

**Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής
Θεσσαλονίκη 2007**

Μελάνωμα Δέρματος

Σπουδάστριες:

Καραμπατάκη Ειρήνη

Κουτσοπούλου Κωνσταντίνα

Εισηγήτρια καθηγήτρια:

Τζουμπάρη Μαρία

**Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής**

Πτυχιακή εργασία με θέμα

Μελάνωμα Δέρματος

Θεσσαλονίκη 2007

Τις πιο θερμές ευχαριστίες μας, θέλουμε να εκφράσουμε σε όλους τους φορείς στο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης που μας βοήθησαν να ανταπεξέλθουμε στις απαιτήσεις των σπουδών μας, ιδιαίτέρως σε όλους τους καθηγητές στη σχολή μας, για τις ευκαιρίες που μας έδωσαν, τις γνώσεις και τα εφόδια που μας παρείχαν όλα τα χρόνια των σπουδών μας και τα οποία θα μας κατευθύνουν στην μετέπειτα πορεία μας, στις οικογένειες μας για την ηθική στήριξη και την συμπαράσταση τους καθ' όλη την διάρκεια συγγραφής αυτής της εργασίας και στον Θεμιστοκλή Καπασακάλη για την αμέριστη προσφορά του και το ενδιαφέρον του για την τόσο όμορφη εικόνα αυτής της πτυχιακής στον τομέα της μορφοποίησης.

Πρόλογος

Η συγγραφή της εργασίας μας **Μελάνωμα Δέρματος**, είναι μια μελέτη η οποία έχει προκύψει μέσα από την συλλογή στοιχείων τόσο από επιστημονικά βιβλία, όσο και από πηγές του internet.

Η συλλογική προσπάθεια μας και το πνεύμα συνεργασίας που κατείχαμε, έφερε εις πέρας την ολοκλήρωση της εργασίας με επιτυχία.

Η επιλογή του θέματος Μελάνωμα Δέρματος, προέκυψε έπειτα από κοινή επιθυμία των δύο μας, για την αναζήτηση κυρίως και την απόκτηση γνώσης γύρω από μια ασθένεια που οι σχετικές πληροφορίες μας ήταν ελλιπής. Για το λόγο αυτό θεωρήσαμε ότι η ενασχόληση μας με το συγκεκριμένο θέμα θα μας τροφοδοτούσε με αρκετά εφόδια, έτσι ώστε να έχουμε και εμείς κατά νου την υιοθέτηση της ανάλογης συμπεριφοράς απέναντι σε μια τέτοια κακοήθη νόσο.

Έτσι λοιπόν, η εργασία μας Μελάνωμα Δέρματος, αποτέλεσε μια από τις πιο σημαντικές και κερδοφόρες εργασίες, διότι μέσα από αυτή κατανοήσαμε πόσο επικίνδυνο μπορεί να είναι το μελάνωμα, ποιοι παράγοντες ενοχοποιούνται για την εμφάνιση του, ποια είναι τα σημάδια και τα συμπτώματα του, τα οποία σε *παγκόσμιο επίπεδο* αφορούν 70.000 νέα περιστατικά ενώ στην χώρα μας υπάρχουν 5 νέα κρούσματα ανά 100.000 κατοίκους και κυρίως τις εστίες εμφάνισης του στο ανθρώπινο σώμα.

Επιπλέον, πληροφορηθήκαμε για τους τρόπους *θεραπείας* του, αλλά και για το πιο σημαντικό απ' όλα, την *πρόληψη*. Μέτρα πρόληψης, αλλά και υιοθέτηση κατάλληλων συμπεριφορών, που μπορούν να αποτρέψουν την εμφάνιση αυτής της νόσου.

Τελικά, με το τέλος και συνεπώς την ολοκλήρωση της εργασίας μας, αυτό που αποκομίσαμε από όλη την προσπάθεια μας για το καλύτερο δυνατό που μπορέσαμε να δώσουμε για την συγγραφή αυτής της εργασίας, είναι οι γνώσεις και τα εφόδια που αποκτήσαμε σχετικά με το είδος και την φύση της ασθένειας αυτής, τις καταστάσεις και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κάθε μέσος άνθρωπος που βρίσκεται ανάμεσα μας, τον τρόπο αντιμετώπισης και πρόληψης της που μέχρι πριν δεν είχαμε αντιληφθεί, καθώς και τις διαπροσωπικές σχέσεις επικοινωνίας και συνεργασίας, με κύριο στόχο την ολοκλήρωση μιας αξιόλογης πτυχιακής.

Εκφράζουμε την επιθυμία μας, στο άμεσο μέλλον να αποτελέσει ένα ικανοποιητικό εγχειρίδιο, για όλους όσους επιθυμούν να ενημερωθούν γι' αυτή την κακοήθη νόσο που φέρει το όνομα Μελάνωμα Δέρματος.

Περιεχόμενα

| | |
|---|-----------|
| Πρόλογος..... | 3 |
| Περιεχόμενα | 5 |
| Εισαγωγή..... | 9 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1..... | 13 |
| Γνωριμία με το δέρμα | 13 |
| 1.1 <i>Ανατομία δέρματος</i> | 13 |
| 1.1.1 Οι αδένες του δέρματος..... | 15 |
| 1.1.2 Τα κεράτινα όργανα του δέρματος | 16 |
| 1.1.3 Τα αγγεία του δέρματος..... | 16 |
| 1.1.4 Τα νεύρα του δέρματος | 17 |
| 1.2 <i>Φυσιολογία δέρματος</i> | 17 |
| 1.2.1 Προστατευτική ή μηχανική λειτουργία..... | 17 |
| 1.2.2 Αναπνευστική λειτουργία | 19 |
| 1.2.3 Θερμορυθμιστική λειτουργία..... | 19 |
| 1.2.4 Μεταβολική λειτουργία..... | 20 |
| 1.2.5 Εκκριτική και απεκκριτική λειτουργία..... | 20 |
| 1.2.6 Απορροφητική λειτουργία | 21 |
| 1.2.7 Ανοσοποιητική ή μικροβιοκτόνος λειτουργία | 22 |
| 1.2.8 Κερατινοποίηση ή αναγεννητική λειτουργία..... | 22 |
| 1.2.9 Παραγωγή μελανίνης ή χρωστική λειτουργία | 23 |
| 1.2.10 Αισθητήρια λειτουργία | 23 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2..... | 25 |
| Η κακοήθης νόσος καρκίνος..... | 25 |
| 2.1 <i>Σφαιρική αναζήτηση του καρκίνου</i> | 25 |
| 2.1.1 Ορισμός καρκίνου | 26 |
| 2.1.2 Χαρακτηριστικά καρκίνου..... | 26 |
| 2.1.3 Διαίρεση καρκίνου | 26 |
| 2.1.4 Οδοί διασποράς καρκίνου..... | 27 |
| 2.1.5 Συχνότητα καρκίνου..... | 27 |
| 2.1.6 Αιτιολογία καρκίνου..... | 27 |
| 2.1.7 Σταδιοποίηση καρκίνου | 28 |
| 2.2 <i>Ο καρκίνος του δέρματος</i> | 29 |
| 2.2.1 <i>Ακανθοκυτταρικό Καρκίνωμα</i> | 30 |
| Ανάπτυξη..... | 30 |
| Σημάδια και συμπτώματα | 30 |
| Θεραπεία..... | 31 |
| 2.2.1.1 Ακτινική Υπερκεράτωση | 31 |
| Ανάπτυξη..... | 31 |
| 2.2.2 <i>Βασιλοκυτταρικό Καρκίνωμα</i> | 32 |
| Ανάπτυξη..... | 32 |
| Σημάδια και συμπτώματα | 32 |
| Θεραπεία..... | 32 |
| 2.2.3 <i>Κακοήθης Μελάνωμα</i> | 33 |

| | |
|--|----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | 35 |
| Μελάνωμα του δέρματος | 35 |
| 3.1 Γενικά χαρακτηριστικά του μελανώματος..... | 35 |
| 3.1.1 Πόσο επικίνδυνο είναι το μελάνωμα..... | 36 |
| 3.1.2 Αιτιολογία..... | 36 |
| 3.1.3 Που εμφανίζεται το μελάνωμα – Κλινική εικόνα | 36 |
| 3.1.4 Σημάδια και συμπτώματα κακοήθους μελανώματος..... | 38 |
| 3.1.5 Ανάπτυξη..... | 39 |
| 3.1.6 Θεραπεία | 40 |
| 3.1.7 Άτομα που διατρέχουν τον κίνδυνο του μελανώματος..... | 41 |
| 3.1.8 Επιδημιολογία..... | 42 |
| 3.1.9 Πρόδρομες βλάβες του μελανώματος..... | 42 |
| Ανάπτυξη και μορφολογικά χαρακτηριστικά..... | 43 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 | 45 |
| Διαχωρισμός και ταξινόμηση του κακοήθου μελανώματος | 45 |
| 4.1 Σπίλοι και χαρακτηριστικά | 46 |
| 4.1.1 Κακοήθης Φακή του Hutchinson..... | 46 |
| 4.1.2 Συγγενείς Μελανινοκυτταρικοί Σπίλοι..... | 47 |
| Σημεία και συμπτώματα..... | 47 |
| Ανάπτυξη και μορφολογικά χαρακτηριστικά..... | 47 |
| 4.1.3 Δυσπλαστικοί (Άτυποι) Σπίλοι..... | 48 |
| Σημεία και συμπτώματα..... | 48 |
| Διάγνωση | 48 |
| 4.2 Κλινικές μορφές του κακοήθου μελανώματος..... | 49 |
| 4.2.1 Μελάνωμα προερχόμενο από Κακοήθη Φακή του Hutchinson..... | 50 |
| Σημεία και συμπτώματα..... | 50 |
| Ανάπτυξη και μορφολογικά χαρακτηριστικά..... | 50 |
| 4.2.2 Επιπολής Επεκτεινόμενο Κακοήθες Μελάνωμα..... | 51 |
| Σημεία και συμπτώματα..... | 51 |
| Ανάπτυξη και μορφολογικά χαρακτηριστικά..... | 51 |
| 4.2.3 Οζώδες Μελάνωμα | 52 |
| Σημεία και συμπτώματα..... | 52 |
| Ανάπτυξη και μορφολογικά χαρακτηριστικά..... | 53 |
| 4.2.4 Κακοήθες Μελάνωμα των Άκρων..... | 53 |
| 4.2.5 Κακοήθες Μελάνωμα του Υπонуχίου | 54 |
| 4.3 Άλλες μορφές μελανώματος..... | 55 |
| 4.3.1 Αμελανωτικό Κακοήθες Μελάνωμα..... | 55 |
| 4.3.2 Κακοήθες Μελάνωμα Βλεννογόνων και Χοριοειδούς..... | 55 |
| 4.3.3 Νεανικό Μελάνωμα | 56 |
| 4.3.4 Άγνωστης Πρωτοπαθούς Εστίας..... | 56 |
| 4.3.5 Μεταστατικό ή Δευτερογενές Μελάνωμα..... | 56 |
| 4.4 Ασυνήθεις κλινικές και ιστολογικές μορφές μελανώματος..... | 57 |
| 4.5 Αυτόματη υποστροφή..... | 58 |
| Σημεία και συμπτώματα..... | 58 |
| 4.6 Ιστολογικά χαρακτηριστικά του κακοήθους μελανώματος..... | 59 |
| 4.6.1 Προγνωστικά ιστολογικά χαρακτηριστικά του μελανώματος..... | 59 |
| 4.7 Μελάνωμα και βιοψία | 60 |
| Επιλογή τεχνικής αφαίρεσης του όγκου για ιστολογική εξέταση..... | 60 |
| 4.8 Στάδια μελανώματος..... | 61 |

| | |
|---|-----------|
| 4.9 Ποσοστά επιβίωσης..... | 62 |
| 4.10 Διασπορά και μεταστάσεις μελανώματος..... | 62 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5..... | 65 |
| Διάγνωση, θεραπεία & νοσηλευτικές παρεμβάσεις ασθενούς με μελάνωμα.. | 65 |
| 5.1 Διάγνωση..... | 65 |
| 5.1.1 Διαφορική διάγνωση..... | 65 |
| 5.1.2 Πρώιμη διάγνωση..... | 66 |
| 5.2 Θεώρηση νέων πρακτικών αντιμετώπισης του μελανώματος..... | 67 |
| 5.2.1 Ανίχνευση γενετικής προδιάθεσης..... | 67 |
| 5.2.2 Ανοσοθεραπεία..... | 67 |
| Ενεργητική ανοσοθεραπεία..... | 67 |
| Παθητική ανοσοθεραπεία..... | 67 |
| 5.2.3 Ανίχνευση – βιοψία φρουρού λεμφαδένων..... | 68 |
| 5.3 Κατά στάδιο θεραπευτική αντιμετώπιση του μελανώματος..... | 68 |
| 5.3.1 Εκτομή της πρωτοπαθούς εστίας..... | 69 |
| 5.3.2 In-transit μεταστάσεις..... | 69 |
| 5.3.3 Περιοχική λεμφαδενική νόσος..... | 70 |
| 5.3.4 Adjuvant θεραπεία..... | 70 |
| Βιολογικοί τροποποιητές – IFN (Ιντερφερόνες)..... | 70 |
| Χημειοθεραπεία..... | 71 |
| 5.4 Μεταστατική νόσος..... | 72 |
| 5.4.1 Χειρουργική - Ακτινοθεραπεία..... | 72 |
| 5.4.2 Κυτταροτοξική χημειοθεραπεία..... | 72 |
| 5.4.3 Βιολογικοί τροποποιητές..... | 72 |
| 5.4.4 Βιοχημειοθεραπεία..... | 73 |
| 5.4.5 Ανοσοθεραπεία..... | 73 |
| 5.5 Εμβόλια και υποσχόμενες πειραματικές προσεγγίσεις..... | 73 |
| 5.5.1 Εμβόλιο κατά του μελανώματος..... | 74 |
| 5.5.2 Υποσχόμενες πειραματικές προσεγγίσεις..... | 74 |
| 5.6 Νοσηλευτική αντιμετώπιση..... | 75 |
| 5.6.1 Προβλήματα και νοσηλευτική φροντίδα σε χημειοθεραπεία..... | 75 |
| 5.6.2 Νοσηλευτικά προβλήματα και φροντίδα σε ακτινοθεραπεία..... | 78 |
| 5.6.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρόληψης & ανακούφισης πόνου..... | 80 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6..... | 83 |
| Πρόγνωση – Πρόληψη..... | 83 |
| 6.1 Πρόγνωση – Προγνωστικοί δείκτες..... | 83 |
| 6.1.1 Κλινικά κριτήρια..... | 83 |
| 6.1.2 Εργαστηριακά κριτήρια..... | 84 |
| 6.2 Πρόληψη και αποφυγή..... | 85 |
| 6.2.1 Αυτοεξέταση του δέρματος..... | 85 |
| Πως γίνεται η αυτοεξέταση τους δέρματος..... | 85 |
| Περιγραφή κινήσεων..... | 86 |
| 6.3 Ηλιακή ακτινοβολία και μελάνωμα..... | 87 |
| 6.3.1 Ήλιος και επίθεση στο δέρμα..... | 87 |
| 6.3.2 Αντιηλιακά..... | 88 |
| 6.3.3 Συσκευές τεχνητού μαυρίσματος (Solarium)..... | 90 |
| 6.4 Συμβουλές για την προστασία από το μελάνωμα..... | 91 |

| | |
|--|-----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 | 93 |
| Ψυχο-κοινωνική προσέγγιση ασθενή με μελάνωμα | 93 |
| 7.1 Η συμπεριφορά του ασθενή στη νόσο..... | 94 |
| 7.2 Περιήγηση συναισθημάτων που συνοδεύει η διάγνωση του καρκίνου..... | 94 |
| 7.2.1 Συναισθηματικές διακυμάνσεις του αρρώστου..... | 95 |
| 7.2.2 Συναισθηματικές διακυμάνσεις της οικογένειας..... | 95 |
| 7.2.3 Συναισθηματικές διακυμάνσεις των επαγγελματιών υγείας..... | 96 |
| 7.3 Μηχανισμοί προσαρμογής – αντιμετώπισης του μελανώματος..... | 97 |
| 7.4 Διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων ασθενών με μελάνωμα..... | 98 |
| 7.4.1 Ψυχολογικά προβλήματα στους ογκολογικούς ασθενείς..... | 98 |
| 7.4.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις της χημειοθεραπείας..... | 100 |
| 7.4.3 Ψυχολογικές επιπτώσεις της ακτινοβολίας..... | 101 |
| 7.5 Νοσηλευτική συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση..... | 101 |
| 7.5.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και νοσηλευτικοί στόχοι..... | 102 |
| 7.5.2 Εναλλακτικές ψυχοδυναμικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις..... | 105 |
| 7.6 Εξειδικευμένη προσέγγιση ασθενών με καρκίνο..... | 105 |
| 7.7 Υποστήριξη καρκινοπαθών με μελάνωμα δέρματος..... | 106 |
| 7.7.1 Η ζωή με τον καρκίνο..... | 107 |
| 7.8 Κοινωνική πλευρά του καρκίνου..... | 108 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 | 113 |
| Προγράμματα αποκατάστασης ασθενούς με καρκίνο | 113 |
| 8.1 Η έννοια της αποκατάστασης..... | 113 |
| 8.1.1 Επαγγελματική αποκατάσταση..... | 114 |
| 8.1.2 Πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης..... | 114 |
| 8.2 Στόχοι των προγραμμάτων αποκατάστασης για τον καρκίνο..... | 115 |
| 8.3 Διαπαιδαγώγηση – Πληροφόρηση – Εκπαίδευση του αρρώστου..... | 116 |
| 8.4 Ευρωπαϊκός κώδικας..... | 117 |
| 8.4.1 Ευρω-μελάνωμα: Στόχοι..... | 117 |
| Επίλογος..... | 118 |
| | |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α | 119 |
| Έρευνα Αμερικανών επιστημόνων..... | 119 |
| | |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β | 120 |
| Δραστηριότητες του Συλλόγου Καρκινοπαθών Μακεδονίας – Θράκης..... | 120 |
| | |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ | 121 |
| Λεξιλόγιο..... | 121 |
| | |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ | 125 |
| Συντομογραφίες..... | 125 |
| | |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε | 126 |
| Ευρετήριο..... | 126 |
| | |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΕΣ | 129 |

Εισαγωγή

Μετά την δεκαετία του 1980 και ενώ οι μολυσματικές ασθένειες του τύπου φυματίωση, εντερικές λοιμώξεις, λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα, καθώς και αναπνευστικά νοσήματα σε πρώτο στάδιο είχαν αντιμετωπιστεί με επιτυχία, έτσι ώστε ο δείκτης θνησιμότητας να μειωθεί από 70,3 θανάτους το 1938 σε 6,3 το 1988, την σκυτάλη πήραν πλέον οι διαδεδομένες και θανατηφόρες ασθένειες, οι λεγόμενες ασθένειες του πολιτισμού.

Νεοπλάσματα, καρδιακά νοσήματα, καθώς και νόσοι των αγγείων του εγκεφάλου, ευθύνονται στη σημερινή εποχή για το 71,2% του συνόλου των θανάτων. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, το περιβάλλον, το εργασιακό καθεστώς, η διατροφή, το στρες, το άγχος, το κάπνισμα και το αλκοόλ, συνέθεσαν ένα αρνητικό πλέγμα γύρω από το οποίο, τυλίγονται και αναπτύσσονται οι ασθένειες του πολιτισμού, δημιουργώντας μόνιμες βιολογικές ή ψυχολογικές φθορές στον πληθυσμό.

Ένα πλέον και από τα πιο διαδεδομένα νεοπλάσματα της σημερινής εποχής, είναι και το μελάνωμα του δέρματος.

Το κακοήθες μελάνωμα γίνεται ολοένα και η πιο συχνότερη νόσος, καθώς η συχνότητα προσβολής του κάθε σε 6-10 χρόνια διπλασιάζεται και κάθε χρόνο αυξάνεται κατά 5-7%.

Για την ανάπτυξη του μελανώματος, φαίνεται πως έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί παράγοντες και ένας από αυτούς, είναι και η αλόγιστη έκθεση στον ήλιο, χωρίς την χρήση αντηλιακού και ιδίως κατά τις ώρες 11:00 π.μ. και μέχρι 15:00 μ.μ. τους καλοκαιρινούς μήνες.

Υιοθέτηση της παραπάνω συμπεριφοράς ενισχύθηκε μετά την δεκαετία του 1920, όπου επικράτησε η λεγόμενη «μόδα» του μαυρίσματος μέχρι και την σημερινή εποχή, όπου παρατηρείται ένας συνεχιζόμενος αυξανόμενος αριθμός γυναικών που ηλιοψήνεται στην παραλία, πιστεύοντας ότι με τον τρόπο αυτό θα αποκτήσει μια υγιή όψη.

Ωστόσο, το μελάνωμα αποτελεί την πιο εξαιρετικά επικίνδυνη μορφή καρκίνου του δέρματος, πλην του βασικοκυτταρικού και του ακανθοκυτταρικού, για το οποίο υπάρχει θεραπεία αλλά είναι εφικτό να προκαλέσει και θάνατο, εφόσον παρουσιάζει ιδιαίτερη μεγάλη μεταστατική ικανότητα.

Άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα και φακίδες, γαλανά, πράσινα και μελιά μάτια, καθώς και άτομα με ξανθά και κόκκινα μαλλιά, ο κίνδυνος να εμφανίσουν μελάνωμα δέρματος σε κάποια στιγμή της ζωής τους είναι τριπλάσιος.

Επιπλέον, άτομα τα οποία από την παιδική ακόμα ηλικία τους έχουν εκτεθεί επανηλειμένες φορές στον ήλιο και έχουν υποστεί τουλάχιστον τρία (3) σοβαρά ηλιακά εγκαύματα μέχρι την ηλικία των 20 ετών, ο κίνδυνος να παρουσιάσουν μελάνωμα δέρματος είναι πενταπλάσιος, ενώ παράξενο φαίνεται και το γεγονός ότι οι άνδρες παρουσιάζουν 2-3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο του δέρματος, απ' ότι οι γυναίκες, χωρίς να ενοχοποιείται κάποιος συγκεκριμένος παράγοντας για την διάκριση αυτή.

Έτσι λοιπόν, για τον λόγο αυτό, αλλά και σε όλα όσα προαναφερθήκαμε, εκτενέστερη αναφορά πραγματοποιείται στην εργασία μας, η οποία κατά κεφάλαιο αναφέρει:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

Η ανατομική αλλά και η φυσιολογία του δέρματος. Δύο σφαίρες κατανόησης και πληροφόρησης για το πιο πολύτιμο όργανο του σώματος μας. Το δέρμα και η δομή του από μέσα προς τα έξω, αναφορά στιβάδων, νευρών, αγγείων και η επιτέλεση των κυριότερων καθημερινών λειτουργιών μας, όπως ο ιδρώτας, η κερατινοποίηση, η άμυνα, η αναπνοή, η αντίληψη αλλά και η διαφορετική αντίδραση στα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα των αισθήσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

Πλοήγηση, γύρω από την γενική έννοια του καρκίνου, σύλληψη πληροφοριών για τους αιτιολογικούς παράγοντες, την ταξινόμηση, τα χαρακτηριστικά, την διαίρεση του καρκίνου, καθώς και ειδική αναφορά στον καρκίνο του δέρματος και τον διαχωρισμό του σε βασικοκυτταρικό, ακανθοκυτταρικό και μελάνωμα δέρματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

Ταξίδι στην έννοια του μελανώματος, γενικά χαρακτηριστικά, αιτιολογία, εστίες εμφάνισης, σημάδια και συμπτώματα, επιδημιολογία και άτομα που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση του μελανώματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

Απομόνωση του κακοήθη μελανώματος και αναφορά στοιχείων και πληροφοριών, όσο αφορά τον διαχωρισμό και την ταξινόμηση του. Σπίλοι, συγγενείς και δυσπλαστικοί, και αναφορά των κλινικών μορφών του μελανώματος, όπως το οζώδες, το επιπολής επεκτεινόμενο κακοήθες μελάνωμα, μελάνωμα των άκρων και του υπονυχίου, καθώς και τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του, τα στάδια, τις μεταστάσεις και τα ποσοστά επιβίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

Το «κλειδί» της επιτυχούς αντιμετώπισης του μελανώματος, η διάγνωση και εν συνέχεια η θεραπεία του. Ανοσοθεραπεία, εκτομή πρωτοπαθούς εστίας, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, εμβόλια και νέες προοπτικές, καθώς και η χειρουργική αφαίρεση των ύποπτων σπύλων σε πρώιμο στάδιο, καταλαμβάνοντας το 90% του ποσοστού της οριστικής ίωσης. Νοσηλευτικά προβλήματα και παρεμβάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

Κρίθηκε σκόπιμο η αναφορά στον τομέα της πρόγνωσης, ταξινομώντας τα κλινικά κριτήρια και τα εργαστηριακά. Το υποκεφάλαιο πρόληψη και αποφυγή, αποτελεί την κατευθυντήρια δύναμη όλης της πτυχιακής εργασίας μας, αποτελούμενο από την αυτοεξέταση του δέρματος, τους μηχανισμούς καθώς και τον τρόπο επίδρασης της ηλιακής ακτινοβολίας και της εναπόθεσης της στο δέρμα και πως αυτή προκαλεί τελικά το μελάνωμα. Αντηλιακά και solarium, που βοηθούν και πού όχι, τρόποι χρήσης ή και αποφυγής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

Περιήγηση στο ψυχοκοινωνικό τομέα προσέγγισης του ασθενή με μελάνωμα. Θέματα που αφορούν τα συναισθήματα του ασθενή στη νόσο,

πως το αντιμετωπίζει ο ίδιος από την δική του οπτική γωνία, πως η οικογένεια του, και πως ο επαγγελματίας υγείας.

Ο ρόλος της κοινωνίας, πως εμπλέκεται και πως κινείται γύρω από την σφαίρα της ανθρώπινης ψυχολογίας, που κατακερματίζεται από την κακοήθη νόσο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

Προγράμματα αποκατάστασης ασθενών με καρκίνο. Ένα κεφάλαιο που στοχεύει στην ενδυνάμωση του καρκινοπαθή και την επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο, ενισχύοντας το αίσθημα της προσφοράς και της ανεξαρτησίας.

Τέλος, αναγράφονται τα παραρτήματα που περιλαμβάνουν έρευνες και λεξιλόγιο, για όσους δεν κατανοούν επαρκώς τους ιατρικούς όρους.

Όπως προκύπτει, το σημαντικό είναι να μην ξεχνάμε πως σε μια χώρα όπως η Ελλάδα με μεγάλη ηλιοφάνεια καθ' όλη την διάρκεια του έτους, όπου μικροί και μεγάλοι κατακλύζουν τους καλοκαιρινούς μήνες τις παραλίες εκτιθέμενοι στον ήλιο χωρίς να λαμβάνουν μέτρα προστασίας, το «κλειδί» για την επιτυχή αντιμετώπιση του μελανώματος είναι η έγκαιρη διάγνωση, η οποία επιτυγχάνεται με την τήρηση και εφαρμογή πάντα με ορθό τρόπο των κανόνων πρόληψης, συμπεριλαμβανομένου και της τακτικής επίσκεψης στον δερματολόγο, αλλά και αυτή της συχνής αυτοεξέτασης του δέρματος.

Άλλωστε η εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας, όχι μόνο βοηθά στο να αντιμετωπίσουμε, αλλά και στο να το προλάβουμε...

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Γνωριμία με το δέρμα

Όπως γνωρίζουμε το δέρμα αποτελεί ένα από τα πιο πολύτιμα όργανα του σώματος στο οποίο εκτελούνται πολλές σημαντικές φυσιολογικές λειτουργίες. Το δέρμα αποτελεί ένα προστατευτικό περίβλημα το οποίο συγκρατεί τα μικρόβια έξω από το σώμα ενώ τα υγρά του οργανισμού μέσα στο σώμα, το προστατεύει από την ηλιακή ακτινοβολία, συμβάλει στην απέκκριση των άχρηστων ουσιών, συμμετέχει στην ρύθμιση της θερμοκρασίας του και το κάνει ικανό να αντιδρά στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος [www.dermaline.gr, Γ. Μπεληγιάννη, 1999].

1.1 Ανατομία δέρματος

Το δέρμα καλύπτει όλη την εξωτερική επιφάνεια του σώματος και χρησιμεύει ως:

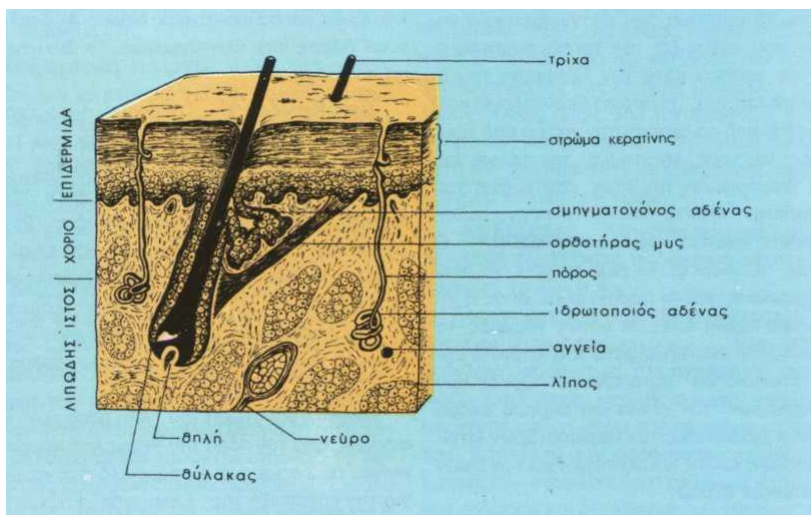
1. **αισθητήριο** όργανο για αφή, πόνο, πίεση και θερμοκρασία,
2. **αναπνευστικό** όργανο (άδηλη αναπνοή),
3. **εκκριτικό** όργανο (παραγωγή γάλακτος),
4. **απεκκριτικό** όργανο (αποβολή με τον ιδρώτα προϊόντων ανταλλαγής της ύλης),
5. **θερμορυθμιστικό** όργανο [Ι. Χατζημπούγιας, 2000].

Ξεκινώντας από μέσα προς τα έξω, το δέρμα αποτελείται από το **υπόδερμα** ή **υποδόριο**. Εδώ υπάρχουν τα λιπώδη λόβια που περιέχουν τα λιποκύτταρα και τα μεσολόβια διαφράγματα που περιέχουν νεύρα και αγγεία για τη θρέψη του δέρματος. Σε αυτό το ανατομικό επίπεδο εντοπίζονται οι βλάβες που δημιουργούν τις ατροφικές ραβδώσεις που αναφέρονται λάθος βέβαια και ως «*κνιπαρίδα*». Οι ατροφικές αυτές ραβδώσεις εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες μετά από την εγκυμοσύνη ή μετά από μεγάλες αυξομειώσεις του σωματικού βάρους και οφείλονται σε ατροφία της

Μελάνωμα Δέρματος

επιδερμίδας και του χορίου με υπέρμετρη ανάπτυξη λιπώδους ιστού και παρουσία λιποκυττάρων μεγάλου μεγέθους [<http://uk.geocities.com>].

Πάνω από το υποδόριο βρίσκεται το **χόριο** ή κυρίως δέρμα. Χωρίζεται στο δικτυωτό και στο θηλώδες. Περιέχει πλήθος τριχοειδών αιμοφόρων αγγείων και νεύρων, τους ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες και τους θύλακες των τριχών. Με την πάροδο της ηλικίας, τραυματισμό, σοβαρή φλεγμονή ή άλλη νόσο, η φυσιολογική εικόνα του δέρματος στην επιφάνεια μεταβάλλεται. Κάθε μόνιμη τέτοια αλλαγή (ρυτίδα ή σημάδι) είναι φυσικά ανεπιθύμητη [www.letto.gr].



Εικόνα 1: Τομή του δέρματος

Πάνω από το χόριο βρίσκεται η **επιδερμίδα** που αποτελείται από 5 στιβάδες αρχίζοντας από μέσα προς τα έξω είναι η βασική, η ακανθωτή, η κοκκώδης, η κερατίνη και η διαυλής.

Βασική στιβάδα:

Τα κύτταρά της παρουσιάζουν έντονη αναγεννητική τάση και αντικαθιστούν τις επιφανειακότερες στιβάδες της επιδερμίδας. Μεταξύ τους υπάρχουν μελανοκύτταρα που παράγουν τη χρωστική του δέρματος, τη **μελανίνη**.

Ακανθωτή στιβάδα:

Τα κύτταρα παρουσιάζουν αποφυάδες που θυμίζουν αγκάθια και έτσι συνδέονται μεταξύ τους, ενώ ανάμεσά τους υπάρχει χώρος γεμάτος θρεπτικό υγρό.

Κοκκώδης στιβάδα:

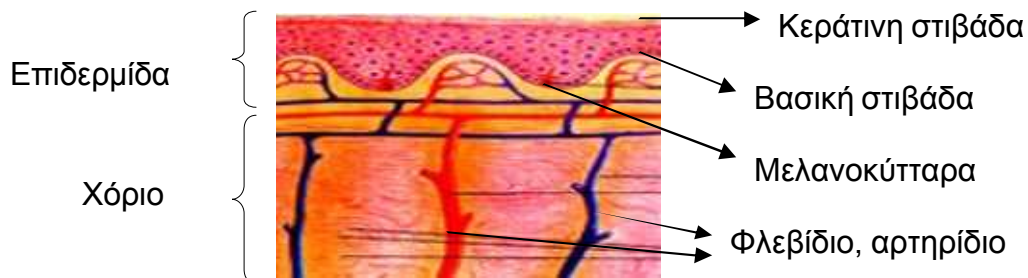
Υπάρχει σε όλη την επιφάνεια του δέρματος, με ρομβοειδή κύτταρα σε 2-3 στρώματα. Τα κύτταρα αυτά περιέχουν μια κοκκώδη ουσία, προβαθμίδα της κερατίνης, την **κερατοϋαλίνη**.

Κεράτινη στιβάδα:

Είναι το στρώμα που βλέπουμε και αποτελείται από αποπλατυσμένα και νεκρά κύτταρα χωρίς πυρήνα, τα οποία περιέχουν μια ουσία πλούσια σε μια ινώδη θειούχο πρωτεΐνη, την *κερατίνη*. Αυτή έχει την ιδιότητα να απορροφά το νερό. Η κερατίνη στιβάδα είναι παχύτερη στις παλάμες και στα πέλματα, περιοχές δηλαδή ιδιαίτερα εκτεθειμένες στην επίδραση διάφορων μικροκακώσεων και ποικίλων ατμοσφαιρικών παραγόντων. Έτσι, η κερατίνη αποτελεί ένα προστατευτικό περίβλημα για την επιφάνεια του δέρματος.

Διαυλής στιβάδα:

Αμέσως κάτω από την κερατίνη στιβάδα, υπάρχει η διαυλής στιβάδα, που υπάρχει μόνο στις *παλάμες* και στα *πέλματα*. Τα κύτταρά της περιέχουν μικρούς κόκκους από μια ημίρρευστη λιπώδη ουσία, την *ελαιοειδίνη* [Γ. Μπεληγιάννη, 1999].



Εικόνα 2: Στιβάδες του δέρματος

1.1.1 Οι αδένες του δέρματος

Οι αδένες του δέρματος είναι:

Σμηγματογόνοι αδένες:

Βρίσκονται σε σχέση με τις τρίχες και αποβάλλουν το έκκριμά τους στο θύλακά τους και στην επιφάνεια του δέρματος. Οι σμηγματογόνοι αδένες παράγουν λιπαρή ουσία, το *σμήγμα* για τη λίπανση του δέρματος και των τριχών.

Ιδρωτοποιοί αδένες:

Οι ιδρωτοποιοί αδένες που βρίσκονται σκορπισμένες σε όλο το δέρμα εκτός από τη βάλανο του πέους και τα μικρά χείλη του αιδοίου. Το έκκριμα των αδένων αυτών είναι ο *ιδρώτας*. Με τον ιδρώτα αποβάλλονται από τον οργανισμό διάφορες άχρηστες ουσίες και ρυθμίζεται η θερμοκρασία του σώματος.

Μελάνωμα Δέρματος

Οσμηγόνιοι αδένες:

Οι οσμηγόνιοι αδένες που βρίσκονται σε ορισμένες περιοχές του σώματος, όπως στη *μασχάλη* και στην περιοχή των *έξω γεννητικών οργάνων* και παράγουν μετά την ήβη έκκριμα με ιδιαίζουσα και χαρακτηριστική οσμή [Ε. Κατρίτση & Δ. Κελέκη, 1997].

1.1.2 Τα κεράτινα όργανα του δέρματος

Στον άνθρωπο τα κεράτινα όργανα είναι οι τρίχες και τα νύχια.

Οι τρίχες:

Είναι κεράτινα νημάτια και εκφύονται από τους θυλάκους των τριχών. Κάθε τρίχα περιβάλλεται εν μέρει από τον επιθηλιακό και τον ινώδη θύλακα, αποτελείται δε από το *στέλεχος* και τη *ρίζα*. Το κάτω τμήμα παρουσιάζει πάχυνση από το οποίο γίνεται η αύξηση της τρίχας.

Τα νύχια:

Τα νύχια αποτελούν φάλαγγα των δακτύλων. Έχουν σχήμα τετράπλευρο και εμφανίζουν δύο επιφάνειες και τέσσερα χείλη. Τοπογραφικά, κάθε νύχι αποτελείται από τρία μέρη, το *ριζονύχιο*, το *σώμα* και την *κορυφή*. Το ριζονύχιο είναι μέσα στην ανυχιαία αύλακα. Εδώ, η βλαστική στιβάδα παρουσιάζει πάχυνση, που ονομάζεται «*μητέρα του νυχιού*» και από την οποία μεγαλώνει το νύχι. Το σώμα επικάθεται στην κοίτη, η δε κορυφή προβάλλει από τη ράχη του δακτύλου [Ι. Χατζημπούγιας, 2000].

1.1.3 Τα αγγεία του δέρματος

Τα αγγεία διακρίνονται σε αιμοφόρα και λεμφοφόρα.

Αιμοφόρα αγγεία:

Διακρίνονται σε *αρτηρίες* και *φλέβες*. Τα αρτηριακά αγγεία προέρχονται από το αγγειακό δίκτυο του υποδόριου συνδετικού ιστού και σχηματίζουν στο χόριο πολλαπλά πλέγματα, τα οποία φτάνουν μέχρι τις θηλές, όπου σχηματίζουν τις τριχοειδείς αγκύλες. Τα φλεβικά αγγεία αρχίζουν από την κεντρική φλέβα των θηλών και σχηματίζουν πλέγματα στο υπόδερμα.

Λεμφοφόρα αγγεία:

Το λεμφικό σύστημα του δέρματος αρχίζει από τους μεσοκυττάριους χώρους της βλαστικής στιβάδας και σχηματίζει στο ιδίως δέρμα και την επιδερμίδα λεμφοφόρα τριχοειδή αγγεία. Σε κάθε θηλή, παράλληλα προς τη φλέβα, υπάρχει και ένα λεμφοφόρο τριχοειδές. Τα λεμφοφόρα αγγεία δεν επικοινωνούν με τα αιμοφόρα, αλλά υπάρχουν ως συνεχές δίκτυο σε όλη την επιφάνεια του δέρματος [Γ. Μπεληγιάννη, 1999].

1.1.4 Τα νεύρα του δέρματος

Στην επιδερμίδα τα νεύρα σχηματίζουν εκτεταμένο πλέγμα, από το οποίο χορηγούνται ίνες για το υπόλοιπο δέρμα καθώς και τα όργανά του. Τελειώνουν σε ελεύθερες απολήξεις. Τα νεύρα διακρίνονται σε **αισθητικά**, **κινητικά** και **αγγειοκινητικά**. Τα μεν αισθητικά και κινητικά προέρχονται από τα εγκεφαλονωτιαία νεύρα, τα δε υπόλοιπα από τα συμπαθητικά. Οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις υποδέχονται την αίσθηση του πόνου.

Τα σωματίδια του *Meissner* βρίσκονται στην κορυφή των θηλών, δίνουν το αίσθημα της πίεσεως, υπάρχουν δε σε αφθονία στα χέρια και στα πόδια. Τα σωματίδια του *Krause* θεωρούνται ως όργανα αισθήσεως του ψύχους και βρίσκονται στο ιδίως δέρμα. Τα σωματίδια *Ruffini*, τα οποία βρίσκονται στο όριο του χορίου και της υποδερμίδας, θεωρούνται ως όργανα αισθήσεως της θερμότητας. Τα σωματίδια του ψύχους είναι περισσότερα από τα σωματίδια της θερμότητας.

Σε όλη την επιφάνεια του δέρματος τα σωματίδια του ψύχους υπολογίζονται σε 148.000 και της θερμότητας σε 16.000. Εάν επιδράσει υψηλή θερμοκρασία σε μεγάλη επιφάνεια του δέρματος, τότε ερεθίζονται συγχρόνως σωματίδια ψύχους και θερμότητας και παράγουν το αίσθημα της ζέστης.

Τα σωματίδια του *Vater Pacini* βρίσκονται στην επιδερμίδα και θεωρούνται όργανα για την αίσθηση της ισχυρής πίεσεως επάνω στο δέρμα. Επίσης στην υποδερμίδα βρίσκονται τα σωματίδια του *Golgi Mazzoni*, για την ηδονή [Γ. Μπεληγιάννη, 1999].

1.2 Φυσιολογία δέρματος

Το δέρμα είναι ένα όργανο κοινωνικής επικοινωνίας και δάκτης εσωτερικών παθήσεων. Οι κυριότερες λειτουργίες μπορούν να συνοψισθούν στις εξής:

1. Προστατευτική ή μηχανική
2. Αναπνευστική
3. Θερμορυθμιστική
4. Μεταβολική
5. Εκκριτική και απεκκριτική
6. Απορροφητική
7. Ανοσοποιητική ή μικροβιοκτόνος
8. Κερατινοποίηση ή Αναγεννητική
9. Παραγωγή μελανίνης ή χρωστική
10. Αισθητήρια [www.dermaline.gr].

1.2.1 Προστατευτική ή μηχανική λειτουργία

Η προστατευτική ή μηχανική λειτουργία που μας παρέχει το δέρμα στηρίζεται στην ιδιαίτερη αντοχή των κερατινοποιημένων κυττάρων της

Μελάνωμα Δέρματος

επιδερμίδας, στην αφθονία των ελαστικών ινών που περιέχει και στο προσκεφάλαιο του λίπους του υποδόριου ιστού, έχοντας ως αποτέλεσμα το δέρμα να μας προστατεύει από τις βλαπτικές επιδράσεις του περιβάλλοντος, οι οποίες διακρίνονται σε μηχανικές, θερμικές, ηλεκτρικές, επιδράσεις από την ηλιακή ακτινοβολία, χημικές και μικροβιακές ή παρασιτικές [www.dermaline.gr].

Εκτενέστερα παρακολουθώντας και τον παρακάτω πίνακα έχουμε:

| Μέθοδος προστασίας | Τρόπος λειτουργίας της προστασίας του δέρματος |
|--|--|
| 1) Μηχανικές κακώσεις | Επίπεδο επιδερμίδας, δερμοεπιδερμικού και χορίου. Προστασία από την τριβή με την δημιουργία κάλων. |
| 2) Θερμικές επιδράσεις | Ψύχος ή θερμότητα. Θερμορύθμιση του σώματος. Λειτουργεί σαν μονωτικό μέσο. |
| 3) Ηλεκτρικές κακώσεις | Κεράτινη στιβάδα της επιδερμίδας. Δέρμα φορτισμένο αρνητικά. Προστασία από ηλεκτροπληξία. |
| 4) Ηλιακή ακτινοβολία | Μελανίνη. Προστασία από υπεριώδη ακτινοβολία. Φυσιολογικό μαύρισμα. |
| 5) Χημικές επιδράσεις | Κεράτινη στιβάδα. Όξινο μανδύα με λεπτό στρώμα σμήγματος. Προστασία από ασθενή οξέα και αλκάλια. |
| 6) Μικροβιακές και παρασιτικές προσβολές | Αδιάβατη κεράτινη στιβάδα. Όξινο Ph. Προστασία από μικρόβια και παράσιτα. |

Πίνακας 1: Ενεργοποίηση φαινόμενων δέρματος για προστασία του οργανισμού

1. **Μηχανικές κακώσεις.** Οι μηχανικές κακώσεις εξουδετερώνονται σε τρία επίπεδα:

- i. στο **επίπεδο της επιδερμίδας**, μέσω της κερατίνης και της ακανθωτής στιβάδας,
- ii. στο **επίπεδο του δερμοεπιδερμικού** υμένα και
- iii. στο **επίπεδο του χορίου**, χάρις στην ελαστικότητα και την ανθεκτικότητά του.

Επιπλέον, μια από τις προστατευτικές απαντήσεις του δέρματος σε κάθε είδους μηχανικές επιδράσεις και κυρίως στην τριβή είναι η πάχυνση της επιφανειακής στιβάδας με την μορφή των *κάλων*.

2. **Θερμικές επιδράσεις.** Οι θερμικές επιδράσεις (ψύχος ή θερμότητα) επιτυγχάνονται μέσω της ενεργητικής συμμετοχής του δέρματος στην θερμορύθμιση του σώματος, όπου το δέρμα αποτελεί και δρα σαν ένα μονωτικό μέσο, το οποίο προφυλάσσει τα εσωτερικά όργανα από τις εξωτερικές θερμικές προσβολές.

3. **Ηλεκτρικές κακώσεις.** Το δέρμα μας προστατεύει από τις ηλεκτρικές κακώσεις διότι είναι φορτισμένο αρνητικά και λόγω του ότι η αντίσταση του δέρματος εδράζεται κατά κύριο λόγο από την κεράτινη στιβάδα της επιδερμίδας. Συνεπώς, εάν η επιδερμίδα είναι λεπτή και υγρή, τότε η αντίσταση μειώνεται και ο κίνδυνος ηλεκτροπληξίας είναι μεγαλύτερος.

4. **Ηλιακή ακτινοβολία.** Το δέρμα μας προφυλάσσει από την ηλιακή ακτινοβολία με την μελανίνη που βρίσκεται στην κερατίνη στιβάδα και αποτελεί την προστατευτική ομπρέλα του σώματος από τις βλαβερές επιδράσεις της ηλιακής ακτινοβολίας με το μαύρισμα.

