121, 37
- DeVita VT, Rosenberg SA: Two hundred years of cancer research, *N Engl J Med* 366: 2207-2214, 2012
- Dunbar J.M, W.S. Agras 1980 Compliance with medical instructions, στο *The comprehensive handbooks of behavioral medicine*, Vol.3 (Ferguson J.M. Taylor C.B. EDS) New York : Spectrum Publications, Inc pages 115-146
- Edman RL, Wolfe JT. (2000). Prevention and early detection of malignant melanoma. *Am Fam Physician*; 62: 2277-84.

- Farber, E.: Chemical carcinogenesis. *N. Engl. J. Med.* 305,1379
- Fraser, M.C., and McGuire, D.B. (1984). Skin cancer's early warning system. *American Journal of Nursing*, 84(10), 1232-1236
- Gandini, S., Autier, P., and Boniol, M. (2011). Reviews on sun exposure and artificial light and melanoma. *Prog Biophys Mol Biol*, 107, pp. 362-366.
- Garraway LA :Genomics –driven oncology: framework for an emerging paradigm,*J Clin Oncol*31:1806- 1814,2013
- Goldberg, L., 2014, Basal cell carcinoma as a predictor of other cancers. *Lancet*. p. 768-9
- Graig TJ, Abeloff MD. Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients. *Am J Psychiatry* 1974, 131:1323-1327
- Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C. Psychosocial problems secondary to cancer: an Italian multicenter survey of consultation liaison psychiatry in oncology. *Eur J Cancer* 2000, 35:579-585
- Green, L., 2011, Explaining the role of the nurse in clinical trials. *Skin Therapy Research Unit, St John's Institute of Dermatology, St Thomas Hospital, London*, (accessed 2 February 2011).
- Greer S. Healing the mind/body split: bringing the patient back into oncology. *Int Cancer Ther* 2003, 2:5-12
- Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet* 1979, ii:785-787
- Guill, C.K., and Orengo, I. (2001). Cutaneous malignant melanoma. *Dermatology Nursing*, 13(3), 210-213
- Hanahan D, Weinberg RA: Hallmarks of cancer: the next generation, *Cell* 144:646-674, 2011
- Heasley D. et al, (2006), Pathology of malignant melanoma, *The surgical clinics of North America*, Τεύχος 73, σελ 1223 – 1255
- Hemminki, C., Zhang, H., and Czene, K. (2003). Incidence trends and familial risks in invasive and in situ cutaneous melanoma by sun-exposed body sites. *Int J Cancer*, 104, pp.764-771.
- Hughes JE. Depressive illness and lung cancer. I. Depression before diagnosis. II. Follow-up of inoperable patients. *Eur J Surg Oncol* 1985,11:15-24
- Igarashi, T., Nishino, K., and Nayar, S. K. (2007). The appearance of human skin: A survey. *Foundations and Trends® in Computer Graphics and Vision*,3(1), pp.1-95.
- James, W., et al, 2014, Diseases of the skin: tumors of the dermis and subcutaneous tissue. *Clinical Dermatology*, p.727-846.
- Jones N, Colver GB (2011) Skin Cancer Nurses - A Screening Role. *J Clin Exp Dermatol Res* 2:130