5. **Χημικές προσβολές.** Το δέρμα μας προστατεύει μέσω της κερατίνης στιβάδας της επιδερμίδας, η οποία είναι ανθεκτική στα ασθενή οξέα και αλκάλια, με τον όξινο μανδύα του και με το λεπτό στρώμα του σμήγματος το οποίο καλύπτει την επιδερμίδα, το δέρμα αποτελεί το φρούριο του σώματος.

6. **Μικροβιακές και παρασιτικές προσβολές.** Το δέρμα μέσω της κερατίνης στιβάδας της επιδερμίδας (η οποία είναι αδιάβατη στα μικρόβια και τους μύκητες), απολεπίζεται συνέχεια και αποβάλλει μαζί της τα μικρόβια και παράσιτα. Επιπλέον με το όξινο Ph δεν ευνοεί την ανάπτυξη μικροβίων και παρασίτων [Γ. Μπεληγιάννη, 1999].

1.2.2 Αναπνευστική λειτουργία

Η αναπνευστική λειτουργία του δέρματος επιτυγχάνεται χάρη στην ικανότητα του να προσλαμβάνει οξυγόνο από τον αέρα και να αποβάλλει διοξείδιο του άνθρακα [Γ. Μπεληγιάννη, 1999].

1.2.3 Θερμορυθμιστική λειτουργία

Το δέρμα φροντίζει επίσης στην διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος στους 36,8° C σταθερά, χάρη στην ισορροπία της παραγομένης και αποβαλλομένης θερμότητας. Η ισορροπία αυτή ρυθμίζεται από ένα ειδικό κέντρο που βρίσκεται στον εγκέφαλο και ονομάζεται *υποθάλαμος* [Γ. Μπεληγιάννη, 1999].

Το δέρμα παίζει σημαντικό ρόλο στη **θερμορύθμιση** με δύο μηχανισμούς:

- 1) τη παραγωγή και εξάτμιση του ιδρώτα και
- 2) τη διαστολή ή τη συστολή των επιφανειακών αγγείων.

Σε περίπτωση **αυξημένης θερμοκρασίας** του περιβάλλοντος προκαλεί αντανάκλαστικά:

- 1) την διέγερση των εκκριτικών νευρικών απολήξεων και την παραγωγή ιδρώτα και
- 2) την διέγερση των αγγειοκινητικών απολήξεων και αγγειοδιαστολή.

Έτσι λοιπόν με την εξάτμιση του παραγομένου ιδρώτα καταναλώνεται θερμότητα.

Στην περίπτωση της αγγειοδιαστολής, μεταφέρεται θερμότητα μέσω του αίματος από τα σπλάγχνα προς το δέρμα, όπου η θερμότητα αποβάλλεται με ακτινοβολία, με μετάδοση ή με αγωγή, ενώ κατά την αγγειοσυστολή η

Μελάνωμα Δέρματος

ποσότητα του κυκλοφορούντος στην επιφάνεια αίματος είναι μικρή, με αποτέλεσμα η απώλεια της εσωτερικής θερμότητας να είναι μικρή.

Συμπερασματικά, το δέρμα συμμετέχει στη θερμορύθμιση με τη σύσπαση και τη διαστολή των αγγείων του. Αντιδρά στο ψύχος με αγγειοσύσπαση και έκκριση σμήγματος και στη ζέστη με αγγειοδιαστολή και έκκριση ιδρώτα [www.dermaline.gr, Ν. Ασπιώτης, 1984].

1.2.4 Μεταβολική λειτουργία

Όπως είναι γνωστό στο δέρμα μεταβολίζονται οι πρωτεΐνες, οι υδατάνθρακες, τα λίπη, το νερό, οι βιταμίνες και οι ηλεκτρολύτες. Οι μεταβολικές αυτές λειτουργίες του δέρματος γίνονται με την βοήθεια και την συμμετοχή πολλών μηχανισμών, εκ των οποίων οι κυριότεροι είναι:

α) Τα **ένζυμα**, όπως οι πρωτεϊνάσες, οι λιπάσες, και οι φωσφατάσες, που συμβάλλουν στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών, των υδατανθράκων και των λιπών του δέρματος.

β) Οι **βιταμίνες**, όπως η βιταμίνη Α, η οποία δρα ανασταλτικά στην κερατινοποίηση και γι' αυτό χρησιμοποιείται σε όλες τις παθήσεις του δέρματος όπου υπάρχει υπερκεράτωση. Οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β, οι οποίες ενεργούν σαν συνένζυμο σε διάφορες οξειδοαναγωγικές λειτουργίες, καθώς και στον μεταβολισμό των υδατανθράκων. Η βιταμίνη C, η οποία δρα επίσης στις οξειδοαναγωγικές λειτουργίες του δέρματος και η βιταμίνη D, η οποία συντίθεται στο δέρμα από τις στερόλες και κάτω από την επίδραση της υπεριώδους ακτινοβολίας.

γ) Τα ανώτερα ακόρεστα **λιπαρά οξέα**, τα οποία βρίσκονται στον οργανισμό αλλά δεν συντίθενται από αυτόν και έχουν σχέση με την αιτιοπαθογένεια του βρεφικού εκζέματος.

δ) Τα **μέταλλα**, όπως είναι ο ψευδάργυρος, ο σίδηρος, το ασβέστιο, το μαγνήσιο και ο χαλκός που συμμετέχουν στις μεταβολικές λειτουργίες του δέρματος [www.dermaline.gr].

1.2.5 Εκκριτική και απεκκριτική λειτουργία

Η εκκριτική λειτουργία του δέρματος περιλαμβάνει την έκκριση του σμήγματος και του ιδρώτα.

Το **σμήγμα** παράγεται από τους σμηγματογόνους αδένες και περιέχει σε μεγάλη αναλογία ουδέτερα λίπη ή ελεύθερα λιπαρά οξέα όπως η χοληστερίνη, τα τριγλυκερίδια, η προβιταμίνη D, η βιταμίνη Α και το καροτένιο. Η έκκριση του σμήγματος αρχίζει στην εφηβεία κάτω από την επίδραση των ανδρογόνων ορμονών και η ημερήσια έκκριση των σμηγματογόνων αδένων υπολογίζεται σε 1-2 gr.

Η αποβολή του σμήγματος στην επιφάνεια του σώματος διευκολύνεται με την σύσπασση των ορθωτήρων μυών των τριχών, οι οποίοι συστέλλονται με την επίδραση συγκινησιακών διεγέρσεων, μεταβολών της θερμοκρασίας και ερεθισμάτων ορμονικής και κυκλοφορικής φύσης. Το σμήγμα παίζει τον ρόλο της προστατευτικής κρέμας, εμποδίζοντας την αποβολή θερμότητας, όταν το σώμα βρίσκεται μέσα σε κρύο νερό. Χημικώς το σμήγμα δίνει στο δέρμα τη χαρακτηριστική του οσμή.

Ο **ιδρώτας** παράγεται από τους ιδρωτοποιούς αδένες. Υπάρχουν περίπου 4-5 εκατομμύρια εκκρινείς ιδρωτοποιούς αδένες. Η ποσότητα του ιδρώτα κυμαίνεται σε φυσιολογικές καταστάσεις σε 500-700 gr την ημέρα.

Ο ιδρώτας είναι ένα υπέρτονο διάλυμα που περιέχει νερό σε ποσοστό 95%, βαριά μέταλλα και μερικά οργανικά συστατικά (γαλακτικό οξύ, ουρία, αμμωνία, αμινοξέα, γλυκοπρωτεΐνες, και όξινους βλεννοπολυσακχαρίτες), είναι ιδιαίτερα όξινος και εκκρίνεται μετά από ερεθίσματα του υποθαλάμου που δρουν σαν θερμοστάτης του σώματος.

Αρχικά ο ιδρώτας είναι άοσμος αλλά εάν υπάρχουν μικροοργανισμοί τότε διασπάται σε προϊόντα αμμωνίας και μυρίζει άσχημα. Η έκκριση του γίνεται απευθείας στο δέρμα ή στο θύλακο των τριχών.

Η επίδρωση πραγματοποιείται με είτε συνεχώς (άδηλος αναπνοή), είτε κατά περιόδους με την επίδραση ορισμένων ερεθισμάτων, όπως είναι η θερμότητα, η υγρασία, οι συγκινήσεις και η λήψη υγρών. Συνεπώς το δέρμα αποτελεί σημαντικό όργανο ελέγχου, μέσω του οποίου απεκκρίνονται διάφορες ουσίες και απορροφώνται άλλες.

Η απεκκριτική λειτουργία του δέρματος περιλαμβάνει τους απεκκρινείς αδένες (αδένες που βρίσκονται στη μασχάλη, γεννητική περιοχή, γύρω από τους μαστούς και στο τριχωτό της κεφαλής), οι οποίοι παράγουν ένα άλλο είδος ιδρώτα, τον **αποκρινή ιδρώτα**. Η λειτουργία των αποκρινών αδένων αρχίζει μετά την ήβη.

Ο αποκρινής ιδρώτας συντελεί στην προστασπιστική λειτουργία του δέρματος έναντι των μικροβίων και των μυκήτων και συμμετέχει στο σχηματισμό στην επιφάνεια του δέρματος ενός προστατευτικού λιπαρού υμένα. Έχει ιδιάζουσα οσμή, και στα ζώα χρησιμεύει για να προσελκύει ή να απωθεί σεξουαλικά.

Η απεκκριτική λειτουργία περιλαμβάνει την αποβολή από το δέρμα απορριμματικών ουσιών του οργανισμού βασικά για σκοπούς αποτοξίνωσης [www.dermaline.gr, Ν. Ασπιώτης, 1984, Εγκυκλοπαίδεια 'Υγεία', 1995].

1.2.6 Απορροφητική λειτουργία

Το δέρμα αποτελεί μια ημιδιαπερατή μεμβράνη που επιτρέπει την διάβαση ουσιών από έξω προς τα μέσα και αντίστροφα. Η απορρόφηση των διαφόρων ουσιών από το εξωτερικό περιβάλλον προς τον οργανισμό επιτελείται μέσω της επιδερμίδας και των θυλάκων των τριχών. Επιπλέον μέσω του δέρματος απορροφούνται λιποδιαλυτές ουσίες και μικρές ποσότητες οξυγόνου και νερού, όπου το δέρμα χρησιμοποιεί μια ποσότητα από αυτές.

Επίσης το δέρμα έχει την ικανότητα να απορροφά και διάφορα φάρμακα που μπορεί να έχουν τοπική ή συστηματική δράση. Η απορρόφηση αυτών των φαρμάκων επιτυγχάνεται καλύτερα όταν αυτά είναι ενσωματωμένα σε

Μελάνωμα Δέρματος

κρέμες ή αλοιφές ή όταν χορηγούνται με κλειστή περίδεση. Η απορρόφηση αυτών των ουσιών από το δέρμα διευκολύνεται με τις μαλάξεις, οι οποίες προωθούν τον αέρα από τα στόμια των θυλάκων των τριχών στα βαθύτερα στρώματα του δέρματος [Γ. Μπεληγιάννη, 1999].

1.2.7 Ανοσοποιητική ή μικροβιοκτόνος λειτουργία

Η μικροβιοκτόνος λειτουργία του δέρματος οφείλεται στον λεπτό, όξινο μανδύα του (Ph 5,5–6,5), ο οποίος σχηματίζεται λόγω της γαλακτοποίησης προϊόντων του σμήγματος με τον ιδρώτα. Η οξύτητα του οφείλεται κυρίως στον ιδρώτα, ενώ η μικροβιοκτόνος λειτουργία του αποδίδεται κυρίως στο γαλακτικό οξύ που περιέχει.

Η αντιμικροβιακή προστασία του δέρματος ενισχύεται με τα ιστοκύτταρα των βαθύτερων στιβάδων, που εκτελούν την **φαγοκυττάρωση**. Επιπλέον, τα μικρόβια, ακόμα και εκείνα που έχουν εισχωρήσει στους θυλάκους των τριχών και στους πόρους των ιδρωτοποιών αδένων, απομακρύνονται χάρη στην έκκριση του ιδρώτα και σμήγματος.

Είναι γνωστό ότι στην παραγωγή των αντισωμάτων συμμετέχουν τα *λεμφοκύτταρα* και τα *πλασματοκύτταρα* του δέρματος, όπου τα λεμφοκύτταρα σχηματίζονται από τα κύτταρα-αντισώματα κατά τον μηχανισμό της κυτταρικής ανοσίας, ενώ οι ανοσοσφαιρίνες σχηματίζονται από τα πλασματοκύτταρα [www.dermaline.gr, Γ. Μπεληγιάννη, 1999].

1.2.8 Κερατινοποίηση ή αναγεννητική λειτουργία

Η κερατινοποίηση αποτελεί ειδική λειτουργία της επιδερμίδας και συνίσταται στη φυσιολογική ωρίμανση των κυττάρων της.

Τα κερατινοκύτταρα προέρχονται από τα κύτταρα της μητρικής στιβάδας, τα οποία καθώς ανεβαίνουν προς την επιφάνεια του δέρματος υφίστανται αλλαγές, χάνουν τον πυρήνα τους και καθίστανται νεκρά κύτταρα στην επιφάνεια της επιδερμίδας. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται **κερατινοποίηση** με αποτέλεσμα να απομακρύνονται εκατομμύρια νεκρά κύτταρα και το δέρμα να ανανεώνεται [www.dermaline.gr].

Η αναγεννητική λειτουργία του δέρματος πραγματοποιείται στη βασική στιβάδα της επιδερμίδας, όπου το κάθε κύτταρο της διχοτομείται και από τα δύο θυγατρικά κύτταρα που παράγονται το ένα μένει στην βασική στιβάδα, ενώ το άλλο προωθείται στις υπερκείμενες για να αντικαταστήσει κάποιο νεκρό κύτταρο, έτσι με την διαδικασία αυτή τα κύτταρα της επιδερμίδας ανανεώνονται συνεχώς.

Επιπλέον, γνωρίζουμε ότι το δέρμα είναι προικισμένο με μοναδικές αναγεννητικές ικανότητες, οι οποίες αρχίζουν να φαίνονται μετά τον τραυματισμό του. Συνεπώς, όταν η βλάβη είναι επιφανειακή, τα παρακάτω στρώματα πολλαπλασιάζονται ταχύτατα και τα κύτταρα που καταστράφηκαν αντικαθίστανται με νέα, έτσι ώστε η ελαφρά αιμορραγική επιφάνεια να μετατρέπεται σε πήγμα και σε μερικές ημέρες να αποπίπτει, για να εμφανιστεί ένα νέο, υγιές και ροδαλό δέρμα [www.letto.gr, Γ. Μπεληγιάννη, 1999].

1.2.9 Παραγωγή μελανίνης ή χρωστική λειτουργία

Το χρώμα του δέρματος οφείλεται σε μια φυσιολογική χρωστική την **μελανίνη**, η οποία βρίσκεται στα βαθύτερα στρώματα της επιδερμίδας. Η μελανίνη παράγεται σε ειδικά κύτταρα που βρίσκονται στη βασική στιβάδα της επιδερμίδας και ονομάζονται μελανοκύτταρα.

Η πρόδρομος ουσία της μελανίνης είναι η *τυροσίνη*, από την οποία με την επίδραση ενός ένζυμου της τυροσινάσης, παράγεται η διοξυφαινυλαλανίνη και πάλι από την διοξυφαινυλαλανίνη με την επίδραση της τυροσινάσης παράγεται η μελανίνη. Η μελανίνη που πλέον έχει σχηματισθεί παραμένει στα μελανοκύτταρα ή μεταναστεύει στην ακανθωτή στιβάδα της επιδερμίδας.

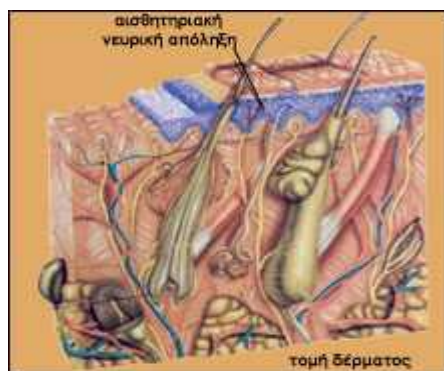
Εν συνεχεία, απλώνεται στο δέρμα και του δίνει το χρώμα του αποτελώντας μια από τις πιο σημαντικές ουσίες του δέρματος, διότι δε δίνει μόνο το χρώμα στο δέρμα, αλλά το προστατεύει απορροφώντας τις βλαπτικές επιδράσεις της υπεριώδους ακτινοβολίας, αποτελώντας έτσι ένα προστατευτικό παραπέτασμα. Αυτή την προστασία στερούνται μόνο όσοι πάσχουν από **αλφισμό** (έλλειψη χρωστικής στο δέρμα), διότι δεν αντέχουν στο φως του ήλιου αλλά και το έντονο φως της ημέρας.

Έτσι, μετά από την έκθεση του σώματος σε ηλιακή ακτινοβολία, η μελανίνη υπέρ-παράγεται με αποτέλεσμα το φυσιολογικό μαύρισμα που παρατηρείται τους καλοκαιρινούς μήνες μετά από την ηλιοθεραπεία. Αυτή η έκθεση του φυσιολογικού δέρματος στον ήλιο και η αύξηση της μελανίνης έχει σαν αποτέλεσμα το μαυρισμένο δέρμα να μην κινδυνεύει από ηλιακά εγκαύματα.

Άτομα μελαχρινά και άτομα μαύρης φυλής παρουσιάζουν μικρότερο ποσοστό καρκινωμάτων και προκαρκινικών παθήσεων, σε σχέση με άτομα που έχουν ανοιχτόχρωμο δέρμα.

Ωστόσο, η διαφορά χρώματος μεταξύ των ανθρώπινων ομάδων δεν οφείλεται στον αριθμό των μελανοκυττάρων, που είναι σε όλους ο ίδιος, αλλά στην ποσότητα της χρωστικής που περιέχουν [www.dermaline.gr].

1.2.10 Αισθητήρια λειτουργία



Εικόνα 3: Αισθητηριακή απόληξη

Το δέρμα αποτελεί το **αισθητήριο όργανο** της αφής, της πίεσης, του θερμού, του ψυχρού, και του πόνου. Στο δέρμα περιέχονται οι τελικές αισθητικές απολήξεις των εγκεφαλονωτιαίων νεύρων που καταλήγουν στις διάφορες στιβάδες του δέρματος και οι τελικές απολήξεις των αγγειοκινητικών και εκκριντικών ινών του συμπαθητικού συστήματος. Τόσο οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις όσο και τα υποδοκτικά σωματίδια αποτελούν αισθητήρια όργανα για τις διάφορες αισθήσεις.

Η αίσθηση της αφής και της πίεσης, εστιάζεται στα σωματίδια των *Wagner – Meisner*, στους αππικούς δίσκους ή δίσκους του *Merkel* και στις νευρικές απολήξεις στους θύλακες των τριχών (για την αφή), τα οποία βρίσκονται κυρίως στην επιφάνεια των δακτύλων κάτω από την επιδερμίδα και στις

Μελάνωμα Δέρματος

βαθείς στιβάδες της επιδερμίδας και στα σωμάτια του *Vater - Pacini* (για την αίσθηση της πίεσεως), τα οποία βρίσκονται στην υποδερμίδα.

Οι νευρικές απολήξεις γύρω από τις τρίχες συντελούν στη δημιουργία του αισθήματος της αφής, ενώ η αίσθηση της αφής και της πίεσης δεν είναι ανεπτυγμένη εξ ίσου σε όλη την επιφάνεια του δέρματος.

Η αίσθηση του θερμού εστιάζεται στα σωμάτια του *Ruffini*, τα οποία βρίσκονται στο βάθος του χορίου και κυρίως στον υποδόριο συνδετικό ιστό των δακτύλων χεριών και ποδιών.

Η αίσθηση του ψυχρού εστιάζεται στα σωμάτια του *Krause*, τα οποία βρίσκονται αμέσως μετά την επιδερμίδα και υπολογίζονται σε 250.000 περίπου σε κάθε άνθρωπο.

Η αίσθηση του πόνου είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο. Ως υποδοχείς του πόνου λειτουργούν διάφορες ελεύθερες νευρικές απολήξεις στο χόριο και την επιδερμίδα. Υπάρχουν περίπου 50-200 σημεία πόνου ανά τετραγωνικό εκατοστό δέρματος.

Επιπλέον, ο κνησμός είναι ένα δυσάρεστο ή καμιά φορά και ευχάριστο αίσθημα, το οποίο μας αναγκάζει να καταφύγουμε στο ξύσιμο. Όπως και η φύση του πόνου, έτσι και η φύση του κνησμού δεν έχουν ακόμη πλήρως εξακριβωθεί [www.dermaline.gr, Ν. Ασπιώτης, 1984].

Συμπερασματικά και κλείνοντας το κεφάλαιο της ανατομίας και της φυσιολογίας του δέρματος αντιληφθήκαμε και κατανοήσαμε ότι το δέρμα είναι ένα πολύτιμο όργανο του σώματος που συμβάλει στην φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού με τις πολλαπλές λειτουργίες του, όπως το να προασπίζει τον οργανισμό, να είναι ημιδιαπερατό και να αποτελεί ένα όργανο κοινωνικής και σεξουαλικής επικοινωνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η κακοήθης νόσος καρκίνος

«Ο καρκίνος είναι μια γενική ασθένεια που προκαλεί τελικά ένα σωματικό όγκο»

«ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»

Μια παλαιότερη άποψη βασίζεται στη «θεωρία του ερεθισμού» η οποία υποστηρίζει ότι ένας παρατεταμένος ερεθισμός μπορούσε να προκαλέσει, κάποια μορφή καρκίνου.

Η πιο πρόσφατη θεωρία υποστηρίζει ότι η αύξηση των περιπτώσεων του καρκίνου τελευταία οφείλεται σε ένα ευρύ φάσμα παραγόντων στο οποίο περιλαμβάνονται **φυσικοί, χημικοί, γενετικοί, ιογενείς, διαιτητικοί και ορμονικοί** παράγοντες [C. Scott, 1998].

Ωστόσο, ο καρκίνος είναι μια πολύ παλιά αρρώστια αφού μερικοί τύποι καρκίνου του δέρματος είναι γνωστοί από τα προϊστορικά χρόνια. Ο Ιπποκράτης αναγνώρισε τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και τον ξεχώρισε από πολλές αρρώστιες.

Σήμερα γίνεται η διάγνωση των περισσότερων τύπων καρκίνου, χάρις στην ανάπτυξη των επιστημών, της τεχνολογίας και του αυξημένου όρου ζωής.

2.1 Σφαιρική αναζήτηση του καρκίνου

Το 1890 ο *David Hanseman* πρότεινε ότι οι ανωμαλίες των πυρήνων καρκινικών κυττάρων συνδέονται με την καρκινογένεση. Το 1914 ο *Theodor Boveri* δημοσίευσε την υπόθεση ότι τα καρκινικά κύτταρα έχουν γενετική

Μελάνωμα Δέρματος

υπόσταση τέτοια ώστε οι χρωμοσωμικές παρεκκλίσεις να είναι υπεύθυνες για την προέλευση και εξέλιξη του καρκίνου [Ε. Κοντογιάννη, 2006].

2.1.1 Ορισμός καρκίνου

Νεόπλασμα, ονομάζεται οποιαδήποτε ανάπτυξη όγκου στους ιστούς, καλοήθης ή κακοήθης, ενώ τα κακοήθη νοσήματα αναφέρονται σαν καρκίνος [Α. Πάγκαλτος, 2002].

2.1.2 Χαρακτηριστικά καρκίνου

Ο καρκίνος ανήκει σε μια ομάδα ασθενειών που πρωταρχικό της χαρακτηριστικό είναι ότι τα κύτταρα μετατρέπονται από φυσιολογικά σε άτυπα και διαιρούνται πολύ συχνά, χωρίς έλεγχο και τάξη. Διακρίνονται μικροσκοπικός πολύ διαφορετικά από τα φυσιολογικά (μη φυσιολογικό), ογκώδη και κακοσχηματισμένα, είναι δηλαδή μια άτυπη, άσκοπη, ανώμαλη και απρογραμμάτιστη ανάπτυξη νέων κυττάρων. Οι αλλαγές που συμβαίνουν όταν ένα κύτταρο γίνεται καρκινικό ομαδοποιούνται στις εξής τρεις κατηγορίες:

- **Αθανατοποίηση** (Immortalization) είναι η ιδιότητα της συνεχούς διαίρεσης και αύξησης χωρίς να συμβαίνουν απαραίτητα άλλες φαινοτυπικές αλλαγές,

- **Μετασχηματισμό** (Transformation) είναι η έλλειψη των φυσιολογικών περιορισμών της αύξησης. Τα μετασχηματισμένα κύτταρα δεν εξαρτώνται από τους παράγοντες που είναι απαραίτητη για την κυτταρική αύξηση,

- **Μετάσταση** (Metastasis) είναι η ιδιότητα που αποκτούν τα κύτταρα να μεταναστεύουν σε άλλους φυσιολογικούς ιστούς και να αναπτύσσουν εκεί μια νέα αποικία [Ε. Κοντογιάννη, 2006].

Έτσι λοιπόν, παράγεται πολύ ιστός και ο όγκος αρχίζει να μορφοποιείται. Ο όγκος μπορεί να είναι καλοήθης ή και κακοήθης [Ε. Αθανάτου, 2004].

2.1.3 Διαίρεση καρκίνου

Οι όγκοι μπορούν να χωριστούν σε:

☞ **Καλοήθης όγκους**, οι οποίοι δεν είναι καρκίνος, δεν δίνουν μετάσταση σ' άλλα τμήματα του σώματος και δεν απειλούν συνήθως την ζωή. Συχνά οι καλοήθης όγκοι μπορούν να αφαιρεθούν με εγχείρηση και να μην επανεμφανιστούν και

☞ **Κακοήθεις όγκους**, οι οποίοι είναι καρκίνος, μπορούν να εισβάλλουν και να καταστρέψουν κοντινούς υγιείς ιστούς και όργανα. Τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να δώσουν μεταστάσεις σ' άλλα τμήματα του σώματος και να σχηματίσουν νέους όγκους [Β. Λιόκου, 1996, Εγκυκλοπαίδεια 'Υγεία', 1995].

Επίσης, ένας κακοήθης όγκος μπορεί να αναπτυχθεί από επιθηλιακά

Κεφάλαιο 2^ο: Η κακοήθης νόσος καρκίνος

κύτταρα (*καρκίνωμα*), από μεσεγχυματικά κύτταρα (*σάρκωμα*) ή αιμοποιητικά κύτταρα (*λευχαιμίες*). Μείζον χαρακτηριστικό του καρκινικού κύτταρου είναι η αυτόνομη ανάπτυξη του σε σχέση με το φυσιολογικό κύτταρο [Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας, 1991].

Επιστημονικά, η ανάπτυξη αυτή μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε όργανο ή σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού από την γέννηση του μέχρι το βαθύ γήρας.

| Διαφορές μεταξύ καλοήθων και κακοήθων νεοπλασμάτων | |
|---|---|
| Καλοήθη | Κακοήθη |
| Έχουν κύτταρα ώριμα | Έχουν κύτταρα άωρα |
| Είναι περιγεγραμμένα και περιβάλλονται από κάψα | Δεν είναι περιγεγραμμένα, δεν έχουν κάψα |
| Πολλαπλασιάζονται με αργό ρυθμό | Πολλαπλασιάζονται με ταχύ ρυθμό |
| Δεν διηθούν τους γύρω ιστούς | Διηθούν τους γύρω ιστούς |
| Δεν κάνουν μεταστάσεις | Κάνουν μεταστάσεις |
| Δεν υποτροπιάζουν | Συχνά υποτροπιάζουν |
| Δημιουργούν τοπική βλάβη λόγω πίεσης | Διηθούν και καταστρέφουν τους γύρω ιστούς και επηρεάζουν τη γενική κατάσταση του ασθενή |

Πίνακας 2: Διαφορές καλοήθων και κακοήθων νεοπλασιών [Ε. Αθανάτου, 2004].

2.1.4 Οδοί διασποράς καρκίνου

Ένας κακοήθης όγκος μπορεί να εξαπλωθεί με τέσσερις τρόπους:

1. Διητώντας κατά συνέχεια τους ιστούς που τον περιβάλλουν
2. Με την λεμφική οδό
3. Με την αιματική οδό
4. Με την εμφύτευση ελεύθερων καρκινικών κυττάρων που αποπίπτουν από τον όγκο [Ε. Αθανάτου, 2004].

2.1.5 Συχνότητα καρκίνου

Όσο, αφορά την συχνότητα του, είναι αυξημένη στα ηλικιωμένα άτομα, ενώ η επίπτωση στους άντρες είναι υψηλότερη απ' ότι στις γυναίκες.


Επιπλέον, είναι υψηλότερη στις εκβιομηχανισμένες χώρες απ' ότι στις αναπτυσσόμενες. Τα νεοπλάσματα είναι, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η κύρια αιτία θανάτου στις εκβιομηχανισμένες χώρες [Α. Σαχίνη – Καρδάση & Μ. Πάνου, 1997].


2.1.6 Αιτιολογία καρκίνου


Πολλές θεωρίες διατυπώθηκαν για τους παράγοντες που προκαλούν κακοήθη νεοπλάσματα. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε:


Μελάνωμα Δέρματος


 **Φυσικούς παράγοντες:** Η ηλιακή ακτινοβολία (καρκίνος δέρματος)

 **Χημικούς παράγοντες:** Πίσσα, καπναιθάλη, προϊόντα από καύση άνθρακα (καρκίνος πνεύμονα, λάρυγγα, ουροδόχου κύστης) και διάφορα μεταλλικά στοιχεία όπως αρσενικό, νικέλιο, κάδμιο και αμιάντος (καρκίνος πνεύμονα, νεφρών).

 **Γενετικούς παράγοντες:** Πιστεύεται ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση για την ανάπτυξη των νεοπλασιών. Σήμερα γίνεται λόγος για ογκογονίδια, τα οποία ενοχοποιούνται μέσα στο DNA και ρυθμίζουν τη φυσιολογική διαίρεση του κυττάρου. Η διέγερση τους σε άκαιρο χρόνο και με ανεξέλεγκτο τρόπο οδηγεί σε καρκινογένεση. Δεν είναι όμως γνωστό το αίτιο και ο μηχανισμός της ενεργοποίησής τους.

 **Ιογενείς παράγοντες:** Κυρίως ενοχοποιούνται ο ιός του απλού έρπητα τύπου 2 για καρκίνο τραχήλου μήτρας και ο ιός της ηπατίτιδας Β για ήπατος [Ε. Αθανάτου, 2004].

 **Διαιτητικούς παράγοντες:** Πιστεύεται ότι οι διαιτητικοί παράγοντες σχετίζονται περίπου με το 40 - 60% των περιβαλλοντικών κακοηθών όγκων. Οι διαιτητικές ουσίες μπορεί να είναι προστατευτικές (προ-ενεργές), καρκινογόνες ή συν-καρκινογόνες. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου αυξάνεται είτε με μακροχρόνια λήψη καρκινογόνων και συν-καρκινογόνων ουσιών είτε με χρόνια απουσία προ-ενεργών ουσιών στη διαίτα. Διαιτητικές ουσίες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κακοηθών όγκων περιλαμβάνουν λίπη, αλκοόλ, παστά και καπνιστά κρέατα, τροφές που περιέχουν νιτρικά και νιτρώδη άλατα.

 **Ορμονικούς παράγοντες:** Διαταραχές στην ορμονική ισορροπία εξαιτίας υπέρ παραγωγής ορμονών του ίδιου του οργανισμού (ενδογενείς) ή χορήγηση εξωτερικών ορμονών, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη κακοηθών όγκων [Α. Σαχίνη - Καρδάση & Μ. Πάνου, 1997].

2.1.7 Σταδιοποίηση καρκίνου

Το πιο αποδεκτό διεθνώς σύστημα σταδιοποίησης είναι το **TNM**, που καθορίστηκε από τη διεθνή ένωση κατά του καρκίνου. Στο παραπάνω σύστημα λαμβάνεται υπόψη ο αρχικός όγκος (T), οι περιοχικοί λεμφαδένες (N) και οι μεταστάσεις (M) και περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

- Στάδιο I (T1): Τοπική ανάπτυξη μάζας χωρίς διηθήσεις.
- Στάδιο II (T2): Ανάπτυξη μάζας με διήθηση λεμφαδένων.
- Στάδιο III (T3): Μεγάλη μάζα με διηθήσεις ιστών και οργάνων.
- Στάδιο IV (T4): Μεταστάσεις σε μακρινές περιοχές του σώματος [Ε. Αθανάτου, 2004].

2.2 Ο καρκίνος του δέρματος

Υπολογίζεται ότι 4 στους 5 ανθρώπους με ανοιχτό χρώμα δέρματος που ζουν σε περιοχές με υψηλή ηλιοφάνεια θα αναπτύξουν τουλάχιστον έναν δερματικό καρκίνο κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Ο δερματικός καρκίνος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε 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 και των εφήβων.

Οποιοδήποτε μη συνηθισμένο ογκίδιο αναπτύσσεται στο δέρμα και επιμένει για περισσότερο από 3 μήνες, θα πρέπει να θεωρείται δερματικός καρκίνος μέχρι να αποδειχτεί το αντίθετο.

Η καλύτερη προφύλαξη γι' αυτά τα άτομα είναι η αποφυγή έκθεσης στον ήλιο και ιδιαίτερα τα πρώτα 20 χρόνια της ζωής τους και η χρήση κατάλληλων ενδυμάτων και προστατευτικών αντηλιακών κρεμών [www.plastic-surgery.gr].

Υπάρχουν τρεις κύριες κατηγορίες δερματικών καρκίνων:

- **Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα,**



- **Βασιλοκυτταρικό καρκίνωμα,**



- **Κακοήθες μελάνωμα.**



Μελάνωμα Δέρματος

Οι δύο πιο συχνοί τύποι καρκίνου του δέρματος είναι το βασικοκυτταρικό και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, οι οποίοι είναι γνωστοί και ως μη μελανωματώδεις καρκίνοι ή καρκινώματα του δέρματος.

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα είναι ένας αργά αναπτυσσόμενος καρκίνος που κάνει σπάνια μεταστάσεις σ' άλλα τμήματα του σώματος. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα επίσης σπάνια κάνει μεταστάσεις αλλά πιο συχνά από το βασικοκυτταρικό. Αντίθετα, το μελάνωμα του δέρματος, αν και ευθύνεται για το 10% των συνολικών κρουσμάτων, παρουσιάζει ιδιαίτερη μεταστατική ιδιότητα και σε άλλα όργανα του σώματος [Δ. Μπαλά, 1995, J. Hawk & J. McGregor, 2000].

2.2.1 Ακανθοκυτταρικό Καρκίνωμα (SCC)



Το **ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα** μπορεί να εμφανιστεί αρχικά ως μια κόκκινη κηλίδα πάνω στην οποία υπάρχουν σχηματισμοί που προσομοιάζουν με «λέπια», ως μια συνάθροιση από μικρά εξογκώματα, ή μια πληγή που δεν επουλώνεται γρήγορα.

Αποτελούν την δεύτερη πιο συχνή μορφή καρκίνου του δέρματος, αφού καταλαμβάνουν το 20% των καρκίνων του δέρματος που δεν είναι μελάνωμα. Μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε στο σώμα, αλλά πιο συχνά εμφανίζεται στα χείλη και στα αυτιά.

Ανάπτυξη:

Αναπτύσσεται στην κεράτινη στοιβάδα απ' όπου και εξορμάται από τα κερατινοκύτταρα της επιδερμίδας.

Χαρακτηριστικό του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος είναι ότι παρουσιάζει την τάση να μεγαλώνει, να εξελκώνεται, όπως επίσης και να δημιουργεί πιο γρήγορα κάποιο υπεργεργμένο ογκίδιο με ή χωρίς κρούστα ή οποία ονομάζεται **εφελκίδα**. Τα ακανθοκυτταρικά καρκινώματα σπάνια εκδηλώνονται σε άτομα ηλικίας 50 ετών και συνήθως προσβάλλουν ανοιχτόχρωμα άτομα που έχουν εκτεθεί στον ήλιο συστηματικά επί πολλά χρόνια ζωής.

Σημάδια και συμπτώματα:

Το αποτέλεσμα είναι οι τυπικές βλάβες όπως **επίμονα μορφώματα**, ελαφρώς ευαίσθητα στο άγγιγμα, με κοκκινωπό ή καφέ χρώμα και αργή ανάπτυξη, τα οποία εμφανίζονται σε οποιοδήποτε μέρος του δέρματος που εκτίθεται συστηματικά στον ήλιο.

Στην αρχή εκδηλώνονται ως πολύ μικρές κηλίδες, μερικές φορές με την μορφή της ακτινικής υπερκεράτωσης. Ωστόσο, η μεγάλη διαφορά που έχει σε σχέση με το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα είναι, ότι, έχει την δυνατότητα να δίνει μεταστάσεις και να εξαπλώνεται σε άλλα μέρη του σώματος, είτε μέσω

Κεφάλαιο 2^ο: Η κακοήθης νόσος καρκίνος

του αίματος, είτε μέσω της λέμφου σε απομακρυσμένες περιοχές, όπως οι πνεύμονες, ο εγκέφαλος ή το συκώτι.

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

Θεραπεία:

Όσο, αφορά την θεραπεία, εάν αυτή επιτευχθεί στα πρώιμα στάδια και είναι η κατάλληλη, τότε το ποσοστό μετάστασης είναι μικρότερο της τάξης του 3% σε άλλα τμήματα του σώματος.

Θεραπευτικά το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, αντιμετωπίζεται με τον ίδιο ακριβώς τρόπο όπως και το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα και πρέπει να γίνει το συντομότερο δυνατό [www.plastic-surgery.gr, J. Hawk & J. McGregor, 2000].

2.2.1.1 Ακτινική Υπερκεράτωση



Η **ακτινική υπερκεράτωση** είναι μια πρόδρομη βλάβη του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος και οφείλεται στην ανάπτυξη ακατάστατων ομάδων κερατινοκυττάρων στην επιδερμίδα και είναι πολύ συχνή (το ένα τρίτο περίπου των ανοιχτόχρωμων ανθρώπων ηλικίας 60 ετών το παρουσιάζουν).

Ανάπτυξη:

Εκδηλώνεται στο δέρμα, κυρίως στο ανοιχτόχρωμο, που εκτίθεται συστηματικά στον ήλιο επί μακρό χρονικό διάστημα, όπως το δέρμα του προσώπου, των αυτιών, της ράχης της άκρας χείρας και του κεφαλιού στους άνδρες, με αραιή τριχοφυΐα.

Οι βλάβες αυτές έχουν συνήθως, διάμετρο μικρότερη από ένα εκατοστό ($d < 1$ cm) και είναι κοκκινωπές ή καφέ, φολιδωτές ή σκληρές και προκαλούν ένα αίσθημα δυσφορίας όταν κάποιος τις χτυπήσει.

Ορισμένες από αυτές υποχωρούν από μόνες τους, όταν περιορίζεται στο ελάχιστο η έκθεση στον ήλιο, ενώ στις περιπτώσεις όπου δεν υποχωρούν, τότε η θεραπεία είναι άμεση και συνίσταται είτε σε κρυοθεραπεία, είτε σε χειρουργική εκτομή.

Αν και όπως προαναφέρθηκε η υπερκεράτωση ενδέχεται να αποτελέσει πρόδρομη βλάβη του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος, αυτό συμβαίνει σπάνια, με αποτέλεσμα μόνο το 1% έως 2% του ποσοστού των υπερκερατώσεων να εξελίσσεται σε καρκίνο [J. Hawk & J. McGregor, 2000].

Μελάνωμα Δέρματος

2.2.2 Βασιλοκυτταρικό Καρκίνωμα (BCC)



Το **βασιλοκυτταρικό κ αρκίνωμα** έχει διάφορες μορφές, συχνά εμφανίζεται ως ένα μικρό εξόγκωμα στην επιφάνεια του δέρματος που μπορεί να περιλαμβάνει κρατήρα και να αιμορραγεί.

Αποτελεί την πιο συχνή και λιγότερο επιθετική μορφή καρκίνου του δέρματος, αφού καταλαμβάνει το 80% των καρκίνων του δέρματος, το οποίο δεν είναι μελάνωμα. Μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε στο σώμα, αλλά πιο συχνά εμφανίζεται στις εκτεθειμένες περιοχές όπως είναι, το πρόσωπο, ο αυχέννας, οι ώμοι και η πλάτη των ηλικιωμένων ανθρώπων. Η νόσος είναι συνηθέστερη σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών, χωρίς όμως αυτό να αποκλείει και τις νεότερες ηλικίες.

Ανάπτυξη:

Αναπτύσσονται στη βασική στοιβάδα της επιδερμίδας και είναι βλάβες που, φυσιολογικά, εξελίσσονται αργά. Σαφώς, πολύ μεγάλο ρόλο παίζει το φως του **ήλιου** στην ανάπτυξη αυτής της μορφής καρκίνου, αλλά και άλλοι παράγοντες, διότι δεν προσβάλλονται όλες οι περιοχές του σώματος που εκτίθενται συστηματικά σ' αυτόν.

Άλλωστε, η φυσιολογική τάση κάθε δερματικού καρκίνου, είναι να μεγαλώνει σε μέγεθος είτε επιφανειακά, είτε σε βάθος. Έτσι, όσο περισσότερο χρόνο υφίσταται προτού υποβληθεί σε θεραπεία, τόσο μεγαλύτερος και βαθύτερος θα είναι.

Σημάδια και συμπτώματα:

Το πιο πρώιμο σημάδι μπορεί να είναι μια κόκκινη επίπεδη επιφάνεια, ένα μικρό ογκίδιο, ένα μικρό σημείο που αιμορραγεί όταν έρχεται σε επαφή με την πετσέτα, ένα μικρό έλκος (πληγή), ή μια κρούστα στο δέρμα η οποία επιμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα και δεν επουλώνεται, δηλαδή, αρχικά είναι μικρά, ρόδινα, σκληρά, σαν μαργαριτάρια **μορφώματα**.

Σταδιακά, όμως διογκώνονται, έως ότου αναπτυχθεί μια κεντρική περιοχή ατροφικού δέρματος. Μερικοί ασθενείς αντιλαμβάνονται για πρώτη φορά την ύπαρξη τους, όταν ξύνουν για πρώτη φορά τη βλάβη και αυτή αιμορραγεί λίγο, αλλά δεν επουλώνεται σωστά.

Θεραπεία:

Όσο, αφορά την θεραπεία είναι πολύ πιο δύσκολη στο στάδιο όπου ο καρκίνος έχει αποκτήσει βάθος και οι ουλές που θα προκληθούν από το επανορθωτικό χειρουργείο θα είναι πολύ πιο εκτεταμένες.

Μικροί όγκοι μπορούν να αφαιρεθούν με απλή **εκτομή** και απευθείας συρραφή του ελλείμματος ιστού που προκύπτει, αφήνοντας πολύ μικρές ουλές. Η αφαίρεση όμως, μεγαλύτερων όγκων απαιτεί κάποιας μορφής επανόρθωση με τη χρήση ελεύθερων μοσχευμάτων δέρματος ή τοπικών κρημνών.

Κεφάλαιο 2^ο: Η κακοήθης νόσος καρκίνος

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα συνήθως δεν μεθίσταται σε άλλα όργανα του σώματος και έτσι η τοπική αντιμετώπιση του προβλήματος είναι και η τελική θεραπεία [www.plastic-surgery.gr, J. Hawk & J. McGregor, 2000].

2.2.3 Κακοήθης Μελάνωμα (Maligna Melanoma)



Το κακοήθης μελάνωμα αποτελεί την πιο έναρξη σοβαρή μορφή καρκίνου του δέρματος. Είναι δυνητικός θανατηφόρος όγκος, ο οποίος προέρχεται από τα **μελανινοκύτταρα** της επιδερμίδας [www.dermaline.gr, Φ. Χρυσομάλλης, 2005].

Αρκετά συχνά μπορούν να επεκταθούν και κατ' επιφάνεια, ενώ βρίσκονται σε περιοχές εκτεθειμένες στον ήλιο. Μορφολογικά, είναι ανώμαλα στο σχήμα με οδοντωτή παρυφή και μπορεί να έχουν

διάφορα χρώματα όπως καφέ, γκρίζο, μαύρο ή συνδυασμούς από το κόκκινο, άσπρο και το κυανό.

Η ανάπτυξη υπεργερμένων ή οζοδών περιοχών σ' αυτές τις αλλοιώσεις είναι ένα στοιχείο ότι έχουν αναπτυχθεί εις βάθος και ο κίνδυνος μεταστάσεων είναι μεγάλος [www.diaavlos.gr, Γ. Οικονόμου, 1991].

Μελάνωμα Δέρματος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Μελάνωμα του δέρματος

Αποτελεί την πιο σπάνια μορφή καρκίνου του δέρματος, ωστόσο, οφείλεται για το 10% των συνολικών κρουσμάτων και πρόκειται για την πιο επικίνδυνη μορφή καρκίνου του δέρματος καθώς προκαλεί το 75% περίπου όλων των θανάτων από καρκίνο του δέρματος.

Το **κακοήθες μελάνωμα** προέρχεται από τους μελανοβλάστες της οριακής ή δερμο-επιδερμικής περιοχής και είναι δυνητικά μια νεοπλασία με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας.

Αποτελεί, τη νόσο με το μεγαλύτερο ρυθμό αύξησης τα τελευταία χρόνια, ενώ σύμφωνα με στατιστικές προέκυψε, ότι το ποσοστό εμφάνισης του κακοήθους μελανώματος, έχει διπλασιαστεί τα τελευταία 10 χρόνια.

Όπως προκύπτει, για την ανάπτυξη του μελανώματος φαίνεται πως έχουν ενοχοποιηθεί αρκετοί παράγοντες και ένας από αυτούς είναι και η αλόγιστη έκθεση στον ήλιο, χωρίς την χρήση αντιηλιακού, και όχι μόνο... [‘Ελληνική Χειρουργική’, Νοέμ.-Δεκ. 1993].

3.1 Γενικά χαρακτηριστικά του μελανώματος

Το μελάνωμα αποτελείται από μια συλλογή καρκινικών μελανοκυττάρων και γενικά εκδηλώνεται ως **σπίλος** (ελιά) με διάμετρο μεγαλύτερη των 6 mm (το μέγεθος της μύτης ενός καλοξυσμένου μολυβιού), ο οποίος διογκώνεται ανομοιόμορφα και αποκτά πιο σκούρο χρώμα σε διάστημα αρκετών μηνών.

Εμφανίζεται, όταν τα **μελανοκύτταρα** τα οποία παράγουν τη μελανίνη (χρωστική που είναι υπεύθυνη για το χρώμα του δέρματος), γίνονται κακοήθη και χαρακτηρίζεται από ταχεία εξέλιξη και πολλαπλές μεταστάσεις. Ονομάζεται επίσης και δερματικό ή κακοήθης μελάνωμα [www.plastic-surgery.gr, Εγκυκλοπαίδεια ‘Υγεία’, 1995, Κ. Βέρος, 1998, J. Hawk & J. McGregor, 2000].

Μελάνωμα Δέρματος

3.1.1 Πόσο επικίνδυνο είναι το μελάνωμα

Το μελάνωμα είναι μια **εξαιρετικά επικίνδυνη** μορφή καρκίνου δέρματος για τον οποίο υπάρχει θεραπεία αλλά μπορεί να προκαλέσει και τον θάνατο. Παλαιότερα που δεν υπήρχαν τα απαραίτητα διαγνωστικά μέσα και η ενημέρωση του κοινού δεν ήταν αρκετή, το μελάνωμα ήταν καταστροφικό και προκαλούσε το θάνατο σε πάρα πολύ κόσμο.

Τα τελευταία χρόνια λόγω της καλύτερης ενημέρωσης του κοινού, ώστε οι ασθενείς να προσέρχονται για εξέταση σε αρχικά στάδια και της αρτιότερης εκπαίδευσης των γιατρών να αναγνωρίζουν πρώιμα σημεία και συμπτώματα του κακοήθους μελανώματος, η θνησιμότητα έχει μειωθεί [www.myworld.gr].

3.1.2 Αιτιολογία

Η κύρια αιτία του μελανώματος πιστεύεται ότι είναι η μεγάλης διάρκειας **έκθεση στον ήλιο**. Το ηλιακό φως εκθέτει το δέρμα μας στην υπεριώδη ακτινοβολία. Άνθρωποι με ανοιχτό χρώμα δέρματος συνήθως διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, αφού τα κύτταρα του δέρματος παράγουν μικρότερη ποσότητα μελανίνης. Η ακτινοβολία διακρίνεται σε UVA και UVB. Οι **UVA** σε ποσοστό πάνω από 80% σταματούν στην επιφάνεια της επιδερμίδας, ενώ το υπόλοιπο μπορεί να φτάσει στο κυρίως δέρμα. Αυτό το μικρό ποσοστό είναι υπεύθυνο για τις φωτοδερματίτιδες, για τη γήρανση της επιδερμίδας, για τις διάφορες παθήσεις του δέρματος και τελικά, για τον καρκίνο. Οι ακτίνες αυτές καταστρέφουν τα τριχοειδή αγγεία, τους ινοβλάστες και τις πρωτεΐνες των κυττάρων. Από την άλλη πλευρά, η δράση της **UVB** είναι πιο έντονη το καλοκαίρι, τις μεσημβρινές ώρες και όσο οδεύουμε προς τον Ισημερινό ή στα πιο υψηλά μέρη της Γης. Είναι οι ακτίνες που συμβάλλουν στο σχηματισμό της βιταμίνης D και μένουν στην επιφάνεια της επιδερμίδας, διεγείροντας τα μελανοκύτταρα που παράγουν τη μελανίνη. Επιπλέον, είναι υπεύθυνες για το έγκαυμα που παρουσιάζεται έπειτα από 4 έως 5 ώρες έκθεσής μας στον ήλιο, ενώ προκαλούν και καρκίνο του δέρματος [http://health.in.gr].

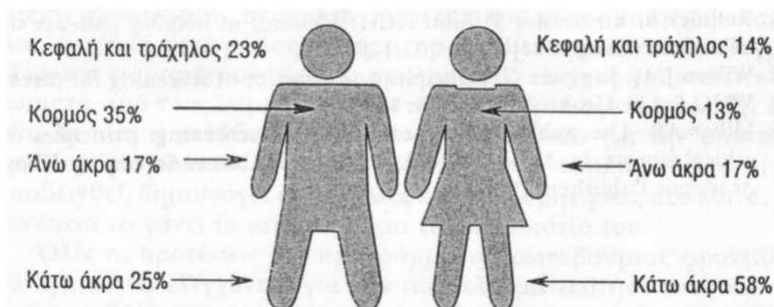
Ωστόσο, ορισμένοι πάσχοντες από μελάνωμα λένε ότι ποτέ δεν έκαναν ηλιοθεραπεία ή ποτέ δεν εκτέθηκαν στον ήλιο. Αυτό φαίνεται να συμβαίνει κυρίως σε ανθρώπους με πολύ λευκωπό δέρμα. Πιθανόν οφείλεται στο ότι είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στον ήλιο και η επανειλημμένη έκθεση σ' αυτόν κατά την παιδική τους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

3.1.3 Που εμφανίζεται το μελάνωμα – Κλινική εικόνα

Στο 60% περίπου των περιπτώσεων το μελάνωμα γεννιέται από μια **προϋπάρχουσα ελιά**, ωστόσο όμως οφείλεται και σε επαναλαμβανόμενα ηλιακά εγκαύματα, σε άτομα κυρίως ανοιχτού δέρματος [www.iatronet.gr].

Το μελάνωμα εμφανίζεται είτε σε υγιές δέρμα, είτε σαν εξαλλαγή σπιλοκυτταρικού σπίλου. Εντοπίζεται στα κάτω άκρα, στον κορμό, στα άνω

άκρα, και σπανιότερα σε άλλες θέσεις του δέρματος όπως παλάμες, πέλματα, βλεννογόνους [www.dermaline.gr].



Εικόνα 4: Κατανομή μελανώματος ανά φύλο

Εκτός από το δέρμα το μελάνωμα μπορεί να εντοπισθεί και σε άλλους ιστούς, στους βλεννογόνους, στις μεμβράνες, στο μάτι, στο κεντρικό νευρικό σύστημα, στο πεπτικό, στους πνεύμονες κ.ά. [www.iator.gr, Εγκυκλοπαίδεια 'Επιστήμη και Ζωή', 1995]. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το υπονύχιο μελάνωμα. Πρόκειται για μια μαύρη κηλίδα που εμφανίζεται χωρίς τραυματισμό κάτω από το νύχι και η οποία μελανώνοντας καταλαμβάνει την επιφάνεια του δέρματος που είναι κοντά στο νύχι. Απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή γιατί μοιάζει με αιμάτωμα [www.myworld.gr].

Για την εμφάνιση του μελανώματος απαιτείται η αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών και φαινοτυπικών παραγόντων. Επίσης, πρόκειται για μια πάρα πολύ σοβαρή νόσος, διότι δίνει εύκολα μεταστάσεις και σε άλλα όργανα του σώματος, μέσω του λεμφικού συστήματος (αιμοφόρα αγγεία, λεμφικά αγγεία) και μέσω του αίματος (αιματογενής διασπορά) [www.edae.gr, <http://health.in.gr>, Εγκυκλοπαίδεια 'Υγεία', 1995].

Οι πρωτοπαθείς εστίες, εμφανίζονται πιο συχνά στους άντρες στον κορμό ενώ, στις γυναίκες στα κάτω άκρα και στους ηλικιωμένους στο πρόσωπο όπου, είναι μια λιγότερο επιθετική μορφή μελανώματος που ονομάζεται «μελάνωμα σε έδαφος κακοήθους εφηλίδας» [Δ. Μπαλτά, 1995].

Το 30% περίπου των μελανωμάτων αναπτύσσεται σε προϋπάρχουσες στίλους (ελιές) και το 70% πάνω σε υγιές δέρμα. Υπάρχει ένας μνημοτεχνικός κανόνας που μας βοηθά να εντοπίσουμε ύποπτες βλάβες. Ο κανόνας ονομάζεται **ABCDE**:

- **A = Ασυμμετρία (Asymmetry)**. Οι συνήθεις στίλοι παραμένουν ίδιοι. Αν, συνεπώς, κάποιος στίλος που έχετε υποστεί αλλοίωση πρέπει να συμβουλευθείτε τον γιατρό σας, κυρίως αν η αλλοίωση συνεχίζεται. Αλλοίωση σημαίνει ότι αποκτά πιο σκούρο χρώμα, μεγαλώνει ή τα όριά του καθίστανται ασαφή ή συμβαίνουν και τα τρία μαζί.

- **B = Ασάφεια των όρων (Border irregularity)**. Οι συνηθισμένοι στίλοι γενικώς έχουν καλά καθορισμένα, σχετικά λεία εξωτερικά όρια, ενώ τα μελανώματα συχνά έχουν ανομοιόμορφα όρια. Εκτός από τα άλλα χαρακτηριστικά που αναφέρονται εδώ, πρόσθετη αιτία ανησυχίας προκαλεί η επαναλαμβανόμενη αιμορραγία ή ο κνησμός σε έναν στίλο που επιμένει περισσότερο από μία εβδομάδα.

Μελάνωμα Δέρματος

- **C = Χρώμα** (Color variegation). Οι συνηθισμένοι σπίλοι συνήθως έχουν ομοιόμορφο, καφέ χρώμα και λεία επιφάνεια. Ένας ύποπτος σπίλος, όμως συχνά έχει περισσότερες από μία αποχρώσεις του καφέ και η υφή της επιφάνειάς του είναι ανομοιογενής. Έτσι, μπορεί να έχει ανοικτό και σκούρο καφέ χρώμα σε διαφορετικά τμήματα ή, σπανιότερα, να χαρακτηρίζεται από κόκκινες, μαύρες ή λευκές περιοχές. Τα περιγράμματα των έγχρωμων περιοχών του τείνουν επίσης να αλλάζουν με το πέρασμα των εβδομάδων ή των μηνών.

- **D = Διάμετρος** (Diameter). Οι περισσότεροι συνηθισμένοι σπίλοι είναι μικρότεροι από τη μύτη ενός μολυβιού. Εντούτοις, τα μελανώματα έχουν μέγεθος τουλάχιστον ίσο με αυτήν, με τη διάμετρό τους να υπερβαίνει τα 6 mm.

- **E = Διόγκωση** (Expansion). Το μέγεθος των απλών σπύλων συνήθως δεν αλλάζει με το πέρασμα των εβδομάδων ή των μηνών, ενώ αυτό των μελανωμάτων αλλάζει.

Όταν ένας σπίλος παρουσιάζει αυτές τις αλλαγές τότε είναι ύποπτος και θα πρέπει να αφαιρείται και να στέλνεται για βιοψία [www.dermaline.gr, J. Hawk – J. McGregor, 2000].

3.1.4 Σημάδια και συμπτώματα κακοήθους μελανώματος

Το κακοήθες μελάνωμα μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος αλλά είναι συνηθέστερο στις περιοχές που εκτίθενται στον ήλιο. Ορισμένα μελανώματα εξαπλώνονται επάνω στο δέρμα σαν ακανόνιστα επίπεδα μπαλώματα άλλα εμφανίζονται σαν γρήγορα αναπτυσσόμενοι όγκοι. Στους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας μπορούν να εμφανιστούν στο πρόσωπο και να μοιάζουν με κηλίδες από φακίδες, γνωστές σαν κακοήθεις φακίδες. Αναπτύσσονται αργά κατά τη διάρκεια πολλών ετών. Αν δεν αφαιρεθούν, όλοι αυτοί οι τύποι μελανωμάτων αναπτύσσονται προσβάλλοντας τα βαθύτερα στρώματα του δέρματος [D. Goldmann, 2000].

Συχνά το πρώτο σημάδι ύπαρξης μελανώματος είναι μια μεταβολή στο μέγεθος, σχήμα ή το χρώμα ενός σπύλου (ελιάς), που υπήρχε ήδη. Μπορεί επίσης να παρουσιασθεί σαν ένας καινούργιος, ανώμαλος ή άσχημος σπίλος [B. Λιόκου, 1996]. Φυσιολογικά ένας σπίλος είναι ένα καφέ, μαύρο ή και ανοιχτού χρώματος σημάδι στο δέρμα. Μπορεί να είναι επίπεδος ή εφημέριμος και το σχήμα μπορεί να είναι στρογγυλό ή οβάλ. Οι σπίλοι είναι συνήθως μικροί, μικρότεροι από 0,5 cm. Ένας σπίλος μπορεί να υπάρχει από τη γέννηση ή μπορεί να εμφανιστεί αργότερα, συνήθως τα πρώτα 10 χρόνια της ζωής. Πολλοί από τους σπύλους εξαφανίζονται σε μεγάλες ηλικίες. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν 10-30 σπύλους στο δέρμα τους. Η μεγάλη πλειοψηφία από αυτούς είναι τελείως ακίνδυνοι. Μια αλλαγή πάντως σε ένα σπίλο είναι σημάδι ότι θα πρέπει να επισκεφτείτε το δερματολόγο σας [www.edae.gr, www.katiana.gr].

Τα σημεία που θα σας κάνουν να ανησυχήσετε για τις αλλαγές σε έναν σπίλο είναι τα εξής:

1. **Ασυμμετρία** ή ανώμαλα όρια της περιοχής
2. **Αιμορραγία** ή δημιουργία κρούστας
3. **Αλλαγή χρώματος**
4. **Διάμετρος** περιοχής περισσότερο από έξι χιλιοστά ($d > 6$ mm)
5. **Ύπαρξη υπεργερμένης περιοχής** πάνω σε ένα προηγούμενα επίπεδο σπίλο
6. **Ακανόνιστη** περίμετρος
7. **Φαγούρα, ερεθισμός ή κοκκίνισμα.**



Εικόνα 5: Χαρακτηριστικά ύποπτων σπύλων

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

3.1.5 Ανάπτυξη





Πολλά από τα μελανώματα, είναι δυνατό να αναπτυχθούν μέσα σε προϋπάρχοντες σπύλους ενώ, αλλά είναι δυνατό να αναπτύσσονται σε φυσιολογικό δέρμα.

Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η ασθένεια να προσβάλλει όσους έχουν πολύ ανοιχτόχρωμο δέρμα, όσους τείνουν να αναπτύσσουν εύκολα φακίδες, όσους έχουν πολλούς σπύλους και όσους παθαίνουν τακτικά ηλιακό έγκαυμα.

Άλλωστε, όπως έχει προαναφερθεί άτομα με μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν μελάνωμα είναι αυτά με πολλαπλούς σπύλους (ελιές), μεγάλους συγγενείς σπύλους (εκ γενετής), οικογενειακό ιστορικό πολλαπλών άτυπων σπύλων ή μελανώματος και τέλος, άτομα με ιστορικό προηγούμενης παρατεταμένης έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία και ηλιακών εγκαυμάτων [www.plastic-surgery.gr, J. Hawk – J. McGregor, 2000].

Μελάνωμα Δέρματος**3.1.6 Θεραπεία**

Η θεραπεία του μελανώματος αποσκοπεί στην ευρεία χειρουργική αφαίρεση της ύποπτης περιοχής, με ή χωρίς την αφαίρεση λεμφαδένων και επίσης μπορεί να περιλαμβάνει:

-  Την χορήγηση **ιντερφερόνης**.
-  Την χορήγηση **μελφάνης** (για μελάνωμα των άκρων).
-  Την χορήγηση **χημειοθεραπευτικών** σχημάτων.
-  Την **ακτινοθεραπεία** της περιοχής.

Γενικά, το μελάνωμα μπορεί να αναπτυχθεί σε άτομα κάθε ηλικίας, αλλά είναι πιο συχνό στις ηλικίες άνω των 50 ετών και πιο σπάνιο στις ηλικίες κάτω των 16 ετών, ενώ υπολογίζεται ότι 20% των ανθρώπων που θα αναπτύξουν μελάνωμα, θα πεθάνουν εντός των 5 ετών από την ημέρα της διάγνωσης, λόγω της μεγάλης μεταστατικής ικανότητας του καρκίνου. Πρώιμη ανίχνευση και διάγνωση είναι κρίσιμοι παράγοντες για την επιβίωση του ασθενούς [www.plastic-surgery.gr, J. Hawk – J. McGregor, 2000].

| Τύποι καρκίνου του δέρματος | Ανάπτυξη | Εστίες Εμφάνισης | Κλινικές Εκδηλώσεις | Μεταστάσεις | Θεραπεία |
|------------------------------------|--|---|---|---|---|
| <i>Βασιλοκυτταρικό Καρκίνωμα</i> | Βασική στιβάδα της επιδερμίδας του δέρματος | Εκτεθειμένες περιοχές όπως, πρόσωπο, αυχέννας, ώμοι ή η πλάτη των ηλικιωμένων ανθρώπων | Μικρά, ρόδινα, σκληρά, σαν μαργαριτάρια μορφώματα τα οποία δεν επουλώνονται | Σπάνια κάνει μεταστάσεις | Χειρουργική αφαίρεση |
| <i>Ακανθοκυτταρικό Καρκίνωμα</i> | Κεράτινη στιβάδα, εξορμάται από τα κερατινοκύτταρα | Χείλη και αυτιά | Επίμονα μορφώματα, ελαφρώς ευαίσθητα στο άγγιγμα, με κοκκινωπό ή καφέ χρώμα και αργή ανάπτυξη | Κάνει μεταστάσεις, μέσω του αίματος και μέσω της λέμφου | Χειρουργική αφαίρεση |
| <i>Κακοήθες Μελάνωμα</i> | Προϋπάρχουσα ελιά (σπίλος) | Άντρες στον κορμό, γυναίκες στα κάτω άκρα, ηλικιωμένοι στο πρόσωπο, υπό την μορφή «μελάνωμα σε έδαφος κακοήθους εφηλίδας» | Συλλογή καρκινικών μελανοκυττάρων, εκδηλώνεται ως σπίλος διαμέτρου >6 mm, διογκώνεται ανομοιόμορφα, αποκτά πιο σκούρο χρώμα σε διάστημα αρκετών μηνών | Παρατηρείται μεγάλη μεταστατική ιδιότητα | Χειρουργική αφαίρεση, με ή χωρίς την αφαίρεση λεμφαδένων και ιντερφερόνης, μελφάνης, χημειοθεραπείες και ακτινοθεραπεία |

Πίνακας 3: Ο σχετικός πίνακας απεικονίζει συνοπτικά τους 3 τύπους καρκίνου του δέρματος, καθώς και την ανάπτυξη, τις εστίες εμφάνισης, τις κλινικές εκδηλώσεις, τις μεταστάσεις και την θεραπεία για κάθε τύπο ξεχωριστά

3.1.7 Άτομα που διατρέχουν τον κίνδυνο του μελανώματος

Τα άτομα με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας μορφής μελανώματος ανήκουν στις κατηγορίες με τα εξής χαρακτηριστικά:

- **Άτομα με σπίλους** (ελιές) που έχουν αλλάξει στο **χρώμα**, το **μέγεθος** ή το **σχήμα**. Οι ελιές αναπτύσσονται σταδιακά κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας. Έτσι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν τις ίδιες ελιές καθ' όλη τη διάρκεια του βίου τους. Οι ελιές αυτές έχουν πάντα το ίδιο σχήμα, χρώμα και μέγεθος. Μια ελιά που ξαφνικά ή σταδιακά γίνεται κόκκινη ή μαύρη, αυξάνεται η διάμετρός της και παρουσιάζει ανωμαλίες στην επιφάνειά της, θα πρέπει να σας δημιουργήσει υποψίες.
- Άτομα με **μεγάλο αριθμό σπύλων**. Όσοι έχουν πολλούς σπίλους, κυρίως με παράδοξο σχήμα, είναι εξαιρετικά πιθανόν να αναπτύξουν τη νόσο, εάν κάνουν πολλή ηλιοθεραπεία και καίγονται πολύ.
- Άτομα με **ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό μελανώματος**. Τα άτομα των οποίων συγγενείς πρώτου βαθμού είχαν εκδηλώσει μελάνωμα έχουν αυξημένες πιθανότητες να νοσήσουν. Μάλιστα ο κίνδυνος μπορεί να είναι μέχρι και οκτώ φορές μεγαλύτερος, συγκριτικά με κάποιον χωρίς οικογενειακό ιστορικό.
- Άτομα με τουλάχιστον 3 **δυσπλαστικούς σπίλους**, χωρίς οικογενειακό ιστορικό.
- Άτομα με **ανοιχτόχρωμο δέρμα**. Ο κίνδυνος μελανώματος για τα άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα, που κοκκινίζει εύκολα, φακίδες στο πρόσωπο, ξανθά ή κόκκινα μαλλιά και γαλανά μάτια είναι 20 φορές μεγαλύτερος, συγκριτικά με εκείνους που ανήκουν στην αφρικανική φυλή ή έχουν απλώς σκούρα επιδερμίδα. Όσο πιο ευαίσθητο είναι το δέρμα τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος.
- Άτομα με **ιστορικό έντονων ηλιακών εγκαυμάτων**. Η υπερβολική έκθεση στον ήλιο ή η μακροχρόνια παραμονή κάτω από λάμπες τεχνητού μαυρίσματος ενδέχεται να προκαλέσουν εγκαύματα στο δέρμα. Όταν τα εγκαύματα αυτά έχουν συμβεί κατά την παιδική ηλικία ή κατά τη διάρκεια της εφηβείας αυξάνεται ο κίνδυνος εκδήλωσης μελανώματος.
- Άτομα που **εργάζονται σε εξωτερικούς χώρους** ή αφιερώνουν μεγάλο χρόνο σε δραστηριότητες στην ύπαιθρο. Όσοι εργάζονται επί χρόνια στο ύπαιθρο, όσοι ασχολούνται με υπαίθριες δραστηριότητες όπως η ποδηλασία, η κηπουρική, το τένις, το κρίκετ και το γκόλφ και όσοι ζουν σε ηλιόλουστες περιοχές, κυρίως σε μικρό γεωγραφικό πλάτος, έχουν αυξημένες πιθανότητες να προσβληθούν.

Μελάνωμα Δέρματος

- Επίσης αναφέρεται η χρήση για μεγάλο χρονικό διάστημα χημικών ουσιών όπως:

- Τα **αντισυλληπτικά**
- Η **levodopa**
- Τα **polychlorinated biphenyls**.

Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές επιφυλάξεις για την επίδραση των προαναφερθέντων χημικών ουσιών.

Άτομο, το οποίο φέρει όλα τα παραπάνω έχει ως και 50 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσει κακοήγη μελάνωμα κατά την διάρκεια της ζωής του [<http://health.in.gr>, www.procms.be].

3.1.8 Επιδημιολογία

Σε παγκόσμια κλίμακα, ο αριθμός των κρουσμάτων με κακοήθες μελάνωμα ιδιαίτερα των νεαρών ενηλίκων έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία 10 χρόνια. Η αύξηση οφείλεται πιθανόν στην αυξανόμενη δημοτικότητα των δραστηριοτήτων σε ανοιχτούς χώρους [D. Goldmann, 2000].

Η μεγαλύτερη συχνότητα του μελανώματος επικεντρώνεται σε ανθρώπους ανοιχτού δέρματος. Από πλευράς ηλικίας είναι πιο συχνό για τις ηλικίες μεταξύ 40 - 60, και είναι πιο συχνό στις γυναίκες. Είναι σπάνιο στη βρεφική ηλικία εκτός εάν πρόκειται περί κακοήθους εξαλλαγής δυσπλαστικού σπίλου. Όσον αφορά τον τρόπο ζωής, η έκθεση στον ήλιο και η χρήση λαμπτήρων για τεχνητό μαύρισμα αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας [Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994].

3.1.9 Πρόδρομες βλάβες του μελανώματος



Η **κακοήθης φακή** είναι μια πρόδρομη βλάβη του μελανώματος και επίσης ονομάζεται και κακοήθης φάκωση ή μελανωτική φακίδα του Hutchinson.

Η κακοήθης φακή εκφράζει την πιο πειστική μαρτυρία για την εμφάνιση του κακοήθους μελανώματος δια μέσου της μακρής επίδρασης της ηλιακής ακτινοβολίας. Εντοπίζεται σε περιοχές του σώματος εκτεθειμένες στην ηλιακή ακτινοβολία, κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα

[www.hellenicdermatlas.com, Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994].

Ανάπτυξη και μορφολογικά χαρακτηριστικά:

Κλινικά, οι βλάβες εμφανίζονται με την μορφή μελαγχρωματικών ή καφεοειδών κηλίδων ακανόνιστου σχήματος, με ασαφή όρια και στίγματα σκοτεινού χρώματος στα κεντρικά σημεία των αλλοιώσεων.

Όσο αφορά, την ιστολογική πλευρά παρατηρείται αυξημένος αριθμός μελανοκυττάρων με χαρακτηριστικά, ασαφούς σχήματος και παραλλάσσοντος μεγέθους, τα οποία εντοπίζονται στο δερμοεπιδερμικό όριο, όπου εφόσον τα άτυπα μελανοκύτταρα διασπάσουν τη βασική μεμβράνη και διηθήσουν το χόριο, η κακοήθης φακή έχει πλέον μεταμορφωθεί σε κακοήθες μελάνωμα [Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994].

Μελάνωμα Δέρματος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Διαχωρισμός και ταξινόμηση του κακοήθου μελανώματος

Η κλινική ταξινόμηση του κακοήθου μελανώματος είναι σαφής και διευκολύνει την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής και την πρόγνωση.

Το μελάνωμα μπορεί να είναι **ενδοεπιδερμικό** (in situ) ή **διηθητικό** (invasive). Το διηθητικό μελάνωμα μπορεί να είναι **ογκογόνο** ή **μη ογκογόνο**. Οι δύο αυτές φάσεις ανάπτυξης συνιστούν διαδοχικά στάδια, από το ένα στο άλλο, βαθμιαίας εξέλιξης του όγκου.

Στο ενδοεπιδερμικό μελάνωμα και στο μη ογκογόνο διηθητικό περιλαμβάνονται:

- ▶ Το επιπολής επεκτεινόμενο κακοήθες μελάνωμα.
- ▶ Το φακοειδές μελάνωμα των άκρων.
- ▶ Το φακοειδές μελάνωμα των βλεννογόνων και
- ▶ Το μελάνωμα της κακοήθους φακής (εφηλίδας) του Hutchinson.

Αξιοσημείωτο αναφοράς, ωστόσο είναι η έλλειψη της μεταστατικής ικανότητας του μη ογκογόνου μελανώματος, η οποία μπορεί να ερμηνευθεί από την αδυναμία των κυττάρων του, να πολλαπλασιαστούν στο μεσέγχυμα της απομακρυσμένης εντόπισης, οπότε μη μπορώντας να πολλαπλασιαστούν δε μεθίστανται [Φ. Χρυσομάλλης, 2005].

Άλλες παθολογικές μορφές του κακοήθου μελανώματος ταξινομούνται σε:

- **Πρώιμες προκαρκινικές αλλοιώσεις** (σπίλοι)
 1. Κακοήθης φακή του Hutchinson.
 2. Συγγενείς μελανοκυτταρικοί σπίλοι.
 3. Δυσπλαστικοί σπίλοι.

Μελάνωμα Δέρματος

- **Κλινικές μορφές του κακοήθους μελανώματος**
 1. Μελάνωμα προερχόμενο από κακοήθη φακή (εφηλίδα) του Hutchinson.
 2. Επιπολής επεκτεινόμενο κακοήθες μελάνωμα.
 3. Οζώδες μελάνωμα.
 4. Κακοήθες μελάνωμα των άκρων.
 5. Κακοήθες μελάνωμα του υπωνυχίου.
- **Άλλες μορφές μελανώματος**
 1. Αμελανωτικό κακοήθες μελάνωμα.
 2. Κακοήθες μελάνωμα βλεννογόνων και χοριοειδούς.
 3. Νεανικό μελάνωμα.
 4. Μεταστατικό ή δευτερογενές μελάνωμα.
 5. Άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας.

[www.dermaline.gr, Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994, Ι. Χατζής, 1996].

4.1 Σπίλοι και χαρακτηριστικά



Οι **ελιές** ή **σπίλοι**, στην ιατρική ορολογία, είναι καλοήθεις βλάβες του δέρματος. Εμφανίζονται σε διαφορετικά μεγέθη, σχήματα, χρώματα και σημεία του σώματος. Επίσης, ο χρόνος εμφάνισης των σπύλων ποικίλει. Μπορεί να δημιουργηθούν κατά την ενδομήτριο ζωή (*συγγενείς σπίλοι*) και να είναι παρόντες κατά τη γέννηση ή να εμφανιστούν και μετά τη γέννηση (*επίκτητοι σπίλοι*) και να αυξάνουν σε αριθμό μέχρι την εφηβεία. Οι πρώιμες καρκινικές αλλοιώσεις ή σπίλοι, έχουν ιδιαίτερη σημασία από πλευράς διάγνωσης και λήψης των κατάλληλων προληπτικών μέτρων [www.katiana.gr, www.hellenicdermatlas.com].

4.1.1 Κακοήθης Φακή του Hutchinson

Σχετική αναφορά για την **κακοήθη φακή του Hutchinson** έχει αναφερθεί σε προηγούμενη παράγραφο, στις πρόδρομες βλάβες του μελανώματος του δέρματος.

Κεφάλαιο 4^ο: Διαχωρισμός και ταξινόμηση του κακοήθου μελανώματος

4.1.2 Συγγενείς Μελανοκυτταρικοί Σπίλοι



Οι **συγγενείς μελανοκυτταρικοί σπίλοι** υπολογίζεται πως εμφανίζονται στο 1% των νεογέννητων. Συνήθως είναι, οι μικροί, μονήρες, αλλά και οι γιγάντιοι μεγάλης διαμέτρου ($d > 2$ cm) συγγενείς τριχωτοί μελανοκυτταρικοί σπίλοι, οι οποίοι ευρίσκονται σε συχνότητα από 2% έως 30%. Από αυτούς αναπτύσσονται και τα περισσότερα μελανώματα.

Έτσι, μετάπτωση σε μελάνωμα της κακοήθους εφηλίδας έχουν και οι μικροί σπίλοι, εκτός από τους γιγάντιους σπίλους, οι οποίοι είναι περισσότερο επιρρεπείς στην ανάπτυξη του κακοήθου μελανώματος, εφόσον έχει βρεθεί ότι στο 15% των περιπτώσεων, το μελάνωμα της κακοήθους εφηλίδας αναπτύσσεται και σε μικρούς συγγενείς σπίλους. Τα μελανώματα αυτά εμφανίζονται στην πρώτη δεκαετία της ζωής και έχουν πολύ φτωχή πρόγνωση.

Σημεία και συμπτώματα:

Ο **κνησμός**, η **υπερτρίχωση**, η **οζώδης επιφάνειά** τους, η **ποικιλοχρωμία** τους, η **ακανόνιστη υφή** τους, είναι δυνατό να αποτελεί ένα πρώιμο σύμπτωμα εξαλλαγής ενός καλοήθους (ασυμπτωματικού) σπίλου.

Όσο, αφορά τους γιγάντιους τριχωτούς σπίλους ($d > 2$ cm), βρίσκονται σε μικρότερη συχνότητα και είναι δυνατό να καλύπτουν μεγάλες περιοχές (π.χ ολόκληρο τον κορμό).

Ανάπτυξη και μορφολογικά χαρακτηριστικά:

Το χρώμα ποικίλλει από **καφεοειδές** μέχρι **μαύρο**, ενώ η επιφάνεια του σπίλου γίνεται θηλωματώδης και προέχει. Όσο λοιπόν, το άτομο μεγαλώνει, τόσο αυξάνεται η έπαρση και η ανωμαλία της επιφάνειας, οι τρίχες παίρνουν μεγάλο μέγεθος και είναι μαύρες και πυκνές [Ι. Χατζής, 1996].

Η μεγάλη έκταση που καταλαμβάνουν, αλλά και η επέκτασή τους μέχρι το βάθος των μυών και των περιτοναίων κάνει την προφυλακτική αφαίρεσή τους εξαιρετικά δύσκολη. Μερικοί συστήνουν την τμηματική ή την μερική αφαίρεσή τους με στόχο να μειώσουν τον κίνδυνο εξαλλαγής, η οποία όπως φαίνεται σπάνια συμβαίνει πριν την ενηλικίωση του ατόμου.

Η προφυλακτική αφαίρεση συγγενών σπίλων, είναι προτιμότερο να γίνεται μετά την ηλικία των 20 ετών και συνήθως επιτελείται για λόγους ψυχολογικούς ή αισθητικούς [www.melanoma.gr, Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994].

4.1.3 Δυσπλαστικοί (Άτυποι) Σπίλοι



Η αρχική περιγραφή των **δυσπλαστικών σπύλων** πραγματοποιήθηκε το 1978 σε οικογένειες με μεγάλο αριθμό κλινικώς άτυπων σπύλων και αυξημένη επίπτωση μελανώματος.

Οι δυσπλαστικοί σπίλοι, ίσως αποτελούν το πλέον εντυπωσιακό πρότυπο προμελανωτικής αλλοίωσης, η οποία εκφράζει επίσης την εξαλλαγή (γίνεται με τον επικρατούντα αυτοσωμικό χαρακτήρα) μελαγχρωματικής βλάβης προς το κακοήθη μελάνωμα. Σε αντίθεση με τους συνηθισμένους επίκτητους σπύλους, οι δυσπλαστικοί σπίλοι μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία.

Σημεία και συμπτώματα:

Είναι ανάλογα του μελανώματος όπως μέγεθος μεγαλύτερο των 6-8 mm σε διάμετρο, ανώμαλο όριο (περίμετρο), ακανόνιστη χρώση που κυμαίνεται από σκούρο καφέ έως ανοικτό καστανό και ροζ και τοπογραφική ασυμμετρία (ασαφή όρια). Παρουσιάζουν δύο μέρη, συνήθως. Το ένα **κηλιδώδες** και άλλο **βλατιδώδες**, ώστε να δίνεται η εικόνα του χαλκόστρωτου [Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994].

Οι δυσπλαστικοί σπίλοι αρχικά περιγράφησαν ως οικογενείς, διότι εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες εξέλιξης σε κακοήθη μελάνωμα, ενώ συνδέονται και με την εμφάνιση σποραδικών περιπτώσεων κακοήθη μελανώματος χωρίς να αναφέρεται οικογενειακό ιστορικό. Επιπλέον, πρόσφατα οι δυσπλαστικοί σπίλοι ταξινομήθηκαν κλινικώς και ως άτυποι σπίλοι με την καθιέρωση δύο κυρίων και τεσσάρων δευτερευόντων ιστολογικών χαρακτηριστικών για την ακριβή και αναπαραγωγίμη διάγνωσή τους [www.hellenicdermatlas.com].

Διάγνωση:

Η διάγνωση των δυσπλαστικών σπύλων αποτελεί ισχυρή **ένδειξη κινδύνου**, διότι ασθενείς με το σύνδρομο του οικογενούς άτυπου σπύλου-μελανώματος (γνωστού μέχρι πρόσφατα ως σύνδρομο των οικογενώς δυσπλαστικών σπύλων) και όπου αναφέρεται προϋπάρχον οικογενειακό ιστορικό κακοήθους μελανώματος σε τουλάχιστον 2 μέλη της οικογένειας, βρίσκονται σε σημαντικά αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης τόσο του μελανώματος, όσο και πολλαπλών πρωτοπαθών μελανωμάτων κατά την διάρκεια της ζωής τους που αγγίζει το 100%.

Έτσι λοιπόν, γίνεται επιτακτική η ανάγκη για στενή παρακολούθηση και αποφυγή της ηλιακής έκθεσης από την παιδική τους ηλικία. Επίσης πρέπει να υποβάλλονται σε εκτομή (αφαίρεση) κάθε μελαγχρωματικής βλάβης που προξενεί υποψίες και στην μετέπειτα βιοψία της [www.myworld.gr].

Άτομα με σποραδικούς, μη οικογενείς άτυπους σπύλους, απαντούν περίπου στο 10% του γενικού πληθυσμού και ο κίνδυνος εξαλλαγής τους σε μελάνωμα δεν μπορεί να καθορισθεί.

Κεφάλαιο 4^ο: Διαχωρισμός και ταξινόμηση του κακοήθου μελανώματος

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν την ύπαρξη αυξημένου κινδύνου σε άτομα με μη-φυσιολογικό φαινότυπο σπίλων (περισσότεροι από 100 σπίλοι με ή χωρίς ατυπία ή περισσότεροι από 50 με έναν ή περισσότερους να έχουν άτυπα χαρακτηριστικά). Ο κίνδυνος αυξάνεται κατά πολύ εάν τα άτομα αυτά έχουν και οικογενές ιστορικό μελανώματος [www.iatronet.gr].

Στα άτομα με μη-φυσιολογικό φαινότυπο σπίλων αλλά χωρίς οικογενές ιστορικό μελανώματος, θα πρέπει οι άτυποι σπίλοι να αντιμετωπίζονται ως δείκτες υψηλού κινδύνου, παρά ως πρόδρομες βλάβες του μελανώματος.

Συνεπώς, τα άτομα τα οποία φέρουν σε οποιαδήποτε επιφάνεια του σώματός τους ύποπτους σπίλους (ελιές), θα πρέπει να ενημερώνονται στα κλινικά σημεία του μελανώματος, να εκπαιδεύονται στην αυτοεξέταση, να επισημαίνονται οι ύποπτες μεταβολές (ακανόνιστη επιφάνεια, ανομοιογενής χρωματισμός και ανώμαλη επιφάνεια) και να φωτογραφίζονται οι ύποπτοι σπίλοι ετησίως.

Επιπλέον, σπίλοι συνηθισμένοι που όμως παρουσιάζουν κνησμό (φαγούρα), πόνο, αιμορραγία, αλλάζουν γρήγορα χρώμα και σχήμα θα πρέπει να αφαιρούνται. Η αφαίρεση των σπíλων πρέπει να γίνεται πάντα **χειρουργικά** και οι αφαιρούμενοι σπίλοι να υποβάλλονται σε βιοψία [www.melanoma.gr].

| | |
|---|---|
| Χαρακτηριστικά σπίλου για κακοήθη εξαλλαγή | Μέγεθος: Αυξάνει, προοδευτική του μεγέθους της βλάβης. Διάμετρος όχι μεγαλύτερη από 1 cm. |
| | Περίγραμμα: Γίνεται ακανόνιστο – οδοντωτό, ανώμαλη περιφέρεια. |
| | Χρώμα: Γίνεται περισσότερο σκούρο, αποκτάει αποχρώσεις του καφέ, μαύρου ή ροζ. |
| | Έπαρση: Παχύτερος και οζώδης. |
| | Επιφάνεια: Χάνονται οι δερματικές γραμμές. |
| | Περιβάλλον δέρμα: Εμφανίζει δορυφόρα οζίδια από διασπορά του όγκου. |
| | Συμπτώματα: Ορόρροια, αιμορραγία, κνησμός. |
| | Φλεγμονή γύρω από την βλάβη. |
| | Αιμορραγία γύρω από την βλάβη ή σχηματισμός εφελκίδας πάνω στην βλάβη. |
| | Μικρή μεταβολή της ευαισθησίας του δέρματος στην περιοχή της βλάβης και ελαφρώς κνησμός |

Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά σπίλου για κακοήθη εξαλλαγή. Υπολογίσθηκε ότι αν υπάρχουν 5 από τις παραπάνω ενδείξεις, η εξαλλαγή σε κακοήθη μελάνωμα πρέπει να θεωρείτε βέβαιη [Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994]

4.2 Κλινικές μορφές του κακοήθου μελανώματος

Τα περισσότερα μελανώματα αναπτύσσονται από μελανοκύτταρα της βασικής στοιβάδας της επιδερμίδας.

Παρουσιάζουν τυπικώς δύο φάσεις ανάπτυξης, οι οποίες είναι δυνατό σε μερικές περιπτώσεις να επικαλύπτονται, αλλά συνήθως, η δεύτερη ακολουθεί την πρώτη και είναι η φάση της οριζόντιας και η φάση της κάθετης επέκτασης.

Μελάνωμα Δέρματος

Στη φάση της **οριζόντιας ανάπτυξης**, τα άτυπα μελανοκύτταρα εξαπλώνονται ακτινωτά μέσα στην επιδερμίδα καταλαμβάνοντας μεγαλύτερη έκταση. Η φάση αυτή είναι προ - διηθητική ή κατά Clark επίπεδο I (in situ), που θα αναλυθεί παρακάτω.

Στη φάση της **κάθετης ανάπτυξης**, η βλάβη είναι διηθητική και διηθεί προς το χόριο, οπότε και μετατρέπεται σε αμιγές κακοήθες μελάνωμα. Ακολουθεί έντονη λεμφοκυτταρική διήθηση και είναι πιθανόν να ακολουθεί και ανοσολογική αντίδραση των διηθούμενων ιστών [www.melanoma.gr].

4.2.1 Μελάνωμα προερχόμενο από Κακοήθη Φακή (εφηλίδα) του Hutchinson



Αποτελεί το 5%-10% των διάφορων μορφών του μελανώματος της κακοήθους εφηλίδας. Το μελάνωμα από κακοήθη φακή (εφηλίδα) αναπτύσσεται σε ήδη υπάρχουσα κακοήθη φακή, η οποία εκτείνεται μερικές φορές για 2-3 cm ή και περισσότερο.

Εμφανίζεται, στις περιοχές του σώματος που είναι περισσότερο εκτεθειμένες στην ηλιακή ακτινοβολία κυρίως, στο πρόσωπο 90% (παρειές, μέτωπο, μύτη) και σπανιότερα στην κεφαλή, αυχένα, άνω άκρα και κάτω, σε ηλικιωμένα άτομα των 50-60 ετών [<http://health.in.gr>].

Σημεία και συμπτώματα:

Παρουσιάζεται σαν μία επίπεδη **μελαγχρωματική βλάβη** με διάμετρο μεγαλύτερη των 3-6 cm η οποία αυξάνεται βαθμιαία, με ποικίλη χρώση, ασαφή όρια και ανώμαλα κατανεμημένα μαύρα οζίδια στην επιφάνειά της. Πριν το στάδιο της διήθησης, η κακοήθης φακή (εφηλίδα) είναι επίπεδη και δείχνει σαν ένας «λεκές» στο δέρμα, ενώ το χρώμα στο επίπεδο μέρος της βλάβης είναι ανώμαλα κατανεμημένο, δικτυωτό ή μπορεί να υπάρχουν διάφοροι τόνοι από το καφεοειδές ανοιχτό ή σκούρο ή μαύρο και ορισμένες φορές ελαφρώς μπλε-γκρίζο ή και λευκό [www.dermaline.gr, Φ. Χρυσομάλλης, 2005, Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994, D. Heasley, 1996].

Οι καφεοειδείς περιοχές συχνά παρουσιάζουν κηλίδες ή δίκτυο μαύρο και περιοχές όπου παρουσιάζεται μπλε-γκρίζο ή λευκό χρώμα, αποτελεί ενδεικτικό σημείο υποχώρησης του μελανώματος.

Ανάπτυξη και μορφολογικά χαρακτηριστικά:

Αργότερα, όταν συμβεί διείσδυση από τη βασική μεμβράνη στο χόριο, ένα τμήμα της βλάβης παχύνεται και αποκτά οζώδη μορφή. Τότε ονομάζεται κακοήθες μελάνωμα του τύπου κακοήθους φακής.

Εάν η βλάβη παραμείνει χωρίς θεραπεία, η διηθητική τάση επικεντρώνεται βραδέως, αλλά σταθερά, προς το μέσον της βλάβης και σε διάστημα μηνών ή ετών τα νεοπλασματικά μελανοκύτταρα προεκτείνονται προς το βάθος υπό τη μορφή «*κάθετης διήθησης*», διασπώντας τη βασική μεμβράνη. Συγχρόνως,

Κεφάλαιο 4^ο: Διαχωρισμός και ταξινόμηση του κακοήθου μελανώματος

οι αλλοιώσεις αναπτύσσονται επιφανειακός υπό την μορφή όγκου και επεκτείνονται περιφερικώς.

Σε διάστημα από 5-50 χρόνια, η κακοήθης φακή έχει πλέον εξελιχθεί σε επιπολής επεκτεινόμενο κακοήθες μελάνωμα (περίπου 30% των περιπτώσεων) και η λεμφαδενική μετάσταση του μελανώματος είναι σπάνια και συμβαίνει όψιμα [www.dermaline.gr, www.melanoma.gr, Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994, Ι. Χατζής, 1996].

4.2.2 Επιπολής Επεκτεινόμενο Κακοήθες Μελάνωμα (Superficial Spreading Melanoma)



Πρόκειται για τον πλέον πιο συχνό τύπο κακοήθους μελανώματος, αφού φαίνεται να καλύπτει ποσοστό 70% επί του συνόλου των κακοήθων μελανωμάτων και αναλογικά αυξάνεται η συχνότητά του, καθώς αυξάνεται και η συνολική συχνότητα του κακοήθους μελανώματος. Παρατηρείται κατά την 4^η ή 5^η δεκαετία της ζωής και είναι συχνότερο στις γυναίκες, με σημείο εντοπισμού την κνήμη, ενώ στους άνδρες στην περιοχή του λαιμού [www.melanoma.gr, Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994].

Σημεία και συμπτώματα:

Το επιπολής επεκτεινόμενο μελάνωμα, είναι μια βλάβη μικρότερη της διαμέτρου 2,5 cm.

Στο πρώιμο στάδιο εμφανίζεται σαν μια καφετιά κηλίδα, με ποικιλοχρωμία από ανοιχτό καφέ έως μαύρο, ερυθρό, ροζ και ακόμα γκριζωπό ή λευκό κατανομημένα τυχαία, ασύμμετρα κυκλωτερής με τοξοειδή περιφέρεια. Ωστόσο, παρά το μικρό μέγεθος, μπορεί να υπάρχει και ιστορικό μεγέθυνσης ή αλλαγής, με αποτέλεσμα η βλάβη να καθίσταται σε ψηλαφητή εφελκίδα.

Εν συνεχεία, το μόρφωμα το οποίο αναπτύσσεται, εμφανίζει χαρακτηριστικά χροιάς από σκοτεινή φαιά έως βαθιά μελανή και ερυθροφαιά (σε ορισμένα σημεία της υποκείμενης φλεγμονής), ενώ το σχήμα είναι ακανόνιστο και η περιφέρεια συνήθως ανώμαλη, προς το κέντρο της βλάβης, όπου εμφανίζεται συνήθως η εφελκίδα (όπως προαναφέρθηκε), η οποία υποδηλώνει την υποκείμενη έλκωση. Η βλάβη μπορεί να ελκωθεί ή να αιμορραγεί και να υπάρχει απώλεια της γράμμωσης ή του χνουδιού, ενώ ο κνησμός αποτελεί συχνό σύμπτωμα [www.dermaline.gr, Φ. Χρυσομάλλης, 2005].