- Jordan CT, Guzman ML. Noble M: Cancer stem cells, N Engl J Med 355:1253-1261, 2006
- Kirsner RS, Mukherjee S, Federman DG. (1999). Skin cancer screening in primary care: prevalence and barriers. J Am Acad Dermatol;41:564-6.
- LeMone, P., et al, 2011, Medical-Surgical Nursing: critical thinking in patient care. Library of Congress Cataloging, p. 503-527.
- Levine PM, Silberfarb PM, Lipowski ZJ. Mental disorders in cancer patients. Cancer 1978, 42:1385-1422
- Linden M.1980, Compliance and Compliance Modifikation στο ‘Entwicklung der Verhaltenstherapie in der Praxis’(J.C. BRENGELMANN Ed),Munche: Gerhard Rottger,281-306
- Loescher LJ, Janda M, Soyer HP, et al. (2013). Advances in Skin Cancer Early Detection and Diagnosis. Seminars in Oncology Nursing. 29(3): 170-81. PMid:23958215.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2013.06.003>
- Marghoob AA, Scope A. (2009). The complexity of diagnosing melanoma. The Journal of Investigative Dermatology. 2009; 129(1): 11-3. Epub 2008/12/17. PMid:19078984.
<http://dx.doi.org/10.1038/jid.2008.388>
- Miller, D.M. Blume, S., Borst M. et. Al.: (1990).
- Mullen L, Jones C. (2012). A service evaluation of a new nurse consultant-led basal cell carcinoma clinic. Dermatological Nursing. 13(3): 39- 44 6p. PMid:107830520. Language: English. Entry Date: 20141017. Revision Date: 20150820. Publication Type: Journal Article
- Manos N, Christakis J. Coping with cancer: psychological dimensions. Acta Psychiatr Scand 1985, 72:1-5
- National Cancer Institute. (2003).
- National Cancer Institute. (2003). Screening for Skin Cancer (PDQ; Patient Version). In NCI Cancer Information. Retrieved March 9, 2016 from:
<http://cancer.gov/cancerinfo/pdq/screening/skin/patient>
- Petty F, Noyes R. Depression secondary to cancer. Biol Psychiatry 1981, 16:1203-1220
- Po-Lin So, Skin cancer, Infobase Publishing, (2008). Book section Sunlight, Vitamin D and Skin Cancer. New York: Springer.
- Roebuck H, Moran K, Macdonald DA, et al. (2015). Assessing skin cancer prevention and detection educational needs: An andragogical approach. The Journal for Nurse Practitioners. 11(4): 409-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.01.036>
- Siegel V. (2010). Exploring the role of the nurse in skin cancer prevention. Dermatology Nursing. 22(6): 18-22.

- Srivastava S, Broota MD. Personality factors in cancer. *J Pers Clin Stud* 1990, 6:63-67
- Stam-Posthuma, J. J., van Duinen, C., Scheffer, E., Vink, J., and Bergman, W. (2001). Multiple primary melanomas. *J Am Acad Dermatol*, 44,pp. 22-27
- Stavraky KM. Psychological factors in the outcome of human cancer. *J Psychosom Res* 1968, 12:251-259
- Stephenson A., From L., Cohen A., et al. (1997). Family physician's knowledge of malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol*;37: 953-7
- Temin, H.M.: (1983), We still don't understand cancer. *Nature*, 226:2111.
- Thomson, M.W., McInnes R.R., Willard H.F.: (1991), *Genetics in Medicine*, Saunders Co
- Vander Heiden MG, Cantley LC, Thompson CB: Understanding the Warburg effect: the metabolic requirements of cell proliferation, *Science* 324:1029-1033, 2009
- Vogelstein B, Kinzler KW: Cancer genes and the pathways they control, *Nat Med* 10:789-799,2004
- Vogelstein B, Papadopoulos N, Velculescu VE ,et al: Cancer genome landscapes, *Science*339:1546-1558, 2013
- Weinstock MA, Goldstein MG, Dube CE, et al. (1996). Basic skin cancer triage for teaching melanoma detection. *J Am Acad Dermatol* ; 34:1063-6.
- Wisco OJ, Sober AJ: Prognostic factors for melanoma ,*Dermatol Clin* 30 :469-485,2012
- Yap TA ,Omlin A ,de Bono JS:Development of therapeutic combinations targeting major cancer signaling pathways,*J Clin Oncol* 31:1592-1605,2013
- Αγγελόπουλος Νικήφορος Β. (2009) Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία-Μια σύγχρονη ψυχιατρική εκδόσεις Βητα Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ
- Ιακωβίδης Β, Καλλεργής Γ, Σπυροπούλου Β, Μπεντενίδης Χ. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική σε ογκολογικό νοσοκομείο. *Ψυχιατρική* 2004, 15:57-66
- Ιορδάνου, Π., (2001). Βασικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες και Παρεμβάσεις, Αθήνα: εκδόσεις ιδίου σελ: 276
- Κουτσελίνης Α.: (1998) Τοξικολογία, Παρισιάνος, Αθήνα
- Μουλοπούλου-Καρακιτσου Καίτη (2001) Μαθαίνω για το δέρμα, εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα,ΣΕΛ.6-33
- Μπαλτά Δ., (2005), Τι πρέπει να γνωρίζεις για τον καρκίνο του δέρματος, Θεσσαλονίκη, σελ 6 – 8.
- Μπεληγιάννη Γ., (2009), Στοιχεία Βιολογίας και Δερματολογίας, Αθήνα, Πατάκη, σελ 50-52, 57, 58-61
- Παπαγεωργίου, Α., (2005). Κοινωνική-κοινοτική νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ, σελ.170-176.