Ανάπτυξη και μορφολογικά χαρακτηριστικά:

Η επέκτασή του επιπολής επεκτεινόμενου μελανώματος για κάποιο χρονικό διάστημα (από μήνες έως δύο ή τρία χρόνια) γίνεται στις επιπολής στιβάδες του δέρματος και όταν αρχίσει να αναπτύσσεται προς κάθετη κατεύθυνση, δηλαδή προς τις βαθύτερες στιβάδες του δέρματος, τότε αρχίζουν και οι μεταστάσεις. Στη φάση αυτή, αναπτύσσονται και τα μικρά οζίδια στην επιφάνεια της βλάβης. Ενώ, όταν η βλάβη δείχνει οριζόντια μόνο

Μελάνωμα Δέρματος

εξάπλωση τότε πρόκειται για in situ (ενδοεπιδερμικό μελάνωμα) επιπολής επεκτεινόμενο μελάνωμα.

Στην περίπτωση που υπάρχει ανάπτυξη του μελανώματος σε σπίλο που προϋπήρχε (~50% των περιπτώσεων), παρατηρείται μια έντονη μορφολογική διαφορά μεταξύ των δύο βλαβών, στη χροιά και στην περιφέρεια. Χαρακτηριστική είναι η μερική υποστροφή της βλάβης, η οποία μπορεί να προκαλέσει απώλεια της φαιάς χροιάς κεντρικά, ενώ η επέκταση συνεχίζεται περιφερικά, αποτελεί σημείο αμφιλεγόμενης προγνωστικής σημασίας. Παρατηρείται έτσι, μία περιφερική ημισελανοειδής μπλε-μαύρη περιοχή σε φλεγμονώδες έδαφος και μια θέση κεντρική με λεπτή ατροφική επιδερμίδα.

Στο προχωρημένο στάδιο ανάπτυξης και πάνω στην επίπεδη βλάβη παρατηρούνται οζίδια ή αιμορραγία. Οι αποχρώσεις τον καφέ-γκρι-μπλε-μαύρου οφείλονται στη πυκνότητα της μελανίνης, ενώ η ερυθρή χροιά στην φλεγμονή.

Όσο αφορά τα κλινικά ευρήματα, αποτελείται από μία ελαφρά ανασηκωμένη πλάκα μικρότερη από τη κακοήθη εφηλίδα, η περιφέρεια είναι ανώμαλη με χαρακτηριστικές εγκοπές και η επιφάνεια είναι επίσης ανώμαλη και κυρίως παρουσιάζει ακατάστατη κατανομή και ποικιλία χρωμάτων, όπως καφέ, μαύρο, μπλε, κόκκινο και γκριζό. Στην κατάσταση αυτή μπορεί να παραμείνει επί μήνες ή και λίγα χρόνια.

Επιπλέον, κατά την κλινική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνεται η ψηλάφηση της βλάβης και των επιχωρίων λεμφαδένων, καθώς και η χειρουργική αφαίρεση, η οποία έχει μία πολύ καλή θεραπευτική αποτελεσματικότητα [<http://health.in.gr>, www.melanoma.gr, I. Χατζής, 1996, I. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994, D. Heasley, 1996].

4.2.3 Οζώδες Μελάνωμα (Nodular Melanoma)



Το οζώδες κακοήθες μελάνωμα είναι η επιθετικότερη κλινικά μορφή του μελανώματος. Αποτελεί το 15-30% του συνολικού αριθμού των μελανωμάτων και εμφανίζεται στην ηλικία των 50-60 ετών και συνήθως, προσβάλλει σε διπλάσιο αριθμό τους άνδρες απ' ό,τι προσβάλλει τις γυναίκες [www.hellenicdermatlas.com].

Σημεία και συμπτώματα:

Αρχικά, η βλάβη εμφανίζεται σαν ένα διηθητικό ημισφαιρικό ογκίδιο χροιάς ερυθρωπής, φαιάς, έντονα μελαγχρωματικής (ή και αχρωμικής), ή σαν μία επηρμένη πλάκα με απολύτως ομοιόμορφο βαθύ σκοτεινό χρωματισμό. Το χρώμα είναι συνήθως μαύρο ή μπλε-γκρι, αλλά μπορεί να είναι καφεοειδές ή και λαμπερό ερυθρό.

Το ογκίδιο μπορεί να παρουσιάζει κεντρική ωχρότητα ή να είναι ανώμαλος μελαγχρωματικό. Συχνά, παρατηρείται ερυθρωπή κεντρική περιοχή με περιφερική δακτυλιοειδή μελάχρωση, ενώ η έλκωση και η αιμορραγία είναι συχνές, όπως και ο κνησμός. Στο στάδιο αυτό η βλάβη εύκολα μπορεί να

Κεφάλαιο 4^ο: Διαχωρισμός και ταξινόμηση του κακοήθου μελανώματος

διαγνωστεί λανθασμένα, σαν αγγειακός όγκος με αποτέλεσμα να καθυστερήσει η θεραπεία.

Ωστόσο, ορισμένες φορές οι οζώδεις βλάβες μπορεί να γίνουν μεγάλες και πολυποειδείς, με χαρακτηριστικά ροζ, καφεοειδή ή μαύρα στίγματα διασκορπισμένα γύρω από την περιφέρεια.

Η εξέγκωση της βλάβης και η αιμορραγία φανερώνει επιδερμική διείσδυση και μπορεί να συμβεί από την αρχή στα πιο επιθετικά Οζώδη Μελανώματα και παρουσιάζεται μόνο σαν αποτέλεσμα της επέκτασης του όγκου και της προσβολής της επιδερμίδας προς τα πάνω από μία ομάδα καρκινικών κυττάρων. Επιπλέον συνοδεύεται, από χοριακή διείσδυση και τοπική διήθηση των λεμφαγγείων η οποία δημιουργεί κυκλικές ή γραμμοειδείς βλάβες. Έτσι, όταν θα τεθεί η διάγνωση και γίνει η αφαίρεση, η πρόγνωση είναι πλέον φτωχή.

Επιστημονικά, το οζώδες μελάνωμα χαρακτηρίζεται από ταχεία ανάπτυξη καθώς και από γρήγορη λεμφαγγειακή και αιματογενή διασπορά.

Αποτελεί την πλέον θανατηφόρο μορφή του μελανώματος, λόγω της μεγάλης μεταστατικής ικανότητας που παρουσιάζει στους λεμφαδένες [www.dermaline.gr, www.melanoma.gr, I. Χατζής, 1996, I. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994, D. Heasley, 1996].

Ανάπτυξη και μορφολογικά χαρακτηριστικά:

Εντοπίζεται συχνά στον κορμό, το κεφάλι, τον λαιμό και τον θώρακα και το κύριο χαρακτηριστικό της βλάβης, είναι η γρήγορη ανάπτυξη σε συνδυασμό με το βάθος της διήθησης. Για το λόγο αυτό αποτελεί και την κακοηθέστερη μορφή του Μελανώματος, διότι εξ' αρχής αναπτύσσεται κάθετα προς τους υποδερματικούς ιστούς χωρίς να προηγηθεί το στάδιο οριζόντιας ανάπτυξης. Έχει την δυνατότητα να αναπτυχθεί σε κάθε θέση του κλινικά υγιούς δέρματος ή σε συνδυασμό με ένα μελανοκυτταρικό σπίλο [Φ. Χρυσομάλλης, 2005, <http://health.in.gr>].

4.2.4 Κακοήθες Μελάνωμα των Άκρων (Acral Lentiginous Melanoma)



Είναι δυνατό να ανευρεθεί και με την ονομασία φακοειδές μελάνωμα των άκρων ή μελάνωμα των παλαμών και των πελμάτων.

Η μορφή αυτή, μαζί με το υπωνύχιο μελάνωμα συνιστούν το 10% του συνόλου των μελανωμάτων της λευκής φυλής και περισσότερο το 50% του συνόλου των μελανωμάτων της κίτρινης φυλής και της μαύρης. Είναι συχνότερο στους άνδρες και σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας [<http://health.in.gr>].

Εμφανίζεται πιο συχνά στις θέσεις που το δέρμα είναι παχύ και σκληρό όπως: στα πέλματα, στις παλάμες και στην κοίτη του νυχιού.

Η βλάβη χαρακτηρίζεται κλινικά, από μία μελαχρωματική κηλίδα με ανώμαλη περιφέρεια, ακανόνιστα όρια και ποικιλία στο χρωματισμό μέσα στην οποία αναπτύσσεται οζίδιο, το οποίο συχνά εξελκώνεται.

Μελάνωμα Δέρματος

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει σε ορισμένες περιπτώσεις από την "μέλαινα πτέρνα", η οποία είναι μια τραυματική βλάβη με έξοδο ερυθρών στις άνω στιβάδες της επιδερμίδας (βασική στιβάδα), οι οποίες αντικαθίσταται από μεγάλα άτυπα μελανοκύτταρα, τα οποία τείνουν να εξαπλωθούν τόσο προς την επιφάνεια όσο και προς το χόριο. Παρόλα αυτά, οι φυσιολογικές δερματικές ακρολοφίες διατηρούνται, αν και έχει πολύ κακή πρόγνωση [www.dermaline.gr, www.melanoma.gr, Φ. Χρυσομάλλης, 2005, Ι. Χατζής, 1996].

4.2.5 Κακοήθες Μελάνωμα του Υπονυχίου (Acral Lentiginous Melanoma)



Αποτελεί παραλλαγή του μελανώματος των άκρων και τις περισσότερες φορές διαγιγνώσκεται στο τελικό στάδιο. Εμφανίζεται, ως σκουρόχρωμες ραβδώσεις, μελαχρωματική κηλίδα (ονομάζεται και σημείο Hutchinson) κάτω από το νύχι, οι οποίες στη συνέχεια συνενώνονται και σχηματίζουν καφέ ή μαύρη συλλογή που μπορεί να εκληφθεί ως υπονύχιο αιμάτωμα. Όταν η βλάβη μεγαλώσει σπάει το νύχι και συχνά επιμολύνεται. Η διάγνωση συνήθως καθυστερεί, γιατί εκλαμβάνεται είτε ως αιμάτωμα, είτε ως υπονύχια φλεγμονή. Έχει πολύ κακή πρόγνωση εξαιτίας της αγγειοβρίθειας της περιοχής στην οποία αναπτύσσεται και της καθυστέρησης της διάγνωσης [www.dermaline.gr, <http://health.in.gr>, www.melanoma.gr, Φ. Χρυσομάλλης, 2005, Ι. Χατζής, 1996, Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994, Κ. Παπαδόπουλος, 1996].

| Τύπος μελανώματος | Κύρια χαρακτηριστικά | Πενταετής επιβίωση % των ασθενών |
|---|---|----------------------------------|
| <i>Επιπολής επεκτεινόμενο μελάνωμα</i> | Εμφανίζεται συχνότερα σε νεαρά ενήλικα άτομα και σε σημεία του σώματος που εκτίθενται στον ήλιο περιστασιακά. Συχνότερες εντοπίσεις η κνήμη των γυναικών και ο λαιμός των ανδρών | 50 |
| <i>Οζώδες μελάνωμα</i> | Εμφανίζεται συχνότερα σε νεαρά ενήλικα άτομα (πιο συχνά άνδρες), σε σημεία του σώματος που εκτίθενται στον ήλιο περιστασιακά. Η πλάτη είναι η συχνότερη εντόπιση. Εξελίσσεται αρκετά γρήγορα. | 20 - 25 |
| <i>Μελάνωμα επί φακίδας του τύπου της κακοήθους φακίδας</i> | Εμφανίζεται συχνότερα σε ηλικιωμένα άτομα, συνηθέστερα σε σημεία που εκτίθενται στον ήλιο, ιδίως στο πρόσωπο. Εμφανίζεται πιο συχνά στα άτομα που συνηθίζουν να μένουν εκτεθειμένα στον ήλιο. | 15 |
| <i>Μελάνωμα των άκρων και του υπονυχίου</i> | Εμφανίζεται σε ενήλικους στις παλάμες, τα πέλματα και στην περιοχή της ονυχοφόρου φάλαγγας του μεγάλου δακτύλου του ποδιού. Η συχνότητά του είναι οκτώ φορές μεγαλύτερη στα πέλματα απ' ό τι στην παλάμη. | 10 |

Πίνακας 5: Κύρια χαρακτηριστικά μελανώματος και ποσοστά πενταετούς επιβίωσης

Κεφάλαιο 4^ο: Διαχωρισμός και ταξινόμηση του κακοήθου μελανώματος

4.3 Άλλες μορφές μελανώματος

Εκτός από τις κλινικές μορφές, μπορούμε να ταξινομήσουμε το κακοήθες μελάνωμα και με τις ακόλουθες μορφές.

4.3.1 Αμελανωτικό Κακοήθες Μελάνωμα



Το **αμελανωτικό μελάνωμα**, πρόκειται για μια εξαιρετικά σπάνια μορφή του κακοήθους μελανώματος [www.hellenicdermatlas.com].

Εμφανίζεται με την μορφή υπόλευκου σκληρού ογκιδίου, το οποίο σαφώς παρουσιάζεται λευκότερο από το γειτονικό δέρμα και εντοπίζεται στο κεφάλι και στον λαιμό. Συνήθως, η βλάβη εξελκώνεται και συνοδεύεται από κνησμό.

Κλινικά σημεία που βοηθούν σημαντικά στη διάγνωση του αμελανωτικού μελανώματος είναι:

- Η ανώμαλη κατανομή του χρώματος, με διάφορες αποχρώσεις του καφέ, μαύρου, κόκκινου, λευκού και μπλε.
- Οι σπίλοι, οι οποίοι αλλάζουν χρώμα, θα πρέπει να θεωρούνται ύποπτοι εξαλλαγής προς κακοήθου μελάνωμα.
- Το ανώμαλο πάχος από τη μία θέση στην άλλη, η οποία έχει ιδιαίτερη σημασία όταν είναι και ασύμμετρη και
- Η ανώμαλη περιφέρεια της βλάβης.

Το γεγονός ότι, η μελανίνη σπανίζει ή απουσιάζει πλήρως στα κύτταρα του όγκου, αποτελεί στοιχείο ένδειξης φτωχής διαφοροποίησης και οι λόγοι για τους οποίους δεν παράγεται η μελανίνη παραμένουν άγνωστοι.

Έτσι λοιπόν, η πρόγνωση είναι μάλλον κακή λόγω καθυστερημένης διάγνωσης, γεγονός που ενισχύεται από την πενταετή επιβίωση σε λιγότερους από 30% των πασχόντων [www.dermaline.gr, I. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994, I. Χατζής, 1996, Φ. Χρυσομάλλης, 2005].

4.3.2 Κακοήθες Μελάνωμα Βλεννογόνων και Χοριοειδούς (Mucosal Melanoma)

Το **κακοήθες μελάνωμα των βλεννογόνων**, είναι πιο συχνό στους νέγρους και στους Άραβες από ότι στους λευκούς. Αποτελεί μια σπάνια μορφή που μπορεί να εντοπισθεί στο βλεννογόνο τον στόματος, των γεννητικών οργάνων ή περιπρωκτικά.

Επί χρόνια μπορεί να αναπτύσσεται περιφερικά σαν μία στικτή, ανώμαλα μελαγχρωματική, εκτεταμένη πλάκα χωρίς διήθηση.

Παρόλα αυτά θα πρέπει πάντα να γίνεται βιοψία χωρίς καθυστέρηση παρά την αθώα καλοήθη κλινική όψη της βλάβης. Οι πιθανοί αιτιολογικοί

Μελάνωμα Δέρματος

παράγοντες του μελανώματος των βλεννογόνων και του χοριοειδούς είναι άγνωστοι [Φ. Χρυσομάλλης, 2005, Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994].

4.3.3 Νεανικό Μελάνωμα (Spitz Nevus)



Είναι ένα ογκίδιο ή πολλαπλά ογκίδια ποικίλου σχήματος, που εμφανίζονται κυρίως στην παιδική ηλικία και σε συχνότητα 1,6% και έχει καλή πρόγνωση, εφόσον είναι σχεδόν βέβαιο ότι δεν μεταπίπτει σε κακοήθες μελάνωμα.

Ο αιτιολογικός παράγοντας φαίνεται να είναι η νόσος του Sutton, η οποία εμφανίζεται να έχει σχέση με τους ανοσολογικούς μηχανισμούς, οι

οποίοι κατά κάποιο τρόπο υπεισέρχονται στη βιολογική συμπεριφορά του κακοήθη μελανώματος.

Η νόσος του Sutton εμφανίζεται με κλινικά χαρακτηριστικά όπως η λευκή άλω, στο κέντρο της οποίας προϋπήρχε μελαγχρωματικός σπίλος [Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994].

4.3.4 Άγνωστης Πρωτοπαθούς Εστίας (Occult Melanoma)

Σε ποσοστό 3-8% το μελάνωμα εκδηλώνεται με τις λεμφαδενικές του μεταστάσεις χωρίς να έχει αποκαλυφθεί η πρωτοπαθής εστία.

Είναι γνωστό άλλωστε, ότι σε ποσοστό 45-60% των ασθενών, οι μεταστάσεις είναι λεμφαδενικές και εάν οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπισθούν με ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό, η πενταετής επιβίωσή τους είναι σίγουρη, όπως και αυτής των ασθενών του ίδιου σταδίου με γνωστή πρωτοπαθή εστία.

Από τις διάφορες εξηγήσεις που έχουν δοθεί για την αδυναμία ανάδειξης της πρωτοπαθούς εστίας, φαίνεται πως η πλήρης αυτόματη υποστροφή της είναι η περισσότερο πιθανή.

Συνεπώς, είναι γνωστό πως αν και το μελάνωμα αποτελεί το 1% των νεοπλασιών στον άνθρωπο, εμφανίζει το 11% των αναφερομένων αυτόματων υποστροφών της πρωτοπαθούς εστίας [www.melanoma.gr].

4.3.5 Μεταστατικό ή Δευτερογενές Μελάνωμα (Metastatic or Secondary Melanoma)

Η μετάσταση η οποία εκδηλώνεται είναι αρκετά συχνή για βλάβες που είναι παχύτερες των 2 mm. Εκείνες που προηγούνται είναι οι μεταστάσεις σε λεμφαδένες, από τις μεταστάσεις του αιματογενούς συστήματος.

Η συχνότητα προσβολής των επιχώριων λεμφαδένων αυξάνει με το πάχος της βλάβης, ενώ, είναι επίσης γνωστό ότι πολλά από τα μελανώματα μεθίστανται αιματογενώς σε απομακρυσμένα όργανα, χωρίς την προσβολή

Κεφάλαιο 4^ο: Διαχωρισμός και ταξινόμηση του κακοήθου μελανώματος

των επιχώριων λεμφαδένων. Έτσι η προσβολή των λεμφαδένων, σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να είναι απλά δείκτης ενός μελανώματος που έχει ήδη υποστεί μετάσταση. Οι μεταστάσεις συμβαίνουν συνήθως μέσα στα 5 πρώτα έτη από την εμφάνιση της πρωτογενούς εστίας.

Ωστόσο, η παρουσία των μεταστάσεων μπορεί να καθυστερήσει, ιδιαίτερα σε λεπτές πρωτογενείς βλάβες, ενώ οι μεταστάσεις μετά πάροδο της δεκαετίας είναι σπάνιες.

Η πρόγνωση της επιβίωσης για τους ασθενείς με μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα είναι πολύ φτωχή (μέση διάρκεια ζωής μικρότερη του έτους), ενώ το 4-10% του ποσοστού των ασθενών με μεταστάσεις μελανώματος, δεν είναι δυνατό να ανευρεθεί η πρωτογενή εστία. Σε μερικές περιπτώσεις όμως, η ύπαρξη της πρωτογενούς εστίας ανιχνεύεται σε εσωτερικό όργανο, στους οφθαλμούς ή στο βλεννογόνο (στόμα, γεννητικά όργανα) και θα πρέπει να ερευνηθεί προσεκτικά.

Όσο αφορά την κλινική εικόνα, χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα υποδόρια ή δερματικά ογκίδια, συνήθως αφλέγμονα και μη μελαγχρωματικά, υπάρχουν όμως και μεταστατικές μορφές με παρουσία φλεγμονώδους διήθησης και συνδεσμική δραστηριότητα (επιδερμοτρόπο μεταστατικό μελάνωμα) [Φ. Χρυσομάλλης, 2005].

4.4 Ασυνήθεις κλινικές και ιστολογικές μορφές μελανώματος

Στις ασυνήθεις μορφές μελανώματος περιλαμβάνονται:

Πολυποειδές (Polypoidal) ή Κρεμάμενο Μελάνωμα (Pedunculated Melanoma):

Κλινικά χαρακτηρίζεται από ογκίδιο, όπου η επιφάνεια του ογκιδίου εμφανίζει διάβρωση ή έλκωση. Επειδή, τα πολυποειδή μελάνωμα αποκτούν ταχέως μεγάλο όγκο, η πρόγνωσή τους είναι συνήθως φτωχή.

Μυρμηγκιώδες Μελάνωμα (Verrucous Melanoma):

Κλινικά και ιστολογικά είναι δυνατό να προκαλέσει διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα με τις κοινές μυρμηγκιές, το μυρμηγκιώδες καρκίνωμα και τις σμηγματορροϊκές κερατώσεις. Λόγω, της υπερβολικής υπερκεράτωσης και της μυρμηγκιώδους υπερπλασίας, εμφανίζει ιστολογική εικόνα ψευδό-επιθηλιωματώδους υπερπλασίας. Σε περίπτωση που η χρωστική (μελανίνη) δεν είναι εμφανής κλινικά και ιστολογικά, παρατηρείται αλλοίωση των κερατινοκυττάρων, η οποία είναι όμοια με αυτή που προκαλεί ο ιός των μυρμηγκιών και είναι δυνατόν να τεθεί εσφαλμένη διάγνωση (υπωνύχιο, φακοειδές μελάνωμα των άκρων).

Πολλαπλά Πρωτογενή Μελάνωμα (Multiple Primary Melanoma):

Παρουσιάζονται σε ασθενείς που είχαν ένα τουλάχιστον δερματικό μελάνωμα και έχουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν επιπλέον μελάνωμα σε

Μελάνωμα Δέρματος

συχνότητα περίπου 5% τα πρώτα 10 χρόνια μετά τη διάγνωση. Συνήθως, τα πολλαπλά και τα οικογενή μελανώματα σχετίζονται με την παρουσία δυσπλαστικών σπίλων. Ένα προϋπάρχον μελάνωμα, είναι εκείνο το οποίο αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση νέου μελανώματος, ιδιαίτερα σε νέα άτομα και σε συγγενείς ατόμων με οικογενές μελάνωμα.

Γενικευμένη Μελάνωση σε Μεταστατικό Μελάνωμα (Generalized Melanosis in Metastatic Melanoma):

Είναι σπάνιο φαινόμενο και συνδέεται με εκτεταμένες μεταστάσεις του μελανώματος. Χαρακτηρίζεται, από καθολική ομοιόμορφη γκριζοκίτρινη δυσχρωμία δέρματος, επιπεφυκώτων, στοματικού βλεννογόνου και συχνά από μελανιουρία.

Επιπλέον ανιχνεύονται και το δεσμοπλαστικό μελάνωμα (desmoplastic) και νευροτροπικό μελάνωμα (neurotropic), το μελάνωμα με σφαιροκύτταρα (balloon cell melanoma), το μυξοειδές μελάνωμα (myxoid), το σπιλοειδές μελάνωμα (nevroid melanoma), το μελάνωμα μικρής απόκλισης (minimal deviation melanoma) [Φ. Χρυσομάλλης, 2005].

4.5 Αυτόματη υποστροφή

Αποτελεί ένα πραγματικό γεγονός για τα μελανώματα, επαρκώς μελετημένο. Κλινικά, **παρατηρείται μερική ή πλήρη εξαφάνιση της κακοήθους βλάβης χωρίς τη χορήγηση κανενός είδους θεραπείας**. Η υποστροφή της βλάβης ωστόσο, σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει ίαση και γι' αυτό τον λόγο ονομάζεται υποστροφή και όχι αυτόματη ίαση, ενώ το φαινόμενο φαίνεται να έχει ανοσολογική βάση.

Παρότι τα μελανώματα αποτελούν μόνο το 1-3% του ποσοστού όλων των κακοήθων όγκων, το 11% των περιπτώσεων από αυτά, αποτελεί φαινόμενο της αυτόματης υποστροφής, όπου η πρωτοπαθής εστία έχει περισσότερες πιθανότητες να υποστραφεί, από ότι οι μεταστάσεις. Ωστόσο, η παρουσία του φαινομένου της αυτόματης υποστροφής της πρωτοπαθούς εστίας δεν κάνει την πρόγνωση καλύτερη.

Σημεία και συμπτώματα:

Εμφανίζεται ως **άλω γύρω από το μελάνωμα**, το οποίο υποχωρεί σε μέγεθος, μέχρι και πλήρους εξαφάνισης για να παραμείνει μια αβαθής ουλή. Εκείνα που δεν υφίστανται σχεδόν ποτέ υποστροφή, είναι τα οζώδη μελανώματα [www.melanoma.gr].

Κεφάλαιο 4^ο: Διαχωρισμός και ταξινόμηση του κακοήθου μελανώματος

4.6 Ιστολογικά χαρακτηριστικά του κακοήθου μελανώματος

Τα βασικά ιστολογικά χαρακτηριστικά του μελανώματος είναι:

- ✓ Παρουσία **κακοήθων μελανοκυττάρων στην επιδερμίδα**, όχι μόνο σε αυτήν που καλύπτει την βλάβη αλλά και σε αυτήν που βρίσκεται στα πλάγια της βλάβης.
- ✓ **Άτυπα και άωρα μελανοκύτταρα** στο χόριο με απουσία τάσης ωρίμανσης.
- ✓ **Άτυπες μιτώσεις** των μελανοκυττάρων.
- ✓ **Παρουσία λεμφοκυτταρικής διήθησης** στη βάση της βλάβης.
- ✓ Εμφανής παρουσία **νεόπλαστων αγγείων**.

4.6.1 Προγνωστικά ιστολογικά χαρακτηριστικά του μελανώματος

Τα προγνωστικά ιστολογικά χαρακτηριστικά του μελανώματος είναι:

➤ **Το πάχος του πρωτογενούς μελανώματος.** Μετράτε από την υπερκείμενη κοκκώδη στιβάδα μέχρι τα βαθύτερα ευρισκόμενα κύτταρα του μελανώματος (κατά *Breslow*). Η μέτρηση γίνεται σε mm με προσοφθάλμιο μικρόμετρο στο μικροσκόπιο, σε τομή από το φαινομενικά παχύτερο σημείο της βλάβης.

➤ **Το βάθος της διήθησης του πρωτογενούς μελανώματος στους ιστούς** (κατά *Clark*). Εκτιμά τον συσχετισμό του επιπέδου με την πρόγνωση.

➤ **Άλλα προγνωστικά ιστολογικά χαρακτηριστικά** που κάνουν την πρόγνωση φτωχότερη είναι:

- I. η *έλκωση*, έστω και μικροσκοπική,
- II. η *διήθηση* των αγγείων,
- III. ο μικρότερος βαθμός της *λεμφοκυτταρικής* διήθησης και
- IV. ο υψηλός βαθμός *μιτώσεων* (μεγαλύτερος των 6 μιτώσεων ανά τετραγωνικό χιλιοστό).

Επιπλέον στην ιστολογική εικόνα, τα κύτταρα του μελανώματος φαίνονται πολύμορφα όσο αφορά το μέγεθος, το σχήμα και τους πυρήνες που παρουσιάζουν άφθονες μιτώσεις. Τα νεοπλασματικά κύτταρα πολλές φορές αθροίζονται και σχηματίζουν **ενδοεπιδερμικές φωλιές**, όπου συχνά συνυπάρχει και φλεγμονώδης κυτταρική διήθηση.

Στην περίπτωση τυπικού κακοήθου μελανώματος με χαρακτήρες διηθήσεως επιδερμίδας και χορίου, τα νεοπλασματικά κύτταρα που υπερισχύουν, είναι ατρακτοειδή, επιθηλιοειδή ή μικτού τύπου με ποικιλία και συχνά παραλλάσουν, από μία θέση σε άλλη, μέσα στον ίδιο όγκο.

Η μελανίνη ανιχνεύεται εν αφθονία στα νεοπλασματικά κύτταρα και ελεύθερη στο χόριο του δέρματος, ενώ η παρουσία μελανίνης στο κυτταρόπλασμα των ενδοεπιδερμικών φωλιών που σχηματίζουν τα νεοπλασματικά κύτταρα υποδηλώνει κακοήθεια μελαχρωματικού σπίλου.

Τέλος, ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται κατά την αξιολόγηση των ιστολογικών ευρημάτων, που γίνεται με βάση την βιοψία, σε μικρού ή μεγάλου μεγέθους

Μελάνωμα Δέρματος

σπίλους, μελαχρωματικοί σπίλοι και σε σπίλους Spitz (νεανικό μελάνωμα) με κακοήθες μελάνωμα [www.dermaline.gr, Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994, Φ. Χρυσομάλλης, 2005].

4.7 Μελάνωμα και βιοψία

Βιοψία είναι η διαδικασία κατά την οποία ο γιατρός με χειρουργική επέμβαση, μικρή ή μεγάλη, ή ακόμη και με παρακέντηση, η οποία επιτελείται με ειδική βελόνα (βιοψία δια βελόνης), λαμβάνει ένα κομμάτι ιστού ή ογκιδίου (μικρό ή μεγάλο) από την αλλοιωμένη περιοχή, στο οποίο γίνεται η ιστολογική εξέταση.

Κάθε αλλοίωση που θα βρεθεί στην βιοψία θα αξιολογηθεί με σκοπό να βοηθήσει τον γιατρό να αποφασίσει αν απαιτείται θεραπεία ή όχι. Η βιοψία εκτελείται από τον παθολογοανατόμο.

Επιλογή τεχνικής αφαίρεσης του όγκου για ιστολογική εξέταση:

Ωστόσο, αυτό που θα πρέπει να επισημάνουμε είναι ότι, οι λήψεις με βελόνη ή με μικρό νυστέρι συχνά δίνουν ανεπαρκείς πληροφορίες. Γι' αυτό είναι προτιμότερο στους μεγάλους όγκους, να λαμβάνεται ένα τεμάχιο για την βιοψία, διότι οι βιοψίες που περικλείουν τον όγκο προτιμώνται περισσότερο.

Όσο αφορά, το θέμα της βιοψίας θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι επικρατεί ενός είδος σύγχυσης, ως προς την επιλογή μεταξύ της διαγνωστικής βιοψίας ή της προηχθήσας χειρουργικής αφαίρεσης και μετέπειτα βιοψίας. Θεωρητικά, ο κίνδυνός της αιματογενούς διασποράς είναι υπαρκτός.

Ωστόσο, είναι σχεδόν βέβαιο ότι η ολοσχερώς αφαίρεση μικρού πιθανού κακοήθους μελανώματος διαμέτρου 1-2 mm επί φυσιολογικού δέρματος, με σκοπό να γίνει βιοψία, δεν εγκυμονεί κινδύνους από την πλευρά της πρόγνωσης, εάν και εφόσον η οριστική αφαίρεση των ιστών γίνει εντός δύο εβδομάδων.

Εάν υπάρχει μεγάλη πείρα, είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί και η μέθοδος της ταχείας βιοψίας ακίνδυνα, αν και οι σημερινές τεχνικές επιτρέπουν την ανάγνωση της βιοψίας σε 24 ώρες.

Εκείνο το οποίο θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, είναι και η πιθανότητα διασποράς των καρκινικών κυττάρων, στην περίπτωση που θα γίνει μεγάλη διήθηση με τοπικό αναισθητικό σε σημαντική ποσότητα.

Συμπερασματικά, εάν πρόκειται για βιολογικό υλικό από βλάβες, με ισχυρές ενδείξεις μελανώματος, συνίσταται η πλήρης χειρουργική αφαίρεση της βλάβης, πάντα λαμβάνοντας υπ' όψη τα κριτήρια ασφαλείας.

Ενώ, σε περιπτώσεις που η πιθανότητα μελανώματος είναι μικρή, είναι επικρατέστερη η άποψη να γίνεται βιοψία [www.mastologia.gr, www.lysistrati-med.gr, www.lungcancer.gr, www.diavlos.gr, Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994].

Κεφάλαιο 4^ο: Διαχωρισμός και ταξινόμηση του κακοήθου μελανώματος

4.8 Στάδια μελανώματος

Αρχικά το μελάνωμα σταδιοποιείται κλινικά σε τρία στάδια.

1. *Στάδιο I* : εντοπισμένο,
2. *Στάδιο II* : με επιχώριες λεμφαδενικές μεταστάσεις και
3. *Στάδιο III*: με απομακρυσμένες μεταστάσεις.

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

Επιπλέον, για λόγους ευκολότερης κλινικής αξιολόγησης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων τα μελανώματα διακρίνονται επίσης σε:

- **λεπτά** (thin), όταν η διήθηση είναι < 1.5 mm
- **διαμέσου πάχους** (intermediate), όταν η διήθηση είναι 1.6-4.0 mm
- **παχέα** (thick), όταν η διήθηση είναι > 4.0 mm.

[www.melanoma.gr, Περιοδικό 'Ιατρική', 1998]

Υπάρχουν δύο συστήματα μικροσκοπικής σταδιοποίησης που έχουν επικρατήσει και εφαρμόζονται σήμερα.

Το πρώτο είναι **μικρομετρικό** (Breslow - 1970) και μετράει το βάθος της διήθησης σε mm από την κοκκιώδη στοιβάδα της επιδερμίδας μέχρι το βαθύτερο σημείο της διήθησης και το δεύτερο είναι **μορφολογικό** (Clark - 1969) όπου το επίπεδο της διήθησης εξαρτάται από το στοιχείο του δέρματος στο οποίο φθάνει.

Διακρίνουμε **κατά Clark** τα εξής επίπεδα:

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

Η κατά Clark μέθοδος είναι αρκετά υποκειμενική και τείνει να υποκατασταθεί από την κατά Breslow η οποία θεωρείται ακριβέστερη.

Διακρίνουμε έτσι **κατά Breslow** τα εξής εύρη παχών :

- *Επίπεδο I* : μικρότερο από 0,75 mm,
- *Επίπεδο II* : 0,76-1,50 mm,
- *Επίπεδο III* : 1,51-2,49 mm,
- *Επίπεδο IV* : 2,5-3,99 mm και
- *Επίπεδο V* : μεγαλύτερο από 4 mm.

[www.melanoma.gr, Περιοδικό 'Ιατρική', 1998]

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

Μελάνωμα Δέρματος

4.9 Ποσοστά επιβίωσης

Όπως προαναφερθήκαμε η σταδιοποίηση του μελανώματος (staging) έχει ως σκοπό τον καθορισμό υποομάδων ασθενών με όμοια πρόγνωση, για θεραπευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς.

Συνεπώς, τα ποσοστά της πενταετούς επιβίωσης μειώνονται με την αύξηση τον βάθους του επιπέδου από το στάδιο I έως το στάδιο V.

Έτσι λοιπόν με βάση τα παραπάνω και την American Joint Committee on Cancer, η πενταετής επιβίωση για νεοδιαγνωσμένα και εντοπισμένα πρωτογενή μελανώματα (στάδια 0 έως και II) είναι περίπου 90% συγκριτικά με την επιβίωση που φθάνει το 55%, όταν υπάρχει προσβολή των λεμφαδένων στο στάδιο III. Ενώ η πενταετής επιβίωση στο στάδιο IV είναι της τάξης του 10%, όταν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις [Φ. Χρυσομάλλης, 2005, www.dermaline.gr].

| Συστήματα σταδιοποίησης | Επίπεδο | Ιστολογικά χαρακτηριστικά σταδίων και βαθμός διήθησης (πάχος mm) | Ποσοστό πενταετούς επιβίωσης (%) |
|---|-------------|--|----------------------------------|
| <i>Clark</i> | Επίπεδο I | Ενδοεπιδερμικό κακοήθης μελάνωμα | 95% |
| | Επίπεδο II | Διήθηση θηλώδους χορίου | 82% |
| | Επίπεδο III | Διήθηση θηλών με νεοπλασματικά κύτταρα | 71% |
| | Επίπεδο IV | Διήθηση στο δικτυωτό στρώμα του χορίου | 49% |
| | Επίπεδο V | Διήθηση λιπώδους ιστού | 42% |
| <i>Breslow</i> | Επίπεδο I | < 0,76 mm | 96% |
| | Επίπεδο II | 0,77–1,49 mm | 87% |
| | Επίπεδο III | 1,5–2,49 mm | 75% |
| | Επίπεδο IV | 2,5–3,99 mm | 66% |
| | Επίπεδο V | > 4 mm | 47% |
| <i>American Joint Committee on Cancer</i> | Επίπεδο I | Τοπικό μελάνωμα | 90% |
| | Επίπεδο II | Τοπικό μελάνωμα | 90% |
| | Επίπεδο III | Διήθηση λεμφαδένων | 55% |
| | Επίπεδο IV | Εκτεταμένες μεταστάσεις | 10% |

Πίνακας 6: Πίνακας πενταετούς επιβίωσης ανά σύστημα σταδιοποίησης

[www.dermaline.gr, Φ. Χρυσομάλλης, 2005, Περιοδικό 'Ιατρική', 1998, I. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994]

4.10 Διασπορά και μεταστάσεις μελανώματος

Έχει παρατηρηθεί επί μακρό χρονικό διάστημα, ότι υπάρχει αρμονική συμβίωση καρκινικών κυττάρων κακοήθους μελανώματος και ξενιστή. Ωστόσο, γίνεται πάντοτε διασπορά με δύο κυρίως τρόπους. Πραγματοποιείτε είτε λεμφογενώς (ενδοδερματική μετάσταση) ή μέσω των περιοχικών λεμφαδένων σε απομακρυσμένες περιοχές, είτε γίνεται μέσω του φλεβικού

Κεφάλαιο 4^ο: Διαχωρισμός και ταξινόμηση του κακοήθου μελανώματος

δικτύου στα εν τω βάθει ζωτικά όργανα (πνεύμονες, ήπαρ, οστά και εγκέφαλος).

Σε περιπτώσεις γενικευμένων μεταστάσεων, η παραγωγή μελανίνης και ο μεταβολισμός της είναι μεγάλος, το αίμα και τα ούρα γίνονται σκούρα και το χρώμα του δέρματος είναι γκρίζο-μαύρο [Ι. Στρατηγός, Ιανουάριος 1994].

Μελάνωμα Δέρματος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Διάγνωση, θεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή με μελάνωμα

Ένας από τους πιο συχνούς παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση μελανώματος είναι τα ηλιακά εγκαύματα που προκαλούνται ειδικά σε νεαρές ηλικίες και πιο συγκεκριμένα σε παιδιά κάτω των 19 ετών. Σε μία χώρα όπως η Ελλάδα, όπου η μέγιστη ετήσια ηλιοφάνεια φτάνει τις 298 μέρες το χρόνο, σημαντικό όπλο στην αντιμετώπιση του μελανώματος είναι η έγκαιρη διάγνωση. Ακόμα όμως και στην περίπτωση της αργοπορημένης διάγνωσης του μελανώματος έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται πολλές εναλλακτικές θεραπείες που με την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, αυξάνουν το προσδόκιμο ζωής των ασθενών [www.inhealth.gr].

5.1 Διάγνωση

Διάγνωση είναι η ταυτοποίηση μιας ασθένειας ή μιας διαταραχής από το γιατρό. Για να κάνει διάγνωση, ο γιατρός εξετάζει τον ασθενή για συμπτώματα και σημεία και ελέγχει το ιατρικό του ιστορικό. Ο γιατρός, μετά τη διάγνωση, αποφασίζει για την κατάλληλη θεραπεία.

5.1.1 Διαφορική διάγνωση

Η **διαφορική διάγνωση** του κακοήθους μελανώματος θα γίνει από:

- το δερμο-επιδερμικό σπίλο (Junctional Nevus),
- το συνδεδεστικό σπίλο (Compound Nevus),
- τον ενδοδερμικό σπίλο (Intradermal Nevus),

Μελάνωμα Δέρματος

- τον κυανούν σπίλο (Blue Nevus),
- το βασικοκυτταρικό μελαγχρωματικό καρκίνωμα (BCE),
- τη σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση (Seborrheic Keratosis),
- το δερματοϊνίωμα (Dermatofibroma) [Ι. Στρατηγός, 1994].

5.1.2 Πρώιμη διάγνωση

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

Ασθενείς που είχαν αναπτύξει μελάνωμα έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ενός καινούργιου μελανώματος. Επίσης αυτοί που έχουν συγγενείς με μελάνωμα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα, από τον μέσο όρο ανάπτυξης μελανώματος και είναι ιδιαίτερα σημαντικό γι' αυτούς να παρατηρούν το δέρμα μόνοι τους και να επισκέπτονται συχνά το γιατρό.

Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα που έχουν του ονομαζόμενους δυσπλαστικούς σπίλους, ή άτυπες έλκες. Οι έλκες αυτές έχουν ανώμαλη εμφάνιση, μπορεί να είναι από λίγες μέχρι πολλές και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν μελάνωμα.

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

Η **βιοψία** και ο **ιστολογικός έλεγχος** παραμένει ο χρυσός κανόνας για την διάγνωση του μελανώματος. Ο ορθότερος τρόπος είναι η αφαίρεση ολόκληρης της ύποπτης βλάβης με χείλος φυσιολογικού δέρματος 1-2 mm. Σε βλάβες μικρού μεγέθους, λεπτές, με σχεδόν σίγουρη κλινική διάγνωση η βιοψία και η θεραπευτική αφαίρεση γίνονται ταυτόχρονα με όχθο φυσιολογικού δέρματος 1 cm και βάθος 1 cm και με όχθο 2-3 cm υγιούς δέρματος για βλάβες παχύτερες του 1 mm.

Διαγνωστική βοήθεια προσφέρει η ανοσοϊστοχημεία και η χρήση του δερματοσκόπιου από εξειδικευμένους και έμπειρους δερματολόγους [Φ. Χρυσομάλλης, 2005].

5.2 Θεώρηση νέων πρακτικών αντιμετώπισης του μελανώματος

Η σημαντική αύξηση της επίπτωσης του μελανώματος ανά τον κόσμο τις τελευταίες δεκαετίες, το καθιστά ένα από τα ταχύτερα αναπτυσσόμενα κακοήγη νεοπλασμάτα στον άνθρωπο, επικεντρώνοντας έτσι το ενδιαφέρον της παγκόσμιας ιατρικής κοινότητας για την λήψη κατάλληλων μέτρων πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, εφαρμογής αποτελεσματικής θεραπείας, επινόησης νέων μεθόδων διάγνωσης, αλλά και κατανόηση των αιτιοπαθογενετικών μηχανισμών του μελανώματος.

5.2.1 Ανίχνευση γενετικής προδιάθεσης

Παρά το γεγονός ότι η δοκιμασία ανίχνευσης είναι πλέον εμπορικά διαθέσιμη, δεν συνιστάται ακόμη η χρήση της σε επίπεδο ρουτίνας λόγω της αβέβαιης ερμηνείας των αποτελεσμάτων. Στην περίπτωση πάντως θετικής δοκιμασίας, η συνιστώμενη πρακτική είναι ριζική αλλαγή του τρόπου ζωής προς αποφυγή καταστάσεων που αυξάνουν το σχετικό κίνδυνο νόησης όπως αποφυγή έκθεσης στον ήλιο ή συμμετοχή σε μελέτες χημειοπροφύλαξης [Ε. Μπριασούλης & Χ. Τόλης, 1999].

5.2.2 Ανοσοθεραπεία

Η βιολογική συμπεριφορά του μελανώματος υποδηλώνει ότι το ανοσολογικό σύστημα παίζει σημαντικό ρόλο στη νόσο αυτή. Η πρώτη αναφορά «ανοσολογικής» θεραπείας έγινε πριν 40 χρόνια με τη διαπίστωση αυτόματης ύφεσης μελανώματος μετά από μετάγγιση αίματος. Δύο βασικά θέματα που σχετίζονται πρακτικά με την ανοσοθεραπευτική προσέγγιση του μελανώματος είναι η σε σημαντικό βαθμό HLA-εξάρτηση της ανοσολογικής απάντησης και η ανάστροφη συσχέτιση της αντιγονικότητας του μελανώματος με τη μεταστατική του ικανότητα.

Ενεργητική ανοσοθεραπεία:

Το εμβόλιο κατά του μελανώματος δοκιμάζεται σαν μία νέα δυνητικά αποτελεσματική μέθοδος πρόληψης ή επιβράδυνσης της εξέλιξης της νόσου. Βασικοί τύποι των εμβολίων είναι τροποποιημένα αυτόλογα ή αλλογενή μελανωματικά κύτταρα και παράγοντες που προέρχονται από την απόσπαση δομών της επιφάνειας των κυττάρων.

Παθητική ανοσοθεραπεία:

Ως ειδική παθητική ανοσοθεραπεία ορίζεται η χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων στη θεραπεία του μελανώματος. Τα αντισώματα αυτά είτε στοχεύουν απευθείας τον όγκο, είτε χρησιμοποιούνται ως σύμπλοκα συνδεδεμένα με κυτταροστατικά, ραδιοϊσότοπα, κυτταροκίνες ή τοξίνες [Ε. Μπριασούλης & Χ. Τόλης, 1999].

Μελάνωμα Δέρματος

5.2.3 Ανίχνευση – βιοψία φρουρού λεμφαδένα

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

Χρησιμοποιείται μια μπλε χρωστική, κυρίως το bleu patente σε δόση 0,3-1 ml με βελόνη 25G, πέριξ της περιοχής της πρωτοπαθούς εστίας ή στην περιοχή της εγχειρητικής ουλής της αφαιρεθείσας πρωτοπαθούς εστίας. Η χρωστική απορροφάται σχεδόν αμέσως από το λεμφικό σύστημα, υποβοηθούμενη από ήπιες μαλάξεις.