- Παπαδημητρίου Κ.: (1998), Γενική Παθολογία και Παθολογική ανατομική
- Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2006). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες. Αθήνα ,Εκδόσεις Βήτα ΜΕΠΕ.
- Σαχίνη – Καρδάση Α. και Πάνου Μ., (2007), Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Β Έκδοση, Αθήνα, Βήτα, Τόμος 1, σελ 186, 191, 173, 174 – 176.
- Σιβρίδης Ε., (2007), Παθολογική Ανατομική, Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, σελ 915 -924
- Σταυριανέας Ν.Γ. (2001) Σύγχρονη δερματική ογκολογία Επιλεγμένα θέματα σελ.24
- Τζον Χοκ & Δρ Τζειν Μακ Γκρεγκορ (2001),Δέρμα και ήλιος εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. σελ 48-50
- Τσίκου Ν. – Σ. Καραγεωργοπούλου (2006),Πρακτική ασκηση νοσηλευτικης ΙΙ.εκδόσεις ‘ΕΛΛΗΝ’,σελ.142-144,1996 ,
- Χρυσουλα Μελισσα-Χαλικοπουλου δρ καθηγητριας ψυχολογιας.Η εξελεκτικη και η κλινικη ψυχολογια στο χωρο της υγειας, ,θεσσαλονικη 1996,σελ 124-126 ,157-159
- Barbara Engram, ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Γεώργιος Καραχάλιος (1995) Νοσηλευτικη φροντιδα στη παθολογια & χειρουργικη, Εκδόσεις ‘ΕΛΛΗΝ’ ,SEL 642-643
- Cecil Andreoli & Carpenter’s (2016),Βασική παθολογία εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης ΣΕΛ. 528-560
- Lee Goldman, MD (2002) Νοσολογια ιατρικες εκδοσεις π.χ. Πασχαλίδης σελ.1491
- Lemone P., and Burke K. (2006). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Μτφρ. Παναουδακη-Μπροκαλάκη, Η. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός
- Marschall S. Runge & M. Andrew Greganti (2015),Παθολογία βασικές αρχές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Β’ Ανατύπωση 2ης έκδοσης 2016 σελ. 503- 504
- Stephen Carroll & Tony Smith (1995), Σύγχρονος Ιατρικός Οδηγός Family health Συμπτωματολογία ιατρικός συντάκτης,εκδοσεις Ντετσικα Σελ.185-187-188.

INTEPNET

Πηγή: Βιοχημικός. <https://bioximikos.gr/topics/physiology-anatomy/100-anatomia-dermatos>

<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=737>

http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/5721/7/Nimertis_Pyriochou%28med%29.pdf

<http://www.healthyliving.gr/2014/04/15/derma/>

<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9C%CE%B5%CE%BB%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%BD%CE%B7>

<https://synedria.arsakeio.gr/index.php/parousiaseis-eisigiseon/104-synedrio-perivallontos/parousiaseis-eisigiseon/203-per4-5>

<http://kremiotis.mysch.gr/Ogkogonidia.pdf>

<https://www.linkedin.com/pulse>

<http://www.healthyliving.gr/2015/10/10/derma-khlides-vlatides-pomfoi-flykatin-es-ekdores-ozidio/>

Συμεωνίδης, Κ. (2013). Καρκίνος Δέρματος – Μελάνωμα-Πρόληψη-Θεραπεία. Διαθέσιμο από <http://www.sigmalive.com/lifestyle/health/44166/karkinos-dermatos-melanomaprolopsitherapeia>. Έγινε πρόσβαση στις 22 Απριλίου 2016