Ο λεμφαδένας-φρουρός χρωματίζεται συνήθως σε 5 έως 15 λεπτά αν και η λεμφική ροή είναι μεταβλητή, με μέση ταχύτητα ανά περιοχή; 1,5 cm/min για την περιοχή του τραχήλου και της κεφαλής, 4 cm/min στον κορμό, 5 cm/min στα άνω άκρα και 10 cm/min στα κάτω άκρα. Εάν ο λεμφαδένας δεν έχει εντοπισθεί μέσα σε 20-45 λεπτά, η ενδοδερμική χορήγηση της χρωστικής, επαναλαμβάνεται.

Εάν ο λεμφαδένας-φρουρός είναι αρνητικός, η πιθανότητα να υπάρχει μικροσκοπική μετάσταση στους υπόλοιπους επιχώριους λεμφαδένες, είναι μόνο 2%. Θετικός συνήθως ανευρίσκεται ο φρουρός-λεμφαδένας σε ποσοστό 12-26%, οπότε πρέπει να διενεργείται λεμφαδενικός καθαρισμός και στο 63-85% των περιπτώσεων, ο φρουρός-λεμφαδένας αποδεικνύεται πως είναι και ο μοναδικός λεμφαδένας [Σ. Οικονόμου, 2004].

5.3 Κατά στάδιο θεραπευτική αντιμετώπιση του μελανώματος

Η πιο πρακτική από άποψη προγνωστικής ταξινόμησης και χρήσιμη στην κλινική αντιμετώπιση του μελανώματος σταδιοποίηση είναι της American Joint Committee on Cancer [Ε. Μπριασούλης & Χ. Τόλης, 1999].

| Στάδιο | Περιγραφή |
|------------|--|
| IA | Εντοπισμένο μελάνωμα $\leq 0,75$ mm ή επιπέδου II |
| IB | Εντοπισμένο μελάνωμα 0,75-1,5 mm ή επιπέδου III |
| IIA | Εντοπισμένο μελάνωμα 1,5-4 mm ή επιπέδου IV |
| IIB | Εντοπισμένο μελάνωμα ≥ 4 mm ή επιπέδου V |
| III | Περιοχικές λεμφαδενικές μεταστάσεις ή ≤ 5 in-transit μεταστάσεις χωρίς λεμφαδενική νόσο |
| IV | Προχωρημένη μεταστατική νόσος |

Πίνακας 7: Σταδιοποίηση μελανώματος κατά την American Joint Committee on Cancer

Κεφάλαιο 5^ο: Διάγνωση, θεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

5.3.1 Εκτομή της πρωτοπαθούς εστίας

Η «ευρεία εκτομή» της πρωτοπαθούς εστίας είναι η σημαντικότερη θεραπευτική πράξη, για την επίτευξη υψηλού ποσοστού ίασης. Τα τελευταία χρόνια έγιναν πολυκεντρικές μελέτες για να προσδιοριστεί ακριβώς η έκταση της «ευρείας εκτομής».

Με βάση τις δύο μεθόδους Clark και Breslow, καθορίστηκαν τα κατάλληλα όρια εκτομής για το μελάνωμα του δέρματος:

α) μελάνωμα in situ: εκτομή με όρια 0,5 cm.

β) μελάνωμα < 1,0 mm. σε πάχος: όριο εκτομής 1,0 cm. με σύγκλιση του τραύματος κατά πρώτο σκοπό σε όλες τις περιπτώσεις.

γ) μελάνωμα ενδιάμεσου πάχους (1-4 mm.): το όριο εκτομής 2,0 cm. είναι το κατάλληλο.

δ) μελάνωμα μεγάλου πάχους (> 4 mm.), απαιτεί όρια ευρύτερα από 2 cm. για την τοπική αντιμετώπιση της νόσου.

Οι ασθενείς αυτοί έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα μετάστασης στους επιχώριους λεμφαδένες σε ποσοστό 60% και ακόμη μεγαλύτερη πιθανότητα απομακρυσμένης μετάστασης (60-80%).



Εικόνα 6: Πριν και μετά την εκτομή του όγκου

Σε ότι αφορά την εκτομή σε βάθος, αυτή φθάνει μέχρι την υποκείμενη περιτονία, αν και εδώ οι απόψεις δίστανται, αφού άλλοι υποστηρίζουν ότι η περιτονία πρέπει να αφαιρείται, και άλλοι ότι δεν πρέπει να αφαιρείται, μια και αυτή αποτελεί φραγμό για την εξάπλωση του μελανώματος, ενώ νεότερες μελέτες δεν βρήκαν στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η αφαίρεση της περιτονίας λοιπόν, δεν έχει καμία σημασία από ογκολογικής άποψης ενώ αντίθετα η διατήρησή της συμβάλλει στο καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα [Σ. Οικονόμου, 2004].

5.3.2 In-transit μεταστάσεις

Ως in-transit μεταστάσεις αναφέρονται οι δερματικές ή υποδόριες μεταστατικές εμβολικές εστίες που εκδηλώνονται κατά τη διαδρομή των λεμφαγγείων παροχέτευσης της πρωτοπαθούς εστίας προς τους επιχώριους λεμφαδένες.

Μελάνωμα Δέρματος

Παρότι σε ποσοστό 85% οι in-transit μεταστάσεις αποτελούν προοίμιο εκδήλωσης συστηματικής νόσου, στις περιπτώσεις που δεν συνυπάρχουν σημεία γενικευμένης διασποράς, ενδείκνυται η περιοχική θεραπεία. Αυτή μπορεί να είναι χειρουργική ή ακτινοθεραπεία σε περιπτώσεις με μικρό αριθμό βλαβών, ενώ επί υποτροπής ή εκτεταμένης νόσου αξίζει να θεωρηθεί η φαρμακευτική αγωγή με τεχνικές απομόνωσης της κυκλοφορίας σκέλους. Οι επικρατέστεροι συνδυασμοί που εφαρμόζονται σήμερα στην ILP θεραπεία in-transit μεταστάσεων είναι οι TIM (TNFa – IFN – Melpholan) και TM επιτυγχάνοντας ανταποκρίσεις της τάξης άνω του 75% [Ε. Μπριασούλης & Χ. Τόλης, 1999].

5.3.3 Περιοχική λεμφαδενική νόσος

Ικανή συζήτηση έχει προκαλέσει τα τελευταία χρόνια ο χειρισμός των επιχώριων λεμφαδένων στο μελάνωμα. Οι επιχώριοι λεμφαδένες αποτελούν την πλέον συχνή θέση μετάστασης του μελανώματος ενώ ο χειρουργικός καθαρισμός τους αποτελεί την πλέον αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση με στόχο την ίαση σε ικανό ποσοστό ασθενών. Πενταετής επιβίωση μετά από θεραπευτική λεμφαδενεκτομή είναι της τάξης του 19-38% [Ε. Μπριασούλης & Χ. Τόλης, 1999].

5.3.4 Adjuvant θεραπεία

Ενώ ασθενείς με βλάβες μικρότερες από 1,5 mm (στάδιο I κατά AJCC) έχουν δεκαετή επιβίωση ~85%, σε ασθενείς με βλάβες > 4,0 mm (στάδιο IIB κατά AJCC) ο κίνδυνος υποτροπής μετά από χειρουργική εξαίρεση είναι 50-70%, και σε ασθενείς με λεμφαδενικές μεταστάσεις (στάδιο III κατά AJCC) ο κίνδυνος ανέρχεται σε 85%. Τα τελευταία χρόνια μελετήθηκαν διάφοροι θεραπευτικοί χειρισμοί στην προσπάθεια να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής σε ασθενείς με κακοήθες μελάνωμα υψηλού κινδύνου [Ε. Μπριασούλης & Χ. Τόλης, 1999, Δ. Πεκτασίδης & Φ. Αντωνίου, 1995].

Βιολογικοί τροποποιητές – IFN (Ιντερφερόνες):

Οι IFN, φυσικές και παραγόμενες με την τεχνική του ανασυνδυασμού DNA, έχουν μελετηθεί σε βάθος στη θεραπεία του γενικευμένου κακοήθους μελανώματος.

Η χορήγηση υψηλών δόσεων IFN-α2b στα πλαίσια adjuvant θεραπείας για μελάνωμα υψηλού κινδύνου, αποτέλεσε ένα σημαντικό, πλην βραχύβιο ορόσημο, στην αντιμετώπιση της νόσου. Σε μελέτη που έγινε σε ασθενείς διαπιστώθηκε ότι η τοξικότητα από τη θεραπεία ήταν σημαντική με αποτέλεσμα 114 ασθενείς να αναγκασθούν να διακόψουν τη θεραπεία λόγω παρενεργειών (συμπτώματα γρίπης, ψυχιατρικές διαταραχές,

Κεφάλαιο 5^ο: Διάγνωση, θεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

μυελοκαταστολή και ηπατοτοξικότητα). Ακολούθησαν οι άλλες μελέτες, αλλά δεν διαπιστώθηκε σημαντικό κλινικό όφελος.

Βάσει αυτών των μελετών η χρησιμότητα της IFNa σαν adjuvant θεραπεία στο μελάνωμα παραμένει αμφίβολη [Ε. Μπριασούλης & Χ. Τόλης, 1999].

Χημειοθεραπεία:

Η ντακαρμπαζίνη (DTIC) είναι ο πιο δραστικός παράγοντας σαν μονοθεραπεία. Μολονότι ανταποκρίσεις παρατηρούνται τυπικά σε περίπου 20% των ασθενών, η μέση διάρκεια ανταπόκρισης είναι μόνο 4 μήνες και λιγότεροι από το 2% των ασθενών θα επιβιώσουν 5 έτη. Το DTIC είναι φάρμακο γενικά καλά ανεκτό. Οι μείζονες παρενέργειες περιορίζονται σε ναυτία και έμετο. Η μυελοκαταστολή είναι συνήθως μετρίου βαθμού ενώ η αλωπεκία και η εξάντληση είναι ελαχίστου βαθμού, επιτρέποντας στους περισσότερους ασθενείς να διατηρούνται σε φυσιολογική κατάσταση την περίοδο της θεραπείας. Η ύπαρξη δραστικότερων αντιεμετικών φαρμάκων έχει επιτρέψει τη χρησιμοποίηση του μονοήμερου σχήματος, σε εξωτερικούς ασθενείς.

Δραστικοί κυτταροτοξικοί χημειοθεραπευτικοί παράγοντες:

- | | |
|----------------|----------------|
| → Δακαραβζίνη | → Καρβοπλατίνη |
| → Τεμοζολαμίδη | → Βινβλαστίνη |
| → Καρμουστίνη | → Βινκριστίνη |
| → Λομουστίνη | → Πακλιταξέλη |
| → Φοτεμουστίνη | → Ντοσεταξέλη |
| → Σισπλατίνη | |

Πίνακας 8: Κυτταροτοξικοί χημειοθεραπευτικοί παράγοντες

Η τεμοζολαμίδη είναι ανάλογο του DTIC. Έχει το πλεονέκτημα της απορρόφησης σε per os χορήγηση και του σημαντικού βαθμού διέλευσής της στο ΚΝΣ. Ωστόσο λιγότεροι από 15% των ασθενών ανταποκρίθηκαν τόσο στη μία όσο και στην άλλη θεραπεία. Η Ελληνική Συνεργαζόμενη Ογκολογική Ομάδα έχει χρησιμοποιήσει την τεμοζολομίδη σε συνδυασμό με την ντοσεταξέλη. Σύμφωνα με την μελέτη αυτή ο συνδυασμός ήταν δραστικός και αποτελεσματικός σε ασθενείς με εγκεφαλικές μεταστάσεις που δεν είχαν λάβει ακτινοθεραπεία.

Μια ποικιλία χημειοθεραπευτικών συνδυασμών έχουν δώσει ανταποκρίσεις της τάξης του 30% έως και 50% σε μελέτες φάσης II που αφορούν ασθενείς με μεταστατικό μελάνωμα. Δύο από τα πλέον δραστικά σχήματα περιλάμβαναν την προσθήκη ή πλατίνης και βινμπλαστίνης στο DTIC (CVD) ή την προσθήκη καρμουστίνης, πλατίνης και ταμοξιφαίνης στο DTIC. Παρά την υψηλότερη δραστικότητα αυτών των θεραπειών, πρόσφατες μελέτες φάσης III έχουν αποτύχει να επιβεβαιώσουν την υπεροχή τους σε σχέση με το DTIC ως μονοθεραπεία.

Η προσθήκη ταμοξιφαίνης ή ιντερφερόνης alfa-2b (IFNa) στο DTIC έχει επίσης αναφερθεί ότι βελτιώνει την ανταπόκριση και την επιβίωση σε μικρές μελέτες φάσεις III. Δυστυχώς, μια μεγάλης κλίμακας μελέτη φάσης III από το Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) δεν επιβεβαίωσε αυτές τις ενθαρρυντικές αναφορές. Βάσει αυτής, άλλων και πολλών άλλων μελετών δεν υπάρχουν για την ώρα ισχυρά δεδομένα υπέρ της προσθήκης IFNa,

Μελάνωμα Δέρματος

ταμοξιφαίνης ή άλλων κυτταροτοξικών παραγόντων στο DTIC σε ασθενείς με μεταστατικό μελάνωμα [Δ. Μπαφαλούκος & Π. Γκούβερης, 2002].

5.4 Μεταστατική νόσος

5.4.1 Χειρουργική - Ακτινοθεραπεία

Η χειρουργική και ακτινοθεραπεία έχουν θέση ως θεραπευτικά μέσα σε περιπτώσεις μονήρων μεταστατικών εστιών. Η χειρουργική ενδείκνυται κυρίως σε περιπτώσεις μονήρων μεταστατικών εστιών βραδείας εξέλιξης και μπορεί σε σπάνιες περιπτώσεις να επιτύχει μακροχρόνια ύφεση της νόσου. Αναφορικά με την ακτινοθεραπεία έχει διαπιστωθεί συσχέτιση της κλασματικής δόσης με την ανταπόκριση στο μεταστατικό μελάνωμα και προτείνονται δόσεις της τάξης των 5-6 Gy ανά συνεδρία [Ε. Μπριασούλης & Χ. Τόλης, 1999].

5.4.2 Κυτταροτοξική χημειοθεραπεία

Το μεταστατικό μελάνωμα χαρακτηρίζεται από την αντοχή στη χημειοθεραπεία. Μόνο 10-25% των ασθενών με μεταστατικό μελάνωμα ανταποκρίνονται σε μονό- ή πολύ-χημειοθεραπεία, η οποία επί του παρόντος εξακολουθεί να έχει ανακουφιστικό χαρακτήρα. Οι διαθέσιμοι κυτταροτοξικοί παράγοντες παρά τα όποια ποσοστά κλινικής δραστηριότητας δεν έχει αποδειχθεί ότι μπορούν να συμβάλλουν σε παράταση επιβίωσης σε ασθενείς με γενικευμένη νόσο [Ε. Μπριασούλης & Χ. Τόλης, 1999].

5.4.3 Βιολογικοί τροποποιητές

Οι πλέον μελετηθέντες στο μεταστατικό μελάνωμα βιολογικοί παράγοντες είναι η IFN-α και η IL-2. Η IFN-α έχει δείξει δραστηριότητα παρόμοια με εκείνη των πιο δραστικών χημειοθεραπευτικών παραγόντων, όταν χορηγείται σε σχετικά υψηλές και αρκετά τοξικές δόσεις. Παρόμοια ήταν η δραστηριότητα (17%) της IL-2.

Θεραπείες συνδυασμού ανοσοτροποποιητικών παραγόντων με LAK ή αυτόλογα TIL κύτταρα δεν έχουν βελτιώσει το κλινικό όφελος σε βαθμό που να δικαιολογούν τόσο το κόστος όσο και την πολυπλοκότητά τους [Ε. Μπριασούλης & Χ. Τόλης, 1999].

Κεφάλαιο 5^ο: Διάγνωση, θεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

5.4.4 Βιοχημειοθεραπεία

Πολλοί ερευνητές έχουν μελετήσει συνδυασμούς βασισμένους στην ανοσοθεραπεία με κυτταροτοξική χημειοθεραπεία στο μεταστατικό μελάνωμα. Τα πλέον ενθαρρυντικά αποτελέσματα έχουν παρατηρηθεί σε μελέτες που συνδυάζουν χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνα είτε με υψηλή δόση IL-2 μόνη της είτε με μικρότερες δόσεις IL-2 μαζί με IFN α . Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα από διάφορα πρωτόκολλα με νοσηλευόμενους ασθενείς δίνουν ένα ποσοστό ανταπόκρισης περίπου 50% με ποσοστό πλήρους ανταπόκρισης (CR) 10% ως 20% και μέση επιβίωση περίπου 11 ως 12 μήνες.

Το υψηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης και το ποσοστό 10% διαρκούς CR υποδήλωναν ότι η βιοχημειοθεραπεία θα μπορούσε να είναι ανώτερη τόσο από τη χημειοθεραπεία όσο και από την ανοσοθεραπεία μόνες τους. Δυστυχώς τα αρχικά πρωτόκολλα βιοχημειοθεραπείας χαρακτηρίζονταν από εκτεταμένη ενδοноσοκομειακή αντιμετώπιση, υποκείμενη τοξικότητα και κόστος, με αποτέλεσμα η εκτενής εφαρμογή μιας μελέτης φάσης III να κρίνεται ιδιαίτερα προβληματισμού [Δ. Μπαφαλούκος & Π. Γκούβερης, 2002].

5.4.5 Ανοσοθεραπεία

Ενδιαφέροντα είναι τα αποτελέσματα από την κλινική εφαρμογή της ειδικής ανοσοθεραπείας στο μεταστατικό μελάνωμα.

Ενθαρρυντική ήταν η εμπειρία εμβολιοθεραπείας με ενεργοποιημένα δεντριτικά κύτταρα σε 16 ασθενείς με μεταστατικό μελάνωμα. Η θεραπεία αυτή επέφερε αντιγονο-ειδική ανταπόκριση ενώ διαπιστώθηκε και αντικειμενική ανταπόκριση σε 5 ασθενείς.

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

5.5 Εμβόλια και υποσχόμενες πειραματικές προσεγγίσεις

Δύο εταιρείες, η Cell Genesys και η Therion Biologics, ανακοίνωσαν ότι δοκιμάζουν, μια σειρά εμβολίων εναντίον πολλών τύπων καρκίνων.

Τα περισσότερα από αυτά τα εμβόλια βρίσκονται στα πρώτα στάδια των κλινικών δοκιμασιών, γεγονός που σημαίνει ότι αφενός δοκιμάζονται περισσότερο για την πιθανή τοξικότητά τους και λιγότερο για την αποτελεσματικότητά τους και αφετέρου ότι οι κλινικές δοκιμασίες περιλαμβάνουν συνήθως ασθενείς σε προχωρημένα στάδια της νόσου.

Έτσι λοιπόν, όταν κάποιος αξιολογεί τα αποτελέσματα της χορήγησης των εμβολίων, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του και την κατάσταση του

Μελάνωμα Δέρματος

ανοσοποιητικού συστήματος των ασθενών, όπως επίσης και την πρόβλεψη για την εξέλιξή της με ή χωρίς τον εμβολιασμό.

5.5.1 Εμβόλιο κατά του μελανώματος

Ένα εμβόλιο εναντίον του μελανώματος, της πλέον κακοήθους μορφής καρκίνου του δέρματος, το οποίο παρασκευάστηκε από ερευνητές του Πανεπιστημίου Thomas Jefferson της Φιλαδέλφειας, απεδείχθη ικανό να επιμηκύνει τη ζωή των ασθενών ακόμη και όταν ο καρκίνος είχε κάνει μετάσταση.

Το εμβόλιο δοκιμάστηκε σε 37 ασθενείς με προηγμένο στάδιο καρκίνου. Σε 20 από αυτούς ο καρκίνος είχε κάνει μετάσταση στους πνεύμονες και στους υπολοίπους σε άλλα σημεία. Τρία χρόνια μετά τη χορήγηση του εμβολίου το 59% των ασθενών βρίσκεται στη ζωή, πράγμα το οποίο κρίνεται πολύ θετικό με δεδομένο το γεγονός ότι κατά την έναρξη της αγωγής ο καρκίνος είχε ήδη εξελιχθεί πολύ.

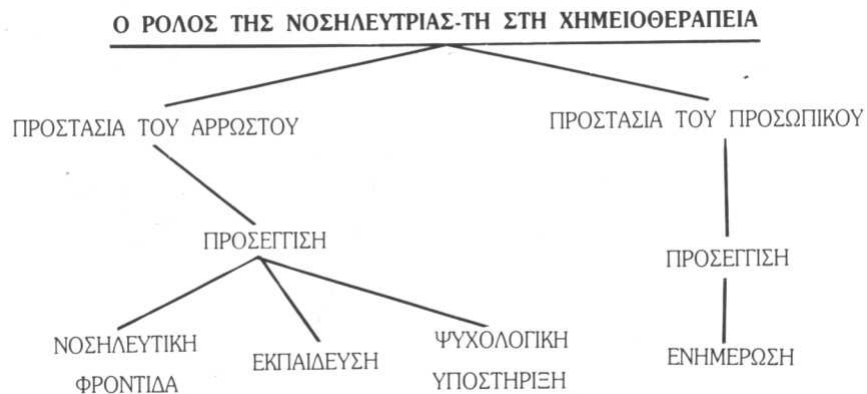
Επόμενο βήμα των ερευνητών είναι να διευρύνουν τον αριθμό των ασθενών για την επόμενη κλινική δοκιμασία και να περιλάβουν σε αυτήν και ασθενείς στους οποίους ο καρκίνος έχει κάνει μετάσταση στους λεμφαδένες. Οι παραπάνω κλινικές δοκιμασίες, οι οποίες θα ολοκληρωθούν το 2002, θα κρίνουν και τη χρονική στιγμή της ευρύτερης κυκλοφορίας του εμβολίου [<http://tovima.dolnet.gr>].

5.5.2 Υποσχόμενες πειραματικές προσεγγίσεις

Οι νέες προσεγγίσεις περιλαμβάνουν νέες κυτοκίνες, όπως η IL-12, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με IL-2, IFN α ή εμβόλια, και η IL-18. Ακόμα περιλαμβάνουν εμβόλια δένδριτικών κυττάρων, ενδοογκική γονιδιακή θεραπεία, χημειοθεραπεία βασισμένη στην εποθιλόνη (epothilone), αναστολείς της αγγειογένεσης, ανοσοκυτοκίνες, antisense ολιγονουκλεοτίδια, αναστολείς μεταγωγής σήματος (signal transduction inhibitors). Αυτές οι προσεγγίσεις έχουν δώσει μόνο σπάνιες ανταποκρίσεις μέχρι τώρα, αλλά εκτεταμένες έρευνες με αυτούς τους παράγοντες τρέχουν αυτόν τον καιρό.

Συμπερασματικά το μεταστατικό μελάνωμα παραμένει μια νόσος ανίατος. Παρά τις εκτεταμένες έρευνες, ο ρόλος της κυτταροτοξικής θεραπείας παραμένει πειραματικός. Μολονότι η υψηλή δόση IL-2 μπορεί να δώσει μακροχρόνιες CRs σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών, η τοξικότητα, το κόστος και η πολυπλοκότητα της θεραπείας αυτής περιορίζουν την εφαρμογή της. Αν και η βιοχημειοθεραπεία υπόσχεται πολλά, το πλεονέκτημά της σε μελέτες φάσης III δεν έχει ακόμα εδραιωθεί. Στο εξής αναμένεται ότι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις θα είναι απαραίτητες για να επηρεάσουν καθοριστικά την κλινική έκβαση σ' αυτόν τον πληθυσμό ασθενών. Ευτυχώς, υπάρχει αφθονία πολλών νέων παραγόντων και θεραπευτικών στρατηγικών. Για να επιταχυνθεί η ανάπτυξη καλύτερων θεραπειών για ασθενείς με μελάνωμα σταδίου IV, θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην ένταξη αυτών των ασθενών σε κλινικές δοκιμές [Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας, 1991].

5.6 Νοσηλευτική αντιμετώπιση



Εικόνα 7: Ο σπουδαίος κοινωνικός ρόλος της νοσηλεύτριας στην χημειοθεραπεία

5.6.1 Προβλήματα και νοσηλευτική φροντίδα σε χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία βασίζεται σε φάρμακα τα οποία έχουν την ικανότητα να σκοτώνουν κύτταρα του καρκίνου, να τα παρεμποδίζουν από το να εξαπλώνονται και να κάνουν μεταστάσεις. Ενώ όμως η χημειοθεραπεία φτάνει σχεδόν σε όλα τα μέρη του σώματος, δυστυχώς τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα καταστρέφουν όχι μόνο καρκινικά κύτταρα αλλά και υγιή, φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. Είναι γεγονός ότι η χημειοθεραπεία συνοδεύεται από πολλές παρενέργειες, οι οποίες με τους κατάλληλους χειρισμούς από το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να αντιμετωπισθούν ικανοποιητικά.

1. Πρόβλημα – Αιτιολόγηση:

Ναυτία και εμετός από την επίδραση των κυτταροστατικών φαρμάκων.

1. Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

1) Χορήγηση αντιεμετικών προληπτικά, κατά και μετά τη θεραπεία, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

2) Αναπλήρωση των απολεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών.

3) Καλή ρύθμιση διαιτολογίου για την εξασφάλιση καλής θρέψης (Ξηρές τροφές-κράκερ, φρυγανιά απορροφούν τα υγρά του στομάχου και βοηθούν να ηρεμήσει).

4) Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και παρακολούθηση για πιθανή αιματουρία.

5) Ενημέρωση του αρρώστου για την αλλαγή χρώματος των ούρων από ορισμένα φάρμακα σε κόκκινο ή κιτρινωπό ή έντονη οσμή, που θα είναι παροδική, για να μην ανησυχήσει.

6) Καλή μάσηση, γεύματα μικρά, όχι λιπαρά και ζεστά.

7) Καθαρό περιβάλλον χωρίς μυρωδιές, διότι προκαλούν εμετό.

8) Φροντίδα στόματος ιδιαίτερα μετά τον εμετό.

9) Ανάπαυση τουλάχιστον 2ωρο μετά το γεύμα.

Μελάνωμα Δέρματος

10) Αφαίρεση οδοντοστοιχίας αν υπάρχει κατά τη θεραπεία, διότι ως σώμα προκαλεί εμετό.

11) Ψυχολογική υποστήριξη, διότι μερικοί άρρωστοι στη σκέψη έναρξης θεραπείας ή εισαγωγής στο νοσοκομείο παρουσιάζουν ναυτία ή εμετό [Α. Σαχίνη – Καρδάση & Μ. Πάνου, 1997, Ε. Αθανάτου, 2004].

2. Πρόβλημα – Αιτιολόγηση:

Ανορεξία, απώλεια βάρους από την επίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως ναυτία, εμετοί, πόνος, κόπωση, δυσφαγία, στοματίτιδα, απώλεια γεύσης.

2. Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

1) Αξιολόγηση, προγραμματισμός και αντιμετώπιση των παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία των προβλημάτων.

2) Καθαρό και ήρεμο περιβάλλον.

3) Καλά ρυθμισμένη δίαιτα για την κάλυψη θερμιδικών και θρεπτικών αναγκών σε μικρά και ελκυστικά γεύματα.

4) Εκπλήρωση των επιθυμιών σε θέματα ποικιλίας.

5) Ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει όλο το φαγητό του χωρίς βία.

6) Καθημερινός έλεγχος βάρους σώματος.

7) Επιμελή φροντίδα στόματος.

8) Αποφυγή καπνίσματος και οινόπνεύματος, διότι ερεθίζουν τους βλεννογόνους [Ε. Αθανάτου, 2004].

3. Πρόβλημα – Αιτιολόγηση:

Διάρροια-δυσκοιλιότητα από την τοξική επίδραση της χημειοθεραπείας.

3. Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

Διάρροια:

1) Υδρική δίαιτα σε οξείες καταστάσεις για να ξεκουραστεί το έντερο.

2) Αντιδιάρροϊκά φάρμακα σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

3) Αντικατάσταση απολεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών.

4) Τροφή και υγρά σε θερμοκρασία μέτρια. Πολύ ζεστά ή κρύα ερεθίζουν και κινητοποιούν το έντερο.

5) Αποφυγή ερεθιστικών τροφών και όσων προκαλούν αέρια.

6) Τοπική καθαριότητα για την πρόληψη ερεθισμού από τις κενώσεις [Α. Σαχίνη – Καρδάση & Μ. Πάνου, 1997, Ε. Αθανάτου, 2004].

Δυσκοιλιότητα:

1) Χορήγηση υγρών και τροφές με υπόλειμμα.

2) Αποφυγή υποκλυσμών για την πρόληψη αιμορραγίας, διότι υπάρχει αιμορραγική τάση.

3) Αυξημένη κίνηση όσο είναι δυνατόν για την κινητοποίηση του εντέρου.

4) Υπακτικά με ιατρική οδηγία.

5) Παρακολούθηση για πιθανή μέλαινα κένωση [Ε. Αθανάτου, 2004].

Κεφάλαιο 5^ο: Διάγνωση, θεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

4. Πρόβλημα – Αιτιολόγηση:

Ξηρότητα στόματος, στοματίτιδα – αντιδράσεις του βλεννογόνου του στόματος, από την αναστολή της ανάπλασης του επιθηλίου του στόματος και των σιελογόνων αδένων.

4. Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

1) Ενημέρωση του αρρώστου ότι τα φάρμακα αυτά προκαλούν τα πιο πάνω προβλήματα.

2) Σύσταση να ακολουθήσει τα παρακάτω για την πρόληψη ή βελτίωσή τους: Λήψη υγρών, πιπίλισμα πάγου ή τσίχλας ή κάτι ζαχαρωτό για την αύξηση σιέλου.

3) Φροντίδα στόματος πριν το γεύμα. Βοηθάει στην ύγρανση του στόματος.

4) Εξασφάλιση ελκυστικών γευμάτων, που τόσο στη θέα όσο και τη μυρωδιά τους προκαλούν έκκριση σιέλου.

5) Φροντίδα χειλιών με επάλειψη κρέμας.

6) Τροφή υδαρή, μαλακή, πλούσια σε λευκώματα. Αποφυγή ξινών, σκληρών και πολύ ζεστών, διότι ερεθίζουν. Ανακουφίζουν τα κρύα.

7) Χρήση μαλακής βούρτσας δοντιών για την πρόληψη ερεθισμού και σε οξεία φάση (ελκώδη στοματίτιδα) φροντίδα με γάζα ή τολύπιο βάμβακα.

8) Γαργάρες με αραιό διάλυμα σόδας σε χαμομήλι είναι καταπραϋντικό.

9) Χρήση αντισηπτικού ή τοπικού αναισθητικού για τον πόνο με ιατρική οδηγία.

10) Συχνός έλεγχος του στόματος για παρουσία εξελκώσεων, ενημέρωση του γιατρού, καλλιέργεια επιχρίσματος για πιθανή μονιλίαση-καντιντίαση (μύκητας *Candida albicans*).

11) Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά).

12) Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας [Α. Σαχίνη – Καρδάση, Μ. Πάνου, 1997, Ε. Αθανάτου, 2004].

5. Πρόβλημα – Αιτιολόγηση:

Αλωπεκία (τριχόπτωση) από τη τοξική επίδραση των φαρμάκων στους θύλακες των τριχών.

5. Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

1) Ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου για την αντιμετώπιση της αλωπεκίας.

2) Προσπάθεια του νοσηλευτή να ενημερώσει και να βεβαιώσει τον άρρωστο, ότι το τριχωτό της κεφαλής θα μεγαλώσει κατά ή μετά τη θεραπεία με πιθανή μικρή αλλαγή χρώματος, αλλά καλύτερης ποιότητας. Ότι υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης στην περίοδο της θεραπείας, όπως χρήση μαντηλιού (για τη γυναίκα), περούκας, καπέλου.

3) Σύσταση στον άρρωστο κατά τη θεραπεία να λούζεται με απαλό πρωτεϊνούχο σαμπουάν και αραιότερα.

4) Να αποφεύγει το βάψιμο των μαλλιών, στεγνωτήρα και βούρτσισμα με σκληρή τρίχα, διότι οι ενέργειες αυτές βλάπτουν επιπρόσθετα τις ρίζες των τριχών [Ε. Αθανάτου, 2004].

Μελάνωμα Δέρματος

6. Πρόβλημα – Αιτιολόγηση:

Υπέρχρωση και αλλεργικές εκδηλώσεις δέρματος και φωτοφοβία απο την τοξική επίδραση των φαρμάκων στο δέρμα και τα μάτια.

6. Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

1) Ενημέρωση του αρρώστου για την πιθανότητα εμφάνισής τους και ότι θα είναι παροδικά.

2) Χρήση ουδέτερου σαπουνιού και κρέμας σε ξηρότητα.

3) Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο και μαύρα γυαλιά για τη φωτοφοβία [Ε. Αθανάτου, 2004].

7. Πρόβλημα – Αιτιολόγηση:

Λευκοπενία, θρομβοπενία από την τοξική επίδραση των χημειοθεραπευτικών στο μυελό των οστών.

7. Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

1) Προφύλαξη από αναπνευστικές λοιμώξεις και έγκαιρη διάγνωσή τους (Η λευκοπενία προδιαθέτει σε λοιμώξεις).

2) Καθαρό περιβάλλον, πρόληψη τραυματισμών και μολύνσεων από ξύρισμα, παρανυχίδες, σκληρή οδοντόβουρτσα, λουλούδια στο δωμάτιο, ωμά φαγητά και φρούτα.

3) Καλή ενυδάτωση και διατροφή.

4) Φροντίδα για καλή λειτουργία εντέρου.

5) Ατομική υγιεινή.

6) Άσηπτη τεχνική όπου επιβάλλεται.

7) Αποφυγή καθετηριασμού και προσοχή στις ενδοφλέβιες εγχύσεις για τον φόβο λοίμωξης.

8) Έλεγχο της θερμοκρασίας. Η άνοδος της σημαίνει λοίμωξη.

9) Αιματολογικός έλεγχος.

10) Φροντίδα στόματος.

11) Περιορισμός του επισκεπτηρίου.

12) Αποφυγή τραυματισμών με οποιοδήποτε τρόπο, σκληρές τροφές, δυσκοιλιότητα, υποκλυσμό, υπόθετα και θερμομέτρηση από το ορθό, ενδομυϊκές ή υποδόριες ενέσεις (Η θρομβοπενία προδιαθέτει σε αιμορραγίες).

13) Αποφυγή του αλκοόλ, κάπνισμα και λήψη ασπιρίνης, η οποία δρα ερεθιστικά και προκαλεί διαβρώσεις στο βλεννογόνο και αιμορραγίες.

14) Παρακολούθηση για αιμορραγία απ' όλα τα συστήματα [Ε. Αθανάτου, 2004].

5.6.2 Νοσηλευτικά προβλήματα και φροντίδα σε ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι ένα από τα βασικά όπλα που διαθέτουμε κατά του καρκίνου. Βασίζεται στη χορήγηση ψηλών δόσεων ενέργειας σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος με στόχο την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Η ακτινοθεραπεία είναι σε θέση να μειώνει το μέγεθος των κακοηθών όγκων και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να τους εξουδετερώνει πλήρως. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την

Κεφάλαιο 5^ο: Διάγνωση, θεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

ανακούφιση από τους πόνους που προκαλεί ο καρκίνος ή οι μεταστάσεις του, ωστόσο δεν λείπουν και οι παρενέργειες, που πρέπει να αντιμετωπισθούν από το νοσηλευτικό προσωπικό.

1. Πρόβλημα - Αιτιολόγηση:

Ακτινοδερματίτιδα από την τοπική επίδραση ακτινοβολίας, η οποία μπορεί να είναι διαφορετικών βαθμών. Ερυθρηματώδης μετά 1-3 εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας και υποχωρεί, φυσαλιδώδης μετά 1-2 εβδομάδες με επώδυνο ερυθρότητα δέρματος και οίδημα, που μπορεί να αποκατασταθεί και εσχαροποιητική, σχεδόν αμέσως μετά την έκθεση του αρρώστου στην ακτινοβολία με επώδυνο ερυθρότητα, οίδημα, σχηματισμό φυσαλίδων που σπάζουν και δημιουργούν εξελκώσεις.

1. Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

- 1) Συχνός έλεγχος της περιοχής που ακτινοβολείται για ερυθρότητα, ξηρότητα ή απολέπιση.
- 2) Εφαρμογή κρέμας με, ιατρική οδηγία.
- 3) Φροντίδα δέρματος με χλιαρό νερό και ήπιους χειρισμούς, ελαφρό σκούπισμα.
- 4) Σύσταση στον άρρωστο να αποφεύγει την έκθεση στον ήλιο, την υψηλή θερμοκρασία, το πολύ ψύχος, τραυματισμούς, στενά ενδύματα, αποσμητικά, καλλυντικά, φάρμακα και ξύρισμα της περιοχής, διότι ερεθίζουν και επιδεινώνουν την τοπική βλάβη και προδιαθέτουν για μολύνσεις.
- 5) Διαιτολόγιο πλούσιο σε λευκώματα και βιταμίνες.
- 6) Συχνός αιματολογικός έλεγχος.
- 7) Προσοχή να μην αφαιρεθεί το ειδικό σημάδι από το σημείο ακτινοβολίας που καθορίζει την περιοχή [Α. Σαχίνη – Καρδάση, Μ. Πάνου, 1997, Ε. Αθανάτου, 2004].

2. Πρόβλημα – Αιτιολόγηση:

Πιθανή ραδιενεργός μόλυνση του περιβάλλοντος από τον άρρωστο, ο οποίος μετά την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου είναι πηγή εκπέμπουσας ακτινοβολία.

2. Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

- 1) Καλή προετοιμασία του αρρώστου για καλύτερη αποδοχή της θεραπείας και της συνεργασίας.
- 2) Απομόνωση σε ειδικά θωρακισμένο και εξοπλισμένο θάλαμο ή μοναχικό δωμάτιο.
- 3) Φροντίδα να λειτουργεί το τηλέφωνο, οπτικοακουστική για συχνή επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό και το περιβάλλον του.
- 4) Ενημέρωση των συγγενών για το σκοπό της απομόνωσης και τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο.
- 5) Τοποθέτηση στην πόρτα του θαλάμου του συμβόλου της ακτινοβολίας.
- 6) Τήρηση των αρχών της ακτινοπροστασίας κατά την νοσηλεία χωρίς να εγκαταλείπεται ο άρρωστος.
- 7) Εφαρμογή των ειδικών οδηγιών για το χειρισμό των μολυσμένων απεκκριμάτων.

Μελάνωμα Δέρματος

8) Χρήση γαντιών, μπλούζας, όταν ενδείκνυται.

9) Οι νοσηλευτές κατά τη νοσηλεία απαραίτητα φέρουν δοσόμετρο για τη μέτρηση της ακτινοβολίας που παίρνουν [Ε. Αθανάτου, 2004].

5.6.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρόληψης και ανακούφισης του πόνου

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

1. Πρόβλημα – Αιτιολόγηση:

Πόνος, ο οποίος μπορεί να είναι συνεχής ή χρόνιος, με μικρή ή μεγάλη ένταση και συνήθως οφείλεται στην πίεση αισθητικών απολήξεων των νεύρων, οργάνων ή μόλυνσης του όγκου.

1. Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

1) Αλλαγή θέσης του πάσχοντα με ήπιους χειρισμούς, υποστήριξη με μαξιλάρια σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση, σεντόνια χωρίς πτυχές συμβάλλουν στην πρόληψη κατακλίσεων, επώδυνων μυϊκών συσπάσεων, βελτίωση αναπνοής και κυκλοφορίας.

2) Απαλλαγή από πιέσεις που μπορεί να προκαλέσουν πόνο, όπως υπερπλήρωση κύστης, δυσκοιλιότητα, πιεστικές ταινίες λευκοπλάστ ή επίδεσμο, νάρθηκα κ.λπ.

3) Πρόληψη οδυνηρών επιπλοκών, θρομβοφλεβίτιδα, λοιμώξεις.

4) Παρακολούθηση των παροχετεύσεων για την εξασφάλιση καλής λειτουργίας τους.

5) Αναδιπλώσεις, μετακίνηση, πίεση, βίαιη αφαίρεση, απόφραξη, είναι αίτια πόνου και μόλυνσεων.

6) Πρόβλεψη και εκπλήρωση των αναγκών του αρρώστου, εκδήλωση ενδιαφέροντος, κατανόηση, εξασφάλιση ψυχικής άνεσης ηρεμούν τον άρρωστο και αυξάνουν το όριο ανοχής του πόνου.

7) Ενημέρωση σχετικά με το πρόγραμμα νοσηλείας του και ιδιαίτερα πριν από επώδυνες νοσηλείες, θεραπεία ή επέμβαση, όπως παρακέντηση, μειώνουν την ένταση της αγωνίας και του άγχους που αυξάνουν τον πόνο.

8) Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει τα προβλήματά του, ψυχολογική υποστήριξη, προθυμία και διάθεση χρόνου να τον ακούσει ο νοσηλευτής.

9) Εξασφάλιση κατάλληλης θερμοκρασίας περιβάλλοντος, καλός αερισμός, χαμηλός φωτισμός, βοηθούν στη βελτίωση της διάθεσης, χαλάρωσης και μείωσης του άγχους και αυξάνουν την ανοχή του πόνου.

10) Εξασφάλιση καλού ύπνου, ανάπαυσης, καλής διατροφής και απασχόλησης που αποσπά την προσοχή του από το πρόβλημα του πόνου.

11) Περιορισμός των θορύβων στο ελάχιστο δυνατόν. Αποτελεί νοσηλευτικό λάθος να χορηγούμε παυσίπονα και υπνωτικά στον άρρωστο για να κοιμηθεί και να ξυπνάει από θορύβους που μπορεί να προληφθούν, όπως

Κεφάλαιο 5^ο: Διάγνωση, θεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

κτύπημα και τρίξιμο πόρτας ή τροχοφόρου, δυνατές ομιλίες και συζητήσεις στους θαλάμους και διαδρόμους κ.ά. Για τον άρρωστο που υποφέρει, ιδιαίτερα ο καρκινοπαθής που πονάει σε προχωρημένο στάδιο, και ο θόρυβος που συνοδεύει την καθημερινή εργασία είναι ανυπόφορος.

12) Ρύθμιση του επισκεπτηρίου. Οι προτιμήσεις των αρρώστων διαφέρουν. Άλλοι προτιμούν τη συντροφιά συγγενών και φίλων και άλλοι θέλουν να μένουν μόνοι. Οι επιθυμίες θα πρέπει να ικανοποιούνται σε συνεργασία νοσηλεύτη, αρρώστου και συγγενών.

13) Massage και εντριβές μπορεί να επιδράσουν ανακουφιστικά στον πόνο. Π. χ. η συλλογή τοξικών ουσιών στους μυς μπορεί να προκαλέσει πόνο. Με το massage αυξάνεται η κυκλοφορία του αίματος στην περιοχή αυτή και απομακρύνονται οι τοξικές ουσίες. Σε περίπτωση θρομβοφλεβίτιδας κάτω άκρου, ποτέ δεν πρέπει να γίνεται massage, διότι υπάρχει κίνδυνος να αποσπαστεί θρόμβος αίματος και με την κυκλοφορία να φθάσει σε ζωτικό όργανο και να κάνει απόφραξη κλάδου αρτηρίας με θανατηφόρα αποτελέσματα (εμβολή πνεύμονα).

14) Εφαρμογή θερμού - ψυχρού μπορεί να ελαττώσει τον πόνο σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως ισχιαλγία, κυστίτιδα, διάστρεμμα. Η θερμότητα προκαλεί διαστολή των αγγείων, αύξηση της κυκλοφορίας, μυϊκή χάλαση και μείωση των μυϊκών σπασμών. Γενικά δρα στο ΚΝΣ. Το ψυχρό προκαλεί συστολή των αγγείων, ελάττωση της κυκλοφορίας, καταστολή του οιδήματος και μείωση του πόνου.

15) Προεγχειρητική διδασκαλία και μετεγχειρητική βοήθεια στον άρρωστο όταν χρειάζεται, ώστε να κινείται και να ασκείται με τρόπο που να πονάει λιγότερο.

16) Αλλαγές τραυμάτων και εγκαυμάτων να γίνονται με προσοχή, επιδεξιότητα και χρήση κατάλληλων μέσων ώστε να ελαχιστοποιείται ο πόνος. Π.χ. διαβροχή του επιδερμικού υλικού που καλύπτει τραυματική επιφάνεια με φυσιολογικό ορό, για την εύκολη και ανώδυνη αποκόλλησή του.

17) Αποφυγή χρήσης ερεθιστικών αντισηπτικών σε ανοικτά τραύματα.

18) Συνεργασία στενή με την οικογένεια, η οποία έχει να παίξει σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο στην εμπειρία του πόνου του αρρώστου. Διδασκαλία των επισκεπτών πως να συμπεριφέρονται στον άρρωστο που πονάει.

19) Διερεύνηση αν εκτός από τον φυσικό πόνο αν υπάρχουν και άλλοι παράγοντες φυσικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί που συμβάλλουν στην γέννηση ή την επιδείνωση ή την μείωση του πόνου.

20) Διερεύνηση αν η έλλειψη ύπνου ή η υπερβολική κόπωση μπορούν να είναι αίτια που γεννούν τον πόνο ή τον επιδεινώνουν.

21) Διερεύνηση κατά πόσο ο πόνος είναι εντονότερος την νύχτα. Σε τέτοια περίπτωση δίνονται μετά από συνεννόηση με τον γιατρό κατευναστικά φάρμακα ή υπνωτικά [Ε. Αθανάτου, 2004].

Εκτός από τις παραπάνω παρεμβάσεις που διατυπώθηκαν, η εφευρετική αγάπη και το αμέριστο ενδιαφέρον του νοσηλεύτη μπορεί να επινοήσει και πολλούς άλλους τρόπους για την ανακούφιση του αρρώστου που πονάει. Ακόμα και ο ίδιος ο άρρωστος είναι δυνατόν να μας υποδείξει τρόπους, πράγμα που πρέπει να γίνει σεβαστό, αν δεν αντενδείκνυται στην περίπτωση του.

Μελάνωμα Δέρματος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Πρόγνωση – Πρόληψη

6.1 Πρόγνωση – Προγνωστικοί δείκτες

Η αξιολόγηση των προγνωστικών δεικτών έχει μεγάλη σημασία, χωρίς βέβαια η αξιολόγηση αυτών να έχει απόλυτη παθολογική αξία.

Οι προγνωστικοί δείκτες χωρίζονται σε δείκτες με **κλινικά** κριτήρια και οι δείκτες με **εργαστηριακά** κριτήρια.

6.1.1 Κλινικά κριτήρια

Φύλο:

Το μελάνωμα στις γυναίκες έχει καλύτερη πρόγνωση από ότι στους άνδρες. Το φαινόμενο αυτό πιθανώς συνδέεται με τη λειτουργία αδένων και βρέθηκε να είναι ανεξάρτητο από το πάχος του όγκου και την ανατομική θέση του.

Ηλικία:

Με την αύξηση της ηλικίας η πρόγνωση γίνεται φτωχότερη.

Ανατομική θέση:

Ο εντοπισμός στα άκρα έχει καλύτερη πρόγνωση και φτωχότερη αυτός του κορμού – κεφαλής και λαιμού.

Μελάνωμα Δέρματος

Εγκυμοσύνη:

Δεν υπάρχουν βέβαιες μαρτυρίες ότι η εγκυμονούσα με μελάνωμα έχει φτωχότερη πρόγνωση σε σύγκριση με μη εγκυμονούσα με μελάνωμα ίδιου τύπου και πάχους [Φ. Χρυσομάλλης, 2005].

6.1.2 Εργαστηριακά κριτήρια

Πάχος του όγκου:

Έχει ιδιαίτερη προγνωστική σημασία, τα σχετικά κριτήρια δια μέσου των οποίων συνδέεται η πρόγνωση με το πάχος του όγκου, έχουν θεσπιστεί από τον Breslow και ονομάζεται 'Breslow thickness'

- Επίπεδο I : μικρότερο από 0,75 mm,
- Επίπεδο II : 0,76-1,50 mm,
- Επίπεδο III : 1,51-2,49 mm,
- Επίπεδο IV : 2,5-3,99 mm και
- Επίπεδο V : μεγαλύτερο από 4 mm.

Όμως, η αξιοποίηση των δεικτών της κλίμακας Breslow υστερεί σε δύο σημεία. Το ένα είναι ο κακός υπολογισμός του πάχους και τυχόν συνυπάρχουσας έλκωσης. Το άλλο είναι ο εσφαλμένος υπολογισμός, εάν το κακοήθες μελάνωμα έχει αναπτυχθεί πάνω σε προϋπάρχοντα σπίλο.

Διήθηση αγγείων:

Η διήθηση του τοιχώματος των αγγείων από καρκινικά κύτταρα σε συνδυασμό με την έλκωση του όγκου είναι κακός προγνωστικός δείκτης.

Ρυθμός μιτώσεων:

Ο αυξημένος αριθμός μιτώσεων είναι άσχημος προγνωστικός δείκτης. Βρέθηκε ότι η συχνότητα μεταστάσεων αγγίζει το 97,9% των περιπτώσεων, εάν ο αριθμός μιτώσεων είναι μεγαλύτερος από 25 μιτώσεις κατά τετραγωνικό χιλιοστό.

Αντίδραση ξενιστή:

Οι γνώμες διίστανται εάν και κατά πόσο η ένταση της φλεγμονής του ξενιστή επηρεάζει ή όχι την εξάπλωση του όγκου.

Αυτόματη υποστροφή όγκου:

Αυτό το φαινόμενο αν και είναι σπάνιο είναι πραγματικό. Είναι προφανές ότι συνδέεται με την ενεργοποίηση ανοσολογικών μηχανισμών, οι οποίοι είναι άγνωστοι [Ι. Στρατηγός, 1994].

6.2 Πρόληψη και αποφυγή

Η πρόληψη του μελανώματος συνίσταται στην αποφυγή των παραγόντων κινδύνου και στον προληπτικό έλεγχο των σπίλων (ελιών).

Έτσι λοιπόν, τα άτομα με τύπο δέρματος υψηλού κινδύνου (ανοιχτόχρωμα, με πολλές φακίδες και σπίλους) θα πρέπει να ελέγχονται δύο φορές το χρόνο, ενώ τα άτομα με σκούρο δέρμα μία φορά το χρόνο ή και αραιότερα.

Η διαπίστωση οποιαδήποτε αλλαγής (νέα ύποπτη ελιά ή αλλαγή παλιάς ελιάς), πρέπει να οδηγεί στον δερματολόγο ανεξάρτητα από τις καθορισμένες προληπτικές επισκέψεις [www.myworld.gr, www.edae.gr].

Άλλωστε είναι γνωστό, ότι η έγκαιρη διάγνωση του κακοήθους μελανώματος είναι σημαντική για τη ζωή του ασθενούς. Γι' τον λόγο αυτό λοιπόν και η προφύλαξη από την ηλιακή ακτινοβολία πρέπει να είναι συνεχής και επίμονη, όλο το χρόνο, ιδίως στα άτομα "*υψηλού κινδύνου*" και στα παιδιά [www.iatronet.gr].

Επιπλέον, οι πάσχοντες από μελάνωμα του δέρματος θα πρέπει να παρακολουθούνται από δερματολόγο, χειρουργό και ογκολόγο. Η παρακολούθηση γίνεται σε μακροχρόνια βάση για να ανιχνευθούν έγκαιρα, τυχόν υποτροπές ή εμφάνιση νέων βλαβών. Επίσης, θα πρέπει να γίνεται χαρτογράφηση όλων των άτυπων σπίλων.

Τέλος, οι ασθενείς θα πρέπει να εκπαιδεύονται, ώστε να εντοπίζουν τυχόν ύποπτες βλάβες, να αυτοεξετάζονται και να αποφεύγουν την έκθεση στη υπεριώδη ακτινοβολία [www.dermaline.gr].

6.2.1 Αυτοεξέταση του δέρματος

Για την έγκαιρη ανακάλυψη ενός μελανώματος, καλό είναι να γίνεται τακτικά, μια απλή αυτοεξέταση του δέρματος.

Η αυτοεξέταση του δέρματος αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά κριτήρια για την διάγνωση του μελανώματος και θα πρέπει να γίνεται απ' όλους, ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλλου, έτσι ώστε να πετυχαίνετε η πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του, αλλά και αντιμετώπιση του.

Επίσης, θα πρέπει να πραγματοποιείται και απ' όλους τους μελανωτικούς ασθενείς, για την έγκαιρη ανίχνευση και επιτυχή αντιμετώπιση, πιθανής υποτροπής.

Παρακάτω περιγράφετε ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η αυτοεξέταση του δέρματος.

Πως γίνεται η αυτοεξέταση του δέρματος:

Ο καλύτερος χρόνος για την αυτοεξέταση του δέρματος, είναι μετά το μπάνιο, χρησιμοποιώντας έναν ολόσωμο καθρέπτη ή έναν μικρό φορητό καθρέπτη, σε καλά φωτισμένο δωμάτιο.

Αρχικά, θα πρέπει κάποιος να γνωρίζει ποια σημάδια έχει εκ' γενετής, όπως: ελιές και κηλίδες, καθώς και τη μορφολογία τους.

Κατόπιν, πρέπει να παρατηρεί, αν παρουσιάζουν αλλαγή στο μέγεθος,

Μελάνωμα Δέρματος

στο σχήμα, στην υφή, στο χρώμα και εάν υπάρχει πληγή που δεν κλείνει ή εάν υπάρχει κάποια εντελώς καινούργια δερματική αλλοίωση.

Αν ο γιατρός έχει βγάλει φωτογραφίες του δέρματος, ο έλεγχος αυτών μπορεί να γίνει σε σύγκριση με παλιές φωτογραφίες.

Ο έλεγχος πρέπει να γίνεται από το κεφάλι ως τα πόδια και να μην παραλείπεται καμιά περιοχή του δέρματος όπως: η πλάτη, το τριχωτό της κεφαλής, τα οπίσθια και τα γεννητικά όργανα.

Περιγραφή κινήσεων:

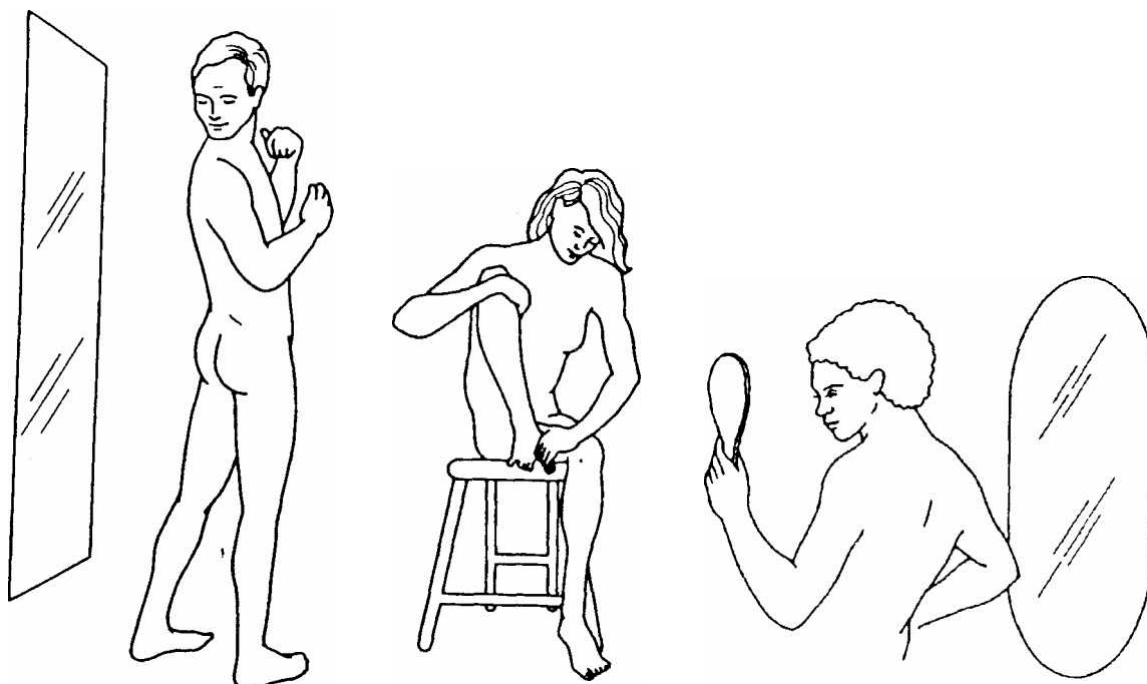
- Παρατηρήστε στον καθρέπτη την εμπρόσθια και την οπίσθια επιφάνεια του σώματος και μετά σηκώνοντας τους βραχίονες, την δεξιά και αριστερή πλευρά.

- Λυγίστε τους αγκώνες και εξετάστε προσεκτικά τα δάχτυλα του χεριού μέχρι τα νύχια, τις παλάμες, τους πήχεις και τους βραχίονες.

- Παρατηρήστε τα πόδια σας σ' όλο το μήκος και από όλες τις πλευρές. Επίσης, τα οπίσθια και την γεννητική περιοχή.

- Καθίστε σε μια καρέκλα και εξετάστε από κοντά τα δάχτυλα των ποδιών μέχρι τα νύχια, την περιοχή ανάμεσα στα δάχτυλα και τα πέλματα.

- Παρατηρήστε το πρόσωπό σας, το λαιμό και τα αυτιά. Για το τριχωτό της κεφαλής χρησιμοποιήστε επιβοηθητικά μια χτένα ή το πιστολάκι, ή παρακαλέστε κάποιο κοντινό σας πρόσωπο να σας βοηθήσει.



Εικόνα 8: Περιγραφή κινήσεων αυτοεξέτασης δέρματος

Έτσι λοιπόν, εξετάζοντας το δέρμα σε τακτά χρονικά διαστήματα, είμαστε ικανοί να γνωρίζουμε καλά τι αλλοιώσεις υπάρχουν και αν υπάρχει κάτι ασυνήθιστο θα πρέπει να το αναφέρουμε αμέσως στο γιατρό.

Όσο, πιο έγκαιρα διαγνωστεί ένα μελάνωμα, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα θεραπείας [B. Λιόκου, 1996].

6.3 Ηλιακή ακτινοβολία και μελάνωμα



Ο ήλιος αποτελεί αστείρευτη πηγή ενέργειας και ζωής. Είναι φυσικό λοιπόν, η ηλιακή ακτινοβολία εκτός από τα ανεκτίμητα οφέλη της, να προκαλεί και σημαντικές βλάβες στην ανθρώπινη υγεία, όταν πραγματοποιείται η άσκοπη και αλόγιστη έκθεση σ' αυτή.

6.3.1 Ήλιος και επίθεση στο δέρμα

Όπως είναι γνωστό, τα τελευταία χρόνια έχει μειωθεί σημαντικά η προστατευτική ασπίδα της γης, το λεγόμενο **στρώμα του όζοντος**, με αποτέλεσμα ο οργανισμός μας να δέχεται σημαντικά μεγαλύτερη ποσότητα υπεριώδους ακτινοβολίας. Το φαινόμενο αυτό, έχει οδηγήσει τα τελευταία χρόνια σε σταδιακή αύξηση της ηλιακής ακτινοβολίας, η οποία φθάνει μέχρι τη γη και οι βλαβερές συνέπειες της έχουν άμεσο αντίκτυπο στην **αύξηση των δερματικών καρκίνων**.

Το όζον (O^3) αποτελείται από την ένωση τριών ατόμων οξυγόνου και καταστρέφεται από τους χλωροφθοροάνθρακες, ουσίες που περιέχονται στα διάφορα σπρέι. Χρονολογικά η καταστροφή του όζοντος πρωτοδιαπιστώθηκε το 1974, αλλά έλαβε τραγικές διαστάσεις το 1985, όταν επισημάνθηκε το φαινόμενο της τρύπας του όζοντος στην Ανταρκτική και εν συνεχεία το 1987 στην Αρκτική. Ανάλογο φαινόμενο περιγράφηκε πρόσφατα και πάνω από την Ευρώπη.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, το δέρμα μας αποτελεί το πρώτο όργανο που λόγω της μεγάλης επιφάνειας του και της άμεσης επαφής του με το φως δέχεται τη μεγαλύτερη ποσότητα της ηλιακής ακτινοβολίας.

Η ακτινοβολία αυτή προκαλεί σωματικές βλάβες που μπορούν να κυμαίνονται από απλά κοκκινίσματα μέχρι επικίνδυνα και θανατηφόρα καρκινώματα.

Έτσι λοιπόν, η πιο σημαντική αιτία του καρκίνου του δέρματος φαίνεται να αποτελεί η υπερβολική έκθεση του δέρματος στην UV ακτινοβολία του ήλιου και ιδίως της UVB, η οποία παραμένει στην επιφάνεια του δέρματος και διεγείρει τα μελανοκύτταρα, παράγοντας έτσι την μελανίνη [J. Hawk – J. McGregor, 2000].

Στατιστικά, στην Αγγλία παρατηρήθηκε αύξηση σε ποσοστό 12-15% όλων των δερματικών καρκίνων, ενώ στην Ελλάδα ένας στους πέντε Έλληνες θα προσβληθεί από κάποιο είδος καρκίνου του δέρματος στη διάρκεια της ζωής του! Ο καρκίνος του δέρματος (βασικοκυτταρικό, ακανθοκυτταρικό) όπως άλλωστε έχουμε προαναφερθεί και αποτελεί αντικείμενο της εργασίας μας, εάν διαγνωσθεί έγκαιρα στις περισσότερες περιπτώσεις θεραπεύεται οριστικά χωρίς κανένα κίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς, σε σύγκριση με το μελάνωμα που αποτελεί το 5% περίπου των δερματικών καρκίνων αλλά εμφανίζει μια πολύ επιθετική μορφή, με κακή πρόγνωση που οδηγεί στο θάνατο. Ωστόσο η έγκαιρη διάγνωση, η ταχεία χειρουργική αφαίρεση και θεραπεία αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες επιβίωσης του ασθενούς.

Μελάνωμα Δέρματος

Τέλος, υπολογίζεται πως περίπου 8 στα 10 άτομα που θα προσβληθούν από το μελάνωμα, μπορούν να σωθούν αν η διάγνωση είναι έγκαιρη! Ένας στους 75 σήμερα κινδυνεύει από αυτήν την επιθετική μορφή καρκίνου [www.paidiatros.gr, www.iatronet.gr].

6.3.2 Αντιηλιακά



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

Ο βαθμός της αντιηλιακής προστασίας, αναφέρεται με ένα αριθμό ο οποίος συνήθως αναγράφεται στην πρόσθια επιφάνεια όλων των αντιηλιακών προϊόντων. Συνεπώς, όσο πιο λευκωπό ή ξανθωπό είναι το δέρμα μας, τόσο πιο μεγάλος δείκτης αντιηλιακής προστασίας απαιτείται για την αποτελεσματική του προστασία.

Οι δείκτες προστασίας ξεκινούν από 2 και φθάνουν μέχρι 25 ή και 30 και δηλώνουν τον παρά πάνω χρόνο που μπορεί ένα άτομο να παραμείνει εκτιθέμενο στον ήλιο χωρίς να παρουσιάζει εγκαύματα.

| Δείκτης προστασίας | % Μείωση |
|--------------------|----------|
| 2 | 50% |
| 4 | 75% |
| 8 | 87,5% |
| 16 | 93,75% |
| 32 | 96,88% |
| 64 | 98,44% |

Πίνακας 9: Επι τοις εκατό μείωση της υπεριώδους ακτινοβολίας Β ανάλογα με το δείκτη προστασίας των κρεμών. Η επιλογή του καταλληλότερου αντιηλιακού θα πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με τον τύπο δέρματος του κάθε ατόμου ξεχωριστά.

[R. Mackie & D. Hale, 1992]

Ένας νέος σχετικά συμβολισμός που αφορά την προστασία από την UVA που παρέχουν τα αντιηλιακά προϊόντα είναι τα **αστέρια**. Ο συμβολισμός αυτός συνήθως αναγράφεται στην πίσω επιφάνεια των προϊόντων και κυμαίνεται από ένα αστέρι για αυτά που ασκούν ήπια, δύο αστέρια για αυτά που ασκούν καλή, τρία αστέρια για αυτά που ασκούν πολύ καλή και τέσσερα αστέρια για αυτά που ασκούν μέγιστη προστασία έναντι της UVA ακτινοβολίας.

Έτσι ένα άτομο που πάει να αγοράσει κάποιο αντιηλιακό πρέπει κατά σειρά να αναζητήσει:

- ο Τον σωστό δείκτη αντιηλιακής προστασίας που ταιριάζει με το δέρμα του και ο οποίος αναφέρεται με τα αρχικά SPF και ένα αριθμό. Ο αριθμός αυτός συνήθως βρίσκεται αναγεγραμμένος στην πρόσθια επιφάνεια του προϊόντος.
- ο Τον σωστό δείκτη προστασίας έναντι της UVA ακτινοβολίας. Ο δείκτης αυτός εκφράζεται με αστέρια και βρίσκεται στην οπίσθια επιφάνεια του προϊόντος.
- ο Τη μορφή υπό την οποία επιθυμεί το προϊόν (κρέμα, λοσιόν).

Επιπλέον, είναι γνωστό ότι τα προϊόντα με υψηλούς δείκτες προστασίας δεν εμποδίζουν το μαύρισμα, αλλά απλώς το καθυστερούν σε βαθμό τέτοιο που δίνεται η ευκαιρία στο δέρμα μας να προσαρμοστεί χωρίς να καεί.

Ενώ, τα αντιηλιακά με τους υψηλότερους δείκτες προστασίας χρειάζονται στην αρχική φάση κατά της έκθεσής μας στον ήλιο, ενώ στη συνέχεια μπορούμε προοδευτικά όσο το δέρμα μας μαυρίζει, να χρησιμοποιήσουμε και αντιηλιακά με μικρότερους δείκτες προστασίας.

Τέλος, επειδή τα τελευταία χρόνια πολλά προϊόντα προβάλλουν ιδιαίτερα την προστασία έναντι της UVA ακτινοβολίας, θα πρέπει να καταστεί γνωστό, ότι η ακτινοβολία αυτή είναι υπεύθυνη κυρίως για τη γήρανση και ρυτίδωση του δέρματος, ενώ η UVB είναι αυτή που προκαλεί τα ηλιακά εγκαύματα και τον καρκίνο του δέρματος [www.paidiatros.gr, www.iatronet.gr].

Υπάρχουν 6 τύποι δέρματος που κυμαίνονται από αυτούς που παθαίνουν εύκολα έγκαυμα και μαυρίζουν λίγο, έως αυτός που αντέχουν καλά στον ήλιο και σπανίως καίγονται [R. Mackie & D. Hale, 1992].

| Τύπος | Περιγραφή |
|-------|--|
| 1 | Λευκό δέρμα που ποτέ δεν αποκτά χρώμα, αλλά πάντα υφίσταται ηλιακά εγκαύματα. |
| 2 | Λευκό δέρμα που στην αρχή υφίσταται ηλιακά εγκαύματα, αλλά κατόπιν μαυρίζει με δυσκολία. |
| 3 | Λευκό δέρμα που αποκτά εύκολα χρώμα και σπανίως υφίσταται ηλιακά εγκαύματα |
| 4 | Λευκό δέρμα που ποτέ δεν υφίσταται ηλιακά εγκαύματα και πάντα αποκτά χρώμα. Μεσογειακός τύπος. |
| 5 | Καστανό δέρμα, όπως για παράδειγμα των Ινδών, που σπάνια καίγεται. |
| 6 | Μαύρο δέρμα των Αφρικανών ή των κατοίκων της Καραϊβικής που δεν καίγεται ποτέ. |

Πίνακας 10: Τύποι δέρματος ανάλογα με την ικανότητα να αποκτούν χρώμα με την έκθεση στον ήλιο. Τα άτομα με τύπους δέρματος 1 και 2 διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν μελάνωμα, ενώ τα άτομα με καστανό ή μαύρο χρώμα δέρματος έχουν φυσική προστασία από την ηλιακή ακτινοβολία

6.3.3 Συσκευές τεχνητού μαυρίσματος (Solarium)



Οι επιστήμονες προειδοποιούν: η υπεριώδης ακτινοβολία από συσκευές τεχνητού μαυρίσματος (σολάριουμ) αυξάνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του δέρματος.

Η χρήση συσκευών υπεριώδους ακτινοβολίας, λαμπών μαυρίσματος και σολάριουμ με σκοπό την επίτευξη και την διατήρηση του μαυρίσματος για λόγους αισθητικούς, ενδέχεται να αυξήσει σε μεγάλα ποσοστά τον

κίνδυνο του κακοήθου μελανώματος του δέρματος.

Συνεπώς, οι επιστήμονες συνιστούν στα άτομα που ανήκουν σε υψηλές ομάδες κινδύνου, έχουν δηλαδή επιδερμίδα με ιδιαίτερη τάση για ηλιακά εγκαύματα, μηδενική ή μικρή ικανότητα μαυρίσματος, παρουσία φακίδων, ασυνήθεις και πολλαπλές κρεατοελιές, καθώς και οικογενειακό ιστορικό μελανώματος, να μην χρησιμοποιούν συσκευές τεχνητού μαυρίσματος για σκοπούς αισθητικής.

Παρομοίως, τα άτομα κάτω των 18 ετών δεν πρέπει να χρησιμοποιούν συσκευές τεχνητού μαυρίσματος, εφόσον ο κίνδυνος μελανώματος φαίνεται να είναι ιδιαίτερα υψηλός, όταν οι συσκευές αυτές χρησιμοποιούνται σε μικρότερη ηλικία.

Ο κύριος ενοχοποιητικός παράγοντας που αποτελεί πηγή έκθεσης στην υπεριώδη ακτινοβολία (UVR), είναι κατά κύριο λόγο ο ήλιος. Παρόλα αυτά, ορισμένα άτομα εκτίθενται σε μεγάλο βαθμό στην ακτινοβολία όχι μέσω του ήλιου, αλλά μέσα από τεχνητές πηγές μαυρίσματος όπως: το σολάριουμ (για λόγους αισθητικής), των βιομηχανικών λαμπών, της ηλεκτροσυγκόλλησης και των ιατρικών θεραπειών με υπεριώδη ακτινοβολία.

Ωστόσο, ο αισθητικός σκοπός της χρήσης ενός σολάριουμ, είναι η επίτευξη τεχνητού μαυρίσματος.

Η χρήση αυτών των τεχνητών συσκευών μαυρίσματος με υπεριώδη ακτινοβολία δεν ήταν διαδεδομένη, πριν από τη δεκαετία του '90 και συνεπώς οι πλήρεις συνέπειες της χρήσης αυτής στην υγεία δεν είναι ακόμα γνωστές.

Βέβαια, θα περάσουν πολλά ακόμα χρόνια μέχρι να διασαφηνιστεί πλήρως η πραγματική εικόνα του ρόλου των συσκευών μαυρίσματος υπεριώδους ακτινοβολίας (UVR), κυρίως όσο αφορά την πρόκληση καρκίνου του δέρματος. Οι συσκευές που χρησιμοποιούνται στα σολάριουμ κάνουν χρήση του ισχυρότερου τύπου ακτινοβολίας UVB.

Σαφώς τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του δέρματος, (ιδιαίτερα για κακοήθες μελάνωμα), πρέπει να παροτρυνθούν να μην χρησιμοποιούν συσκευές τεχνητού μαυρίσματος με UVR.

Ειδικότερα, στις ομάδες αυτές ανήκουν άτομα που έχουν

- (i) φαινοτύπους I και II του δέρματος και παρουσία φακίδων,
- (ii) πολλαπλές ή/και ασυνήθεις κρεατοελιές και
- (iii) οικογενειακό ιστορικό μελανώματος.

Σήμα κινδύνου για το μαύρισμα με τη μέθοδο του σολάριουμ στέλνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Η υπηρεσία του ΟΗΕ αναφέρει ότι προπάντων οι νέοι κάτω των 18 ετών πρέπει να μην χρησιμοποιούν ποτέ λάμπες για τεχνητό μαύρισμα, καθώς αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του δέρματος [www.pna.gr].

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η χρήση του σολάριουμ φαίνεται να έχει συμβάλει στην αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του δέρματος, ιδιαίτερα σε χώρες όπου ο πληθυσμός έχει ανοιχτόχρωμο δέρμα, μιας και η ένταση της υπεριώδους ακτινοβολίας είναι συχνά υψηλότερη από ότι στον μεσημεριανό ήλιο στις περισσότερες χώρες.

Τα σολάριουμ εκπέμπουν κυρίως ακτινοβολία UVA, η οποία δεν προκαλεί ερύθημα και έγκαυμα, αλλά διεισδύει βαθιά στο δέρμα, καταστρέφει τις ίνες κολλαγόνου και δημιουργεί ρυτίδες. Επίσης, πιθανώς προκαλεί βλάβες στο DNA και αυξάνει τον κίνδυνο μελανώματος, της πλέον επικίνδυνης μορφής καρκίνου του δέρματος. Ορισμένες νεότερες λάμπες μαυρίσματος εκπέμπουν όμως και ακτινοβολία UV-B, μικρότερου μήκους κύματος, η οποία θεωρείται πιο επικίνδυνη, καθώς προκαλεί εγκαύματα, καταρράκτη και καρκίνο [www.kalimera.gr].

6.4 Συμβουλές για την προστασία από το μελάνωμα

Τι μπορούμε και τι πρέπει να κάνουμε για να αποφύγουμε το μελάνωμα και άλλες μορφές καρκίνου του δέρματος. Ακολουθήστε τις παρακάτω συμβουλές που έχουν προταθεί από επιστήμονες, για την καλύτερη προαγωγή της υγείας μας!

✓ **Αποφύγετε τον ήλιο** από τις 10 έως τις 4μμ, οπότε η ακτινοβολία είναι εντονότερη, ή για μεγάλα συνεχόμενα χρονικά διαστήματα. Πρέπει να έχετε υπόψη σας ότι η ηλιακή ακτινοβολία διαπερνά τα σύννεφα και το νερό, ενώ αντανakλάται πάνω στο χιόνι, γεγονός που σημαίνει ότι δεν πρέπει ποτέ να εφησυχάζετε Είναι πολύ σημαντικό να μην καίγεστε...

✓ Μην ξαπλώνετε στον ήλιο **χωρίς αντηλιακό** και πάνω από μισή ώρα για μαύρισμα. Είναι λάθος να νομίζετε ότι για να μαυρίσετε πρέπει να καείτε, το αργό μαύρισμα είναι καλύτερο και διαρκεί περισσότερο.

✓ Προτιμάτε **ανοιχτόχρωμα ή λευκά ρούχα** τους καλοκαιρινούς μήνες, ακόμα και με μακριά μανίκια.

✓ Βάζετε **πάντοτε γυαλιά ηλίου** με ειδικούς φακούς που μπορούν να απορροφήσουν ακόμα και το 99% της υπεριώδους ακτινοβολίας, προστατεύοντας ταυτόχρονα τους οφθαλμούς αλλά και την περιοχή γύρω από αυτούς.

✓ Εξίσου σημαντικό αξεσουάρ, είναι το **καπέλο** για την προστασία του προσώπου και του κεφαλιού.

✓ Προτιμήστε να **κινείστε πάντοτε στη σκιά**.

✓ Χρησιμοποιείτε πάντα **αντηλιακό με υψηλό δείκτη προστασίας** (τουλάχιστον 15). Αναζητήστε προϊόντα που αναγράφουν ότι παρέχουν

Μελάνωμα Δέρματος

προστασία κατά των ακτινών UVA και UVB και χρησιμοποιείτε τα ακόμα και ημέρες που έχει συννεφιά.

✓ Απλώστε το αντηλιακό επάνω στο στεγνό δέρμα σας, **μισή περίπου ώρα πριν εκτεθείτε στον ήλιο**. Ιδιαίτερη βαρύτητα δώστε στο πρόσωπο, τα χέρια, τα πόδια και τον λαιμό. Τέλος, μην ξεχνάτε τα χείλη σας. Ειδικά προϊόντα προσφέρουν αποτελεσματική προστασία.

✓ **Ανανεώστε** το αντηλιακό σας, ακόμη κι αν είναι αδιάβροχο, έπειτα από το μπάνιο. Βάζετε αντηλιακή κρέμα ξανά κάθε 2 ώρες, ιδιαίτερα όταν μπείτε στο νερό ή ιδρώνετε.

✓ Αντηλιακό πρέπει να βάζουμε πάντοτε και τον χειμώνα και το καλοκαίρι σε όλα τα εκτεθειμένα στον ήλιο μέρη του σώματος.

✓ Αποφύγετε με κάθε τρόπο την έκθεσή του σώματος σας, σε **λάμπες τεχνητού μαυρίσματος** (Solarium) καθώς μπορούν να επιφέρουν σοβαρές βλάβες στο δέρμα, ενώ υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία ότι αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης μελανώματος.

✓ **Προστατέψτε τα παιδιά**. Τα παιδιά απαιτούν ειδική φροντίδα, καθώς τείνουν να περνούν περισσότερες ώρες στον ήλιο κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού και άλλων δραστηριοτήτων τους. Συνεπώς, όλα τα μωρά κάτω των 6 μηνών δεν πρέπει να εκτίθονται καθόλου στην άμεση ηλιακή ακτινοβολία, ενώ τα παιδιά μέχρι 2 ετών πρέπει να παραμένουν στην σκιά. Επίσης, τα παιδιά πρέπει πάντα να φοράνε φανελάκι και πλατύγυρο καπέλο όταν βρίσκονται έξω από το σπίτι, διότι το πλατύγυρο καπέλο καλύπτει όλο το πρόσωπο και τον αυχένα. Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό, να τα ενημερώσετε για τους κινδύνους που παραμονεύουν, από την παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο και εκπαιδεύστε τα, στο πως να χρησιμοποιούν σωστά την αντηλιακή κρέμα, τα γυαλιά ηλίου, αλλά και πως να επιλέγουν τα ρούχα που θα φορέσουν.



Είναι πολύ σημαντικό, όταν παρατηρείτε κάτι περίεργο στο δέρμα σας, να το δείχνετε στους γονείς σας για να κρίνουν, αν ίσως θα ήταν καλύτερα να επισκεφτείτε ένα δερματολόγο. Άλλωστε, μην ξεχνάτε ότι όσο πιο γρήγορα εντοπιστεί ένα μελάνωμα, τόσο πιο μεγάλες είναι πιθανότητες να μπορεί να αντιμετωπιστεί [www.iator.gr, www.medlook.net, Β. Κατσιμπούλας, 2004].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Ψυχο-κοινωνική προσέγγιση ασθενή με μελάνωμα

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

Ο ασθενής που πάσχει από καρκίνο δεν είναι απλώς και μόνο ένας οργανισμός που έχει διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία κάποιου ή κάποιων οργάνων ή συστημάτων, είναι το άτομο που βρίσκεται στο κέντρο των αποφάσεων και προπάντων ένας άνθρωπος που υποφέρει σωματικά και ψυχικά διακατέχοντας τον συναισθήματα όπως η ανασφάλεια, η αβεβαιότητα και η ανίχνευση της αλήθειας.

Απαξιωμένοι από την αρρώστια και πανικόβλητοι μπροστά στην άγνοια της εξέλιξής της, έχουν ανάγκη όχι μόνο της θεραπευτικής αντιμετώπισης από τους επιστήμονες υγείας αλλά και της ενημέρωσης σχετικά με το πολύπλοκο και δυσεπίλυτο πρόβλημα που είναι συνδεδεμένο με την πιο κρίσιμη περίοδο της ζωής τους.

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

Συνεπώς η ψυχοκοινωνική φροντίδα μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές δυνάμεις των αρρώστων και να τους βοηθήσει για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, άλλωστε ο θρύλος του ανιάτου στον καρκίνο καθώς επίσης και ο φόβος της συχνά ριζικής θεραπείας και της αλλαγής της μορφής του σώματος, προκαλεί τρόμο.

Μελάνωμα Δέρματος

7.1 Η συμπεριφορά του ασθενή στη νόσο

Η συμπεριφορά των ασθενών στον καρκίνο ποικίλλει σημαντικά σε διαφορετικά μέρη τον κόσμου και εξαρτάται μεταξύ άλλων από πολιτισμικά, εθνικά, κοινωνικά, οικονομικά, και εκπαιδευτικά θέματα. Σε μερικούς η ίδια η λέξη καρκίνος είναι ταμπού και η συζήτηση γι' αυτόν είναι ανεπίτρεπτη. Το πιο σημαντικό και προεξάρχων θέμα είναι ο φόβος του να έχει καρκίνο, ο φόβος ότι ο καρκίνος είναι θανατηφόρος, ο φόβος ότι μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα ένα ακρωτηριασμό, ο φόβος ότι μπορεί να προκαλέσει σημαντικό πόνο, ο φόβος της θεραπείας και των παρενεργειών της. Τέτοιοι φόβοι ποικίλλουν σε συχνότητα και ένταση, καθώς επίσης ποικίλλει η αντίδραση των ασθενών σε αυτούς.

Κάθε άνθρωπος, όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση με σκοπό να μπορέσει να χρησιμοποιήσει όλες τις εφεδρείες που έχει ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα τον κίνδυνο για την ζωή του. Όλοι οι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούρια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν περισσότερο και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ [Γ. Ρηγάτος, 1989, Α. Παγιά, 2005].

7.2 Περιήγηση συναισθημάτων που συνοδεύει η διάγνωση του καρκίνου

Η αρρώστια, ιδιαίτερα εκείνη η οποία κατατάσσεται σε σοβαρή και απειλητική για τη ζωή, έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο σε σωματικό επίπεδο, όσο και σε όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου. Αυτό γίνεται γνωστό από την στιγμή, που ένας άνθρωπος παρατηρεί ανησυχητικά συμπτώματα και έτσι ξεκινά την διαδικασία του ιατρικού ελέγχου. Έτσι, βιώνει έντονα συναισθήματα τα οποία έχουν διαφορετικό κύμα έντασης όπως: έντονο άγχος, φόβο, αγωνία για το μέλλον και αίσθημα της αναμονής, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται και άτομα του στενού περιβάλλοντος, τα οποία βιώνουν ανάλογα συναισθήματα.

Ο καρκίνος, όπως είναι γνωστό αποτελεί μια σοβαρή αρρώστια όπου, παρόλο την αβέβαιη πρόγνωση, η οποία απαιτεί θεραπευτική αντιμετώπιση με σημαντικό κόστος για το άτομο, το ίδιο το άτομο ακόμη, όπως και η ίδια η κοινωνία, έρχονται αντιμέτωποι με την ιδέα του θανάτου ή ακόμα χειρότερα, με τον ίδιο τον θάνατο.

Έτσι λοιπόν, το άτομο από τη στιγμή της διάγνωσης, καλείται να αντιμετωπίσει μια στυγερή πραγματικότητα, η οποία κατά ένα μεγάλο ποσοστό επηρεάζει τις συνθήκες ζωής του, την ασφάλη καθημερινότητας του και την μετέπειτα εικόνα για την ζωή του και τον εαυτό του, το σώμα του και την εικόνα του σώματος του, τα όνειρα και της φιλοδοξίες του [www.care.gr, Εγκυκλοπαίδεια 'Υγεία', 1995].

Κεφάλαιο 7^ο: Ψυχο-κοινωνική προσέγγιση ασθενή με μελάνωμα

7.2.1 Συναισθηματικές διακυμάνσεις του αρρώστου

Αρχικά, η ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου στο άτομο μπορεί να προκαλέσει στον ίδιο τον ασθενή:

1. **Σοκ.** Καλλιεργείται, στην προσπάθειά του ατόμου να προστατευθεί από το απειλητικό γεγονός. Έτσι, συχνά δυσπιστεί απέναντι στη διάγνωση και ορισμένες φορές την αρνείται.

2. **Έντονο άγχος.** Καλλιεργείται από τον θυμό, που πηγάζει από το αίσθημα της αδικίας και της αδυναμίας. Ενώ, μπορεί να στρέφεται και προς τον ίδιο του τον εαυτό με τη μορφή ενοχών, λόγω της υιοθέτησης κάποιων συμπεριφορών που μπορεί να θεωρεί ότι προκάλεσαν τον καρκίνο (όπως, το να μην πάει εγκαίρως στο γιατρό). Ο θυμός μπορεί να στρέφεται ενάντια στο ίδιο του το σώμα που τον «πρόδωσε», ή ενάντια στο Θεό και τη μοίρα.

3. **Θρήνο.** Καλλιεργείται από συναισθήματα που αφορούν την θλίψη, τον φόβο, την αγωνία και την μοναξιά, καθώς επίσης και γνωστικές διεργασίες ή συμπεριφορές. Ο θρήνος είναι μια απολύτως φυσιολογική διεργασία, μέσα από την οποία το άτομο επεξεργάζεται τις πολλαπλές απώλειες τις οποίες βιώνει.

Στις απώλειες που βιώνει το άτομο περιλαμβάνονται όλα τα σχέδια και τα όνειρά του, η καθημερινότητα του, ο τρόπος με τον οποίο έβλεπε τον εαυτό του και η ξαφνική ανατροπή της ζωής του. Το άτομο καλείται να βρει ξανά τον εαυτό του και να δώσει καινούργιο νόημα στη ζωή του μέσα από το πρίσμα της νέας πραγματικότητας με την οποία έρχεται αντιμέτωπο [www.care.gr, Ε. Παπαθανάσογλου, 1995, Π. Βασιλόπουλος, 1997].

7.2.2 Συναισθηματικές διακυμάνσεις της οικογένειας

Ο όρος **οικογένεια** αφορά στην ικανότητα της οικογένειας να λειτουργεί και να προσαρμόζεται κατάλληλα, ώστε να καλύπτει τις ανάγκες των μελών της [Δ. Σαπουντζή – Κρέπια, 2004].

Έτσι λοιπόν, κάθε οικογένεια όπως είναι γνωστό αποτελεί ένα δυναμικό σύνολο. Επομένως, όταν επηρεάζεται (σωματικά ή ψυχικά) αρνητικά ένα άτομο της οικογένειας, σαν φυσική συνεπεία επηρεάζεται και ολόκληρη η οικογένεια, με αποτέλεσμα οι αντιδράσεις τις οποίες βιώνει, όταν διαγιγνώσκεται σ' ένα μέλος της μια απειλητική για τη ζωή αρρώστια (καρκίνος), είναι αντίστοιχες με αυτές του ίδιου του αρρώστου. Επίσης, τα φιλικά και συγγενικά πρόσωπα βιώνουν ανάλογες αντιδράσεις όπως: σοκ, θυμό, θλίψη, αδυναμία, φόβο για το μέλλον, αγωνία, ενοχή και πόνο για το πιθανό θάνατο.

Η αρρώστια ενός μέλους της οικογένειας διαταράσσει όλη ζωή και τη λειτουργία της οικογένειας και έχει σημαντικές επιπτώσεις σε όλες τις πτυχές της ζωής των άλλων μελών, ενώ τα άτομα του οικείου περιβάλλοντος του αρρώστου καλούνται να αναλάβουν ένα σημαντικό μέρος της φροντίδας και της στήριξης του.

Μελάνωμα Δέρματος

Με τη διάγνωση του καρκίνου, αρχίζει και για την οικογένεια μια διεργασία θρήνου. Από την στιγμή, που έρχονται αντιμέτωποι με τις μελλοντικές απώλειες τις οποίες επιφέρει η αρρώστια και στη δική τους ζωή, κάθε άτομο ανάλογα με τη σχέση που έχει με τον άρρωστο, θρηνεί διαφορετικές απώλειες, με αποτέλεσμα η αρρώστια του ατόμου να έχει διαφορετικές συνέπειες για το γονιό, το σύντροφο και το παιδί του.

Επιπλέον, στην φάση της διάγνωσης η οικογένεια, μαζί με τον άρρωστο, καλείται να ενημερωθεί και να κατανοήσει την αρρώστια, τα συμπτώματα και την αντιμετώπιση τους, να συμμετέχει στην επικοινωνία με το προσωπικό υγείας και τον προγραμματισμό της θεραπείας, να κατανοήσει το θρήνο του αρρώστου, αλλά και να επεξεργαστεί το δικό της θρήνο [Π. Βασιλόπουλος, 1997].

Η *Armstrong* υποστηρίζει ότι υπάρχουν μερικοί βασικοί κανόνες του οποίους οφείλουν να γνωρίζουν οι νοσηλευτές και διέπουν την επαγγελματική σχέση του νοσηλευτή με τον καρκινοπαθή και την οικογένειά του:

1. Ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει επαρκή γνώση για το νόσημα από το οποίο πάσχει ο ασθενής, να διαθέτει γνώσεις και δεξιότητες για την εφαρμογή απλών αλλά και σύνθετων νοσηλευτικών παρεμβάσεων,

2. Να έχει ικανότητες να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένειά του για την θέσπιση εφικτών στόχων υγείας και αυτοφροντίδας.

3. Να έχει ικανότητες ώστε να ανταποκρίνεται θετικά στις ανάγκες του ασθενούς για την επαναδιαπραγμάτευση θεσπισμένων στόχων, όταν διαπιστώνεται ότι αυτοί δεν είναι εφικτοί.

4. Να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένεια του για την υιοθέτηση αλλαγών στον τρόπο ζωής

5. Να διαθέτει υπομονή και ικανότητες για ανίχνευση και ενδυνάμωση των δυνατοτήτων των ασθενών και των οικογενειών τους να προβούν σε αλλαγές συμπεριφοράς και τρόπου ζωής [Δ. Σαπουντζή - Κρέτσια, 2004].

7.2.3 Συναισθηματικές διακυμάνσεις των επαγγελματιών υγείας

Οι **επαγγελματίες υγείας** οι οποίοι φροντίζουν άτομα με απειλητική για τα ζωή αρρώστια, είναι επίσης δυνατόν να βιώσουν το αίσθημα του θρήνου, ιδίως όταν έχουν αναπτύξει μια ιδιαίτερη σχέση με τον άρρωστο.

Η διάγνωση μιας απειλητικής αρρώστιας φέρει τους επαγγελματίες υγείας αντιμέτωπους με:

▪ **Την απώλεια των προσδοκιών ως προς το ρόλο τους.** Οι επαγγελματίες υγείας μέσα από την εκπαίδευσή τους έχουν διδαχθεί να στοχεύουν στη θεραπεία. Το γεγονός όμως, ότι ο άρρωστος πάσχει από μια αρρώστια ανίατη, είναι δυνατό να ανατρέψει τις προσδοκίες που έχουν στο ρόλο τους.

Κεφάλαιο 7^ο: Ψυχο-κοινωνική προσέγγιση ασθενή με μελάνωμα

▪ **Συναισθήματα που πηγάζουν από την ταύτιση με τον ψυχικό πόνο του αρρώστου ή των συγγενών του.** Οι επαγγελματίες υγείας, μέσα από την φροντίδα των ατόμων με καρκίνο τελικού σταδίου, έρχονται αναπόφευκτα σε επαφή με τη θνητότητα του ανθρώπου και συνεπώς με τη πιθανότητα και του δικού τους θανάτου ή του θανάτου αγαπημένων τους προσώπων.

Ωστόσο, η φροντίδα ατόμων με καρκίνο είναι ένα δύσκολο έργο και απαιτητικό. Διότι, από την μια μεριά οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να στηρίξουν ψυχολογικά τόσο τον άρρωστο, όσο και το οικογενειακό του περιβάλλον και από την άλλη μεριά, φροντίζουν να επεξεργαστούν τα προσωπικά τους συναισθήματα απέναντι στο πόνο, την απώλεια και το θάνατο.

Είναι λοιπόν, σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν τα προσωπικά τους συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια και το θάνατο, αφού αυτός αποτελεί μέρος της φροντίδας τους και για το λόγο αυτό, πρέπει να υπάρχει και η κατάλληλη εκπαίδευση γύρω από θέματα που αφορούν την απειλητική αρρώστια και τη φροντίδα του αρρώστου [www.care.gr, Ε. Παπαθανάσογλου, 1995, Π. Βασιλόπουλος, 1997].

7.3 Μηχανισμοί προσαρμογής – αντιμετώπισης του μελανώματος

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

α) Αρνηση (Denial). Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού π.χ., αρνείται κατηγορηματικά την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως : "δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για λόγους προληπτικούς". Οι γυναίκες αυτές δεν μιλούν ποτέ από μόνες τους για το θέμα και κλείνουν γρήγορα την συζήτηση όταν αναφερθεί από κάποιον άλλον.

β) Μαχητικότητα (Fighting Spirit). Ο ασθενής είναι αποφασισμένος να πολεμήσει και να νικήσει. Κρατάει θετική στάση και ελπίζει και συνήθως ψάχνει μόνος του για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημά και την αντιμετώπισή του. Συνήθως ρωτούν τον γιατρό τους για να μάθουν λεπτομέρειες για την κατάστασή τους, ή φίλους τους που τυχαίνει να πάσχουν από το ίδιο νόσημα, και μπορεί να αισθάνονται τυχεροί που το ανακάλυψαν γρήγορα.