<https://www.cosmeticdermamedicine.gr/%CF%83%CF%85%CF%87%CE%BD%CE%AC-%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B2%CE%BB%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1/%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82/>

<https://www.cancer.gov/types/skin/patient/skin-treatment-pdq>

<https://www.linkedin.com/pulse/%CE%BF-%CF%81%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CF%83-%CF%84%CE%B7%CF%83-%CE%B1%CE%BA%CF%84%CE%B9%CE%BD%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%83-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%84%CF%89%CF%80%CE%B9%CF%83%CE%B7-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%BF%CF%85-%CE%B3%CE%B9%CF%8E%CF%81%CE%B3%CE%BF%CF%82>

<http://neurooncology.gr/%CE%B1%CE%BA%CF%84%CE%B9%CE%BD%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%B9%CF%82.html>

https://www.cancer.gov/types/skin/patient/skin-treatment-pdq#section/_59

<http://myskin.gr/2014/12/ta-panta-gia-to-akanthokittariko-karkinoma.html>

<http://www.myplasticsurgery.gr/reconstructive-procedures-greece/skin-cancer-removal>

<http://www.aimilioslallas.gr/%CE%BF%CE%B3%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1-%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82/>

<https://www.onmed.gr/ygeia/story/318235/karkinos-tou-dermatos-oi-4-morfes-tou-se-fotografies>

https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82_%CF%84%CE%BF%CF%85_%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82?veaction=edit§ion=5

<https://dermaclinic.oasismed.gr/el/klinikh-dermatologia/ogkologia-dermatos/scc-akan8okyttariko-karkinwma>

Μπακογιάννης, Α. (2011). Καρκίνος Δέρματος. Διαθέσιμο από <http://www.absurgery.gr/patheseis-dermatos-onychon/karkinos-dermatos>. Έγινε πρόσβαση στις 30 Απριλίου 2016.

onMed (2015). Καρκίνος του δέρματος: Δείτε ποια είναι τα συμπτώματα. Διαθέσιμο από <http://www.onmed.gr/ygeia/item/329409-karkinos-tou-dermatos-deite-poia-einai-ta-symptomata#ixzz47IaH1Yds>. Έγινε πρόσβασης στις 30 Απριλίου 2016.

<https://www.skincancer.org/gr-GR/basal-cell-carcinoma>

<https://www.onmed.gr/ygeia/story/329409/karkinos-tou-dermatos-deite-poia-einai-ta-symptomata>

<https://www.skincancer.org/gr-GR/melanoma>

https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82_%CF%84%CE%BF%CF%85_%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82

<http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/typesofcancer/melanomaskincancer/>

http://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_1_id=34765&folderId=480449&name=DLFE-2440.pdf

<http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=19409>

<file:///C:/Users/1/Downloads/%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%AE%CF%82%20%CE%9F%CE%B3%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD%20%CE%91%CF%83%CE%B8%CE%B5%CE%BD%CF%8E%CE%BD.htm>

<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/nos/2009/KitouAlexandra,MarinakiSofia,RanoutsakiAnthi/attached-document/Kitou2009.pdf>

<http://www.agsavvas-hosp.gr/psychosocial-support/psycho-specialists>

<http://www.oncology.gr/1/synedrio3/praktikaagsoyglerrinn.HTM>

www.kesan.gr/content/orismoι

<http://translate.google.gr/translate?hl=el&sl=en&u=http://www.cancernursing.org/&ei=fgrKT73GJlvEswac6oiCBw&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=7&ved=0CHcQ7gEwBg&prev=/searc>

h%3Fq%3Dnurse%2Bfor%2Btumors%26hl%3Del%26biw%3D1138%26bih%3D475%26prmd%3Dimvns

<http://www.bestrong.org.gr/el/support/1124/nurse>

<http://www.oncology.gr/1/synedrio3/praktikaagtheodoro.HTM>

http://ogologiki-nosileyтики.blogspot.com/p/blog-page_25.html