γ) Στωική αποδοχή (Stoic Acceptance). Οι ασθενείς δέχονται την διάγνωση. Δεν αναζητούν πληροφορίες γι' αυτήν εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα και γενικά συνεχίζουν να ζουν όπως πρώτα χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το νόσημά τους.

Μελάνωμα Δέρματος

δ) Αποδοχή με συνοδό άγχος/ θλίψη (Anxious/depressed Acceptance). Αυτοί οι ασθενείς αντιδρούν στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή και θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκουν να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τις πρώτες έχουν την τάση να τις ερμηνεύουν με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Πάντως, είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητές τους.

ε) Απελπισία/ Αβοηθητότητα (Hopeless/Helpless). Οι ασθενείς αυτοί φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστοι είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη [www.stress.gr, Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας, 1991].

7.4 Διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων ασθενών με μελάνωμα

Μετά τη διάγνωση του καρκίνου και κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς βρίσκονται αντιμέτωποι με την πρόκληση της νόσου. Δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις τους με τους γύρω, οι προτεραιότητες αλλάζουν και τροποποιούνται οι αντιλήψεις για την ζωή. Θα πρέπει να ξεπεράσουν πάρα πολλά εμπόδια, διαφορετικά είναι πιθανόν να αναπτύξουν κάποια μορφή ψυχολογικής δυσλειτουργίας, όπως το άγχος και η κατάθλιψη.

Ο άρρωστος με καρκίνο είναι αδιαίρετη και ανεπανάληπτη βιοψυχοκοινωνική οντότητα, που αντιδρά προς την αρρώστια με προσωπικούς μοναδικούς τρόπους και χρειάζεται εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Έτσι λοιπόν, αποτελεί πραγματικότητα το γεγονός ότι, η καταπολέμηση του καρκίνου είναι τόσο βιολογική, όσο και ψυχολογική μάχη, επειδή οι επιπτώσεις εκτείνονται πιο πέρα από τις σωματικές βλάβες [Α. Ραγιά, 2005].

7.4.1 Ψυχολογικά-ψυχιατρικά προβλήματα στους ογκολογικούς ασθενείς

Τα ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στους ογκολογικούς ασθενείς διακρίνονται στο:

- **Αίσθημα της αγχώδους διαταραχής:**

Τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν αδυναμία συγκέντρωσης, επαναλαμβανόμενες ανήσυχες σκέψεις και αντιλήψεις, νευρικότητα και ανησυχία.

Τα φυσικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν γαστρεντερικές διαταραχές, αναπνευστικές διαταραχές, καρδιοαγγειακές διαταραχές και διαταραχές στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Κεφάλαιο 7^ο: Ψυχο-κοινωνική προσέγγιση ασθενή με μελάνωμα

Το αίσθημα της αγχώδους διαταραχής, χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη και συνδυασμένη εμφάνιση επίμονων φυσικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων διάρκειας 1- 2 εβδομάδων.

- **Αίσθημα της καταθλιπτικής διαταραχής:**

Τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν απαισιόδοξες σκέψεις, κακή διάθεση, αδυναμία να αισθανθούν χαρά, ενοχή, αδυναμία και απώλεια κάθε αισθήματος ελπίδας.

Συνδυάζεται με τον καρκίνο και χαρακτηρίζεται από μικρής έως σοβαρής διάρκειας ψυχολογική διαταραχή.

- **Αίσθημα της ανασφάλειας:**

Τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν τον φόβο του αγνώστου και του απροσδόκητου (δηλαδή κάθε χρονική στιγμή είναι πιθανόν να ξαναεμφανιστεί η νόσος), τον φόβο των στερήσεων και των θυσιών που θα απαιτηθούν, τον φόβο του πόνου, της αναπηρίας και της χρόνιας αρρώστιας, τον φόβο της διάγνωσης του καρκίνου. Επιπλέον, η ανασφάλεια επηρεάζεται και αυξάνεται από:

1. Την παραπληροφόρηση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, που σε κάθε χρονική στιγμή δηλώνουν την αβεβαιότητα όσον αφορά την θεραπεία και την επιβίωση από τη νόσο του καρκίνου.
2. Τις πολύπλοκες και διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.
3. Τις προγραμματισμένες εξετάσεις ρουτίνας , καθώς και κάθε επίσκεψη στο νοσοκομείο.
4. Κάθε νέο σύμπτωμα.
5. Σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα βιώνουν οι ασθενείς που χάνουν την αυτοεκτίμηση τους από την αλλαγή του σωματικού της ειδώλου τους, τη απώλεια της σεξουαλικότητας τους , την απώλεια του ρόλου τους στην κοινωνία και την οικογένεια.
6. Ο κοινωνικός περίγυρος και η υποστήριξη που έχει ο ασθενής μας από τους γύρω του, καθώς και οι μηχανισμοί άμυνας που έχει.
7. Οι αντιλήψεις όσον αφορά την κουλτούρα και τα θρησκευτικά πιστεύω γύρω από την νόσο και την υγεία.
8. Η στάση του κατά τη διάρκεια της ζωής του στον καρκίνο.
9. Προηγούμενο ιστορικό ατομικό – οικογενειακό ψυχιατρικής διαταραχής [www.cancer-society.gr, Φ. Αναγνωστόπουλος, 2003, Ε. Πατηράκη –Κουρμπάνη, 1991].

- **Αίσθημα της μόνωσης:**

Τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν εσωτερικό εγκλεισμό στον εαυτό τους, διακοπή επικοινωνίας με το γύρω περιβάλλον, φόβο έκφρασης και συζήτησης των συναισθημάτων τους, φόβο απόρριψης, φόβο θανάτου.

Τα παραπάνω προβλήματα αντιμετωπίζονται από τους αρρώστους με την εκτέλεση ή την αποφυγή ορισμένων πράξεων, με μελαγχολία, υπομονή και ελπίδα. Όταν ο δέκτης της ψυχής του αρρώστου συλλάβει το βαθύτερο πνευματικό νόημα της αρρώστιας, τότε την αντιμετωπίζει με πίστη, υπομονή και ελπίδα.

Μελάνωμα Δέρματος

Είναι γεγονός, ότι οι περισσότεροι άρρωστοι δυσκολεύονται, λυγίζουν, τα χάνουν από την ψυχική οδύνη, με αποτέλεσμα την υιοθέτηση των παραπάνω συμπεριφορών [Α. Ραγιά, 2005].

- **Οργανικές διαταραχές:**

Παρουσιάζονται μετά από προφανείς βλάβες στον εγκέφαλο λόγω της νόσου ή της θεραπείας που επηρεάζουν τις εγκεφαλικές λειτουργίες.

- **Προσαρμοστικές διαταραχές:**

Διαικούν 1-2 εβδομάδες και παρουσιάζονται σαν συναισθηματικές υπερβολικές αντιδράσεις στο στρες.

Οι παράγοντες, οι οποίοι θα επηρεάσουν την εμφάνιση ή όχι αυτών των διαταραχών, το είδος, καθώς και τη διάρκεια τους είναι:

1. Η ηλικία και το φύλο.
2. Το είδος του καρκίνου.
3. Το στάδιο της νόσου.
4. Το είδος της θεραπείας.
5. Ο πόνος που δεν αντιμετωπίζεται [www.cancer-society.gr, www.health.in.gr, Φ. Αναγνωστόπουλος, 2003].

7.4.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις της χημειοθεραπείας

Μια καλή σχέση νοσηλεύτριας-ή συμβάλλει στην ηθική συμπαράσταση του αρρώστου, του κοινωνικού και οικογενειακού του περιβάλλοντος με θετικό αποτέλεσμα. Η ανάγκη για χημειοθεραπεία και οι επιπτώσεις της στη ζωή του αρρώστου μπορεί να γεννήσουν μια σειρά από αρνητικά συναισθήματα εξ αιτίας οργανικών συμπτωμάτων και αλλαγών του τρόπου ζωής. **Άγχος, φόβος, αγωνία, αβεβαιότητα, κατάθλιψη** τα οποία προκύπτουν είτε από οργανικά συμπτώματα (πόνος, εμετός), είτε από αλλαγές ειδώλου του αρρώστου (αλωπεκία, οίδημα) είτε από αλλαγές του τρόπου ζωής (οικογενειακές, επαγγελματικές, οικονομικές, κοινωνικές, σεξουαλικές).

Επειδή αυτού του είδους οι αλλαγές δεν είναι ευχάριστες και επειδή ο άρρωστος θα αισθάνεται φοβισμένος και αποθαρρυσμένος μπορεί να επέμβει η νοσηλεύτρια-της:

1. **Με την άριστη νοσηλευτική φροντίδα** νοσηλεύτρια-τη κατά την οποία ενισχύεται η εμπιστοσύνη του αρρώστου και το αίσθημα ασφάλειας με την σωστή εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών, δηλαδή σωστή εφαρμογή των κανόνων νοσηλείας και διευκόλυνση προμήθειας απαραίτητων υλικών (κάσκα ψύξεως, περούκα).

2. **Με την πληροφόρηση - εκπαίδευση**, όπου η νοσηλεύτρια-τής μέσω τον ρόλου της/ του θα δώσει πληροφορίες για τη χημειοθεραπεία και τα αποτελέσματά της (η διάγνωση είναι έργο τον κλινικού γιατρού) στο επίπεδο που θέλει ο άρρωστος ή η οικογένεια ή οι φίλοι τον (μεμονωμένα ή καθ' ομάδα), και θα δώσει το χρόνο στον άρρωστο να συνηθίσει στην ιδέα της χημειοθεραπείας και στη σημασία της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη και άγχος τον.

Κεφάλαιο 7^ο: Ψυχο-κοινωνική προσέγγιση ασθενή με μελάνωμα

3. Με την αρμονική συνεργασία νοσηλεύτριας-τη με την υγειονομική ομάδα όπου η νοσηλεύτρια-τής θα ανοίξει και θα κρατήσει ανοικτούς δρόμους επικοινωνίας αρρώστου, οικογένειας, υγειονομικής ομάδας (γιατρό, νοσηλεύτρια-τη, κοινωνική λειτουργό, ψυχολόγο ή κάποιον κληρικό), όπου ο άρρωστος μπορεί μαζί τους να εκφράζει τα συναισθήματα, τους φόβους του, να λύνει τις απορίες και να βρίσκει εναλλακτικές λύσεις στα προβλήματά του (οικογενειακά, οικονομικά) [Ε. Μπαρμπινούνη-Κωνσταντάκου, 1991].

7.4.3 Ψυχολογικές επιπτώσεις της ακτινοβολίας

Οι άρρωστοι που κάνουν ακτινοβολία, συγκριτικά με εκείνους που δεν κάνουν, δοκιμάζουν μεγαλύτερη ψυχολογική υπερένταση και δυσφορία, ίσως επειδή πρέπει καθημερινά να πηγαινοέρχονται στο νοσοκομείο. Αποτέλεσμα, η διάσπαση της καθημερινής τους ζωής και η θύμηση της αρρώστιας τους (καρκίνος).

Επιπλέον, τους προβληματίζει η σχετικά απρόσωπη φύση της ακτινοβολίας, αφού μένουν πάντα μόνοι στο χώρο της θεραπείας.

Τέλος, η αναπηρία που συχνά δημιουργείται από την χειρουργική θεραπεία, προκαλεί στον άρρωστο αμφισβήτηση της προσωπικής του αξίας, μειονεκτικότητα και μελαγχολία [Α. Ραγιά, 2005].

7.5 Νοσηλευτική συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Η αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης φροντίδας του ασθενή, προκειμένου να επανακτήσει την μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής, με την μεγαλύτερη δυνατή σωματική – ψυχική – πνευματική – κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση.

Στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με καρκίνο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητάς του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, ν' αντέχει τη θεραπεία και ν' αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια, ενώ σκοπός της αποκατάστασής του είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του, με τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησής του, ανεξάρτητα απ' το προσδόκιμο επιβίωσης.

Η δυνατότητα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ασθενή, προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ίδιου, της οικογένειάς του και εκπροσώπων διαφόρων ειδικοτήτων όπως γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, πνευματικών, λογοθεραπευτών, φυσιοθεραπευτών, εθελοντών που συνεργάζονται στο πρόγραμμα αποκατάστασής του.

7.5.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και νοσηλευτικοί στόχοι

Αναφέρονται στη συνέχεια οι σημαντικότεροι **νοσηλευτικοί στόχοι** του προγράμματος και οι **νοσηλευτικές παρεμβάσεις** αντίστοιχα, που απαιτούνται για να εκπληρωθούν.

- Ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου είναι η **ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοικτής επικοινωνίας** με τον άρρωστο και το περιβάλλον του. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας, ενημερώνεται και πληροφορείται ο άρρωστος στο μέγεθος που ο ίδιος επιθυμεί και μπορεί, επιτρέπεται σ' όλα τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σ' ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές τους, εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, διαψεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι, καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης και καλύπτεται η ανάγκη του αρρώστου να εκδηλώνει τη λύπη του και το θυμό του, για να μην απομονωθεί συναισθηματικά.

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την αυτοέκφραση και την ψυχική εκτόνωση, καθώς αξιολογεί το πως βλέπει ο ασθενής της αρρώστια του, τις αλλαγές που χρειάζεται να κάνει στην ζωή του λόγω της ασθένειας του, τα πρόσωπα που τον βοήθησαν και ποια μέσα διαθέτει έτσι ώστε να καλύψει τις ανάγκες του, καθώς και τους μελλοντικούς του στόχους [Ε. Πατηράκη – Κουρμπάνη, 1991, Α. Ραγιά, 2005].

- Πρωταρχικής σημασίας ενέργεια είναι και η **ψυχολογική εκτίμηση του αρρώστου**. Η καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του κάθε αρρώστου και η κατά το δυνατόν κατανόηση των ψυχολογικών μηχανισμών του [Α. Καράμπελλας 2001].

- Καθημερινά πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι η **δημιουργία – ενίσχυση και διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος**. Ολόκληρη η νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Επιστήμη και τέχνη του διαλόγου. Όχι μόνο η ακρόαση και η ομιλία, αλλά και η σιωπή, η συμπεριφορά, οι μορφασμοί, το βλέμμα, η απάντηση στην κλήση του αρρώστου, η τήρηση αποφάσεων και η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιοποιηθούν, επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος, όπου ο νοσηλευτής είναι ικανός να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας [Ε. Λάκκα, Μ. Καρυπίδου, Β. Τερζή, Μ. Χαλκιά, 1991].

- Οι νοσηλευτές **ενισχύουν την αυτοεκτίμηση του αρρώστου**, όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν αντανακλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά, όταν ακούνε τον άρρωστο, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις του, όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματά του, όταν δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες του, όταν τον φροντίζει με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια.

- Άλλος νοσηλευτικός σκοπός είναι η **προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων** του αρρώστου που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασης του, να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματά του, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να τα αντιμετωπίσει και ν'

Κεφάλαιο 7^ο: Ψυχο-κοινωνική προσέγγιση ασθενή με μελάνωμα

αναγνωρίζει την πρόοδο, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματά του και να ζητά βοήθεια, ν' αναγνωρίζει και ν' απολαμβάνει τις μικροχαρές της ζωής, να διακρίνει την ρεαλιστική απ' την ψεύτικη ελπίδα.

- **Η ανακούφιση του πόνου** είναι εξαιρετικά σημαντικός νοσηλευτικός στόχος. Ο πόνος αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70% αρρώστων με καρκίνο, ποσοστό που επηρεάζεται από το στάδιο της νόσου και την εντόπιση του όγκου ενώ υπολογίζεται ότι το 25% αυτών των αρρώστων πεθαίνει χωρίς ικανοποιητική ανακούφισή του. Επιδείνωση ψυχιατρικών διαταραχών αυξάνουν με την ένταση του πόνου, ενώ καταστάσεις χρόνιου πόνου συνδέονται με αύξηση άγχους, κατάθλιψη και τάσεις αυτοκτονίας [Α. Καράμπελλας, 2001, Χ. Αθανασιάδης, 1988].

Κάθε νοσηλεύτης οφείλει να συμμετέχει υπεύθυνα στην ομάδα πόνου που αποτελεί τον ιδανικό τρόπο αντιμετώπισης πόνου, είτε συμβάλλοντας στις προσπάθειες των μελών της, είτε με αυτόνομες αρμοδιότητες. Αρχικά αξιολογεί τον πόνο, έργο που απαιτεί συστηματική προσπάθεια για τη συλλογή όλων των στοιχείων πληροφοριών που αφορούν τις φυσιολογικές και ψυχικές αντιδράσεις του αρρώστου, τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς. Πού οφείλεται ο πόνος; Πόσο πονά ο άρρωστος; Πού πονά και με ποιες λέξεις περιγράφει τον πόνο του; Ποιες μεθόδους χρησιμοποιεί για την ανακούφισή του; Πώς επιδρά στη ζωή του και ποιο νόημα του αποδίδει;

Στη συνέχεια για την κατάστρωση του νοσηλευτικού προγράμματος λαμβάνονται υπ' όψη το αίτιο και οι χαρακτήρες του πόνου, η ηλικία, η ψυχοσωματική κατάσταση του αρρώστου, το προσδόκιμο επιβίωσής του, οι κοινωνικές και οικογενειακές ευθύνες του, η διαθεσιμότητα και η πρακτικότητα των μεθόδων αντιμετώπισης πόνου και η επιδεξιότητα των μελών της ομάδας στην εφαρμογή τους καθώς και οι αξίες, τα πιστεύω, οι προτιμήσεις και οι ειδικές ανάγκες αρρώστου και οικογενειακού περιβάλλοντος [Ε. Πατηράκη – Κουρμπάνη, 1991, Χ. Αθανασιάδης, 1988, Ε. Αθανάτου, 2000].

- Σημαντικότερη νοσηλευτική παρέμβαση, αν και συχνά υποτιμάται, είναι η ίδια **η παρουσία μας κοντά στον άρρωστο και η υποστήριξη της οικογένειάς του**. Στόχος μας εδώ είναι να ανακουφίσουμε τους συγγενείς από το άγχος και την απελπισία, αντιμετωπίζοντας τους διάφορους φόβους τους για την ενδεχόμενη κατάληξη με τα παρακάτω μέτρα:

- Νοσηλευτικός διάλογος με τον άρρωστο (ενθαρρύνουμε την αυτοέκφραση και ψυχική εκτόνωση του αρρώστου),
- Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου [Α. Καράμπελλας 2001].

- Τέλος, ο/ η νοσηλεύτης/ τρία επιχειρεί την **εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων** που εφαρμόστηκαν και ανάλογα συνεχίζει, τροποποιεί ή αναθεωρεί το πρόγραμμα, αναζητώντας τον καλύτερο τρόπο αποκατάστασης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου [Ε. Πατηράκη – Κουρμπάνη, 1991, Α. Ραγιά, 2005, Ε. Αθανάτου, 2004].

Μελάνωμα Δέρματος

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|---|--|---|---|--|---|--|
| Νοσηλευτική παρέμβαση | Ανοχή επικοινωνία με τον ασθενή και το περιβάλλον του. | Καταγραφή ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του αρρώστου. | Άσκηση της τέχνης του λόγου και κατανόηση των μορφασμών, της συμπεριφοράς και της σωματικής φροντίδας του ασθενούς, για την ενίσχυση της αποτελεσματικής επικοινωνίας. | Έπαινος της αυτοφροντίδας με θετικές εκτιμήσεις και λόγια. | Παροχή βοήθειας, για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασης του. | Αξιολόγηση του πόνου, το αίτιο και οι χαρακτηριστές του πόνου, η ηλικία και η ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου. | Τροποποίηση και αναθεώρηση του προγράμματος για την αναζήτηση καλύτερου τρόπου αποκατάστασης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου. | Παρουσία κοντά στον άρρωστο και υποστήριξη της οικογένειας του. Ενθάρρυνση της αυτοέκφρασης και της ψυχικής εκτόνωσης του αρρώστου. |
| Νοσηλευτικός στόχος | Η ενθάρρυνση και η καλλιέργεια ανοιχτού διαλόγου για την διερεύνηση και επίλυση των προβλημάτων του ασθενή. | Ψυχολογική εκτίμηση. | Δημιουργία – ενίσχυση και διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος. | Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου. | Προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων και δυνατοτήτων του ασθενή. | Η ανακούφιση του πόνου. | Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. | Ανακούφιση των συγγενών από το άγχος και την απελπισία, για τους φόβους τους με την ενδεχόμενη κατάληξη. |
| Αποτελέσματα στον ασθενή | Καλλιέργεια αισθήματος προσαπτικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Αντιμετώπιση ενδεχόμενης οικογενειακής κρίσης. Αποτροπή συναισθηματικής απομόνωσης. | Παροχή βοήθειας για την κατανόηση των ψυχολογικών μηχανισμών του. | Γεφύρωση των αποστάσεων επικοινωνίας. | Ενθάρρυνση για προσωπικές ερωτήσεις και λύση των αποριών του. | Δυνατότητα ορθολογικής εκτίμησης της κατάστασης του. Διάκριση ψεύτικης από ρεαλιστικής ελπίδας. | Αποτελεσματική αντιμετώπιση και ικανοποίηση του ασθενή. Καλλιέργεια γαλήνιου περιβάλλοντος. | Προαγωγή του αισθήματος ασφάλειας του ασθενή, καλλιέργεια εμπιστοσύνης και άμεση αντιμετώπιση των προβλημάτων του. | Τόνωση των θετικών στοιχείων της πρωσοπικότητας του. Καλλιέργεια της αυτοεκτίμησης και προσπάθεια απόσπασης της προσοχής από τον φόβο της κατάληξης. |

Πίνακας 11: Πίνακας νοσηλευτικών παρεμβάσεων

7.5.2 Εναλλακτικές ψυχοδυναμικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις

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

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

- στην παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου
- στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και της οικογένειας του
- στον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου από τον ασθενή
- στον έλεγχο των συμπτωμάτων
- στους προστατευτικούς μηχανισμούς του ασθενή [Χ. Πλάτη, 1989].

7.6 Εξειδικευμένη προσέγγιση ασθενών με καρκίνο

Στις περιπτώσεις των ογκολογικών ασθενών το «Γιατίεγώ» και το άγνωστο αίτιο μπορεί να πάρουν διαστάσεις τεράστιας σημασίας για τη στάση του αρρώστου στην αποδοχή της θεραπείας, αλλά και της ποιότητας της ζωής του. Προεγχειρητική ή μετεγχειρητική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, περιορίζουν δραστηριότητες και σχέσεις και διαφοροποιούν τη ζωή του αρρώστου και της οικογένειας του, αναπτύσσοντας μία μακροχρόνια σχέση μεταξύ αρρώστου - νοσοκομείου.

Όλες οι εντοπίσεις που η θεραπευτική τους αντιμετώπιση προκαλεί αλλαγή στην εικόνα του σώματος ή την λειτουργικότητά του βάζουν σε μεγάλη δοκιμασία την αυτοεκτίμηση του αρρώστου. Ο τρόπος και ο στόχος προσέγγισης στις περιπτώσεις αυτές δεν διαφέρουν στην ουσία, αλλά απαιτεί γνώση των ιδιαιτεροτήτων.

Οι ασθενείς με καρκίνο, σχεδόν πάντα παρουσιάζουν μία τάση να αρνούνται την απογοήτευσή τους, με σκοπό να αποφύγουν να προκαλούν την προσοχή και τον οίκτο των άλλων, προσπαθώντας έτσι να ελαττώσουν τη φοβερή ψυχοκοινωνική τους απομόνωση. Γι' αυτό και η προσέγγισή μας πρέπει να έχει σα στόχο να βοηθήσει τόσο τον ίδιο όσο και το περιβάλλον του να υιοθετήσουν ένα τρόπο ανοικτής επικοινωνίας, αποτρέποντας έτσι να υψωθεί μεταξύ τους, ένας τοίχος συναισθηματικής σιωπής η οποία οδηγεί τον άρρωστο σε στάση αυτολύπησης και ηττοπάθειας.

Η συχνότητα του μηχανισμού άρνησης, οδηγεί συνήθως τον γιατρό και το περιβάλλον σε παραπλανητικές εκτιμήσεις και εύκολα μπορεί να μεταφράσει

Μελάνωμα Δέρματος

κανείς την φαινομενική ηρεμία με καλή προσαρμογή, ή ότι η κατάθλιψη πέρασε, αφού σταμάτησε το κλάμα.

Η στάση ανοικτής επικοινωνίας, επιτρέπει στον άρρωστο να εκφράσει φόβους και αγωνίες, να τις μοιραστεί με τα πρόσωπα που εμπιστεύεται και να εισπράξει κατανόηση και ενθάρρυνση, αντί οίκτου και σιωπής. Βοηθά τα μέλη της οικογένειας, να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα και ανάγκες, ούτως ώστε βοηθούμενοι οι ίδιοι να μπορούν να παίζουν ένα υποστηρικτικό ρόλο για τον ασθενή, ζώντας παράλληλα τη δική τους ζωή χωρίς ενοχές και άγχος, χωρίς να μειώνουν σε τίποτε την παροχή φροντίδας ή προστασίας για τον άρρωστο.

Ο κάθε άνθρωπος είναι απρόθυμος να αρχίσει μία μάχη για την οποία νοιώθει πως σίγουρα θα τη χάσει. Και οι ογκολογικοί άρρωστοι άσχετα με την εντόπιση και το είδος της θεραπείας, έχουν την ανάγκη να πιστέψουν ότι μπορεί να κερδίσουν τις ατομικές, συναισθηματικές και σωματικές μάχες που ακολουθούν μία διάγνωση καρκίνου. Αυτοί πρέπει να είναι και ο στόχος της εξειδικευμένης μας προσέγγισης [Κ. Παπαδοπούλου – Στραβολαίμου, 1991].

7.7 Υποστήριξη καρκινοπαθών με μελάνωμα δέρματος

Το να ζει κάποιος έχοντας μια σοβαρή ασθένεια είναι πολύ δύσκολο και για τον ίδιο, αλλά και για τους συγγενείς του γιατί πρέπει ν' αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα. Το να βρει κανείς το κουράγιο ν' αντιμετωπίσει αυτές τις δυσκολίες γίνεται πιο εύκολο, όταν υπάρχουν οι κατάλληλες πληροφορίες και οι υπηρεσίες υποστήριξης.

Οι φίλοι και οι συγγενείς μπορούν να βοηθήσουν σε σημαντικό βαθμό ενισχύοντας τους αρρώστους, ιδιαίτερα αυτούς που έχουν προσωπική εμπειρία με τον καρκίνο. Επίσης, ορισμένοι ασθενείς βοήθιούνται, όταν συναντώνται με άλλους καρκινοπαθείς και συζητούν τα προβλήματά τους και για αυτό τον λόγο παίρνουν μέρος σε διάφορες ομάδες υποστήριξης, συζητούν για ότι καινούργιο έχουν μάθει για τον καρκίνο και τη θεραπεία του και την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους. Είναι πολύ σημαντικό, ο κάθε άρρωστος να αντιμετωπίζεται διαφορετικά, εφόσον, είναι διαφορετικός.

Είναι άλλωστε γνωστό, ότι οι ασθενείς που ανέπτυξαν μια φορά μελάνωμα, παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καινούργια μελανώματα, ενώ, σε ορισμένους από αυτούς υπάρχει και η πιθανότητα υποτροπής του αρχικού μελανώματος, είτε στην παρακείμενη περιοχή στο δέρμα, είτε σε άλλα μέρη του σώματος.

Έτσι λοιπόν, για την όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη ανακάλυψη ενός καινούργιου μελανώματος, οι ασθενείς θα πρέπει ν' ακολουθήσουν το πρόγραμμα παρακολούθησης, με συχνούς τακτικούς ελέγχους, που τους έδωσε ο γιατρός.

Επίσης, πρέπει να εξετάζονται συχνά οι ασθενείς με δυσπλαστικούς σπίλους και οικογενειακό ιστορικό μελανώματος, ενώ θα πρέπει να υιοθετηθεί απ' όλους τους ασθενείς, η συνήθεια της αυτοεξέτασης του δέρματος τους κάθε μήνα και να ακολουθήσουν τις συμβουλές των γιατρών για το τι πρέπει

Κεφάλαιο 7^ο: Ψυχο-κοινωνική προσέγγιση ασθενή με μελάνωμα

να κάνουν, έτσι ώστε να ελαττωθεί σε σημαντικό ποσοστό, η πιθανότητα ανάπτυξης ενός καινούργιου μελανώματος.

Επιπλέον, η πιθανότητα υποτροπής είναι μεγαλύτερη γι' αυτούς που παρουσίασαν ευμεγέθη μελανώματα και εξάπλωση αυτών στους παρακείμενους ιστούς, παρά για τους ασθενείς με μικρά μελανώματα. Γι' αυτό λοιπόν, η παρακολούθηση για άτομα με μεγάλα κίνδυνο υποτροπής περιλαμβάνει: ακτινολογικές εξετάσεις, αιματολογικές εξετάσεις και σπινθηρογραφήματα ήπατος, οστών και εγκεφάλου.

Τέλος, θεραπευτικά σχήματα και τρόποι αντιμετώπισης που επιδρούν θετικά σ' έναν άρρωστο, μπορεί να μην είναι οι κατάλληλοι για έναν άλλο, που ίσως να έχει και τον ίδιο τύπο καρκίνου.

Συνεπώς, είναι πάντα προτιμότερο, να συζητούνται οι συμβουλές των φίλων και των μελών της οικογένειας με τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια και αυτό γιατί, οι υπεύθυνοι του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού μπορούν να συμβουλευσουν τον άρρωστο για το που μπορεί να απευθυνθεί, έτσι ώστε να βοηθηθεί.

Η κοινωνική λειτουργός του νοσοκομείου ή μιας κλινικής, μπορεί να συστήσει τοπικές ή κρατικές ομάδες που παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη, οικονομική βοήθεια, μεταφορά ή βοήθεια στο σπίτι [www.diavlos.gr, Β. Λιόκου, 1996].

7.7.1 Η ζωή με τον καρκίνο

Η διάγνωση τον μελανώματος μπορεί να αλλάξει τη ζωή των ασθενών και του περιβάλλοντός τους, της οικογένειάς τους, των φίλων τους, οι οποίοι μπορεί να εμφανίσουν ποικίλα και αλληλοσυγκρουόμενα συναισθήματα. Αυτή η αλλαγή δεν είναι εύκολο να αντιμετωπιστεί.

Οι άρρωστοι ανησυχούν καθώς συνεχίζουν να ζουν με τον καρκίνο. Ο φόβος της υποτροπής είναι πάντα παρών και αυτοί που θεραπεύτηκαν, ποτέ δεν ξεχνούν τελείως ότι είχαν καρκίνο και ποτέ δεν ξεχνούν το φόβο μιας νέας μετάστασης [Α. Ραγιά, 2005].

Συνήθη συναισθήματα είναι ο φόβος, ο θυμός και η μελαγχολία. Αυτές είναι οι φυσιολογικές αντιδράσεις ενός ατόμου, που έχει να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα υγείας. Ορισμένοι όμως, αισθάνονται καλύτερα όταν μοιράζονται τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με αγαπητά πρόσωπα, ανοίγοντας έτσι το δρόμο και σ' αυτά για να εκδηλώσουν το ενδιαφέρον και την υποστήριξή τους.

Άλλωστε δεν είναι λίγες οι φορές που οι ασθενείς ανησυχούν, για τις εξετάσεις, τη θεραπεία, την παραμονή στο νοσοκομείο και τα έξοδα για τις ιατρικές υπηρεσίες.

Οι γιατροί, οι νοσηλεύτριες και τα άλλα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, θα πρέπει να καθησυχάσουν τους ασθενείς και να τους εξηγήσουν όλα τα σχετικά με την θεραπεία και με την εργασία τους ή τα σχετικά με άλλες δραστηριότητες. Επίσης θα πρέπει να συζητήσουν μαζί τους, τους προβληματισμούς των αρρώστων για το μέλλον τους, τις οικογενειακές σχέσεις τους, καθώς και τα οικονομικά ζητήματα.

Ένα επιπλέον βοηθητικό για τον άρρωστο, είναι να συζητήσει αυτά τα θέματα, όπως προαναφερθήκαμε, με μια κοινωνική λειτουργό, ή με έναν ιερέα,

Μελάνωμα Δέρματος

ιδιαίτερα για το πως αισθάνεται και άλλα προσωπικά θέματα που τον απασχολούν.

Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους, συνήθως ανησυχούν για το τι θα παρουσιασθεί στο μέλλον. Τους βασανίζουν ζητήματα όπως «*θα θεραπευθεί ο άρρωστος και εάν όχι, πόσο θα ζήσει;*».

Τέλος, ένα βασικό συστατικό που θα πρέπει να διέπει τους ασθενείς, είναι η προαγωγή του αισθήματος της άνεσης, όσο αφορά τις ενδεχόμενες ερωτήσεις που θέλουν να υποβάλλουν στον γιατρό τους [B. Λιόκου, 1996].

7.8 Κοινωνική πλευρά του καρκίνου

Κάθε άτομο που προσβάλλεται από καρκίνο, έχει να παλέψει με δύο μεγάλες κατηγορίες προβλημάτων.

A) Με τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτή **καθαυτή την αρρώστια** και τις επιπτώσεις της θεραπείας, και

B) Με τα προβλήματα που δημιουργούνται από τον **τρόπο που αντιμετωπίζονται** τα άτομα αυτά, από το νοσοκομειακό, οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Τα προβλήματα της πρώτης κατηγορίας αναφέρονται κυρίως στην απειλή του θανάτου και την αλλαγή της εικόνας του σώματος, ενώ τα προβλήματα της 2^{ης} κατηγορίας, αφορούν το κοινωνικό στίγμα του καρκίνου και της αναπηρίας που προκαλείται συχνά από τη θεραπεία της νόσου αυτής, π.χ. πτώση μαλλιών μετά από χημειοθεραπεία κ.ά..

Η διαφοροποίηση του καρκίνου σε σχέση με τις άλλες αρρώστιες δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός ότι είναι αρρώστια ταυτισμένη με τον θάνατο, αλλά κυρίως γιατί είναι άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο, κάτι που αντιπροσωπεύοντας την κοινή γνώμη, συνδέεται με έννοιες απελπισίας, μοναξιάς και εγκατάλειψης.

Το άγνωστο αίτιο του καρκίνου, παράλληλα με το γνωστό αποτέλεσμα, έχουν διαμορφώσει μέσα στο πέρασμα των αιώνων, το «**κοινωνικό στίγμα**» της νόσου, διαμορφώνοντας μία ολόκληρη μυθολογία ή δεισιδαιμονία γύρω από αυτόν. Κατά συνέπεια τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνδέονται με τον καρκίνο, ξεκινούν από την «**κοινωνική ταυτότητα**» της νόσου. Ο τρόπος δε, που θα βιώσει ο κάθε ασθενής το προσωπικό του πρόβλημα, εξαρτάται άμεσα τόσο από την δική του αντίληψη περί καρκίνου, όσο και του περιβάλλοντός του [www.stress.gr].

Το γεγονός βέβαια, ότι ο καρκίνος σαν ασθένεια, οδηγεί συχνά στο θάνατο και έχει ακόμη σκοτεινό χαρακτήρα για την επιστήμη, όχι μόνο συντελεί στο να συντηρείται το «**κοινωνικό στίγμα**», αλλά πολλαπλασιάζει τα κοινωνικά προβλήματα, μέσα στο σύγχρονο τρόπο ζωής. Οι προσπάθειες για ενημέρωση και πρόληψη της νόσου σαφέστατα έχουν πετύχει το στόχο της διαφώτισης του κοινού ως προς τα ύποπτα συμπτώματα.

Η γνώση όμως των συμπτωμάτων και μόνο, δεν επαρκεί για να οδηγήσει κάποιον έγκαιρα στο γιατρό, για το λόγο ότι, πάρα πολύ συχνά, λειτουργεί ανασταλτικά για το άτομο, το οποίο, ακριβώς επειδή γνωρίζει και υποψιάζεται ότι το σύμπτωμα αυτό μπορεί να σημαίνει καρκίνο, μεταθέτει -κάτω από το

Κεφάλαιο 7^ο: Ψυχο-κοινωνική προσέγγιση ασθενή με μελάνωμα

κράτος του φόβου που προκαλεί η αρρώστια αυτή- την επιβεβαίωση της «θανατικής καταδίκης». Κατά συνέπεια η αντιμετώπιση του καρκίνου δεν αποτελεί, μόνο ιατρονοσηλευτικό πρόβλημα, αλλά κάτι πιο πολύπλευρο και σύνθετο. Οι διαστάσεις του προβλήματος αυτού αρχίζουν από τον ασθενή, περιλαμβάνουν το οικογενειακό του περιβάλλον και επεκτείνονται στο ευρύτερο κοινωνικό.

Το κοινωνικό στίγμα, προκαλεί τον οίκτο, για τα άτομα αυτά, συναίσθημα κατ' εξοχήν υπεύθυνο για την «κοινωνική απομόνωση», που παρατηρείται στα άτομα με καρκίνο. Συνήθως όλοι, κάτω από το δικό τους φόβο, για την πάθηση αυτή, αντιμετωπίζουν τον ασθενή, όπως νοιώθουν, όπως μπορούν και **όχι όπως πρέπει**. Κατά συνέπεια οι ασθενείς με καρκίνο, εκτίθενται στην ανεξέλεγκτη αντίδραση, των κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι όχι μόνο επηρεάζουν την **ποιότητα** ζωής των ατόμων αυτών, αλλά σύμφωνα με σύγχρονες ενδείξεις ίσως και τη διάρκεια αυτής [Α. Καράμπελας, 2001].

Έτσι έχει δημιουργηθεί σήμερα, ένα οξύτατο κοινωνικό πρόβλημα το οποίο καθμερινώς διογκώνεται και συνιστάται σε:

1. Εγκατάλειψη των ασθενών και των οικογενειών τους στην τραγικότερη φάση της ζωής τους και μάλιστα των οικονομικά ασθενέστερων.

2. Αυξανόμενο εγκλωβισμό των αντικαρκινικών κλινών από καρκινοπαθείς τελικού σταδίου, εις βάρος αυτών που έχουν ανάγκη εισαγωγής προς θεραπεία. Και πάλι πλήττονται περισσότερο οι οικονομικά αδύναμοι, εφόσον δεν έχουν και αυτοί τη δυνατότητα, επιλογής της ιδιωτικής πρωτοβουλίας ή του εξωτερικού, όπου αρκετοί καταφεύγουν.

3. Αύξηση του κοινωνικοοικονομικού κόστους και συνεπώς συντήρηση και ενίσχυση της έννοιας «**Επάρατος**» με όλες τις επιπτώσεις που αναφέραμε [Γ. Οικονόμου, 1991, Α. Καράμπελας, 2001].

Την έλλειψη προγραμματισμού για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνοδεύουν την τελική φάση του καρκίνου, ενισχύουν κυρίως οι εξής παράγοντες:

A) Οικονομικοί: Ο καρκίνος είναι ασθένεια που δημιουργεί στην αντιμετώπισή της ιδιαίτερες δαπάνες, που καταστρέφουν πολλές φορές και εύπορες οικογένειες.

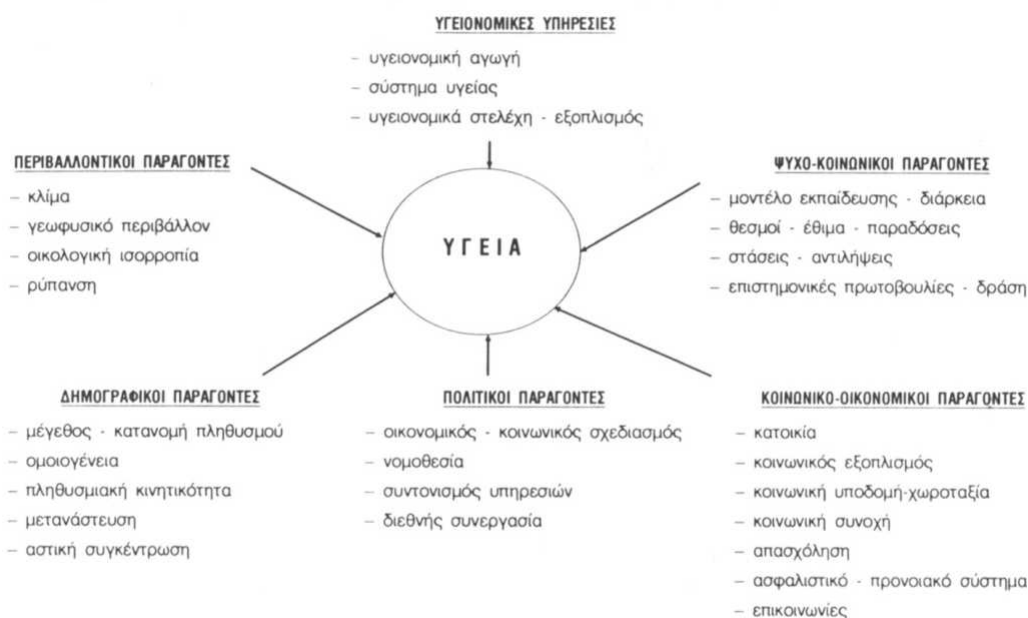
B) Κοινωνικοί: Οι παράγοντες αυτοί είναι πολλοί, πλην όμως θα πρέπει να σταθεί κανείς στους δυο κυριότερους που είναι:

I. Η **οικογένεια** και ο σύγχρονος τρόπος λειτουργίας της. Τα μέλη της απουσιάζουν από το σπίτι το μεγαλύτερο μέρος του 24ώρου, με αποτέλεσμα συχνά να οδηγούμαστε σε «εγκατάλειψη» του αρρώστου, όχι δια λόγους αδιαφορίας, αλλά καθαρά πρακτικούς, πιεζόμενοι συναισθηματικά. Η εγκατάλειψη όμως αυτή, πέραν της συναισθηματικής φόρτισης των συγγενών, επισύρει και την κατακραυγή της κοινωνίας.

II. Το πρόβλημα **κατοικία**. Ελλιπής ζωτικός χώρος, διαβίωση της οικογένειας σε μικρά και αποπνικτικά διαμερίσματα, πέρα από το λειτουργικά αδύνατο, είναι και απαράδεκτο να εγκατασταθεί εκεί ο βαρέα καρκινοπαθής.

Μελάνωμα Δέρματος

Γ) Συναισθηματικοί: Ο καρκίνος συνήθως στα τελικά του στάδια, κάθε άλλο παρά διασφαλίζει ανώδυνα και ανεπαισχυντα το τέλος του ασθενούς. Η αλλαγή της εικόνας του σώματος ή των λειτουργιών αυτού, παράλληλα με την ανικανότητα προς αυτοεξυπηρέτηση, φορτίζουν συναισθηματικά τόσο τον ασθενή όσο και το οικογενειακό του περιβάλλον. Καχεξία, δύσπνοια, αφόρητοι πόνοι, χρήση ναρκωτικών, ορροί, καθετήρες κ.ά. πέραν της συναισθηματικής φθοράς, προϋποθέτουν και γνώση και δυνατότητα εφαρμογής από ειδικούς και όχι περιστασιακή φροντίδα καλοπροαίρετων συγγενών. Σε όλα αυτά προστίθεται και η ψυχική κόπωση από την μακροχρόνια πορεία της νόσου μαζί με την αγωνία για την αναμενόμενη απώλεια. Παρ' όλα αυτά με τον έλεγχο του πόνου, την ανακούφιση από τα δυσάρεστα συμπτώματα και με την απαραίτητη ψυχοκοινωνική υποστήριξη ο θάνατος από καρκίνο, μπορεί να γίνει φυσικός και αξιοπρεπής και να περιορίσει τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις μιας τρομακτικής και βασανιστικής εμπειρίας, όπως είναι σήμερα [www.cverros.gr, Κ. Παπαδοπούλου – Στραβολαίμου, 1991].



Εικόνα 9: Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία

Συμπερασματικά από τα όσα προκύπτουν παραπάνω, οι ασθενείς με μελάνωμα του δέρματος επειδή έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κι άλλου μελανώματος, θα πρέπει να εξετάζονται τακτικά από τον γιατρό τους. Ανάλογα με το μέγεθος και την έκταση του πρωτοπαθούς όγκου, η παρακολούθηση μπορεί να περιλαμβάνει και ακτινογραφίες.

Όταν οι άνθρωποι έχουν καρκίνο η ζωή τους αλλάζει όχι μόνο γι' αυτούς αλλά και για τους γύρω τους. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να είναι πολύ δύσκολες.

Μερικές φορές οι ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους νοιώθουν φόβο, θυμό ή κατάθλιψη και τα συναισθήματά τους ποικίλλουν από ελπίδα μέχρι απογοήτευση ή από το κουράγιο μέχρι την απόγνωση. Οι ασθενείς

Κεφάλαιο 7^ο: Ψυχο-κοινωνική προσέγγιση ασθενή με μελάνωμα

νοιώθουν καλύτερα εάν μπορούν να μιλούν ανοιχτά με τους συγγενείς και τους φίλους τους για την ασθένειά τους και τα συναισθήματά τους.

Οι ανησυχίες για το μέλλον (αλλά και για τις ιατρικές εξετάσεις, τις θεραπείες, την παραμονή στο νοσοκομείο, τα έξοδα) είναι συχνές. Μιλώντας με τους γιατρούς, τις νοσηλεύτριες ή και άλλα μέλη της ιατρικής θεραπευτικής ομάδας που τους έχει αναλάβει, βοηθά στο να κατευναστούν οι ανησυχίες. Οι ασθενείς μπορεί να ρωτούν ερωτήσεις για την ασθένειά τους και τη θεραπεία τους και να παίρνουν ενεργά μέρος στις αποφάσεις τους γύρω από την αντιμετώπισή τους, ενώ θα πρέπει να ζητούν από το γιατρό τους να επαναλαμβάνει ή να εξηγεί οτιδήποτε δεν είναι ξεκάθαρο. Δεν είναι άλλωστε λίγοι που ρωτάνε τι είδους καρκίνο έχουν, πως μπορεί να θεραπευτεί και τι ποσοστά επιτυχίας έχουν αυτές οι θεραπείες.

Επιπλέον, οι κοινωνικές υπηρεσίες του νοσοκομείου βοηθούν σημαντικά στον τομέα της υποστήριξης και της ανεύρεσης πληροφοριών.

Τέλος, σήμερα στην Αμερική, πάνω από 5 εκατομμύρια ασθενείς πάσχουν από κάποια μορφή καρκίνου. Εάν το μελάνωμα ανιχνευθεί και θεραπευθεί έγκαιρα, θεραπεύεται σε ποσοστό μεγαλύτερο από 70%, ενώ νέες θεραπείες δοκιμάζονται συνεχώς και η πιθανότητα να ελεγχθεί η νόσος συνεχώς μεγαλώνει [www.cverros.gr].

Μελάνωμα Δέρματος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Προγράμματα αποκατάστασης ασθενούς με καρκίνο

Η ανάγκη βοήθειας του ατόμου με καρκίνο και πέρα από το νοσοκομειακό πλαίσιο, οδήγησε την *Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία* στην οργάνωση του *Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης* ατόμων με καρκίνο τον Ιανουάριο του 1983.

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι ένας εξωνοσοκομειακός φορέας που βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικό και νοσοκομειακό προσωπικό καθώς και με άλλους φορείς και ειδικότητες στην προσπάθεια του να αντιμετωπίσει υπεύθυνα, το θέμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Στο πρόγραμμα αποκατάστασης μπορεί να απευθυνθεί κάθε άτομο που προσβάλλεται από καρκίνο ανεξάρτητα από το φύλο, την εντόπιση της νόσου, την ηλικία και την μόρφωση με μόνη προϋπόθεση την πληροφόρηση για την διάγνωση της αρρώστιας.

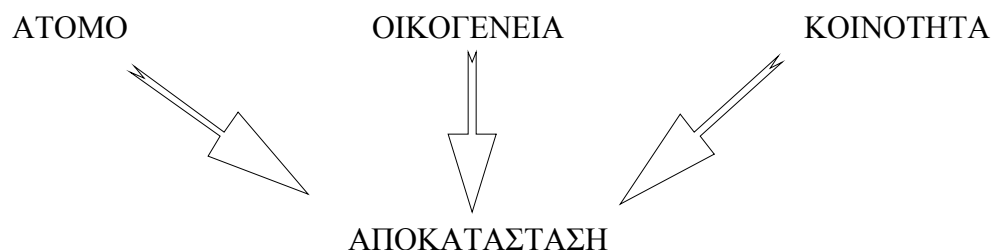
Σκοπός του προγράμματος είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο με καρκίνο και η λειτουργία του στηρίζεται στη συνεργασία κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων [Ε. Λάκκα, Μ. Καρυπίδου, Β. Τερζή, Μ. Χαλκιά, 1991].

8.1 Η έννοια της αποκατάστασης

Αποκατάσταση είναι μια δυναμική διαδικασία που πραγματοποιείται μέσα από την συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων για να βοηθήσουν το ανάπηρο άτομο να φτάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί κοινωνικά [Δ. Σαπουντζή – Κρεπια, 2004].

Μελάνωμα Δέρματος

Βασικός σκοπός της είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του, με τη μεγαλύτερη δυνατή αποδοτικότητα και τη μικρότερη εξάρτηση, άσχετα προς τον προβλεπόμενο χρόνο επιβίωσής του.



Εικόνα 10: Παράγοντες που συμβάλουν στην αποκατάσταση του ασθενή

8.1.1 Επαγγελματική αποκατάσταση

Με την εργασία το άτομο δραστηριοποιείται και καταξιώνεται στο κοινωνικό σύνολο. Και τα δύο είναι σημαντικά θέματα για το άτομο που θεραπεύτηκε από καρκίνο. Περισσότεροι από τους θεραπευμένους είναι ικανοί να συνεχίσουν την προηγούμενη εργασία τους ή να ασχοληθούν με κάτι άλλο, ενώ μερικά άτομα μπορεί να έχουν προβλήματα παραμονής στο ίδιο επάγγελμα λόγω σωματικής κόπωσης. Άτομα που είναι ικανά να εργασθούν πρέπει να ενθαρρύνονται και να βοηθούνται στα ειδικά επαγγελματικά προβλήματά τους από τα κέντρα αποκατάστασης [Ε. Αθανάτου, 2000].

8.1.2 Πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

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

- **Α΄ ΕΠΙΠΕΔΟ:** Κεντρικός άξονας στο επίπεδο αυτό είναι η **ομάδα σεμιναρίου**. Τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτό το επίπεδο είναι συνήθως άτομα που βρίσκονται στην πρώτη φάση της αρρώστιας δηλαδή μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία. Εδώ το άτομο εκφράζει φόβους για μεταστάσεις, για θάνατο και υπάρχει ανάγκη προσαρμογής εκ νέου στη ζωή.

Σκοπός αυτής της φάσης είναι να μάθει το άτομο να αισθάνεται ενεργητικό με εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα, αντιλήψεις, ανάγκες, ακόμη και αν όλα αυτά δεν είναι πλήρως αποδεκτά από τους άλλους και να βρει τη δύναμη και την ελπίδα να αγωνισθεί για τη ζωή του.

Κεφάλαιο 8^ο: Προγράμματα αποκατάστασης ασθενούς με καρκίνο

Συγκεκριμένα οι στόχοι αυτού του επιπέδου επικεντρώνονται στο:

1. Να βοηθούν τα άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (φόβο, άγχος, κατάθλιψη).
2. Να αντιμετωπίσουν τα άμεσα προβλήματα που συνδέονται με την αρρώστια.
3. Να βοηθούν ώστε να μπορούν να ζουν με τη γνώση της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της και να μπορούν να αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και άλλες σχετικές ανησυχίες.
4. Να βοηθούν στο να προσαρμοστούν στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.
5. Να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα που αφορούν προσωπικά προβλήματα και ανάγκες.
6. Να ενεργοποιηθούν προς την κοινωνική τους επανένταξη.

- **Β' ΕΠΙΠΕΔΟ:** εφόσον, το άτομο ολοκληρώσει το πρώτο επίπεδο εντάσσεται (εάν το επιθυμεί) στο δεύτερο επίπεδο, που είναι η **ομάδα υποστήριξης**. Η ομάδα αυτή έχει ψυχοθεραπευτικό σκοπό.

Σκοπός της θεραπείας όπως εμείς το ορίζουμε είναι να βοηθηθεί το άτομο να αυτοοργανωθεί σε σχέση με τον εαυτό του και το περιβάλλον, έτσι ώστε να οδηγηθεί σε μια συνεχή ανοδική πορεία. Να ανακαλύψει τις αξίες της ζωής, τους ρόλους που αναθέτονται και αναλαμβάνονται και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την εκπλήρωση των στόχων.

- **Γ' ΕΠΙΠΕΔΟ:** Στο τρίτο επίπεδο εντάσσονται τα άτομα που θέλουν να ενταχθούν **στην ομάδα του εθελοντικού**.

Σκοπός της ομάδας είναι η εκπαίδευση των εθελοντών, αλλά και η αντιμετώπιση των πρακτικών και συναισθηματικών προβλημάτων που δημιουργούνται από το ρόλο του εθελοντή.

Εθελοντές είναι άτομα με διάφορες εντοπίσεις της νόσου και επισκέπτονται ασθενείς στα νοσοκομεία, ενώ περιοδικά συμμετέχουν στην υποστήριξη των ατόμων στο πρώτο επίπεδο [www.imlarisis.gr, www.dermaline.gr, Σ. Μπασμπέας, 1991, Γ. Δάικος, 1992].

8.2 Στόχοι των προγραμμάτων αποκατάστασης για τον καρκίνο

Ο στόχος των προγραμμάτων για τον καρκίνο, πρέπει να στρέφεται κυρίως γύρω από δυο άξονες:

- A) Τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτή καθ' αυτή την αρρώστια και τη θεραπευτική της αντιμετώπιση και
- B) Τα προβλήματα που δημιουργούνται από τον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι ασθενείς αυτοί από το κοινωνικό σύνολο.

Μελάνωμα Δέρματος

«*Η ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ*» είναι, όπως τονίζει και η ονομασία το πρόγραμμα που ακολουθεί η Ευρώπη για την αντιμετώπιση του καρκίνου.

Το πρόγραμμα αναπτύσσεται σε τέσσερις τομείς:

1. Πρόληψη του καρκίνου.
2. Ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση στα θέματα υγείας.
3. Κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού.
4. Έρευνες για τον καρκίνο.

Η πρόληψη του καρκίνου, αναπτύσσεται με επίκεντρο 5 κύριους άξονες:

1. Την καταπολέμηση του καπνίσματος.
2. Την βελτίωση της διατροφής.
3. Την προστασία από τους καρκινογόνους παράγοντες.
4. Το συστηματικό εντοπισμό και την πρώιμη ανίχνευση.
5. Τον «Ευρωπαϊκό κώδικα καταπολέμησης του καρκίνου» [Σ. Μπασμπέας, 1991].

8.3 Διαπαιδαγώγηση – Πληροφόρηση – Εκπαίδευση του αρρώστου

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

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

Δεν είναι λίγες οι φορές όπου, το άγχος, η αγωνία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η αβεβαιότητα είναι κοινές συγκινήσεις που δοκιμάζουν οι άρρωστοι και οι οποίες, είναι πιο έντονες σε αρρώστους που δεν έχουν ακριβή γνώση της θεραπείας τους [Ε. Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου, 1991]. Ιδιαίτερα τα άτομα τα οποία, διακατέχονται από υπερβολική ανησυχία, πόνο, σύγχυση και μεταβολή της ψυχικής λειτουργίας δεν είναι σε θέση να ακούσουν και να κατανοήσουν την διδασκαλία, γι' αυτό λοιπόν αρκετές φορές ενδέχεται η διδασκαλία να λειτουργήσει αρνητικά, δηλαδή, να αυξήσει το επίπεδο άγχους και να ελαττώσει τη δεκτικότητα για μάθηση [Χ. Πλάτη 1989, Γ. Δάικος, 1992].

Τέλος, οι νοσηλεύτριες-τες, για άλλη μια φορά καλούνται μέσω του ρόλου τους, να δώσουν τις κατάλληλες πληροφορίες (φάρμακα, διάρκεια, τρόπο θεραπείας, παρενέργειες) και στη χημειοθεραπεία, είτε μεμονωμένα στον κάθε ασθενή, είτε σε ομάδες, δίδοντας ταυτόχρονα και τον κατάλληλο χρόνο στον άρρωστο να συνηθίσει στην ιδέα της χημειοθεραπείας και στη σημασία της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη ή άγχος του [Ε. Μπαρμπούνη–Κωνσταντάκου, 1991].

Κεφάλαιο 8^ο: Προγράμματα αποκατάστασης ασθενούς με καρκίνο

Σημαντικοί συντελεστές για την επιτυχία της διαπαιδαγώγησης των ατόμων είναι η πνευματική κατάσταση και ψυχική σταθερότητα των ασθενών [Χ. Πλάτη, 1989].

8.4 Ευρωπαϊκός κώδικας

Ο **Ευρωπαϊκός Κώδικας** κατά του καρκίνου αναφέρει ότι:

- 1) Ορισμένες μορφές καρκίνου μπορεί να προληφθούν και
- 2) Πολλές μορφές καρκίνου είναι ιάσιμες εάν εντοπισθούν εγκαίρως.

Όσον αφορά την **πρόληψη** αναφέρει:

- 1) Μην καπνίζετε, διαφορετικά σταματήστε το όσο το δυνατό γρηγορότερο.
- 2) Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.
- 3) Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
- 4) Τρώτε συχνότερα φρούτα και λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.
- 5) Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά.
- 6) Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας, ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας, κατά την παραγωγή ή διακίνηση υλικού που είναι δυνατό να προκαλέσει καρκίνο.

Για την **ίαση** ορισμένων μορφών καρκίνου, πρέπει να γίνεται έγκαιρη διάγνωση, γι' αυτό:

- 1) Επισκεφθείτε τον γιατρό αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία, ή ογκίδιο, ή αλλαγή στο μέγεθος ή το χρώμα σε ελιά του δέρματος.
- 2) Επίσης, επισκεφθείτε τον γιατρό αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής, ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.
- 3) Οι γυναίκες, κάνετε test Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας.
- 4) Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και εάν είναι δυνατόν, κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών [Ε. Αθανάτου, 2000].

8.4.1 Ευρω-μελάνωμα: Στόχοι

Το Ευρώ-μελάνωμα, είναι μία πανευρωπαϊκή εκστρατεία ενημέρωσης για το κακοήθες μελάνωμα και το καρκίνο του δέρματος. **Στόχοι** του θεσμού είναι:

- Η εξέταση των μελαγχρωματικών κηλίδων του δέρματος («ελιών») από τους συμμετέχοντες δερματολόγους και
- Η ενημέρωση του κοινού για τις βλαβερές συνέπειες της ηλιακής ακτινοβολίας, τις ύποπτες αλλαγές σε σπίλους και τους τρόπους αντιηλιακής προστασίας [www.procms.be].

Επίλογος

Συμπερασματικά, με το τέλος της εργασίας και μέσα από την διαδικασία της συλλογής πληροφοριών, της εκμάθησης αλλά και της μελέτης, προέκυψε ότι το μελάνωμα δέρματος, η νόσος με την πιο κακοήθη εξέλιξη του απ' όλους τους καρκίνους του δέρματος, αποτελεί απειλή που ολοένα αυξάνεται για κάθε μέσο άνθρωπο, που εκτίθεται αλόγιστα χωρίς την τήρηση των γενικών κανόνων και μέτρων προστασίας από το πιο καυτό «χάδι» του ήλιου, που λόγω της αύξησης της τρύπας του όζοντος, έχει γίνει πιο απειλητικός, όσο ποτέ.

Το καλοκαίρι άλλωστε, βρίσκεται πια στον δρόμο του και η ώρα που θα κάνουμε τις διακοπές μας σε κάποια παραλία πλησιάζει όλο και περισσότερο. Γι' αυτό λοιπόν, αγαπήστε τον εαυτό σας, προστατέψτε τον και φροντίστε τον, έτσι όπως του αξίζει. Το δέρμα μας αποτελεί την ομορφιά μας, μην το εκτίθεται σε βλαπτικούς παράγοντες που μπορούν να του στερήσουν την ζωτικότητα και την ελιξίριο δύναμη του...

Ακολουθώντας λοιπόν τους κανόνες πρόληψης, με τους οποίους επιτυγχάνεται η πρώιμη διάγνωση και η μετέπειτα χειρουργική αντιμετώπιση του προβλήματος, όπως προτείνονται μέσα από την εργασία μας, η οποία μπορεί να αποτελέσει σημαντικό βοήθημα τόσο για τον ασθενή, όσο και για την οικογένεια του και όχι μόνο, αλλά και για κάθε αναγνώστη που νιώθει την ανάγκη να ενημερωθεί για την συγκεκριμένη ασθένεια, καθίσταται δυνατή η επιβίωση και η προφύλαξη από το θανάσιμο άγγιγμα του ήλιου στην επιδερμίδα μας...

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Έρευνα Αμερικανών για την θεραπευτική λειτουργία του ροδιού στο μελάνωμα δέρματος.

Ερευνητές από την Αμερική δοκίμασαν την λειτουργία του ροδιού σαν «καταπολεμηστή» ενάντια στον καρκίνο του δέρματος.

Αυτό που έκαναν ήταν το εξής:

Στο δέρμα νεογέννητων ποντικιών έβαλαν σταγόνες μιας συγκεκριμένης ουσίας που προκαλεί καρκίνο στο δέρμα. Στα μισά από αυτά τα ποντίκια έβαλαν επιπρόσθετα και σταγόνες από απόσταγμα ροδιού, ενώ στα άλλα μισά όχι.

Τι συνέβηκε;

Μετά από 16 εβδομάδες τα ποντίκια που είχαν στο δέρμα τους μόνο την καρκινογόνα ουσία παρουσίασαν όλα καρκίνο στο δέρμα ενώ, από τα άλλα ποντίκια που είχαν στο δέρμα τους και απόσταγμα ροδιού, παρουσίασε καρκίνο μόνο το 1/3!

Παρόμοιο πείραμα έδειξε, πως ποντίκια που υποβλήθηκαν σε υπεριώδη ακτινοβολία και είχαν στο δέρμα τους συγκεκριμένη ουσία που περιέχεται στα σταφύλια και το κρασί παρουσίασαν σε μικρότερο αριθμό καρκίνο του δέρματος παρά τα ποντίκια που δεν είχαν στο δέρμα τους την ουσία!

Με απλά λόγια:

Ακόμη και η ίδια η μητέρα φύση μπορεί να προσφέρει τρόπους προστασίας. Ίσως σύντομα με την κατανάλωση συγκεκριμένων φρούτων και την χρησιμοποίησή τους σε αντηλιακές κρέμες, να είναι εφικτή, η μείωση ακόμη περισσότερο του κίνδυνου για καρκίνο του δέρματος.

Όσο όμως η δράση των φρούτων αυτών δεν έχει επιβεβαιωθεί και παραμένει ακόμη σε πειραματικό στάδιο, θα πρέπει να παραμείνουμε στους παραδοσιακούς τρόπους προστασίας! [www.medlook.net]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Δραστηριότητες του Συλλόγου Καρκινοπαθών Μακεδονίας – Θράκης (Σ.Κ.Μ.Θ)

Ο Σύλλογος Καρκινοπαθών Μακεδονίας - Θράκης έχει προγραμματίσει τις παρακάτω ομάδες στις οποίες μπορούν να συμμετέχουν εντελώς δωρεάν, μόνο όσοι είναι εγγεγραμμένοι στον σύλλογο:

- 1) Ομάδα ψυχολογικής στήριξης των ασθενών καρκινοπαθών.
- 2) Ομάδα ψυχολογικής στήριξης της οικογένειας καρκινοπαθούς.
- 3) Τμήμα φυσικοθεραπείας, με ειδικές ασκήσεις γυμναστικής.
- 4) Τμήμα αρωματοθεραπείας.
- 5) Τμήμα δραματοθεραπείας.
- 6) Τμήμα σωφρολογίας.
- 7) Τμήμα δημοτικών χορών.
- 8) Τμήμα ζωγραφικής.
- 9) Τμήμα χορωδίας.
- 10) Μαθήματα κοπτικής – ραπτικής.
- 11) Ανοιχτές ομάδες συζήτησης.
- 12) Ομάδες μελέτης Αγίας Γραφής.

Διεύθυνση καρκινοπαθών Μακεδονίας και Θράκης:

Για τις παραπάνω ομάδες μπορείτε να απευθύνεστε στα γραφεία του συλλόγου στη διεύθυνση:

Αγ. Σοφίας 46
Θεσσαλονίκη 546 22
Τηλέφωνο: 2310 - 241.911
Fax: 2310 - 221.211

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Λεξιλόγιο

Ακανθοκύτταρα: Είναι πλατιά κύτταρα που μοιάζουν με λέπια ψαριού και είναι φτιαγμένα από αυτά η επιδερμίδα στη μεγαλύτερη έκτασή της.

Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα: Ένας τύπος καρκίνου του δέρματος στον οποίο τα καρκινικά κύτταρα μοιάζουν με τα ακανθοκύτταρα της επιδερμίδας.

Ακτινική κεράτωση: Μια προκαρκινοματώδη κατάσταση που εμφανίζεται ως παχιά και λεπιδώδης κηλίδα του δέρματος.

Ακτινοθεραπεία: Η θεραπεία κατά την οποία χρησιμοποιούνται υψηλής ενέργειας ακτίνες Χ ή από άλλη πηγή, με σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων.

Άλω: Η σκούρα περιοχή που περιβάλλει τη θηλή του μαστού και διογκώνεται ελαφρά κατά την επίδραση εξωτερικών ερεθισμάτων

Αναισθητικό: Είναι φάρμακο που προκαλεί νάρκωση, μούδιασμα και απώλεια της αίσθησης σε τμήμα του σώματος ή σε ολόκληρο το σώμα.

Αντιηλιακό φίλτρο προστασίας: Ουσία που εμποδίζει τη βλαπτική επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας. Η χρήση γαλακτωμάτων που περιέχουν αντιηλιακά, ελαττώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης δερματικού καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου και τον μελανώματος.

Άωρα: Κύτταρα που δημιουργούνται νωρίτερα από την προγραμματισμένη ώρα τους.

Βασικά κύτταρα: Μικρά, στρογγυλά κύτταρα που βρίσκονται στο κατώτερο τμήμα, στη βάση της επιδερμίδας, που είναι το εξωτερικό στρώμα του δέρματος.

Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα: Ένας τύπος καρκίνου του δέρματος στον οποίο τα καρκινικά κύτταρα μοιάζουν με τα βασικά κύτταρα της επιδερμίδας.

Βιοψία: Η αφαίρεση ενός μικρού τμήματος ιστού που εξετάζεται στο μικροσκόπιο για ανεύρεση τυχόν καρκινικών κυττάρων.

Βουβωνική χώρα: Η περιοχή όπου ο μηρός συναντά τη λεκάνη.

Δείκτης προστασίας δέρματος: Αριθμός που αναφέρεται σε μια κλίμακα αξιολόγησης των αντιηλιακών. Αντιηλιακά με βαθμό προστασίας πάνω από 15 προσφέρουν την καλύτερη προστασία απέναντι στη βλαπτική επίδραση που μπορεί να έχουν οι ηλιακές ακτίνες.

Μελάνωμα Δέρματος

Δερματολόγος: Γιατρός που ειδικεύεται στη διάγνωση και θεραπεία των ασθενειών του δέρματος.

Διάγνωση: Ταυτοποίηση μιας ασθένειας ή μιας διαταραχής από το γιατρό. Για να κάνει διάγνωση, ο γιατρός εξετάζει τον ασθενή για συμπτώματα και σημεία και ελέγχει το ιατρικό του ιστορικό. Ο γιατρός, μετά τη διάγνωση, αποφασίζει για την κατάλληλη θεραπεία.

Δυσπλαστικός σπίλος: Άτυπες ελιές. Ελιές των οποίων η εμφάνιση είναι διαφορετική από αυτή της κοινής ελιάς, είναι μεγαλύτερες από τις κοινές ελιές, έχουν ανώμαλα όρια, το χρώμα τους μπορεί να είναι ανομοιόμορφο. Συνήθως είναι επίπεδες, αλλά ορισμένα τμήματά τους μπορεί να εξέχουν από την επιφάνεια του δέρματος. Διαγιγνώσκονται πάντα ιστολογικά.

Επιδερμίδα: Η ανώτερη, η εξωτερική από τις δύο στιβάδες που σχηματίζουν το δέρμα.

Επιθηλιοειδή (επιθήλιο): Η επένδυση κυτάρων, σε ένα ή περισσότερα στρώματα, η οποία καλύπτει ολόκληρο το σώμα και επενδύει πολλές από τις κοίλες δομές, όπως η αναπνευστική οδός.

Επίκτητος σπίλος: Μη έμφυτος. Ο σπίλος που αποκτήθηκε κατόπιν, όχι εξαρχής.

Θυλάκια: Καταδύσεις της επιδερμίδας μέσα από τα οποία αναπτύσσονται οι τρίχες.

Ιντερλευκίνη - 2: Ανήκει στους βιολογικούς τροποποιητές. Διεγείρει το ανοσολογικό σύστημα και προκαλεί την παραγωγή ορισμένων κυτάρων του αίματος ώστε να καταπολεμηθεί ο καρκίνος. Αναφέρεται σαν IL-2.

Ιντερφερόνη: Ανήκει στους βιολογικούς τροποποιητές. Επιβραδύνει το ρυθμό ανάπτυξης και διαίρεσης των καρκινικών κυτάρων, έτσι ώστε αυτά να γίνονται νωθρά ή τελικά να νεκρώνονται.

Κάθετη διήθηση: η βλάβη είναι διηθητική και διηθεί προς το χόριο. Ακολουθεί έντονη λεμφοκυτταρική διήθηση και είναι πιθανόν να ακολουθεί και ανοσολογική αντίδραση των διηθούμενων ιστών.

Καλοήθης: Πρόκειται για εξεργασία που δεν προσβάλλει τους παρακείμενους ιστούς ούτε εξαπλώνεται σε άλλα τμήματα του σώματος, δηλαδή δεν μεθίσταται.

Κακοήθης: Καρκίνος. Μπορεί να προσβάλλει τους παρακείμενους ιστούς και να εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος, να δώσει δηλαδή μεταστάσεις.

Καρκινογόνος: Κάθε παράγοντας που γνωρίζουμε ότι είναι αιτία του καρκίνου.

Καρκίνος: Ένας γενικός όρος για περισσότερες από 100 ασθένειες, στις

οποίες τα κύτταρα αναπτύσσονται και διαιρούνται ανώμαλα. Τα καρκινικά κύτταρα είναι σε θέση να μεταφέρονται μέσω του αίματος και του λεμφικού συστήματος σε άλλα μέρη του σώματος.

Κρυοθεραπεία: Χαμηλού κόστους μέθοδος θεραπείας που χρησιμοποιεί χαμηλές θερμοκρασίες για να επιτύχει ευεργετικά αποτελέσματα στο δέρμα.

Κρυοχειρουργική: Καταστροφή των ιστών με την εφαρμογή χαμηλών θερμοκρασιών.

Λεμφαδένες: Είναι μικροί, σε σχήμα φασολιού, και βρίσκονται σ' όλο το σώμα, κατά μήκος του δικτύου των λεμφοφόρων αγγείων. Περιέχουν ειδικά κύτταρα που παγιδεύουν βακτηρίδια ή καρκινικά κύτταρα που βρίσκονται μέσα στη λέμφο. Ομάδες λεμφαδένωμα βρίσκονται στις μασχάλες, στη βουβωνική χώρα, στο λαιμό, στο θώρακα και στην κοιλιά.

Λεμφικό σύστημα: Ιστοί και όργανα που παράγουν, αποθηκεύουν και μεταφέρουν τα λευκά αιμοσφαίρια που είναι υπεύθυνα για την αντιμετώπιση της φλεγμονής και της ασθένειας γενικά. Στο σύστημα αυτό περιλαμβάνονται ο μυελός των οστών, ο σπλήνας, ο θύμος, οι λεμφαδένες όπως και ένα δίκτυο λεπτών σωλήνων που διακλαδίζονται σαν τα αιμοφόρα αγγεία σ' όλα τα μέρη του σώματος και μεταφέρουν την λέμφο και τα λευκά αιμοσφαίρια.

Λέμφος: Το σχεδόν άχρωμο υγρό που κινείται δια μέσου του λεμφικού συστήματος και μεταφέρει κύτταρα που βοηθούν στην αντιμετώπιση της φλεγμονής και της αρρώστιας γενικά.

Μελανίνη: Χρωστική του δέρματος (ουσία στην οποία οφείλεται η χροιά του δέρματος). Σκουρόχρωμα άτομα έχουν περισσότερη μελανίνη στο δέρμα τους από αυτά με ανοιχτόχρωμη επιδερμίδα.

Μελανινοκύτταρα: Κύτταρα του δέρματος που παράγουν ή περιέχουν τη χρωστική μελανίνη.

Μελάνωμα: Καρκίνος που ξεκινά από τα μελανοκύτταρα. Το μελάνωμα συνήθως ξεκινά από το δέρμα, συχνά από μια σκουρόχρωμη φακίδα και είναι καρκίνος του δέρματος που δίνει μεταστάσεις και σε άλλα όργανα.

Μετάσταση: Η εξάπλωση του καρκίνου από την αρχική τον εστία (πρωτοπαθής όγκος) σε άλλα μέρη του σώματος (δευτεροπαθής όγκος). Τα κύτταρα στις μεταστάσεις είναι παρόμοια με αυτά τον πρωτογενούς όγκου.

Μικρομετρικό: Όργανο για μέτρηση πολύ μικρών αποστάσεων ή μεγέθους.

Μίτωση: Διαίρεση του θυγατρικού κυττάρου. Η διαίρεση του κυτταρικού πυρήνα που οδηγεί στη δημιουργία δύο νέων όμοιων κυττάρων. Με τη μίτωση, ένα σωματικό κύτταρο παράγει δύο νέα κύτταρα με ακριβώς ίδια χρωμοσώματα.

Ογκολόγος: Ο ιατρός που είναι ειδικευμένος στη θεραπεία τον καρκίνου.

Μελάνωμα Δέρματος

Όγκος: Ευμεγέθης και συχνά ανώμαλη μάζα ιστού.

Οριζόντια διήθηση: τα άτυπα μελανοκύτταρα εξαπλώνονται ακτινωτά μέσα στην επιδερμίδα καταλαμβάνοντας μεγαλύτερη έκταση.

Παθολογοανατόμος: Ο ιατρός, που θέτει την διάγνωση των ασθενειών, μελετώντας στο μικροσκόπιο τους ιστούς.

Πρόγνωση: Η πιθανή έκβαση της νόσου· πιθανότητα της ανάρρωσης. Η πρόβλεψη που κάνει ο γιατρός για την εξέλιξη του ασθενούς.

Προκαρκινοματώδης: Ένας όρος που χρησιμοποιείται, για να περιγράψει μια κατάσταση που πρόκειται να γίνει καρκίνος ή είναι πιθανόν να γίνει καρκίνος.

Σάρκωμα του Καροζι: Ένας σχετικά σπάνιος τύπος καρκίνου που αναπτύσσεται στο δέρμα σε νεαρά άτομα ή σε άτομα με εξασθενημένο αμυντικό σύστημα συμπεριλαμβανομένου και εκείνων που πάσχουν από το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.

Σπίλος: Ο ιατρικός όρος για αλλοιώσεις τον δέρματος, όπως είναι οι ελιές.

Στάδιο: Αναφέρεται στο πόσο εκτεταμένη είναι η αρρώστια.

Υπεριώδης ακτινοβολία (UV): Αόρατες ακτίνες που είναι μέρος της ενέργειας που έρχεται από τον ήλιο. Η UV ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει εγκαύματα και να είναι η αιτία για τον καρκίνο του δέρματος. Αποτελείται από δύο ειδών ακτίνες, που ονομάζονται UVA και UVB.

Οι UVB ενοχοποιούνται περισσότερο για ηλιακά εγκαύματα, αλλά οι UVA εισχωρούν βαθύτερα μέσα στο δέρμα. Υποστηρίζεται ότι οι UVB ευθύνονται για τον καρκίνο του δέρματος, ενώ και οι UVA συμβάλλουν κάνοντας βλάβες στο δέρμα που οδηγούν σε καρκίνο.

Φαινότυπος: Ο φαινότυπος ενός ατόμου είναι το σύνολο των φυσικών χαρακτηριστικών του. Χρησιμοποιείται για τα εξωτερικά χαρακτηριστικά που δεν έχουν σχέση με την γενετική κατασκευή του ατόμου. Είναι προγραμματισμένος κατά ένα μέρος από τα γονίδια, όμως επίσης εξαρτάται και από εξωτερικούς παράγοντες, όπως η σωματική άσκηση και η διατροφή. Οι παράγοντες αυτοί μαζί με το γενετικό χάρτη καθορίζουν το χαρακτηριστικά του σώματος.

Χημειοθεραπεία: Θεραπεία με αντικαρκινικά φάρμακα.

Χόριο: Το κατώτερο ή εσωτερικό στρώμα από τα δύο στρώματα που αποτελούν το δέρμα.

Χρώση (ή μελάχρωση): Χρωματισμός του δέρματος, των μαλλιών και της ίριδας του ματιού από τη χρωστική ουσία μελανίνη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

Συντομογραφίες

T = Tumor ή όγκος.

N = Nodes ή λεμφαδένες.

M = Metastasis ή μεταστάσεις.

gr = Gram ή γραμμάρια.

Ph = Κλίμακα μέτρησης οξύτητας. Ph<7 -όξινο, ph=7 -ουδέτερο, ph>7 -αλκαλικό.

BCC = Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα.

SCC = Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.

mm = Millimeter ή χιλιοστό.

d = Diameter ή διάμετρος.

cm = Centimeter ή εκατοστό.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

Ευρετήριο

| | | |
|--|---|--|
| | A | Ακτινοθεραπεία, 40, 70, 72, 78 |
| | | Αλφισμό, 23 |
| | | Αμελανωτικό, 55 |
| ABCDE, 37 | | Ανοσοθεραπεία, 67, 73 |
| American Joint Committee on Cancer, 68 | | Αποκατάσταση, 113 |
| | B | Αυτόματη υποστροφή, 58, 84 |
| Breslow, 61, 69, 84 | | B |
| | C | Βασική στιβάδα, 14 |
| Clark, 59, 61, 69 | | Βασικοκυτταρικό, 33 |
| | | Βιοψία, 60 |
| | G | Βιταμίνες, 20 |
| Golgi Mazzoni, 17 | | Βλεννογόνο, 55 |
| | | Δ |
| | H | Διάγνωση, 48, 65, 66, 85, 94, 116 |
| Hutchinson, 42, 45, 50 | | Διαυλής στιβάδα, 15 |
| | | Διηθητικό, 45, 52 |
| | I | Δυσπλαστικοί, 45, 48 |
| In-transit, 69 | | E |
| | K | Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 113 |
| Krause, 17, 24 | | Εμβόλιο, 67, 74 |
| | | Ενδοεπιδερμικό, 45 |
| | M | Ενζυμα, 20 |
| Meisner, 17, 23 | | Επιδερμίδα, 14 |
| Merkel, 23 | | Επιπολής, 46, 51 |
| | | Ευρωπαϊκός Κώδικας, 117 |
| | R | Εφηλίδα, 46, 50 |
| Ruffini, 17, 24 | | I |
| | S | Ιδρώτας, 15, 21 |
| SPF, 88 | | Ιδρωτοποιοί αδένες, 15 |
| Sutton, 56 | | Ιστολογικός έλεγχος, 66 |
| | | K |
| | U | Κακοήθες, 35, 38, 42, 50, 51, 52, 55, 60 |
| UVA, 36, 88, 92 | | Κακοήθης φακή, 42 |
| UVB, 36, 87, 92 | | Κεράτινη στιβάδα, 15 |
| | V | Κοκκιώδης στιβάδα, 14 |
| Vater - Pacini, 17, 24 | | Λ |
| | | Λεμφοφόρα αγγεία, 16 |
| | | Λιπαρά, 20 |
| | A | M |
| Αιμοφόρα αγγεία, 16 | | Μελανίνη, 14, 23, 35,87 |
| Ακανθοκυτταρικό, 30 | | Μελανοκύτταρα, 14, 35, 49 |
| Ακτινική υπερκεράτωση, 31 | | |

Παράρτημα Ε: Ευρετήριο

Μελάνωμα, 29, 33, 35, 45, 49, 55, 57, 60, 61, 66,
74, 85, 91, 106

Μελάνωμα των άκρων, 46, 53

Μέταλλα, 20

Μετάσταση, 26, 56, 62

N

Νεανικό, 56

Νύχια, 16

O

Οζώδες, 46, 52

Οσμηγόνοι αδένες, 16

Π

Πληροφόρηση, 100, 116

Προγνωστικοί δείκτες, 83

Πρόληψη, 85

P

Ph, 19

Σ

Σμήγμα, 15, 20

Σμηγματογόνοι αδένες, 15

Σολάριουμ, 90

Σπίλος, 35, 39

Συγγενείς, 47

T

Τρίχες, 16

Υ

Υπόδερμα, 13

Υποδόριο, 13, 61

Υποθάλαμος, 19

Φ

Φαγοκυττάρωση, 22

X

Χημειοθεραπεία, 72, 73, 75, 100, 116

Χόριο, 14, 61

Ψ

Ψυχολογικά, 97, 98

Μελάνωμα Δέρματος

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΕΣ

Γενική Βιβλιογραφία

1. Αθανασιάδης Χ., 1988. *Η αντιμετώπιση του πόνου στον καρκινοπαθή*. Αθήνα: Ειδικά θέματα ογκολογίας, σελ. 53, 55 - 41.
2. Αθανάτου Κ. Ελευθερία, 2004. *Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική*, Έκδοση Ζ', Αθήνα, σελ. 56-57, 61, 64-74, 83-85.
3. Αναγνωστόπουλος Φ., 2003. *Ο ασθενής σε ψυχολογική κρίση λόγω της ασθένειας*. Αθήνα: Ιατρική, σελ. 45-47.
4. Ασπιώτης Ν., 1984. *Φυσιολογία ανθρώπου, Γενετική του καρκίνου*, Στ' Έκδοση, Αθηνά, Τόμος Β', σελ. 995-999.
5. Βασιλόπουλος Π. Περικλής, 1997. *Πρόγνωση και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου*, Αθήνα: Παρισιανός, σελ. 23-27, 30, 125-127.
6. Βερός Κώστας, 1998. *Μελάνωμα*, www.edae.gr.
7. Δάικος Γ.Κ., 1992. *Ενημέρωση του καρκινοπαθούς*. Αθήνα: Ιατρική, σελ. 263-264.
8. Εγχειρίδιο Κλινική Ογκολογίας (Ε.Κ.Ο.), 1991. Αθήνα: Λίτσας, σελ. 25,55,65, 89.
9. *Ελληνική χειρουργική*, 1993. Διμηνιαίο περιοδικό της ελληνικής Χειρουργικής, Τόμος 65, Τεύχος 6, Νοέμβριος – Δεκέμβριος, σελ. 567-570.
10. Καράμπελας Άγγελος, 2001. *Ο ψυχιατρικός άρρωστος με καρκίνο: ψυχοκοινωνική προσέγγιση του αρρώστου και της οικογένειάς του*. Αθήνα: Ακτίνες, σελ. 66-70.
11. Κοντογιάννη Ελένη, 2006. *Ογκολογική, Παραγωγή*, Τόμος 8, Τεύχος 2, Απρίλιος – Ιούνιος, σελ. 87-88.
12. Λιόκου Βάσω, 1996. *Τι πρέπει να γνωρίζεις για το μελάνωμα*, Θεσσαλονίκη: Σύλλογος καρκινοπαθών Μακεδονίας – Θράκης, σελ. 5-10.
13. Μπαλτά Δόμνα, 1995. *Τι πρέπει να γνωρίζεις για τον καρκίνο του δέρματος*, Θεσσαλονίκη, σελ. 6-8.
14. Μπασμπέας Σταύρος, 1991. *Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και αποκατάσταση καρκινοπαθούς*. Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, σελ. 23-57.
15. Μπαφαλούκος Α. & Γκούβερης Π., 2002. *Βήμα Κλινικής Ογκολογίας*, Τόμος 1, Τεύχος 4, Οκτώβριος – Δεκέμβριος, σελ. 186 - 189, 190 - 194.
16. Μπεληγιάννη Γεωργία, 1999. *Στοιχεία Βιολογίας και Δερματολογίας για τον κλάδο της Κομμωτικής Τέχνης*. Αθήνα: Πατάκη, σελ. 50 – 52, 57, 58 - 61.
17. Μπριασούλης Ευάγγελος & Τόλης Χρήστος, 1999. *Νεότερες Εξελίξεις στη θεραπεία του μελανώματος*, Αθήνα: Έψιλον, Τόμος 2, Τεύχος 2, Απρίλιος – Ιούνιος, σελ. 117-127.
18. Οικονόμου Γ., Ιούνιος 1991. *Μάχη και Ελπίδα*, Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τεύχος 35, σελ. 4-5.
19. Οικονόμου Σ. Δ., 2004. *Χειρουργικά Χρονικά*, Τόμος 9, Τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος, σελ. 15-18.
20. Πάγκαλτος Π. Ασήμης, 2002. *Στοιχεία Παθολογίας*, Θεσσαλονίκη: Μ. Δημόπουλος, σελ. 333.
21. Παπαδόπουλος Κίμων, 1996. *Όγκοι της χειρός*, www.dianlos.gr.
22. Πεκτασίδης Δ. & Αντωνίου Φ., 1995. *Ιατρική*, Αθήνα: Βήτα, Τόμος 68, Τεύχος 2, Αύγουστος, σελ. 141 - 144.
23. Πλάτη Δ. Χ., 1989. *Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην Αποκατάσταση του καρκίνου*. Αθήνα: Νοσηλευτική, σελ. 62-65.

Μελάνωμα Δέρματος

24. Πολύζος Α. & Παπαδόπουλος Ο., 1996. *Ιατρική*, Αθήνα: Μηνιαία Έκδοση Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Τόμος 73, σελ. 421 - 422.
25. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, 2005. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Ε' Έκδοση, Αθήνα, σελ. 169-175.
26. Ρηγάτος Γ. Σ., 1989. *Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση ασθενούς με καρκίνο*. Αθήνα, σελ. 18-20.
27. Σαπουντζή – Κρέπια Δέσποινα, 2004. *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική Φροντίδα*, Β' Έκδοση, Θεσσαλονίκη: Έλλην, σελ. 22, 53-54.
28. Σαχίνη – Καρδάση Άννα & Πάνου Μαρία, 1997. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*, Β' Έκδοση, Αθήνα: Βήτα Τόμος 1, σελ. 186, 191, 173, 174 - 176.
29. Στρατηγός Δ. Ι., 1994. *Ιατρική*, Αθήνα: Βήτα, Τόμος 65, Τεύχος 1, Ιανουάριος 1994, σελ. 442-444.
30. Χατζημπούγιας Ιωάννης, 2000. *Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου*, Γ' Έκδοση, Θεσσαλονίκη: GM Design, σελ. 261 – 267.
31. Χατζής Ιωάννης, 1996. *Βασική δερματολογία αφροδισιολογία*, Αθήνα: Λίτσας, Τόμος Β', σελ. 497-504.
32. Χρυσομάλλης Φώτης, 2005. *Δερματολογία – Αφροδισιολογία*, Α' Έκδοση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ. 372-377.

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Goldmann R. David, 2000. *Ιατρική στον 21^ο αιώνα* (Πρατσίνης Νίκος, μετάφραση). Αθήνα: Δομική, σελ. 462-467.
2. Hawk John & McGregor Jane, 2000. *Δέρμα και ήλιος* (Τσουλέα Ρούλα, μετάφραση). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ. 41-48.
3. Heasley D. & Toda S. & Mihm M. Jr, 1996. *Pathology of malignant melanoma*. The Surgical Clinics of North America, Τεύχος 73, σελ. 1223-1255.
4. Mackie RM & Hale D, 1992. *Audit of public education campaign to encourage earlier detection of malignant melanoma*. Br. Med. J, σελ. 304, 1012 - 1015.
5. Scott Cyril, 1998. *Καρκίνος*, Διόπτρα, σελ. 6.

Εγκυκλοπαίδειες – Σεμινάρια

1. Εγκυκλοπαίδεια: «Υγεία», 1995. *Νευρικό σύστημα, ψυχιατρική ψυχανάλυση. Κεφ. Ψυχολογία - Ψυχοπαθολογία*. Ελλάδα: Δομική, Τόμος 4, σελ. 714 – 716.
2. Εγκυκλοπαίδεια: «Υγεία», 1995. *Οι μεγάλες παθήσεις της εποχής μας. Κεφ. Νεοπλάσματα*. Ελλάδα: Δομική, Τόμος 5, σελ. 931 – 932, 947.
3. Εγκυκλοπαίδεια: «Υγεία», 1995. *Υγεία και Ομορφιά. Κεφ. Η ομορφιά και η περιποίηση του δέρματος*. Ελλάδα: Δομική, Τόμος 8, σελ. 1525 – 1527, 1534 – 1536.
4. Εγκυκλοπαίδεια: «Υγεία», 1995. *Ιστορία και μέλλον της ιατρικής. Κεφ. Δερματολογία*. Ελλάδα: Δομική, Τόμος 10, σελ. 1855.
5. Λάκκα Ελένη, Καρυπίδου Μαρία, Τερζή Βασιλική, Χαλκία Μαρουσώ, Παπαδοπούλου Στραβολαίμου, 1991. *Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή*, Σεμινάριο Νοσηλευτριών (15-16 Νοεμβρίου), Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, σελ. 34, 42 – 48.
6. Παπαθανάσογλου Ε., 1995. Εγκυκλοπαίδεια: *Επιστήμη και ζωή*, Αθήνα: Χατζηιακώβου, Τόμος 1, σελ. 115-129.

7. Πατηράκη –Κουρμπάνη Ε., Μπαρμούνη –Κωνσταντάκου Ε., 1991. *Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου*, Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Σεμινάριο νοσηλευτριών (14-16 Μαΐου), σελ. 63-87.

Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις Αναφοράς

1. <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=30871>
2. <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=30886>
3. <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=36784>
4. <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=38756>
5. <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=38931>
6. <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=39563>
7. <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=39635>
8. <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=39755>
9. <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=41306>
10. <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=45318>
11. <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=45366>
12. <http://health.in.gr/print.asp?lngArticleID=49984>
13. <http://uk.geocities.com/nikalogeromd/anatomia.html>
14. <http://tovima.dolnet.gr/print.php?e=B&f=13272&m=A56&aa=1>
15. www.care.gr
16. www.cancer-society.gr
17. www.cverros.gr/mm.htm
18. www.dermaline.gr/articles.php?articleId=350
19. www.dermaline.gr/articles.php?articleId=381
20. www.dermaline.gr/articles.php?articleId=382&page=7
21. www.diavlos.gr/orto96/ogk1.htm
22. www.edae.gr/inform/disease/disease-1150529416-739147-14654.tkl
23. www.hellenicdermatlas.com
24. www.iator.gr
25. www.iatronet.gr/article.asp?art_id=98
26. www.iatronet.gr/article.asp?art_id=113
27. www.imlasis.gr/main.php?p=428&more=1
28. www.inhealth.gr/news/category.asp?categ=22&offset=30
29. www.kalimera.gr/xrhmatisthrio/_NEA/cat_news/preview_news_xrmati_sthrio.asp?NEWS_DATA_ID=68729
30. www.katiana.gr/?cat_id=247&article_id=12398
31. www.letto.gr/gr/advice_info.asp?adv_id=21
32. www.lungcancer.gr/default.asp?catid=4052
33. www.lysistrati-med.gr/information.html
34. www.mastologia.gr/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=42&Itemid=50
35. www.medlook.net/Kids/skincancer.asp
36. www.melanoma.gr/keimeno.htm
37. www.myworld.gr/browse/22541
38. www.paidiatros.gr/181/page4.html
39. www.plastic-surgery.gr/el/45/index.html
40. www.pna.gr
41. www.procms.be/euromelanoma/template_EU.asp?page=7
42. www.stress.gr/disorders/breast.html